

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE YAPILAN
HARCAMALAR VE FİNANSMANI**

Alper KOCASOY

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Doç. Dr. Harun ÖZTÜRKLER

Mayıs, 2014

Afyonkarahisar

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE YAPILAN
HARCAMALAR VE FİNANSMANI

Hazırlayan

Alper KOCASOY

Danışman

Doç. Dr. Harun ÖZTÜRKLER

AFYONKARAHİSAR - 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça da gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

23/05/2014

Alper KOCASOY

TEZ JÜRİSİ KARARI VE ENSTİTÜ ONAYI

JÜRİ ÜYELERİ

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Harun ÖZTÜRKLER

Jüri Üyeleri : Yrd. Doç. Dr. Bülent ALTAY

: Yrd. Doç. Dr. Alparslan ÖZMEN

İmza

The image shows three handwritten signatures in blue ink, each written over a dotted line. The first signature is the most prominent and appears to be 'H. Öztürkler'. The second signature is 'B. Altay' and the third is 'A. Özmen'.

İktisat Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Alper KOCASOY'un "**Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı**" başlıklı tezi, 23.05.2014 günü saat 10:00’da Afyon Kocatepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıda isim ve imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Selçuk AKÇAY
Sosyal Bilimler Enstitü Müdürü

ÖZET

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE YAPILAN HARCAMALAR VE FİNANSMANI

Alper KOCASOY

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İKTİSAT ANABİLİM DALI

MAYIS 2014

Danışman: Doç. Dr. Harun ÖZTÜRKLER

Sağlık beşeri sermayenin temel unsurlarından birisidir. Toplumun sağlık düzeyi beşeri sermayenin ve dolayısıyla ekonomik ve sosyal kalkınmanın önemli belirleyicilerinden birisidir. Bu nedenle sağlık hizmetleri hem insan hem de toplum için öncelikli hizmetlerden birisini oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisi; sağlık hizmetleri talebi, arzı, sunumu, maliyetleri ve finansmanını konu alan, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların en verimli biçimde kullanım yollarını araştıran ekonominin ana bilim dallarından birisini oluşturur.

Bu çalışma, öncelikle sağlık hizmetlerinin talebinin ve arzının belirleyicilerinin neler olduğunu analiz etmektedir. Çalışma ayrıca sağlık hizmetleri finansmanının temel unsurlarını ve sağlık hizmetlerinin kaliteli, sürekli ve en düşük maliyetle sunulabilmesi için sağlık sisteminin nasıl örgütlenmesi gerektiği ve bu çerçevede önerilen finansman modellerini analiz etmektedir. Bu çerçevede, Türkiye'de yapılan sağlık harcamaları ve harcamaları etkileyen faktörler araştırılmakta, sağlık harcamaları seçilmiş bazı ekonomik göstergeler bağlamında incelenmekte ve sağlık harcamalarının finansmanı sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler:

Sağlık Ekonomisi, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Harcamaları, Sağlık Finansmanı, Sağlık Politikası

ABSTRACT
EXPENSES FOR HEALTH SERVICES AND THEIR FUNDING IN
TURKEY

Alper KOCASOY
AFYON KOCATEPE UNIVERSITY
THE INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCE
DEPARTMENT OF ECONOMICS

May 2014

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Harun ÖZTÜRKLER

Health is a basic element of social capital. The level of health in a society is an important determinant of the level of human capital, and therefore, economic and social development. Therefore, health services constitute one of the primary services for both individuals and the society. Health economics is a sub-discipline of economics studying the determinants of demand for and supply of health services, cost of health services, and the methods of financing health services.

This study analyzes the determinants of demand for and supply of health services. In addition, the study investigates basic methods of financing health services, how health system should be organized to provide a high-quality, sustainable, and low-cost health services, and the proposed financing methods. In this framework, on the basis of a set of selected indicators, the study also examines health expenditures and its determinants in Turkey, and evaluates health services financing in Turkey with a reference to health services transformation program.

Keywords:

Health Economics, Health Services, Health Expenditures, Health Services Financing, Health Services Policy

ÖNSÖZ

Sağlıklı bir devlet düzeninin sağlıklı bireyler yetiştirilmesiyle mümkün olduğu gerçeğini, Kanuni Sultan Süleyman “Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi” sözüyle yaklaşık beş yüz yıl önce ortaya koymuştur. Günümüzde de sosyal, kültürel ve ekonomik anlamda güçlü toplumların temelinde sağlıklı bireyler aktif rol almaktadır.

Bu çalışma için beni yönlendiren, karşılaştığım zorlukları bilgi ve tecrübesi ile aşmamda yardımcı olan değerli danışman hocam Doç. Dr. Harun ÖZTÜRKLER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Yine bu çalışmayı yaparken görüş ve önerileriyle bana destek olan arkadaşlarıma ve aileme içten sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Alper KOCASOY

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
YEMİN METNİ.....	İİ
TEZ JÜRİSİ KARARI VE ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI	İİİ
ÖZET.....	İV
ABSTRACT	V
ÖNSÖZ.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
TABLolar LİSTESİ	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	XI
KISALTMALAR DİZİNİ	XII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK EKONOMİSİ, SAĞLIK HARCAMALARI VE BELİRLEYEN FAKTÖRLER

1. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ	3
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI	4
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI.....	6
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	7
2. SAĞLIK EKONOMİSİ	11
2.1 SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI.....	13
2.2. SAĞLIK PİYASASININ ÖZELLİKLERİ VE İŞLEYİŞİ.....	16
2.2.1. Sağlık Piyasasında Arz.....	18
2.2.2. Sağlık Piyasasında Talep	19

2.2.3. Sağlık Piyasasında Denge Sorunsalı ve Piyasa Başarısızlığı.....	20
3. SAĞLIK HARCAMALARI VE BELİRLEYEN FAKTÖRLER	22

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ, SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HARCAMALARI

1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİ	25
2. YAKIN TARİHTE YAPILAN SAĞLIK REFORMLARI.....	30
3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI.....	31
3.1. PLANLAYICI VE DENETLEYİCİ BİR SAĞLIK BAKANLIĞI	34
3.2. HERKESİ TEK ÇATI ALTINDA TOPLAYAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI	34
3.3. YAYGIN, ERİŞİMİ KOLAY VE GÜLER YÜZLÜ SAĞLIK HİZMET SİSTEMİ.....	35
3.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.....	35
3.3.2. Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri	36
3.3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri	36
3.4. BİLGİ VE BECERİ İLE DONANMIŞ, YÜKSEK MOTİVASYONLA ÇALIŞAN SAĞLIK İNSAN GÜCÜ.....	37
3.5. SİSTEMİ DESTEKLEYECEK EĞİTİM VE BİLİM KURUMLARI	37
3.6. NİTELİKLİ VE ETKİLİ SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİN KALİTE VE AKREDİTASYON	38
3.7. AKILCI İLAÇ VE MALZEME YÖNETİMİNDE KURUMSAL YAPILANMA	38
3.7.1. Ulusal İlaç Kurumu.....	38
3.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu	39
3.8. KARAR SÜRECİNDE ETKİLİ BİLGİYE ERİŞİM: SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ.....	39
4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP) ÇERÇEVESİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN REFORMLAR.....	40

5. KAMU HASTANE BİRLİKLERİ	44
6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM REFORMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	46
7. TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI VE GSYH	47
8. KAMU SAĞLIK HARCAMASI VE TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI..	48
9. SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİ VE GSYH	50
10. KİŞİ BAŞI GELİR VE KİŞİ BAŞI SAĞLIK HARCAMASI	52
11. TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİNİN YÜKSELMESİ	53

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI KAVRAMI.....	56
2. SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMANININ İŞLEVİ	57
3. SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ.....	61
4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINA YÖNELİK TEORİK YAKLAŞIMLAR.....	73
4.1. İHTİYAÇ ÖLÇÜTÜ YAKLAŞIMI	73
4.2. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINA İNELASTİK TALEP YAKLAŞIMI.....	73
4.3. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINA ELASTİK TALEP YAKLAŞIMI.....	74
4.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA YORK ÖLÇÜTÜ	75
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	76
KAYNAKÇA.....	79

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1. Türkiye'deki Sağlık Sektörü Reformları Zaman Çizelgesi	43
Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı.....	46
Tablo 3. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH Oranı	47
Tablo 4. Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı	49
Tablo 5. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı....	50
Tablo 6. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYH' ya Oranı.....	51
Tablo 7. Kişi Başına Gelir ve Kişi Başına Sağlık Harcaması	52
Tablo 8. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemlerinin Avantaj ve Dezavantajları ..	70

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı.....	13
Şekil 2. Sağlık Hizmeti Üretim Sürecinde Kullanılan Girdiler	15
Şekil 3. Sağlık Girdi ve Çıktıları.....	21
Şekil 4. Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesindeki Temel Sorunlar.....	27
Şekil 5. Sağlık Bakanlığı'nın Mevcut Sorunlarının Neden ve Sonuçları.....	28
Şekil 6. Sağlıkta Dönüşümün Başlıca Kontrol Mekanizmaları	32
Şekil 7. Kamu Hastane Birlikleri Teşkilat Şeması	45
Şekil 8. Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükselmesinin Ekonomik Gelişme Üzerindeki Etkileri	53
Şekil 9. Toplum Sağlık Düzeyinin Yükselmesinin Potansiyel Yararları	54
Şekil 10. Sağlık Hizmetleri Üçgeni.....	56
Şekil 11. Sağlık Sisteminin ve Sağlık Finansmanının Fonksiyonları	58
Şekil 12. Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi.....	59
Şekil 13. Sağlık Finansman Kaynakları, Finansman Yöntemleri, Fon Toplama Kurumları	60
Şekil 14. Sağlık Finansman Yöntemleri.....	62
Şekil 15. Sağlık Hizmetlerinin Vergi Gelirleriyle Finansmanı.....	63
Şekil 16. Sağlık Hizmetlerinin Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansmanı	64
Şekil 17. Sağlık Hizmetlerinin Cepten Ödeme ile Finansmanı	66
Şekil 18. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sağlık Sigortası ile Finansmanı	67
Şekil 19. Sağlık Hizmetlerinin Karma Model ile Finansmanı	69
Şekil 20. Sağlık Hizmetleri Finansmanı İnelastik Talep Yaklaşımı	74
Şekil 21. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Elastik Talep Yaklaşımı.....	75

KISALTMALAR DİZİNİ

ES	:	Emekli Sandığı
GSS	:	Genel Sağlık Sigortası
GSYH	:	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
KDV	:	Katma Değer Vergisi
KÖO	:	Kamu Özel Ortaklığı
OECD	:	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
SB	:	Sağlık Bakanlığı
SDP	:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	:	Sosyal Güvenlik Kurumu
S.S.K	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	:	Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TEPAV	:	Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı
TKY	:	Toplam Kalite Yönetimi
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Ekonomik ve sosyal kalkınmanın temelinde insan sermayesi en önemli faktörlerden birini oluşturur. İnsan sermayesinin iki temel unsurundan birisi eğitim, diğeri ise sağlıktır. Toplumsal anlamda sağlıklı olma, toplumdaki bireylerin mental ve fiziksel açıdan sağlıklı olmasını, ekonomik anlamda ise iş görebilir olmasını ifade etmektedir.

Sağlık hizmetleri, bireyin sağlığını koruması, sağlığını kaybettiğinde tekrar kazanması için tanı ve tedavi için sağlık kuruluşlarının sundukları hizmetleri içerir. Bu çerçevede, bireyin ve bireylerin oluşturduğu toplumun sağlıklı olması için gereken tüm faaliyetler sağlık hizmetlerinin kapsamı içerisinde. Sağlık hizmetleri, niteliği ve süresi yönünden çoğu kez önceden öngörülemeyen bir talebe sahip, ikamesi ve ertelenmesi söz konusu olmayan, sosyal bir amaç barındıran ve bu nedenle de kamusal olan hizmetlerdir.

Sağlık ekonomisi; bireyin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için mevcut teknoloji ve kaynakları en etkin biçimde kullanarak yeni teknoloji ve kaynak geliştirmenin yollarının neler olduğunu, çalışan ekonominin alt bilim dallarından birisi olarak tanımlanabilir. Buradan, sağlık sistemini, sağlık hizmetlerinde verimlilik, süreklilik ve ulaşılabilirlik gibi hedeflerinin gerçekleşmesi için gerekli kurumsal çerçeve olarak tanımlayabiliriz. Sağlık hizmetlerini üretmek için yapılan harcamalar ise sağlık harcamaları olarak kabul edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamaları ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle her ülkede ulusal gelirden sağlığa ayrılan paylar farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar sağlık politikalarını belirleyen en önemli konular arasında yer almaktadır. Sağlık finansmanını, sağlık hizmetlerinin temin edilmesi için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklardan elde edilmesi sürecini içerir.

Çalışmanın tasarımı şu şekildedir: İlk bölümünde, sağlık hizmetlerinin amacı, özellikleri, sağlık ekonomisinin kapsamı ve sağlık harcamalarını belirleyen etkenler

kavramsal olarak ele alınmıştır. İkinci bölümde, Türkiye’de sağlık sistemi ve sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasının etkileri incelenmeye çalışılmıştır. Bu bölümde gerçekleştirilen reformlar ile getirilen yeni uygulamaların etkileri seçilen bazı göstergeler çerçevesinde değerlendirilmesi yapılmaktadır. Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde ise, sağlık sistemi, fonksiyonları ve sağlık finansman kaynakları ile finansman yöntemleri kavramsal olarak incelenmiştir. Bu bölümde ayrıca Türkiye’de sağlık hizmeti finansmanı, belirli modeller ve yaklaşımlar çerçevesinde değerlendirilmeye çalışılmıştır. Sonuç ve öneriler kısmında ise genel olarak çalışmanın tümünden elde edilen sonuçlara ve bu sonuçlar ışığında çıkarılabilecek önerilere yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK EKONOMİSİ, SAĞLIK HARCAMALARI VE BELİRLEYEN FAKTÖRLER

1. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ

Beşeri sermayenin en önemli unsurlarından birisi sağlıktır. Sağlık insan sermayesidir. Bunun nedeni, insan sermayesinin sağlıklı, eğitilmiş, yetenekli, çalışkan bireyleri ifade etmesidir. Gelişmiş ve ekonomik olarak güçlü ülkelerin temelinde insan sermayesi en önemli etkidir. Beşeri sermayenin diğer unsurlarından olan eğitimin alınabilmesi, kişinin bilgi ve beceri sahibi olarak kendisini yetiştirme, geliştirme, iş gücüne ve üretime katılarak verimli olması, ekonomiye katkı sağlama için her şeyden önce sağlıklı olması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç halinde, hangi kurum ve kuruluşlara ne zaman, ne kadar ve nasıl başvurulacağı iyi bilinmelidir. İnsanların ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi edilmesi, tedavi olanların geride kalan yaşam sürelerini sağlıklı olarak devam edebilmeleri sağlık hizmetleriyle sağlanmaktadır.

Sağlık hizmetleri insan ve toplum açısından öncelik arz etmektedir. Bu yüzden sağlık hizmetlerine önem verilerek ortalama yaşam süresini uzatmak ve beşeri sermayeyi artırmak için sağlık hizmetlerinin etkin, sürdürülebilir ve ulaşılabilir olması gerekmektedir.

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Taban ve Kar (2004) sağlığı, beşeri sermaye oluşumuna katkı sağlayan bir faktör olarak tanımlamakta ve sağlıklı olmanın, bireylerin sosyal ve ekonomik hayatının devamlılığını sağladığını ifade etmektedirler. Birey sağlıklı olduğu müddetçe kendisine, ailesine, çevresine ve yaşadığı topluma fayda sağlar. Bu nedenle sağlık kavramının önemi tartışılmaz. Örneğin, WHO (1981) sağlığı vazgeçilmez bir servet olarak tanımlamaktadır.

Öztek (2001)'e göre sağlık göreceli bir kavram olup, hastalığın ya da sakatlığın olmayışı olarak tanımlansa da bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri de vardır ve bu iki yönden de tam iyilik durumunu içerir. Kızılçelik (1996:3)'in ifadesiyle sağlık, “toplumdaki bireylerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlıklarının olmamasıyla birlikte, o toplumdaki bireylerin akli, fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan da tam huzur ve uyum içinde bulunmaları” durumudur. Tokgöz (1979:3)'ün tanımıyla ise sağlık; “kişilerin fiziksel ve ruhsal sıkıntılarının olmaması ve yaşadığı toplumda çevreyle olan ilişkilerinde normal kabul edilen sınırlarda iletişim kurmasıdır.”

Yıldırım (1994) ise, sağlıklı olmanın tek başına yeterli olmadığını, devamlılığında son derece önemli olduğunu belirtmiştir. Öte yandan sağlığın korunarak sürekli hale getirilmesi, geliştirilmesi yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğunda değildir. Sağlıklı bir toplumdan söz edebilmemiz için, ekonomik ve sosyal çevreler birbirleriyle etkileşim halinde olmalıdır. Ekonomik çevre sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak arayışında bulunurken, sosyolojik çevre biyolojik ve fiziki çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması için gerekli önlemleri almalıdır.

Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin üretimini ve tüketimini ifade eder. Sağlık hizmetleri üretimi bir yatırım süreciyle başlar. Sağlık hizmetlerinin tüketimi, bireyin sağlığını kaybettiğinde tekrar sağlığını kazanması için tanı, tedavi, iyileştirme sunan sağlık kuruluşlarına başvurarak gereken tıbbi yardımı almasıdır. Sağlık hizmetlerinin yatırımı ise, bireyin gereken tıbbi yardımı alması için sağlanan doktor, hemşire, teknisyen vb. insani sermayeyi ve tıbbi yardımı almasında kullanılan cihaz,

ilaç, araç ve gereçleri vb. fiziksel sermayeyi kapsar. Bireyin ve toplumun sağlıklı olması için gereken tüm faaliyetler sağlık hizmetlerinin kapsamı içerisinde.

Menderes ve Ersoy (1993) çalışmalarında sağlık sektörünün sağlık elde etmek ve sağlıklı bir toplum yetiştirmek için geniş bir kapsam alanı olduğunu belirtmektedirler. Bu çerçevede sağlık hizmetleri, sağlıkla ilgili her türlü mal ve hizmeti üretmek ve tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kişi ve kurumların tümünü içeren genel ve kapsayıcı bir kavramdır.

Aktan ve Işık (2010a)'a göre sağlık hizmetleri ve sağlık birbirinden farklı kavramlardır. Yeğinboy (1993), sağlık hizmetlerini sağlık sermayesine yapılan yatırım unsurları olarak tanımlamaktadır. Dağıstan (2001)'a göre ise, sağlık hizmetleri yalnızca bireyin değil, aynı zamanda bireyin yaşadığı toplumun sağlığını korumak için sunulan hizmetleri ve faaliyetleri kapsamaktadır. Bu faaliyetler, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, tıp eğitimi, ilaç, medikal araç ve gereç üretimi gibi, sağlıklı kişilerin sağlığını koruyan, hastaları iyileştiren ve kişilerin yaşam kalitelerini sağlık yönünden yükseltecek tüm hizmetleri kapsamaktadır. Akdur (2006) ise sağlık hizmetlerini, "insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümü" olarak nitelendirmiştir.

Sağlık hizmetlerini bir yasal ve kurumsal çerçeve içerisinde de tanımlamak olanaklıdır. Örneğin, 5.1.1961 gün ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da sağlık hizmetleri kavramı şöyle tanımlanmaktadır: "Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhî kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların rehabilite edilerek işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir." Öte yandan, WHO (1981)'e göre sağlık hizmetleri; "Belirli sağlık kuruluşlarında değişik görevdeki sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir."

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI

Sağlık hizmetlerinin amacı, insan odaklı olarak bireylerin toplumsal yaşamını devam ettirebilmesi için bedensel, zihinsel, ruhsal anlamda sağlıklarının iyileştirilmesi ve korunması için her türlü çabanın sarf edilmesidir. Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon olmak üzere üç amacı vardır:

1) Koruyucu sağlık hizmetleri: Bulutoğlu (2001) koruyucu sağlık hizmetlerini, kişinin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kişiye, çevreye ve topluma yönelik olarak alınacak önlemler olarak tanımlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiyi, çevreyi ve toplumu ilgilendirdiği için geniş kapsamlı bir hizmettir. Toplumda hastalık riski ne kadar düşük olursa, bu durumdan o toplumda yaşayan tüm bireyler yararlanır. Dolayısıyla, söz konusu toplum olduğu için bu hizmetleri kamu üstlenir. Koruyucu sağlık hizmetleri iki ana gruba ayrılmaktadır;

a) Çevreye yönelik hizmetler: Çilingiroğlu (1995) çevreye yönelik hizmetleri; kirlilikten arındırılmış, temiz ve yaşanır hava ve su temini, atıkların sağlığa uygun imhası/taşınması, gıda sağlığı vb. hizmetler olarak tanımlamaktadır.

b) Kişiyeye yönelik hizmetler: Bulutoğlu (2001) bu hizmetleri, kişileri ve dolayısıyla toplumu hastalıklara karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hasta olduklarında ise teşhis ve tedavilerinin kısa sürede yapılarak hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetler olarak tanımlamaktadır. Bu hizmetler kişisel hijyen, dengeli ve düzenli beslenme, aşılama, aile planlaması vb. hizmetleri içermektedir.

2) Tedavi edici sağlık hizmetleri: Yazgan (1992)'ın tanımıyla hastalığın varlığı ya da olası durumunda ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetleri denir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalığın büyük boyutlara ulaşmasını engelleyerek bireylerin daha kısa sürede iyileşmesini sağlar.

3) Rehabilitasyon hizmetleri: Karaege (2001), rehabilitasyon hizmetlerini hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük yaşamı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve

ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleri olarak tanımlamaktadır.

Şakar (1999)'a göre sağlık hizmetleri her şeyden önce bir sosyal hak olarak güvence altına alınmalıdır. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin temel amacını bireylerin üretime katılımını sağlamak oluşturmaktadır. Öte yandan, Öztekin (2004)'e göre alınan tüm tedbirlere karşın herkesi, her hastalıktan koruyamayız. Bazıları hastalanır ve böylece tedaviye ihtiyaç duyulur. İşte o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan "hastaların tedavisi" söz konusu olur. Bu aşamada da mevcut bilgi ve teknoloji ile herkesi tedavi etmek mümkün değildir. Bu sebeple bazı hastalar iyileşir, bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı olan sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmek gündeme gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin üç amacı olan koruma, tedavi ve rehabilitasyon ile önce sağlıklı bireyleri ve sonra sağlıklı bireylerden oluşan toplumu gerçekleştirmeye çalışmak dünyadaki bütün sistem ve yönetimlerin ortak amacıdır. Bunun nedeni ekonomik, politik ve askeri gücün gerisinde akıl, ruh ve beden sağlığına sahip insanlar ve bu insanlardan oluşan toplumların olmasıdır.

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri bireyler için önemli olduğu kadar toplum içinde önemlidir. Sağlık hizmetleri toplumun yalnızca bir kesimini değil o toplumda doğan, yaşayan ve belirli bir süre içinde bulunan tüm insanları kapsar. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı yaşam süresini uzatmaktır. Bu amacın gerçekleşmesi sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimi tarafından ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilir olmasına bağlıdır.

Saltık (1995) tarafında da vurgulandığı gibi sağlık ve sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran bir takım özellikler vardır. Sağlık hizmetlerinin üstlendiği görev iyi ve gelişmiş sağlık koşullarına sahip bir toplum oluşturmaktır. Öncelikli ilgi alanı toplum olduğundan bir hizmet üretimi söz konusudur. Diğer

hizmet alanlarıyla benzerlik göstermesine rağmen, sağlık hizmeti üretimi sonucunda elde edilen fayda, herhangi bir hizmet sonucu elde edilen bir faydayla mukayese edilemez.

Işık (1997)'a göre sağlık hizmetleri çoğu zaman kar amacı güdülmeksizin, sosyal amaçlı olarak sunulur. Bu nedenle de fayda ve karlılık gibi piyasa ekonomisinin temelini oluşturan kavramlar sağlık sektöründe farklı yorumlanır. Örneğin, Tokalaş (2006) tarafından da ifade edildiği gibi, sağlık hizmetlerinde talep tesadüfidir, kişinin sağlık hizmetine olan ihtiyacı çoğu kez önceden tahmin edilemez. Hastalık halinde sağlık hizmetlerinin tüketimi söz konusu/zorunlu olur.

Bilindiği gibi bir toplumun üretken sermayesi fiziksel sermaye ve insan sermayesinden oluşur. Birey insan sermayesinin kaynağı olarak, eğitim, bilgi, beceri ve tecrübesiyle toplumsal üretime katkı sağlar. Sağlığını yitirmiş insan üretkenliğini de yitirmiş olacağından, bu aslında toplumun üretim kapasitesinin de azalması ve toplumsal bir yatırımın heba olması anlamına gelecektir.

Sağlık hizmetlerinin bir diğer önemli özelliği, Tokalaş (2006) tarafından da vurgulandığı gibi, ikamesinin söz konusu olmamasıdır. Yani sağlık hizmetlerini bir başka mal ya da hizmet ile ikame etmek olanağı yoktur. Şenatalar (2003) sağlık hizmetlerinin özelliklerini şöyle özetlemektedir: sağlık hizmetleri, miktar ve niteliği yönünden çoğu kez önceden öngörülemeyen bir talebe sahip, ikamesi ve ertelenmesi söz konusu olmayan, sosyal bir amaç barındıran ve bu nedenle de kamusal olan hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerin diğer mal ve hizmetlerden ayıran bir diğer özelliği ise, diğer mal ve hizmetleri talep edenlerin aksine sağlık hizmetini talep edenlerin yetersiz bilgiye sahip olmaları ve bilgi edinmenin finansal ve zaman anlamında görece maliyetinin yüksek olmasıdır.

Işık (1998)'in da belirttiği gibi sağlık hizmetlerinde talebi, hizmeti kullanan belirleyemez. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyulması halinde hizmeti talep eden değil, hizmeti sunan kişiler aldıkları tıp eğitimi sonucu talebi belirler. Bu yüzden sağlık hizmetleri talebi türemiş taleptir. Öte yandan birçok diğer mal ve hizmet tüketiminin ortaya çıkardığı fayda da olduğu gibi, Tokalaş (2006)'ın da vurguladığı gibi sağlık hizmetlerinin hizmeti kullanan yönünden yarattığı faydanın maddi olarak ölçümü olanaklı değildir. Sağlık hizmetlerin gelecek zamanlı bir pozitif üretkenlik etkisi söz

konusudur; bireylerin ve toplumun içinde bulunulan zaman dilimindeki sağlık düzeyi ne kadar yüksek olursa, bu gelecekte üretken bireylerin ve toplumun ortaya çıkarılmasına zemin hazırlar.

Sağlık hizmetlerinde yatırım unsuru insandır. Yapılan yatırımın olgunlaşma dönemi birçok diğer fiziksel yatırım türünden uzun bir zaman dilimini gerektirse de, ekonomik ömrü yani üretim sürecine katkı sağlama süreci de diğer birçok yatırım türünden çok daha uzundur. Tıpkı alt yapı yatırımlarında olduğu gibi, ileri ve geri bağlantı etkileri ile uzun dönemde insanın varlığını sağlıklı bir şekilde devam ettirmesini sağlayarak öylece toplumun sosyal ve ekonomik göstergelerine olumlu bir biçimde yansımaktadır.

1982 Anayasasının 56.maddesi sağlık ile ilgili şu hükümleri içermektedir;

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yasama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirir.”

Anayasada da belirtildiği gibi devlet sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanmasını sağlamak için gereken tüm faaliyetleri yapmakla yükümlüdür. Ülkemizde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini devlet adına Sağlık Bakanlığı yürütmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri aşılama, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi bireysel görünen ancak toplumu ilgilendiren halk sağlığı konularını kapsamaktadır ve devlet tarafından ücretsiz olarak verilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise bireyin sağlığının bozulduğunda teşhis, tedavi, rehabilite ile en hızlı ve en etkin çözüm yoluyla tekrar sağlığına kavuşturulmasıdır. Tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının yanında diğer bakanlıklar, belediyeler, üniversiteler ve özel kuruluşlar tarafından da sunulmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinden faydalanan bireyler kısmen ya da tamamen ücret ödeyerek yararlanmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin bedelinin çoğu durumda kısmen veya tamamen birey tarafından karşılanmasının zorunlu olması nedeniyle, bireyin belirli

bir gelire sahip olması gerekmektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak da geliri yüksek olan bireyler geliri düşük olan bireylere göre sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadır. Ancak bireyin geliri yetersiz ise sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli olan finansmanı devlet tarafından karşılanmalıdır. Öte yandan, Tokalaş (2006)'ın da vurguladığı gibi, toplumda gelir dağılımındaki eşitsizlik sonucu geliri düşük bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması sağlık hizmetlerinin toplumsal faydasını sınırlandırmaktadır. Genel sağlık sigortası gibi kamu yardımlarıyla bu sınırlandırma aşularak sağlık hizmetlerinin sosyal faydası en yükseğe çıkarılmaya çalışılır. Nadaroğlu (1981) sağlık hizmetlerinin toplumsal yarar yönünü, sağlıklı bireylerin sağlıklı toplumlar oluşturduğu olgusundan yola çıkarak açıklamaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfına girer. Bu bağlamda, kimi sağlık hizmetlerinden elde edilen fayda bireysel olduğundan pazarlanabilir ve fiyatlandırılabilir. Ancak sağlanan hizmetin sosyal fayda yanının ön plana çıkması fiyatlanabilmesini ve pazarlanmasını zorlaştıracığından, yoğunlukla devlet tarafından üretilmesini gerektirmektedir.

Kurtulmuş (1998)'un da ifade ettiği gibi, insanların hastalanmaları neticesinde gelir kayıpları ortaya çıkar. Hasta olan kişiler iş gücünü kaybeder ve çalışamaz ise, ya gelirinde azalma olur ya da gelirlerini tümüyle kaybederler. Öte yandan, sağlığın yeniden kazanılması için gerekli tedavi giderleri bu bireylerin harcamalarında artışa neden olur.

Tokgöz (1981)'e göre günümüzde gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı insan gücüne sahip güçlü toplumlar oluşturmak için çaba göstermektedirler. Bu çerçevede sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içerisindeki payı bir gelişmişlik göstergesi olarak alınmaktadır. Gelişmişlik sosyal devlet uygulamalarını yaygınlaştırdığından, Kurtulmuş (1998)'un da ifade ettiği gibi, toplum sağlığının korunması sosyal devlet ilkesi çerçevesinde ele alınmakta ve tümüyle serbest piyasa koşullarına bırakılmamaktadır.

Sağlıklı olmanın sağladığı fayda hem bireysel hem de toplumsaldır. Sağlıklı olan bireylerden oluşan toplum ise kamunun ilgi alanıdır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak toplumda bulunan tüm bireylerin temel hakkıdır. İster geliri yeterli

olsun ister yetersiz olsun, bu haklardan herkes eşit şekilde yararlanmalıdır. Sosyal devlet ilkesinde kişinin gelirine bakılmaksızın eşit şekilde sağlık hizmeti sunmak, gelir eşitsizliğine rağmen sağlık eşitliliği kamunun temel görevidir.

2. SAĞLIK EKONOMİSİ

Sağlık ekonomisi; bireyin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve daha sağlıklı kılmak için mevcut teknoloji ve kaynakları en etkin biçimde kullanmanın ve yeni teknoloji ve kaynak geliştirmenin yollarının neler olduğunu çalışan ekonominin alt bilim dallarından birisi olarak tanımlanabilir. Sağlık ekonomisinin çalışma alanına sağlık hizmetlerinin üretimi için gerekli olan kaynakların ve teknolojinin temin edilmesi, kaynakların toplumun her kesimine ulaşacak şekilde dağılımının planlaması, hizmet sunucuların organize edilmesi ve iyi bir yönetim oluşturularak nitelikli personelin sağlanması, hizmetlerin ulaşılabilir şekilde sürekliliğinin devamı için yapılması gerekenlerin ve tüm bunların finansmanı konuları girer.

Çilingiroğlu (2001: 1592)'na göre sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin geçerli kural, yöntem ve analiz tekniklerinin sağlık alanında uygulanmasıdır. Sağlık ekonomisi, toplumun sağlıklı olabilme amacına ulaşmasında uygulanabilir ekonomik ve sosyal sistemlerle, sağlık için ayrılması düşünülen kaynakların nasıl tahsis edileceğini belirlemeye yardımcı olur. Ekonomi karmaşık bir bilim dalı ve disipline sahip olduğundan sağlığın geliştirilmesi karmaşık süreçleri içerir. “Bu nedenle sağlık ekonomisi; sağlık hizmeti arz ve talebinin özelliklerini, sağlık hizmetleri piyasasının işleyişini, devletin piyasadaki rolünü, sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini, sağlık sistemlerini (hizmet sunum ve finansmanı), bütçe yapma ve izleme mekanizmalarını, sağlık planlamasını, sağlık insan gücü planlamasını ve sistemin bütününe değerlendirilmesini de içermektedir.”

Bekir (2003)'in de ifade ettiği gibi, sağlık ekonomisi, toplumun ve içinde bulunan bireylerin sağlığını korumak, sağlığını koruyamadığı durumlarda tedavilerini yapmak, hastalıklar sonucunda sakatlık söz konusu olduğunda

rehabilitesini sağlamak üzere toplumun sağlığını geliştirmek için ekonomi biliminin özelliklerinden yararlanılmasıdır. Öte yandan, Mazgit (2002) sağlık ekonomisinin, hastaların ve hekimlerin davranışlarını analiz ettiğinden daha çok mikro ekonomik bir bakışı gerektirdiğini ileri sürmektedir.

Sağlık ekonomisi sağlık hizmetlerinin hem talep hem de arz ve maliyet yanlarını konu alır. Sağlık hizmetlerinin maliyetindeki artan oranlı artışlar çoğu kez araştırmaların ve tartışmaların bu alana yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerine giderek daha çok kaynak ayrılması ihtiyacının ve bu hizmetlerin maliyetlerindeki atışın nedenlerini şöyle sıralamak olanaklıdır:

- i. Bireylerin sağlıkla ilgili gelişmelerden haberdar olması sonucu sağlık bilincinin yükselmesine paralel olarak sağlık hizmeti talebindeki artışın varlığı,
- ii. Hayat standartlarının olumlu değişmesine bağlı yaşam süresindeki artış,
- iii. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan ürünlerin içerdii teknolojinin gelişmesinin maliyet artışlarını da beraberinde getirmesi,
- iv. Koruyucu önlemlerin alınmasıyla bulaşıcı hastalıkların azalarak yerine tedavi sürecini artıran kronik hastalıkların ortaya çıkması.

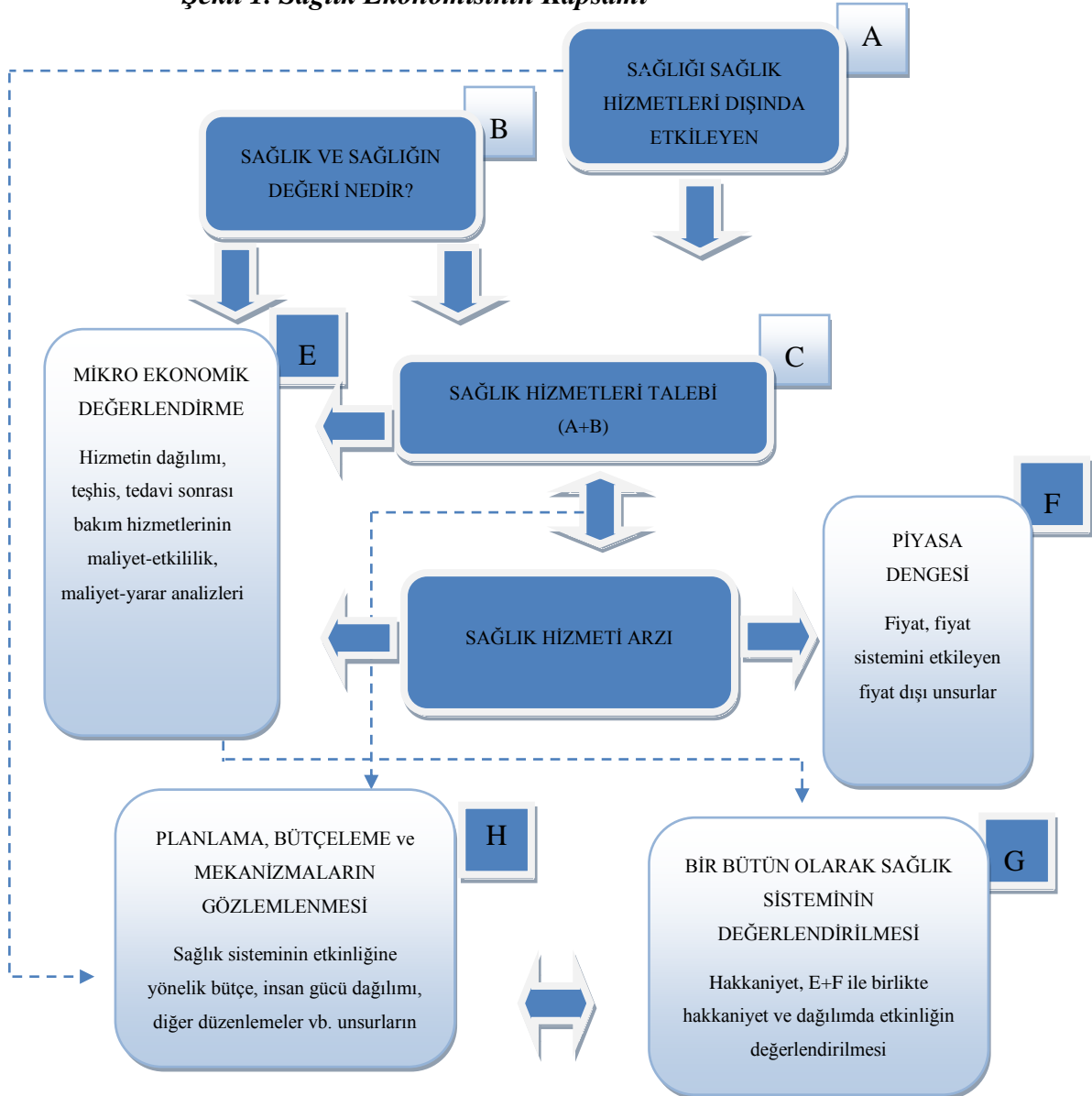
Tokalaş (2006)'ın da vurguladığı gibi, sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler yeni koruma ve tedavi yöntemlerini beraber getirmiş ve bu durum sağlık hizmeti kullanıcılarının davranışını etkileyerek sağlığa verdikleri önemi artırmıştır. Talep yanındaki bu davranış değişikliği de doğal olarak arz yanında davranış değişikliğini meydana getirmiş ve sağlık hizmeti sunanları yeni kaynak ve mevcut kaynakları daha etkin kullanmanın yollarını aramaya yöneltmiştir.

Saltık (1995) tarafından da hatırlatıldığı gibi, diğer alanlarda olduğu gibi ve belki de diğer alanlardan daha çok sağlık sektöründe de sınırlı olan kaynaklar doğru kullanılarak, minimum kaynak ile maksimum çıktı sağlanmalıdır. Kaynakların israf edilmeden etkin şekilde kullanılması için sağlık ekonomisinin rehberliğine ihtiyaç vardır. Sağlık ekonomisi optimal kaynak kullanımı ile optimal sağlık hizmetleri bileşimini üretmenin yollarını araştırır.

2.1 SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI

Williams (1987)'a göre, sağlık hizmetleri sunucularının görevi hastalıkların önlenmesi, tedavisi, sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Sağlık ekonomistlerinin görevi ise, bu amaçların kaynakların en etkin kullanımı ile gerçekleştirmesinin yöntemlerini araştırmaktır.

Şekil 1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı



Kaynak: Williams, 1973: 11.

Sağlık ekonomisinin yapısı ve temel unsurlarını Şekil 1 yardımıyla açıklamak olanaklıdır. A, B, C, D den oluşan alanlar sağlık sektörünün temelini oluşturmaktadır. E, F, G, H ise sağlık ekonomisinin uygulama alanlarını oluşturmaktadır.

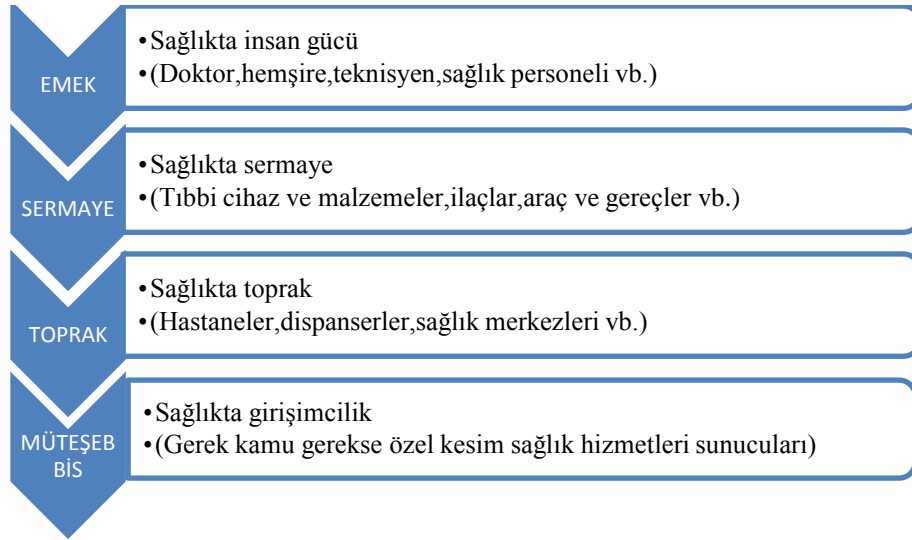
Şekil 1’de A alanı, sağlık hizmetleri dışında kalan unsurların etkisini belirtmektedir. Bu unsurların başında gelir düzeyi gelmektedir. Kişinin gelir düzeyi ne kadar artarsa beklenen yaşam süresi, yaşam biçimi, eğitim düzeyi, beslenme vb. faktörlerde yükselme görülmektedir. Gelirdeki artış sağlık hizmetlerinden ve imkânlarından yüksek düzeyde yararlanmayı sağlar. Eğitim düzeyinde de gelire bağlı olarak yükselme görülür ve bu bireylerin sağlık bilinçlerini geliştirerek sağlık hizmet taleplerinin çeşitlenmesine ve artmasına neden olur. Bununla birlikte gelirdeki artış sağlık düzeyinde olumsuz etkilere de neden olabilmektedir. Yaşam düzeyinin değişmesi, eğitim olanaklarının fazla olması, daha iyi sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi nedenlerle kırsal kesimden kentlere göçü artırır. Bunun sonucunda hava kirliliği, yoğun iş yüküne bağlı stres, ulaşım güçlüğüne bağlı trafik kazaları gibi olumsuz etkiler ortaya çıkar. B alanın sağlığın değeri sorusunu içermektedir. Sağlığın değerini tümüyle ekonomik büyüklüklerle değerlendirebilmek elbette olanaklı değildir; birey kendisini fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyi hissediyorsa sağlıklıdır. C alanı, sağlık hizmetlerine olan talebi içermektedir. Birey belirli bir sağlık sorunuyla karşılaştığında sağlık hizmetlerine olan talebi artmaktadır. Fiyat başka mallar için talebin gelire birlikte temel belirleyicisi olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen en önemli faktör değildir. Bunun nedeni, bireyin sosyal güvencesi yoksa bile kamunun devreye girmesidir. Talebi etkileyen en önemli unsur ihtiyaçtır. Sağlıklı olabilmek için bireyin sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı yaşam boyu devam edecektir. D alanı, sağlık hizmetlerinin arzını belirtmektedir. Arzın temel belirleyicilerini ise, üretim maliyetleri, üretim teknikleri, yetişmiş insan gücü, ilaç, cihaz vb. oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri üretim süreci fiziksel sermaye (tıbbi cihazlar, araç ve gereçler, tomografi vb.) ve insan sermayesi (doktor, hemşire, teknisyen vb.) yoğun bir süreçtir. E alanı ise, sağlık hizmetlerinin mikro boyutunu ortaya koymakta ve maliyet-fayda ve maliyet-etkililik analizlerinin önemini yansıtmaktadır. Bu iki analizle özünde bireyin tanı ve tedavi sonrası kazandığı sağlığının maliyeti ve o bireyin iş gücüne tekrar katılması ve verimli

çalışması sonucu ekonomiye olan katkısı değerlendirilmektedir. F alanı, sağlık hizmetlerinde piyasa dengesi, dengeyi etkileyen fiyat ve fiyat dışı unsurları yansıtmaktadır. G alanı ise, bir bütün olarak sağlık sistemini değerlendirmektedir.

Şekil 1'deki H alanı ise sağlık hizmetlerinin planlama ve finansman boyutlarını yansıtmaktadır. Bu alan planların ve bütçelerin mevcut ve gelecekteki ihtiyaç, talep ve kaynaklar göz önüne alınarak ve dinamik bir çerçevede yapılması gerektiğinin önemine işaret etmektedir.

Herhangi bir mal veya hizmetin üretim sürecinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin üretim sürecinin de en önemli unsuru üretim faktörleri/üretim girdileridir. Şekil 2 sağlık hizmetleri üretim sürecinde kullanılan girdileri yansıtmaktadır.

Şekil 2. Sağlık Hizmeti Üretim Sürecinde Kullanılan Girdiler



Kaynak: Tokat, 2008: 27.

Sağlık hizmeti üretiminin en önemli üretim faktörü insan sermayesidir. Bunun nedeni insan sermayesinin sadece üretim sürecinde değil, hizmetin sunumu aşamasında da önemli bir işlev yerine getirmesidir. Bundan çok daha önemlisi, insan sermayesinin niteliğinin sadece sağlık hizmetleri üretim ve arzını değil, aynı zamanda talebini de etkilemesidir. Bununla beraber, sağlık üretim faktörleri olarak nitelendirdiğimiz girdilerin her birisi sağlık ekonomisi sisteminin önemli yapı

taşlarıdır. Bu çerçevede sağlık ekonomisi sistemi, sağlık hizmetlerinde etkililik, verimlilik, süreklilik, ulaşılabilirlik hedeflerinin gerçekleşmesi için eldeki sınırlı kaynakların rasyonel olarak kullanımı ile sağlık hizmetleri arz ve talebini belirleyen faktörlerin her birinin işlevini belirten sistemdir.

2.2. SAĞLIK PİYASASININ ÖZELLİKLERİ VE İŞLEYİŞİ

Sağlık hizmetlerinden ihtiyaç duyan bireyler yararlandığı için sunumu da bireyseldir. Piyasa da sağlık hizmetlerinin alınıp satılması ve fiyatlandırılması mümkündür. Buna karşın Özsarı (2000)'nin da vurguladığı gibi, sağlık hizmetlerinin yarı kamusal niteliği ve hem üretim hem de tüketim sürecinde dışsallıkların varlığı sağlık hizmetlerinin fiyatının gerçek maliyeti yansıtmasını önler.

Sağlık hizmeti talep edenler çoğu zaman sağlıklarını bozan nedenler ve tedavisi hakkında tam bir bilgiye sahip değildir. Birey sunulan hizmet ve ihtiyacı hakkında eksik bilgiye sahiptir. Dolayısıyla eksik bilgi sağlık hizmetleri piyasasının temel özelliklerinden birisidir. Dahası, Ak ve Sevin (2000)'in de ifade ettiği gibi, sağlık hizmetleri piyasasında diğer piyasalardan farklı olarak, sağlık hizmeti alanlar satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında çoğu kez yanlış bilgiye sahiptirler. Bu durumun temel sonucu, Tokat (2006)'ın da belirttiği gibi bireyin sağlık talebini kendisinin belirleyememesidir. Sağlık hizmetlerine olan talebi, tıbbi bilgi sahibi olan hekim belirler.

Sağlık hizmetleri piyasasında eksik bilginin yanında eksik rekabette söz konusudur. Kurtulmuş (1999)'un da ifade ettiği gibi, sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan teknolojinin maliyetinin yüksek olması ve sağlık sorunlarının kısa zamanda çözümlenmesinin zorunlu olması nedenleri ile sağlık hizmeti talebinde bulunan bireylerin pazarlık yapma imkânı çoğu kez oldukça düşüktür. Bu durumda piyasanın talep yanında aksaklığa ve eksik rekabete yol açar. Sağlık hizmetleri piyasası diğer mal ve hizmet piyasalarından farklı olarak tıp eğitiminin getirdiği ayrıcalıkları ve sınırlılıkları barındırır. Ayrıca, sağlık hizmetleri piyasasına giriş ve çıkış diğer piyasalar kadar kolay değildir. Öte yandan, Yıldırım (1999)'ın

vurguladığı gibi, sağlık hizmeti talebi ile gelir ilişkisi de ekonomide ki diğer mal ve hizmetlerden farklı bir özelliğe sahiptir. Maliyetlerin yüksek olması, sağıktaki olumsuzlukların gelir elde etme kapasitesini de olumsuz yönde etkilemesi sonucu piyasa başarısızlığı söz konusudur.

Şakar (1999) ve Tokalaş (2006)'ın da vurguladığı gibi, sağlık hizmetleri, ikame edilemediği ve ertelenemediği gibi talebin oluşmasıyla birlikte karşılanması gereken ihtiyaçtır. Talep olduğunda karşılanamayan sağlık ihtiyacı, bireyin ilerideki yaşamıyla birlikte toplumu da etkiler. Ayrıca, Ak ve Sevin (2000)'nin de işaret ettiği gibi, sağlık hizmetinin arz ve talep süreçleri diğer mal ve hizmetlerin arz ve talep süreçlerinden farklılaşır; sağlık hizmetleri piyasalarında tüketiciler çoğu kez satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini ve satın alma zamanını belirleyemezler. Sunulacak hizmetin miktar ve niteliğinin ve ne kadar bir zaman için sunulacağını önceden belirlenmesinin çoğu kez olanaksız olması, hizmetin fiyatının ve maliyetinin de önceden belirlenmesini zorlaştırmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasının aksak bir piyasa yapısına sahip olmasının nedenlerinden biri fiyatlama sürecindeki belirsizlik iken, bir diğer önemli neden gelir eşitsizliğidir. Bu iki aksaklık kamunun sağlık hizmetleri piyasasına müdahalesinin temel gerekçelerini oluşturmaktadır. Kamu müdahalesinin en önemli nedenini ise, sağlık hizmetinin bireysel ve toplumsal yararının, gelir etkisi, tüketim etkisi, üretim etkisi, refah seviyesi, zaman tercihleri gibi standart ekonomik kavramlarla ele alınarak, marjinalist bir değerlerinin yapılmasının olanaklı olmamasıdır.

Bu çerçevede, Alpugan (1984) sağlık hizmetlerinin tüketiminden elde edilen yararları ekonomik olmayan ve ekonomik olan yararlar olarak iki grupta toplamaktadır:

- i) Ekonomik olmayan yararlar; bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları neticesinde, kendilerini ruhsal yönden tam bir iyilik halinde rahat, huzurlu, mutlu ve güçlü hissetmeleri, bu hizmetlerin tüketilmesinin sağladığı ekonomik olmayan yararlardır.
- ii) Ekonomik yararlar; bireyin sağlıklı olması ve devamlılığı, ekonomide tüketim ve gelir etkileri yaratır. Tüketim etkisi, sağlıklı bireyin tüketiminin, sağlıksız bireye kıyasla daha yüksek olacağı varsayımına dayanmaktadır.

Gelir etkisi ise, sağlıklı olmanın sağlayacağı işgücü kaybının önlenmesi sonucunda üretimin artmasıdır. Ayrıca üretim etkisinin bir diğer yönü sağlıklı bireyin verimliliğinin daha yüksek olmasıdır.

2.2.1. Sağlık Piyasasında Arz

İktisadi olarak arz; mal veya hizmetlerin belirli bir piyasada, belirli bir zamanda belirli bir fiyattan satılmak için piyasaya sunulmasıdır. Sağlık hizmetleri arzını ise, belirli bir dönemde sağlık kurumlarının çeşitli fiyat düzeyinde üretip satmayı arzu ettikleri sağlık hizmeti miktarları olarak tanımlayabiliriz. Diğer mal ve hizmetlerin üretiminde olduğu gibi, sağlık hizmetleri üretimin de temel üretim faktörleri emek, sermaye, doğal kaynaklar ve girişimcidir. Bu üretim faktörlerinin fiyatı sağlık hizmetlerinin üretim maliyetini belirler. Üretim faktörleri fiyatları, ikame ve tamamlayıcı sağlık hizmetleri ürünlerinin fiyatları ve teknoloji düzeyi bir sağlık hizmeti ürününün arzını belirleyen temel değişkenleri oluşturur.

Cullis (1979), sağlık hizmetleri arzının diğer mal ve hizmetlerin arzına göre bazı özellikleri itibariyle farklılaştığını ileri sürmektedir. Sağlık hizmetleri ürünleri arzını diğer mal ve hizmetlerin arzından ayırıştıran özellikler, uluslararası ve ulusal monopollerin varlığı, mal ve hizmet üretiminde anlaşmalı meslek kuruluşlarının rolü fiyat ve patent konusunda kanuni monopollerin varlığıdır. Sağlık hizmetleri arzı, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğüne, sağlık sisteminin yapısına, siyasi otoritenin sağlık politikasının niteliğine ve uyguladığı finansman yöntemlerine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal olma özelliği, sağlık hizmetleri üretimi ve arzında hükümetin sağlık politikasının rolünü artırmaktadır. Işık (2001) sağlık hizmetlerinde arzın belirlenmesinde hükümetin aldığı ve alacağı kararların etkilerine işaret etmekte ve sağlık hizmetleri ürünlerinin fiyatlarının yasa ve yönetmeliklerle hükümetin denetiminde olduğuna vurgu yapmaktadır. Hükümet düşük gelir sahiplerine de sağlık hizmetinin ulaşması için piyasaya girebilir. Piyasaya müdahale sağlık hizmetleri arzı biçiminde olabileceği gibi, düzenleme ve denetleme biçiminde de olabilir.

Kurtulmuş (1998) sağlık őrunleri arzının esnekliğine vurgu yapmakta ve diğer mal ve hizmetlere kıyasla sağlık hizmetlerinde arzı artırmanın daha uzun bir sőreci gerektiğini ifade etmektedir. Ayrıca, Tokalaş (2006) tarafından da vurgulandığı gibi, hőkümetin dőzenleme ve denetleme rolő nedeniyle diğer piyasalarının aksine sağlık hizmetleri piyasasına giriş ıkışlar tőmőyle serbest değildir. Yetkili kurum ve kuruluşların istediği yeterlilik kriterleri piyasaya girişı zorlaştırmaktadır.

Daha őrnce de vurgulandığı gibi, sağlık hizmetleri piyasasının bir őrnemli őrzelliđi sağlık hizmetleri talep edenlerin eksik bilgiye sahip olmalarıdır. őrte yandan, sağlık hizmeti sunucuları őrn ve piyasa hakkında çoğu kez tam bilgiye sahiptirler.

2.2.2. Sağlık Piyasasında Talep

İktisadi olarak talep, bireylerin belirli bir zaman diliminde farklı fiyat dőzeylerinde satın almayı arzu ettiği mal miktarlarını ifade eder. Sağlık hizmetleri talebi ise bireyin sağlığında meydana gelen olumsuz durumlarda, bireyin sağlığına tekrar kavuşıması için (sağlık elde etmek için) sağlık hizmetlerinden yararlanma isteğidir. Başka bir deyişle sağlık hizmetine olan talep sağlık ihtiyacının varlığına bağlıdır.

Mutlu ve Işıık (2005)' a göre sağlık hizmetlerinde oluşan talep, sağlık kavramından tőretilmiř bir taleptir. Sağlık hizmeti talebinde hekim kararının őrnemli olması, talep edenin hangi mal ve hizmetlere ihtiyacının olduğunun yine hekim tarafından belirlenmesi tőretilmiř bir talep olmasının diğer nedenidir. Sağlık hizmetleri talebinin iki başka yőnőne ise Ertekin (2000) işaret etmektedir: Bunlardan ilki, çoğu kez talebin őrnceden tahmin edilmesinin mőmkőn olmamasıdır. İkincisi ise, sağlık hizmetlerinin talebi söz konusu olduğunda, alternatif mal veya hizmet kullanılarak ikame edilememesidir.

Sağlık hizmetleri talebinin bir diğer őrnemli yőnő ise, sağlık hizmetlerinin yayınlığının artmasının talebi artırmasıdır. örneğin Orhaner (2006), őrlkemizde sağlık hizmetlerine olan talebin dőřuk olmasının nedeni sağlık kurumlarının etkin,

verimli ve yaygın bir sağlık hizmeti sunamayışları ile açıklamaktadır. Bu süreç sağlık hizmeti talebini geciktirmektedir.

2.2.3. Sağlık Piyasasında Denge Sorunsalı ve Piyasa Başarısızlığı

Piyasa dengesi ile kastedilen, bir malın arzının ve talebinin bir birine eşit olmasıdır. Diğer bir değişle, veri bir fiyat düzeyinde tüketicilerin satın almayı arzu ettikleri miktar ile üreticilerin üretip satmayı arzu ettikleri miktarın bir birine eşit olmasıdır.

Sağlık hizmetleri piyasasında çoğu kez bir dengesizlik durumu söz konusudur. Dengesizliğin temel nedeni, hizmeti talep ve arz edenlerin sahip oldukları bilginin düzey ve niteliğinin sürekli bir biçimde birbirinden farklı olmasıdır. Talep arz dengesizliğinin bir diğer nedeni ise Balsak (2004) tarafından da vurgulandığı gibi, sağlık piyasasında bulunan sağlık sunucularının kendi aralarında anlaşma sağlayarak birlikte hareket etmeleridir.

Toprak (1982)'a göre ise, dengesizliğin bir nedeni, sağlık hizmetlerinin ikamesi olmayan ve tüketimi zorunlu bir hizmet olmasından dolayı fiyat esnekliğinin düşük olmasıdır. Öyle ki, çoğu durumda talep fiyatlara karşı duyarsız, yani esneklik sıfıra yakındır. Sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin düşük olmasına karşın, gelir esnekliği oldukça yüksektir. Ancak gelir temelli ayrıştırmada talepte bir kırılma söz konusudur; bireyler belirli bir gelir düzeyine ulaşınca kadar kamu kesimi tarafından sunulan ücretsiz veya oldukça düşük bir fiyat ile sunulan sağlık hizmetinden yararlanmakta, belirli gelir düzeyinden sonra ise çoğu kez özel kesim tarafından ve yüksek fiyatlar ile sunulan sağlık hizmetlerine yönelmektedir.

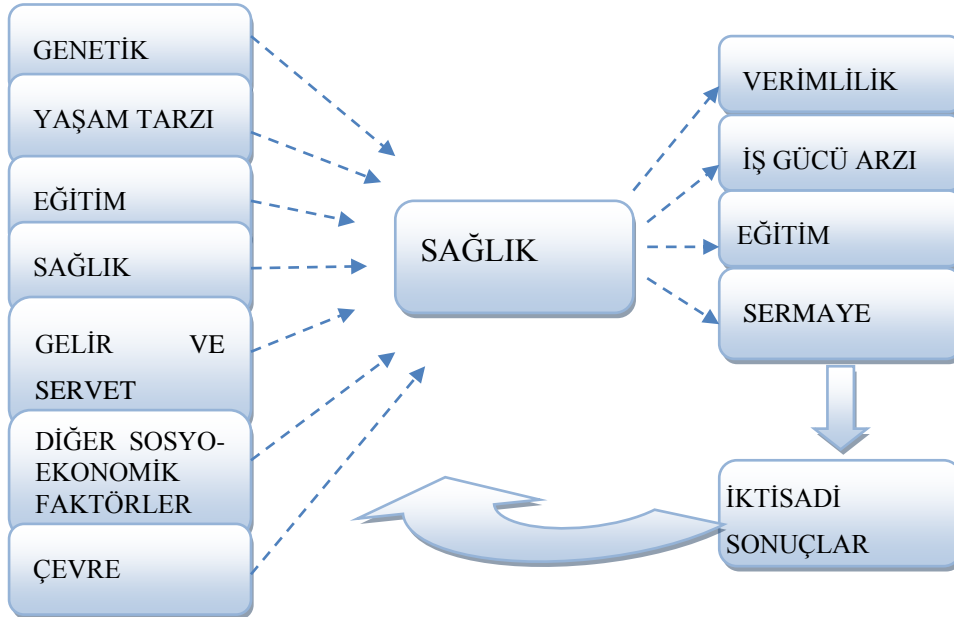
Piyasa dengesi çoğu kez fiyatlama sürecinin tümüyle piyasaya bırakılmasını gerektirir. Öte yandan, Şenatalar (2003) tarafından da vurgulandığı gibi, sağlık hizmetlerinin tümüyle piyasa mekanizmasına bırakılması kimi sakıncalar yaratır. Sağlık hizmetinin bir kısmı bölünmesi mümkün olmayan, önleyici hizmet niteliğinde olduğundan piyasa başarısızlığı söz konusudur. Toplumun yararını ilgilendiren sağlık hizmetini belirli bir ücret karşılığında sunmak ve ücret ödemeyenlerin hizmetlerden

yararlanması engellemek söz konusu olamaz. Bu tür toplumu ilgilendiren hizmetlerin piyasa tarafından üretilmesi olanaksızdır. Bu nedenle, toplumun yararını ilgilendiren sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu tarafından karşılanmalı ve devlet tarafından üretilmelidir. Piyasa başarısızlığının olduğu diğer bir sağlık hizmeti alanı koruyucu sağlık hizmetleridir.

Günümüzdeki eşitlik kavramı ve adalet anlayışı, temel sağlık hizmetlerinin dil, din, ırk, gelir, servet, statü vb. ayrımı gözetmeden sunulmasını öngörmektedir. Bu hizmetlerin tamamen piyasaya tarafından karşılanması, bu hizmetlerden sadece parası olanın yararlanması demektir.

Ayrıca sağlık hizmetleri düzey ve niteliği bir kalkınmışlık göstergesidir. Şekil 3 kalkınmanın unsurları ile sağlık arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır. Temiz içme ve kullanma suyu, nitelikli barınma, dengeli beslenmenin yanında toplum içerisinde ekonomik ve sosyal bir rol üstlenilmesinin sağlanması, diğer çevresel şartların uygun olması gibi birçok faktör sağlık üzerinde etkilidir. Ayrıca sosyo - ekonomik faktörlerin etkisi ile sağlık hizmetleri sunumundaki farklılıklar iktisadi sonuçlar doğurmaktadır. Ortaya çıkan bu sonuçlar kısa ve uzun vadede sağlığı tekrar etkilemektedir. Kalkınmanın unsurları ile bu nedensellik yapısı sağlık hizmetleri piyasasındaki nedenselliğin temel kaynaklarını da yansıtmaktadır.

Şekil 3. Sağlık Girdi ve Çıktıları



Kaynak: Suhreke M. ve Diğerleri, 2005: 11.

3. SAĞLIK HARCAMALARI VE BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Bireyler ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmelidir. Bu hizmetlerden yararlanırken ertelenme olmamalıdır. Aynı zamanda koruyucu, tedavi edici, iyileştirici tüm faaliyetleri kapsamalıdır. Tüm bu sağlık hizmetlerini üretmek için yapılan harcamalar sağlık harcamaları olarak kabul edilmektedir.

Balsak (2004) tarafından da vurgulandığı gibi, toplam ve kişi başına sağlık harcamalarının düzeyi ve artış oranı ülkelerin gelişmişlik düzeyi belirlenirken bir ölçüt olarak alınmaktadır. Bunun bir nedeni, sağlık harcamalarının düzeyinin ve artışının bireylerin yaşam süresini ve kalitesini yükseltmesidir. Ancak, Şenatalar (2003) çalışmasında, sağlık harcamalarının düzeyi ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesi bağlamında değerlendirildiğinde ülkemizin yalnızca gelişmiş ülkelerin değil ama aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerin birçoğunun da gerisinde bulunduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık harcamalarının artması ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerin yanında sağlık konusunda bilinçlenme ve teknolojik gelişmeden kaynaklanmaktadır.

Sağlık harcamalarını belirleyen faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

i. Gelir Düzeyi

Kişi başı gelirin düşük olduğu toplumlarda, işsizlik, yoksulluk, gelir dağılımında eşitsizlik gibi ekonomik nedenlerden dolayı hastalıkların sıklıkla görülmesi normaldir. Gelir düşüklüğüne bağlı olarak temel sağlık ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, bireylerin sağlığını kaybetmesine zemin hazırlamaktadır. Sağlıkta meydana gelen bozulmalar zamanla kronik hastalıklara dönüşerek tedavi sürecinin uzamasına ve maliyetlerin artmasına sebep olmaktadır. Kişi başı gelirin yüksek olması bireylerin daha yüksek yaşam standardı seçmesine ve daha iyi sağlık hizmeti almak istemelerine neden olmaktadır. Geliri yetersiz birey kamu sağlık hizmetlerinden yararlanmakta iken, geliri yüksek birey hem kamu hem de özel sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Kişi başı gelirin yükselmesi bireylerin sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanmasına yol açmakta ve sağlık harcamalarını

artırmaktadır. Özetle, sağlık hizmetleri zorunlu bir mal olup, kişi başına düşen gelir ile sağlık harcamaları arasında pozitif ve güçlü bir korelasyon söz konusudur: Kişi başına düşen gelir arttıkça bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebi artmaktadır.

ii. Eğitim Düzeyi

Eğitim seviyesinin yükselmesi sağlık bilincinin yükselmesini sağlar. Böylelikle sağlık bilinci yüksek eğitilmiş bireylerin varlığı, sağlık hizmeti tüketimini artırır. Bireylerin sağlıkla ilgili yeni gelişmelerden haberdar olması, sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta dolayısıyla sağlık harcamaları artmaktadır. Yüksek gelir düzeyine sahip olan ülkelerde eğitim düzeyi daha yüksek olduğundan, sağlık hizmetleri bilinci ortalama olarak daha yüksektir. Böylece bu ülkelerde sağlık harcamaları talebi ve harcaması düşük gelir düzeyine sahip olan ülkelere göre daha yüksektir.

iii. Sosyal Değerler

Sağlık harcamalarını artıran nedenlerden birisi de yaşam şekillerinin ve sosyal değer yargılarının değişmesidir. Küreselleşme özellikle son 20 yılda toplumların sosyal ve kültürel yapılarında önemli değişiklikler ortaya çıkarmış, ama aynı zamanda birçok davranış biçiminde yakınsamaya neden olmuştur. Küreselleşme süreci aynı zamanda sağlık hizmetleri ile ilgili bilginin yaygın ve kolay erişilir olmasını sağlamıştır. Bu süreç sağlık talebini ve harcamalarını artırmıştır.

iv. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojik gelişmelerin hem arz hem de talep yanını en çok etkilediği sektörlerin başında sağlık sektörünün geldiğini ifade edebiliriz. Teknolojik gelişme hem sağlık hizmetleri ile ilgili bilginin yaygın ve kolay elde edilmesine katkıda bulunmakta ve dolayısıyla sağlık bilincini ve talebini etkilemekte, hem de sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltmekte ve maliyetini azaltmakta ve böylece sağlık hizmetlerinin arz yanını etkilemektedir.

v. Kentleşme

Kırsal kesimden kentlere olan göç toplumun sosyal ve kültürel yapısında ve dolayısıyla sağlık bilincinde önemli değişikliklere neden olmaktadır. Kentleşme süreci aynı zamanda kalabalık insan topluluklarının bir arada yaşamasına neden

olmuştur. Bu süreç sağlık hizmetlerine olan talebi artırmıştır. Sağlık hizmetleri talebinin artması sağlık hizmetleri arzında bir artışı da beraberinde getirmiş ve bunun sonucunda sağlık harcamaları da artmıştır. Kentleşmenin, özellikle büyük kentlerin sayısının artması sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırarak sağlık hizmetleri talebinde artışa neden olmuştur. Ayrıca, büyük kentler birçok üniversite ve dolayısıyla eğitim ve araştırma hastanelerini bünyesinde toplamaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin kolayca elde edilmesini beraberinde getirmekte talebi ve sağlık harcamalarını etkilemektedir.

vi. Yaşam Süresinin Uzaması

Yaşam süresi bir gelişmişlik göstergesidir. Öte yandan, yaşam süresi ile sağlık harcamaları arasında iki yönlü bir nedensellik söz konusudur. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar yaşam süresini uzatırken, aynı zamanda yaşam süresinin uzaması sağlık hizmetleri talebini ve harcamalarını artırmaktadır.

vii. Sosyal Devlet Uygulamaları

Sosyal devlet uygulamaları birçok kamusal hizmetin yaygın ve karşılıksız veya düşük fiyatla sunulmasını sağlamaktadır. Sağlık harcamaları da temel kamusal hizmetlerden biri olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla sosyal devlet uygulamalarının yaygınlaşması sağlık hizmetlerinin de yaygın bir biçimde sunulmasına ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ, SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HARCAMALARI

Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunda Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, S.S.K. Üniversite hastaneleri, Belediyeler, Kamu İktisadi Kuruluşları, resmi kurum ve kuruluş sağlık merkezleri, dispanserler gibi birçok resmi veya özel kuruluşun, sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve finansmanında çok önemli rol üstlendikleri bilinmektedir. Bu kuruluşların yanında dernek ve vakıflarla birlikte özel sağlık kuruluşları da sağlık hizmeti vermektedir. Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin temel yapısının oluşturulmasını ve merkezi örgütlenmesini Sağlık Bakanlığı üstlenmiştir. Bu çerçevede sağlık ile ilgili kararların alınmasında, politikaların belirlenmesinde ve uygulanmasında, sorumlu ve yetkili kuruluş Sağlık Bakanlığı’dır. Öte yandan, 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı’nın rolünün yeniden tanımlanması, kamu hastanelerinin özertleştirilmesi, kurumların sözleşmeli personel alması ve çalıştırmasına ilişkin birtakım düzenlemeler yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak ifade edilen bu düzenlemeler ile ülke sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir biçimde sunulması, herkesin eşit bir biçimde sağlık hizmetinden yararlanması ve hizmetlerin finansmanının sağlanması hedeflenmiştir.

1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesi sağlık hizmetlerinin genel durumunu aşağıdaki gibi özetlemek olanaklıdır:

- i. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık evleri ve sağlık ocakları daha çok kırsal kesime hizmet götürmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşım sorunu kırsal kesim için kentsel kesime göre daha zordur.
- ii. Sağlık ve sağlık hizmeti ile ilgili bilgi sahibi olunması; hastalıkların tanınması, sağlık hizmetlerinden faydalanılması, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanılması düzeyi düşüktür.
- iii. Hastanelerin çoğunda malzeme, cihaz, deneyimli ve yeterli personel eksiklikleri nedeniyle tıbbi işlemler yapılamamakta, hastalar tedavi için büyük hastanelere müracaat etmektedir.
- iv. Sağlık güvencesi Emekli Sandığı (ES), Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Yeşil kart kurumlarını ve uygulamalarını içeren karmaşık bir yapılanmadadır. SSK üyeleri sadece kendilerine hizmet eden hastanelerine başvurabilmekte diğler hastanelere sevsiz başvuramamaktadır.
- v. Yeşil kart uygulamasının amacı sağlık hizmetlerini karşılayacak maddi durumu yetersiz insanlara sağlık yardımı sağlamaktır.
- vi. Yeşil kart sahipleri devlet hastaneleri dışında sevsiz başka sağlık kuruluşlarına müracaat edememektedir.
- vii. Hastanelerin ve sağlık kuruluşlarının sağlık personeli dağılımında dengesizlik, verimsizlik ve yığılma vardır.

Akdur (2006) da yukarıda ayrıntıları verilen sağlık örgütlenmesinin yapısının karmaşıklığına işaret etmektedir. Anayasaya göre sağlık hizmetlerinin sunumundan, organize edilmesinden ve planlanmasından sorumlu olan kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Ancak Sağlık Bakanlığının dışında sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların yanı sıra özel sağlık kuruluşları da sağlık hizmeti vermektedir. Bu yapının ortaya çıkarmış olduğu karmaşıklık, kaynakların dağıtılmasında, hizmetlerin planlamasında, sunulmasında ve etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu çerçevede içerisinde, sağlık hizmetlerinin karmaşık ve dağınık bir yapıya sahip olması nedeniyle Sağlık Bakanlığı'nın bu yapıyı tek elden yönetmesi mümkün değildir. Çoğu sağlık kuruluşları birbirinden habersiz hizmet üretmekte ve mevcut kaynaklar verimli kullanılamamaktadır. Bir başka husus ise Sağlık Bakanlığı

dışında kalan kuruluşların sınırlı sayıda hastane hizmeti üretmesidir. Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesindeki temel sorunlar Şekil 4'de özetlenmektedir.

Şekil 4. Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesindeki Temel Sorunlar

MEVZUAT	HİZMET SUNUMU	ENFORMASYON
<ul style="list-style-type: none">•Mevzuat eski dağınık ve yetersiz•Mevzuatta sık değişiklikler yapılıyor•Bakanlık kuruluş kanunu yok•AB mevzuatına uyum sorunları var	<ul style="list-style-type: none">•Koruyucu sağlık hizmetlerinde yetersizlik•Sevk zincirine uyulmaması•Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinsizliği•İlk yardım bilincinin eksik, denetimlerin yetersiz olması	<ul style="list-style-type: none">•Teknolojik altyapı eksik•Bilgi akışı düzensiz•Veri standardizasyonu eksik•Bilgi yönetimi konularında uzman personel yetersizliği
ORGANİZASYON-YÖNETİM	İNSAN KAYNAKLARI	FİNANSMAN
<ul style="list-style-type: none">•Merkeziyetçilik•Stratejik yönetim eksikliği•Bakanlık temel görevlerine yoğunlaşmıyor•Farklı hizmet sunucuları arasında hizmet birliği yok•Hastane yönetiminde etkinsizlikler	<ul style="list-style-type: none">•Personel istihdamı merkeziyetçi•Personel dağılımı dengesiz•Sürekli eğitim uygulaması yok•Sağlık personelinin görev tanımı, iş analizi yetersiz•Performans değerlendirme ve ölçümü yetersiz•Atamaların sık sık yapılması•Tam gün çalışma çözümlenememiş	<ul style="list-style-type: none">•Finansman ve hizmet sunucu kurumlar aynı çatı altında•Sigorta fonları etkin işletilemiyor•İlaç harcamaları yüksek•Hekimlerin öznel tutumları•Malzeme alımlarında dışa bağımlılık•Ödeme güçlüğü olan hastalar hastanelere ek yük getiriyor•Faturalandırmada standardizasyon yok

Kaynak: Aktan, 2004: 2.

Aktan (2004)'ın da vurguladığı gibi, Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesinde ilgili mevzuattan bilgi akışına, hizmetlerinin sunumundan finansmanına kadar bir dizi sorun vardır. Öte yandan, bu sorunlar, Şekil 5'de ayrıntılı bir biçimde ortaya konduğu gibi, birçok nedenden kaynaklanmakta çok önemli ve olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Şekil 5. Sağlık Bakanlığı'nın Mevcut Sorunlarının Neden ve Sonuçları



Kaynak: Aktan, 2004: 3.

Bu çerçevede Türkiye’de sağlık sisteminde var olan temel sorunları şu şekilde özetlemek mümkündür:

- i. Mevcut sağlık personeli ve hekim sayısı yetersizdir.
- ii. Bölgeler arası hastanelerde ve hasta yatak sayılarında eşitsizliklerin varlığı söz konusudur.
- iii. Sosyal sigorta modeli işverenlerin prim katkılarına bağlıdır.
- iv. Katkı payları ve yasal olmayan ödemeler (özel muayenehane ücreti, bıçak parası vb. gibi) sağlık harcamalarını önemli ölçüde artırmaktadır.
- v. Yeşil kart giderleri genel bütçeden karşılanmaktadır.
- vi. Kamu hastaneleri sağlık hizmetlerinin sunumunda yoğun talebini karşılamakta yetersiz kalmaktadır.

vii. Özel hastanelerin az ve yetersiz olması kamu hastanelerinin yoğunluğunu artmasına neden olmaktadır.

viii. Hekimlerin özel muayenehane açmasının yaygın olması sonucu kamu hastanelerinde yeterli performans gösterilmemektedir.

ix. Sosyal sigorta primlerinin farklı olması eşitsizlik yaratmaktadır.

Bu sorunlar çerçevesinde Türkiye’de sağlık reformuna ihtiyaç duyulmasının nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

i. Halkın gelir düzeyinin düşük olması ve nüfusun büyük bir bölümünün sağlık güvencesinin olmaması,

ii. Yaşlanan nüfusun kronik hastalıklarla beraber maliyet artışına sebep olması,

iii. Kişilerin sağlıkla ilgili bilgi ve bilinç düzeyinin sağlık hizmetlerine talebi artırması ve bu talebin nitelik ve nicelik yönleri ile karşılanamaması,

iv. Karmaşık ve dağınık sağlık sisteminin varlığının kaynak kullanımında verimsizliğe neden olması,

v. Teknolojik gelişmelerin bir yandan sağlık hizmetlerinin sunumunu olumlu etkilemesi, ancak teknolojinin yerli üretilmesi yerine ithal edilmek durumunda kalınmasının maliyet ve finansman sorunlarına neden olması,

vi. Ekonomik büyümeye ve gelişmeye paralel olarak sağlıkla ilgili beklentilerin artması, ancak mevcut sistemin toplumun beklentilerine cevap verememesi,

vii. Sağlık harcamalarının bütçe üzerine getirdiği yük ve bütçe açıklarının mali sistemde yol açtığı sıkıntılardır.

2. YAKIN TARİHTE YAPILAN SAĞLIK REFORMLARI

1991 yılında strateji ve planlama geliştirme kurumunun kurulması ile birlikte 1992 yılında I. Ulusal Sağlık kongresi yapılmış, sağlıkla ilgili somut adımlar bu kongrede alınan kararlarla atılmıştır. Bu kongre sonucu sosyal güvencesi olmayan nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanması için 1992 yılında yeşil kart uygulamasına geçilmiş ve durumun değerlendirilmesi için 1993 yılında 2. ulusal sağlık kongresi gerçekleştirilmiştir. Daha sonraki zaman diliminde de çeşitli kongre ve projeler yapılmıştır. Bu gelişmeler ve atılan adımlar sonucu 1992 yılında herhangi bir sağlık güvencesi olmayan bireylerin devletin sunduğu sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması için yeşil kart uygulaması sosyal devlet anlayışına uygun bir biçimde hayata geçirilmiştir. Ancak, yeşil karta başvuran nüfusun, kartı nasıl elde edeceği, belirli şartları taşıması ve bu uygulamadan kimlerin faydalanacağı konularında objektif olunması ve normatif kurallara uyulması kararlaştırılmıştır. Ancak, 2003 yılına kadar geçen on bir yıllık süre zarfında yaşanan ekonomik krizler ve koalisyon hükümetlerini oluşturan partilerin sağlık reformu konusundaki farklı görüş ve yaklaşımlarının olmaması sağlıkla ilgili somut adımların atılmamasına neden olmuştur. 2002 yılı sonu ile birlikte ise daha istikrarlı bir siyasal yapının ortaya çıkması ve Avrupa Birliği'ne uyum süreci sosyal güvenlik ve sağlık alanında yapısal reformların gerçekleştirilebilmesi için uygun bir ortam oluşmuştur. Soyer (2003) tarafından da vurgulandığı gibi, bu reformlardan en önemlilerinden birisi 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanın kademeli olarak ayrılmaya başlanmış olmasıdır. İlk olarak Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur mensubu olan kişiler genel sağlık sigortası adı altında sağlık güvencesine alınmışlardır. Bu çerçevede yine yeşil kart sahibi olan vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınmasına ilişkin çalışmalar yapılmıştır.

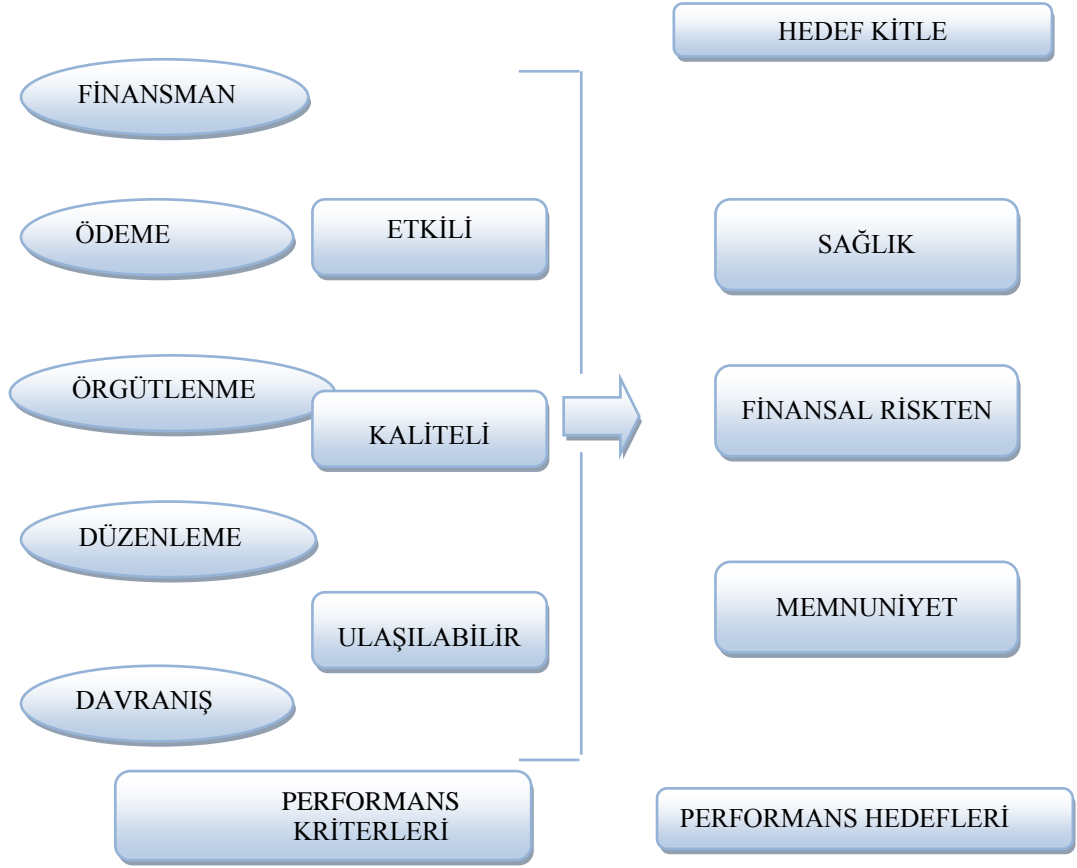
2004 yılında ise aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini düzenleyen 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiştir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirlediği illerde aile hekimliği uygulamasına başlanmıştır. Bu uygulamadan amaç birinci basamak sağlık

hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, Őahsi sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit eriŐimin sağlanmasıdır. 2005 yılında ise ‘‘Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun’’ yururlyėe girmiştir. Bu kanun ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait tım sağlık birimlerinin, bu birimlere ait her turluğ goğrev, hak ve yuğkuğmluğlukleri, Sağlık Bakanlığı'na devredilmiŐtir. Ancak, Cumhurbaşkanlığı, yuğsek mahkemeler, SayıŐtay, Tırk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, univrsiteteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflar bu uygulamanın dışında tutulmuŐtur. Sonuç olarak, bu kanunla sağlık hizmetlerinin sunumuna dair tek elden idare edilmesi yonunde onemli bir adım atılmıştır. Yine bu çerçeve, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile hizmetin finansmanı ile hizmetin sunumu birbirinden ayrılmıştır. Genel sağlık sigortası ile yeşil kart hariç tım sosyal guğvenceler birleştirilmiş, mali yuğkuğmluğlukler artmıştır. Ancak, Aile Hekimliği uygulamasına geçilmeye başlanması ve pilot bolye uygulaması aşamasında sıkıntılar ve aksaklıklar ortaya çıkmıştır. Sağlık sistemindeki problemlerin birikmesi sonucu ihtiyaçları etkin ve rasyonel olarak karŐılayamaması sağlık reformunu zorunlu hale getirmiştir.

3. SAğLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Sağlıkta dönüşüm programında (SDP) amaç; sağlık hizmetlerinin verimliliğin, etkililiğin ve eşit eriŐimin sağlanmasıdır. Sülkü, (2011) dönüşüm programının bir diğer amacının sağlık hizmetleri sunumunun finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmak olduğuna vurgu yapmaktadır. Etkin, verimli ve finansal anlamda sürdürülebilir bir sağlık sisteminin temel yapısı Şekil 6'da özetlenmiştir.

Şekil 6. Sağlıkta Dönüşümün Başlıca Kontrol Mekanizmaları



Kaynak: Roberts ve Arkadaşları, 2008 Erişim Tarihi, 26.12.2013.

Şekil 6'dan da görülebileceği gibi, etkin ve finansal açıdan sürdürülebilir bir sağlık sisteminin temel özelliği performans hedefleri ve bu hedefleri gerçekleştirmeye yönelik olarak belirlenen performans kriterleridir. Bu çerçevede, Türkiye'de gerçekleştirilen Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri şu başlıklar altında toplanabilir (Sağlık Bakanlığı 2003):

- i. **İnsan Merkezilik:** Sistemin planlanmasında ve sunumunda, hizmetten yaralanacak bireyi, bireyin gereksinim, talep ve beklentilerinin esas alınması.
- ii. **Sürdürülebilirlik:** Sistemin ülkemizin koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyecek bir süreklilik göstermesi.

iii. **Sürekli Kalite Gelişimi:** Sunulan hizmetlerde ve alınan sonuçlarda ulaşılan düzeyin yeterli görülmemekle hep daha iyinin aranması, ayrıca sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarını öğrenmesini sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulması.

iv. **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, konuyla ilgili bütün tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması, sağlık sisteminin bütün bileşenlerini sistemin kapsamına alarak kaynak birliğinin sağlanması.

v. **Uzlaşmacılık:** Sektörün farklı kesimleri arasında karşılıklı çıkarların gözetilerek ortak noktalarda buluşmaya çalışılması.

vi. **Gönüllülük:** Hizmeti sunan veya talep eden, birey veya kurum ayrımları yapılmaksızın, sistem içinde yer alan bütün birimlerin, belirlenen amaçlar için, zoraki değil gönüllü katılımlarının sağlanması.

vii. **Güçler Ayrılığı:** Sağlık hizmetinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirlerinden ayrılması (finansmanı yapan ile hizmeti sunanın ayrılması).

viii. **Yerinden Yönetim:** Hızlı karar mekanizmalarının oluşturulması, kaynakların daha verimli kullanılması ve kurumların, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtulması için yerinden yönetimin gerçekleştirilmesi.

ix. **Hizmette Rekabet:** Sağlık hizmet sunumunun, merkezi yönetimin tekelinden çıkartılarak, uygun nitelikteki farklı hizmet sunucuları arasında özendirici yarışma koşullarında sağlanması, böylece sürekli kalite artışına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamının gerçekleştirilmesi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılı Aralık ayında "Sağlıkta Dönüşüm" adlı belgede yayınlanarak açıklanmıştır. Aşağıda Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri ayrıntılı biçimde tartışılmaktadır.

3.1. PLANLAYICI VE DENETLEYİCİ BİR SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarını geliştiren, sağlık standartlarını belirleyen ve denetleyen bir kurumdur. Ülkemizde bulunan kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarına ait kaynaklarının verimliliğinin ve etkililiğinin artırılarak kullanılmasını sağlamak üzere stratejik planlamaların yapılması Sağlık Bakanlığının başlıca görevleri arasında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımlandığı şekli ile devletin sağlık sektörünü tek elden planlama görevini yerine getirmekle yükümlüdür. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı mevcut yapılanmasını yenilerken diğer yandan sağlık hizmetlerinin planlamasını ve sunumunu sosyal devlet anlayışı çerçevesinde gerçekleştirmesi gerekmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vererek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmelidir. Sağlık Bakanlığının esas görevi ve sorumluluğu sağlık politikalarını hazırlamak ve mevcut düzeni denetlemek olmalıdır.

3.2. HERKESİ TEK ÇATI ALTINDA TOPLAYAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda, bireylerin ödeme güçleriyle orantılı olacak şekilde katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçlarına göre kullanabilecekleri sağlık sigortası modelinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Sağlık sigortası modeli olarak geçmişte var olan Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ -Kur ve Emekli Sandığı gibi kurumlar gelişmiş sigorta anlayışından, rasyonellikten ve finansal sürdürülebilirlikten uzak bir yapıya sahiptirler. Ayrıca bu kurumsal yapı koordinasyon sorununu ortaya çıkarmış ve ortak adımların atılması engelleyerek hizmetlerin üretilmesi ve satın alınmasında sorunlar yaşanmıştır. Bu bağlamda sağlık sigortası olmayan kesimin varlığı ayrı bir önem kazanmıştır. Herhangi bir sağlık sigortası olmayan kesimin belirli bir kısmı Yeşil Kart uygulamasıyla sağlık sigortası içine alınmıştır. Bundan ötürü tüm bireylerin eşit şekilde yararlanabileceği kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hizmeti alanla hizmeti sunan arasındaki maddi ilişkileri

kaldırmak ve toplumun tamamını kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi oluşturmak çözüm bekleyen sorunlar arasında yer almıştır. Özellikle, zorunlu sağlık sigortacılığı ile sağlık harcamalarının maliyetlerinin düşürölmesi, koruyucu hekimlik uygulamalarının yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Ancak, kamusal Genel Sağlık Sigortasının yanında özel sağlık sigortasının da önemli bir tamamlayıcı unsur olduğu unutulmamalıdır. Sağlık sisteminin işleyişinin temel prensibi sağlık kuruluşlarının sağlık üretmesi, finansman sorunu ile ise sosyal güvenlik sisteminin ilgilenesidir.

3.3. YAYGIN, ERİŞİMİ KOLAY VE GÜLER YÜZLÜ SAĞLIK HİZMET SİSTEMİ

Sağlık sistemi içerisinde, yeterli sayıda sağlık hizmeti sunucularının olması ve rekabetçi bir yapı içerisinde faaliyet göstermeleri hizmet kalitesini yükselterek maliyetlerin düşmesine katkı sağlar. Böyle bir yapı, ayrıca, ölkede sağlığa ayrılan kaynaklarının verimli kullanılmasına ve herkesin sağlık hizmetlerine kolayca erişebilmesine olanak tanır. Böyle bir yapı kimi temel unsurları gerektirir. Bu unsurlar aşağıda tartışılmaktadır.

3.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Sistemin temel unsurunu temel sağlık hizmetlerinin sunulması oluşturmaktadır. Bu doğrultuda bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinde hekim seçme hakkının olması ve seçtiği hekimler tarafından yürütölmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bireylerin sağlıkla ilgili kayıtlarının kendi aile hekimlerince tutulacak olması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli ilerlemeler sağlayacaktır. Diğer yandan koruyucu diş hekimliği uygulamaları birinci basamak sağlık uygulamaları kapsamına dâhil edilmiştir.

3.3.2. Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri

Etkili bir sevk zincirinin oluşturulabilmesi için hastanın kendi belirlediği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak sağlık hizmeti alması gerekmektedir. Bu çerçevede, hastaların sağlıkla ilgili birinci basamak problemlerinin sevk zincirine gerek kalmadan birinci basamak aile hekimliğinde çözülerek hastanelerdeki yığılmaların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Sistem etkin bir biçimde işlerse, hastaneler yoğunluktan kurtulacak, tedavi hizmetlerinde kalite artacak, en önemlisi gereksiz sağlık harcamaları azaltılarak kaynak israfının önüne geçilecektir. Sevk sistemi kademeli olarak çok yönlü uygulanmalıdır. Teşhis ve tedavi için ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevki uygun görülen hastalar, tedavinin devamlılığı, izlenmesi ve sağlık bakımı için daha alt seviyedeki kurumlara geri bildirim yapmaları gerekmektedir. Bu kapsamda bireylerin hastalıklarının seyrinin aile hekimlerince kayıtlarının tutularak izlenmesi, yönlendirilmesi, kısa zamanda düşük maliyetle sağlık hizmeti verebilmesi hedeflenmektedir.

3.3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Ülkemizde bulunan gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşları sigorta kurumu ile sözleşme yaparak ve sevk zincirine uyarak herkese sağlık hizmeti sunabilirler. Bu kuruluşlar bu hizmetleri sunarken, hizmet kalitesi ve sözleşme şartlarına uygun fiyat uygulamaları hususunda denetime tabi tutulmaktadır. Sağlık finansmanında hizmet sunucular değil, hizmet alan vatandaşlar desteklenmekte, hizmeti sunan kurumlarsa ürettikleri hizmet oranında pay almaktadırlar. Kamu sağlık kurumlarının özel sağlık hizmet sunucularıyla rekabet edebilmesi için merkeziyetçi yapıya bağımlılıktan kurtulması gerekmektedir. Bu çerçevede bu kuruluşlara Sağlık Bakanlığı denetiminde idari ve mali açıdan özerklik tanınmalıdır.

3.4. BİLGİ VE BECERİ İLE DONANMIŞ, YÜKSEK MOTİVASYONLA ÇALIŞAN SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

Günümüzde uygulanan sağlık politikalarının başarıya ulaşabilmesi için nitelikli, eğitilmiş, tecrübeli ve çalışkan insan kaynaklarına ihtiyaç vardır. Sağlıkta insan kaynaklarının yetki alanları ve görev tanımlaması Avrupa Birliği kriterlerine göre yeniden belirlenmelidir. Sağlıkta dönüşümün başarılı olabilmesi için öncelikle yönetim kadrosunun profesyonelliğine, alanında uzmanlaşmış nitelikli yöneticilere ihtiyaç vardır. Yöneticilerin genellikle hekimlerden oluşması, hekimlerin asıl hekimlik mesleğini icra etmelerini engellemekte ve hekimlere yapılan yatırımların verimsiz kullanımına neden olmaktadır. Ayrıca hekimlerin yönetim, denetim ve finansman gibi uzmanlık alanları dışındaki faaliyet göstermeleri hizmet kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Bu kapsamda sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız ayrı bir disiplin olabilmesi için gerekli planlamaların, araştırmaların ve eğitim faaliyetlerinin düzenlenerek ülke geneline yayılması bir zorunluluktur. Ayrıca, sağlık personelinin istihdamında gönüllülük ve teşvik esas olmalı ve zorunlu hizmet uygulaması tümüyle kaldırılmalıdır.

3.5. SİSTEMİ DESTEKLEYECEK EĞİTİM VE BİLİM KURUMLARI

Dönüşümü başarıyla gerçekleştirmek ve sürekliliğini sağlamak için, sağlık eğitimi almış, sağlık politikalarını uygulayan, sağlık ekonomisini bilen, sağlık planlamasını ve denetimi yapabilen alanında uzmanlaşmış insanlara ihtiyaç vardır. Bu insan sermayesinin üretilebilmesi için ise gerekli eğitim ve araştırma kurumlarının kurulması ve mevcutların niteliklerinin geliştirilmesi bir zorunluluktur.

3.6. NİTELİKLİ VE ETKİLİ SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİN KALİTE VE AKREDİTASYON

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını düzenleyen Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu kurulmuştur. Bu kurum özerk bir yapıdadır. Kurum sağıktaki uygulamaların ölçülmesi, geliştirilmesi, sağık hizmet sunucularının performanslarını belirli kriterlere göre değerlendirilmesi gibi işlevleri yerine getirmektedir. Bu çerçevede gerçekleştirilen önemli işlevlerden birisi, hizmet sunucularının performans göstergelerini içeren veri tabanlarının oluşturulmasıdır.

3.7. AKILCI İLAÇ VE MALZEME YÖNETİMİNDE KURUMSAL YAPILANMA

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması gibi süreçlerin yönetimi konularında politik kaygılardan ve siyasi yaptırımlardan arındırılmış kurumlar oluşturulmalıdır. Bu kurumlar uluslararası kural ve standartlarda özerk şekilde görev üstlenmelidir.

3.7.1. Ulusal İlaç Kurumu

Türkiye’de ilaç ve ilgili ürünlere yapılan harcamaların düzeyi oldukça yüksektir. Buna karşın, sosyal güvenlik kurumunun uyguladığı politikalar yüzünden nüfusun çoğunluğu ilaç tüketiminde uyulması gereken konular ve ilaç fiyatlarına karşı oldukça duyarsızdır. Sağıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, sağık hizmetlerinin en önemli girdisi olan ilaçlarla ilgili geçmişten günümüze kadar gelen sıkıntıların varlığı tarafların bilimsel esaslara göre karşılıklı anlaşma sağlayarak uzlaşması için bir platform oluşturmalarını gerekmektedir. Bu çerçevede ilaçların

üretilmesi, tanıtılması, araştırılması, geliştirilmesi ve satılması gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak için Ulusal İlaç Kurumu oluşturulmalıdır.

3.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Bugün birçok sağlık kuruluşunda tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin temininde ve kullanımında ithal edilen malzemeler kullanılmaktadır. Denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda gelişmiş yabancı ülkelerin referansları dikkate alınmalıdır. Yabancı ülkelerin referanslarıyla birlikte ulusal standartların belirlenerek kalite belgelerinin tanzim edilmesi, yerli üretime hem destek sağlayacak hem de teşvik edecektir. Kullanılan sağlık girdilerinin belirli zamanlarda bakımlarının ve ölçümlerinin yapılması hastalıkların teşhis ve tedavilerinde kolaylık, güvenilirlik ve verimlilik sağlayacaktır. Tıbbi sarf malzemelerin ve cihazların standardizasyonu, kalibrasyonu ve denetimleri ayrı bir öneme sahiptir. Tıbbi cihazların sağlanması, satın alınması, karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, güvenlik programlarının oluşturularak veri tabanlarının hazırlanmasını sağlamak üzere ulusal düzeyde, denetleyici, eğitici ve düzenleyici Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması gerekmektedir. Ayrıca bu kurum on-line ve sürekli eğitim programlarını üstlenerek veya üçüncü şahısları bu doğrultuda teşvik ederek uygulamalı araştırmaları desteklemelidir.

3.8. KARAR SÜRECİNDE ETKİLİ BİLGİYE ERİŞİM: SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ

Diğer politik süreçlerde olduğu gibi, sağlık sistemi politikaları ve yönetim kararları da bilgiye dayanır. Doğru ve güvenilir bilgi olumlu sonuçların elde edilmesinin ön koşulunu oluşturur. Bundan ötürü Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bütün bileşenleri arasında koordinasyonun sağlanması için seçilmiş, doğru ve iyi analiz edilerek ulaşılmış bir bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık bilgi sistemi, öncelikle sağlık sistemindeki sorunların belirlenebilmesine olanak sağlar. Belirlenen sorunlar ve gerçekleştirilmek istenen dönüşümler ve hedeflerden yola çıkılarak sağlık

politikalarının oluşturulması bu bilgi temeline dayanır. Böylesine bir bilgi temelli sağlık politikası oluşturma süreci, sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasına, yatırımların doğru planlanmasına ve kalitenin değerlendirilmesine olanak sağlar. Ayrıca, sürekli güncellenen böylesine bir bilgi sistemi bilimsel araştırmaları da özendirir. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde koordinasyonun sağlanması, sağlık envanterlerinin oluşturulması, tıbbi kayıtların korunması, sevk zincirinde bilgi transferi ve temel sağlık hizmetlerinde verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulmuştur.

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP) ÇERÇEVESİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN REFORMLAR

2003 ve 2010 yılları arasında SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reformlar şöyle özetlenebilir TEPAV (2008) ve OECD (2009):

- i. 2003 yılı Nisan ayı içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı 10 pilot hastanede uygulanmak üzere Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilmiştir. Aynı yılın Eylül ayı içerisinde ise, devlet memuru ve Emekli Sandığı üyelerine, sevksiz özel hastanelere başvuru imkânı getirilmiştir.
- ii. 2004 yılı Ocak ayında devlet hastanelerinde sağlık çalışanlarına performansa göre ödeme sistemi yaygınlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinin ortak şekilde kullanımını içeren protokol imzalanarak yürürlüğe girmiştir. Diğer yandan Mart ayı içerisinde reçeteli ilaçlarda uygulanmakta olan KDV oranları %18'den %8'e indirilmiştir. Aynı yıl Nisan ayında ise İlaç Fiyat Kararnamesi ile sosyal güvenlik kuruluşlarının farklı geri ödeme sistemlerini ortadan kaldıracak referans fiyat sistemi getirilmiştir. Ayrıca Temmuz ayında Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masraflarını kapsam altına alan 5222 sayılı Kanun yayınlanmış, Sağlık Bakanlığının belirlediği 3 pilot ilde uygulanmaya başlamıştır.
- iii. 2005 yılı Ocak ayında Yeşil Kartlılar bütün serbest eczanelerden hizmet alabilmeye başlamıştır. Türkiye genelinde Yeşil Kartlıların ayakta

tedavi masrafları kapsam altına alınmıştır. Diğer yandan Ocak ayında Sağlık hizmetlerinde ve reçetesiz ilaçlarda da KDV oranları %18'den %8'e düşürülmüştür. Aynı yıl Şubat ayında SSK sağlık tesislerini Sağlık Bakanlığına devrederek SSK'lılara tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerine ve serbest eczanelere erişim hakkı tanınmıştır. Mayıs ayında ise ayakta tedavi gören Yeşil Kart sahibi hastaların, ilaçlarını katkı payı ödeyerek almalarına imkân sağlanmıştır. Öte yandan Haziran ayında Avrupa Birliği mevzuatına uyum çerçevesinde hazırlanan "Ruhsatlandırma Yönetmeliği" nin yürürlüğe girmesi ile ilaç ruhsatlarının süresi 5 yıl olarak belirlenerek eşdeğer ilaç uygulaması 77 etkin maddeden 333 gruba genişletilmiştir. Ayrıca bu yıl ilk defa Aile Hekimliği uygulamasına Düzce'de başlanmıştır.

iv. 2006 yılı Ocak ayı içerisinde tüm geri ödeme kurumlarının, ilaç ödemelerinde uygulayacağı tek pozitif liste uygulaması başlatılmıştır. Diğer yandan Mayıs ayında 5502 sayılı Kanun yürürlüğe girerek SGK kurulmuş olup neticesinde SSK, Bağ-Kur ve ES aynı çatı altında toplanmıştır. Öte yandan Aile Hekimliği uygulamalarına 5 il daha dâhil edilmiştir.

v. 2007 yılında Aile Hekimliğine 4 il daha dahil edilerek SGK'nın yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) uygulamaya konulmuştur. Temmuz ayı içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri için global bütçe uygulamasına geçilerek, tüm vatandaşlara (sigortasızlar da dahil) birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmaya başlanmıştır.

vi. 2008 yılı Ocak ayında yatarak tedavilerde ilaçların ve diğer tıbbi malzemelerin hastane tarafından temini zorunlu hale getirilmiştir. Aynı yılın Nisan ayında GSS 5754 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" kabul edilmiştir. Diğer yandan Temmuz da ise SGK ile anlaşan özel hastanelere, SUT fiyatı üzerine en fazla %30 fark alabilme sınırı getirilerek; kanser tedavisi, acil ve yoğun bakım hizmetlerinin ücretsiz olarak verilmesine başlanmıştır.

vii. 2009 yılı Ocak ayı içerisinde Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamasına başlanmıştır. Diğer yandan Kamu personelinin Genel

Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınması hakkında Tebliğ 27436 sayılı Resmi Gazete yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

viii. 2010 yılı Ocak ayı içerisinde Kamu personeli GSS kapsamına alınmıştır. Yine aynı ay içerisinde Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören ve “Tam Gün Yasası” olarak bilinen yasa tasarısı, TBMM Genel Kurulunda kabul edilerek, kanunlaşmıştır. Diğer yandan SGK, hastadan aldıkları fark ücretini belirlemek için anlaşmalı olduğu özel hastaneleri sınıflandırmıştır.

Dünya Bankası ise SB'nin ve SGK'nın verilerine dayalı olarak Türkiye'de 2003-2010 döneminde sağlık sektöründeki reformları ayrıntılı bir biçimde sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırma Tablo 1'de yansıtılmaktadır.

Tablo 1. Türkiye'deki Sağlık Sektörü Reformları Zaman Çizelgesi 2003–2010

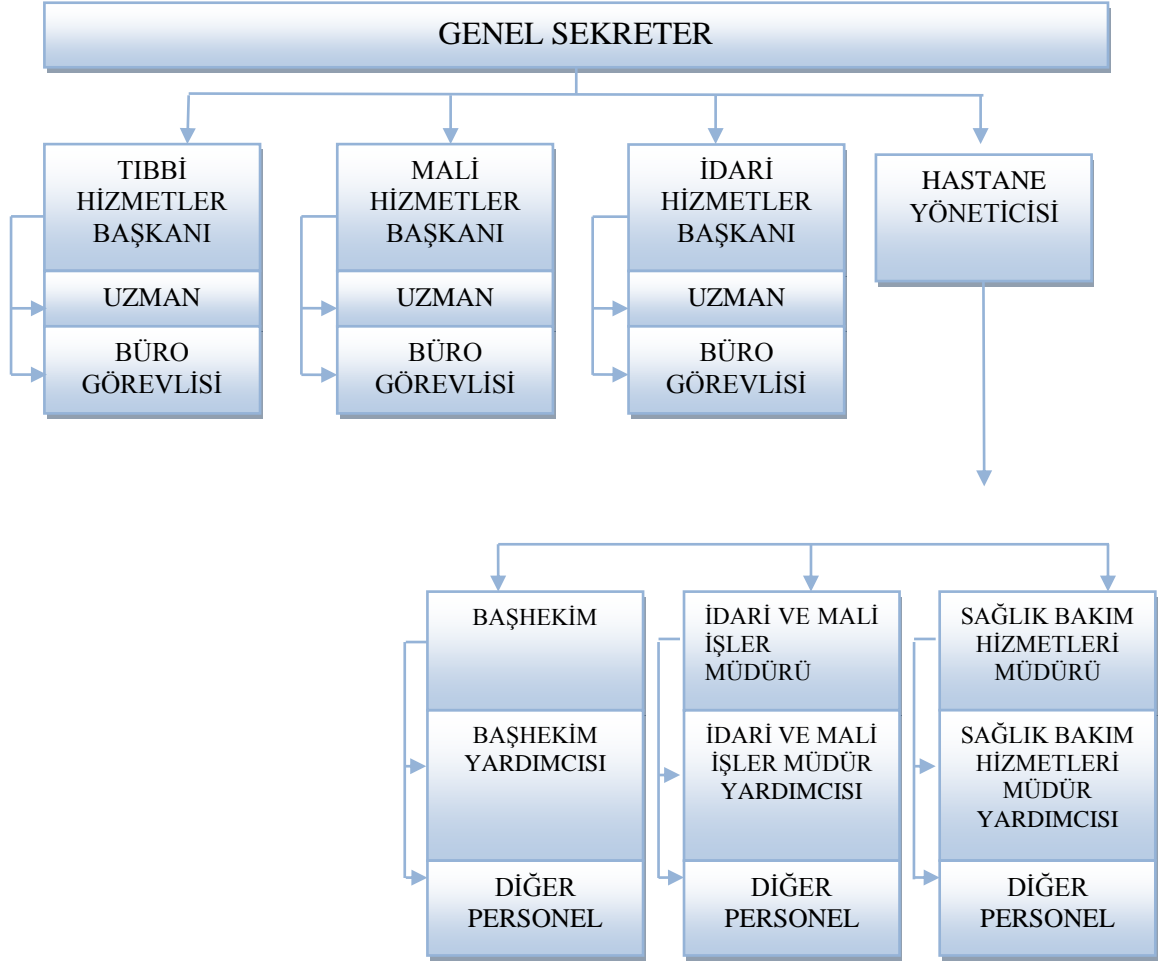
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ambulans hizmetlerinin ücretsiz yapılması	Bireysel performans dayalı ödeme sisteminin SB kuruluşlarında uygulamaya geçilmesi	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçlarının kapsama alınması	SB hastaneleri için global bütçenin uygulanmaya başlanması SGK'nın kurulması SSK, Bağkur, ES aynı çatı altında toplanması	Sosyal güvence kapsamında olmasa bile birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi	Özel Ayakta Tanı ve Tedavi Merkezleri konulu SB yönetmeliğinin kabul edilmesi İhtiyaç Ruhsatı koşulunun konulması ve yeni ruhsatlandırma prosedürlerinin kabul edilmesi	Kamu personelinin GSS kapsamına alınması hakkında kanun çıkarılması	Kamu personelinin GSS kapsamına alınması
Ödeme yapılmadığı için hastaların hastanede rehin tutulması sisteminin ortadan kaldırılmasına yönelik mekanizmaların uygulanması	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamına alınması	Kurumsal kriterler ve kalite kriterlerinin SB kuruluşlarındaki performans dayalı ek ödeme sistemine eklenmesi	5502 sayılı kanunun (Sosyal Güvenlik Kurumlarının entegrasyonu) uygulanmasına başlanması	Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) kabulü	Sosyal Sigortalar ve GSS kanunu değişikliklerinin Meclis tarafından kabulü ve Cumhurbaşkanı tarafından imzalanması		Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını ön gören yasanın kabul edilmesi
Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) SB'nda uygulanması	Maliye Bakanlığı kararnameyi uyarınca geri ödeme kararlarından sorumlu Geri Ödeme Komisyonu'nun kurulması	SSK eczanelerinin kapatılması ve üyelerin özel kuruluşlara erişimine izin verilmesi	Aile Hekimliğinin Eskişehir'de uygulamaya konulması	Ambulans hizmetlerinin kışın erişimi zor alanlarda erişilebilir hale getirilmesi	GSS uygulamasının başlaması ve Yeşil Kartın programa alınması		SGK'nın anlaşmalı olduğu özel hastanelerin sınıflandırılması
Performansa dayalı ödemelerin 10 SB hastanesinde pilot olarak uygulanması	Hekim seçme hakkının SB hastanelerinde uygulanması	SSK hastanelerinin SB'na devredilmesi	Aile Hekimliğinin Edirne, Denizli, Adıyaman, Gümüşhane de uygulamaya konulması	Aile Hekimliğinin Elazığ, Isparta, Samsun ve İzmir'de uygulamaya konulması	Yeşil Kart sahiplerinin diğer sağlık sigortası Sistemdekilerle aynı haklardan yararlanması		
Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası bağlamında aşılama günlerinin organize edilmesi	Ülke çapında gebelere demir desteğinin ücretsiz sağlanması	İlaçlar için Yeşil Kartlılara yönelik katkı payının getirilmesi	SGK da ilaç harcaması takip sisteminin kurulması ve SGK için MEDULA'nın başlatılması	Kamu Hastaneler Birliği Kanun Tasarısı hazırlanmış ve TBMM'ye sunulmuştur.	Pentavalan aşılardan rutin bağışıklama programına alınması		
Devlet memuru ve Emekli Sandığı üyelerine sevsiz özel hastanelere başvuru imkânı sağlanması		Aile Hekimliğinin ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulması	Sağlık için Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Kanunu'nun Mecliste kabul edilmesi		Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan kanunun kabul edilmesi		
		İlaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliğinin kabul edilmesi	Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak aşılmasının rutin programa alınması				

Kaynak: SB'nın ve SGK'nın verilerine dayalı Dünya Bankası derlemesi.
Dünya Bankası, www.worldbank.org. Erişim Tarihi, 28.12.2013.

5. KAMU HASTANE BİRLİKLERİ

Yukarıda da tartışıldığı üzere, 2003–2010 döneminde, SDP reformlarında çok önemli adımlar gerçekleştirilmiştir. Bu reformlardan 2007 yılında kanun tasarısı şeklinde meclise sunulan Kamu Hastaneler Birliği uygulaması, 21 Kasım 2012 yılında tüm illerde hayata geçirilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri İstanbul'da 5, Ankara ve İzmir'de 2'şer bölgede ayrı ayrı olmak üzere yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşan 87 birlik çerçevesinde örgütlenmiştir. Kamu hastane birlikleri uygulamasındaki amaç, hastanelerin, kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline dönüştürülerek, kaynakların etkin ve verimli kullanılmasının sağlanması ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanacak performans değerlendirmeleri çerçevesinde kaliteli sağlık hizmetleri sunulmasıdır. Kamu Hastane Birliklerin görevi; halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun bir şekilde sağlık hizmetlerinin etkin, kolay ulaşılabilir, kaliteli ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır. Birliğe dönüştürülen kurumlar performans değerlendirmesine tabi tutulacak, Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet altyapısı, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda puan verilecektir. Sağlık Bakanlığı, başarısızlık halinde hastane yönetim kurulu üyelerinin görevlerine son verebilecektir. Kamu hastaneler birliğinin teşkilat yapısı alt birimleriyle birlikte Şekil 7'de gösterilmektedir.

Şekil 7. Kamu Hastane Birlikleri Teşkilat Şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2013), www.saglik.gov.tr. Erişim Tarihi, 29.03.2013.

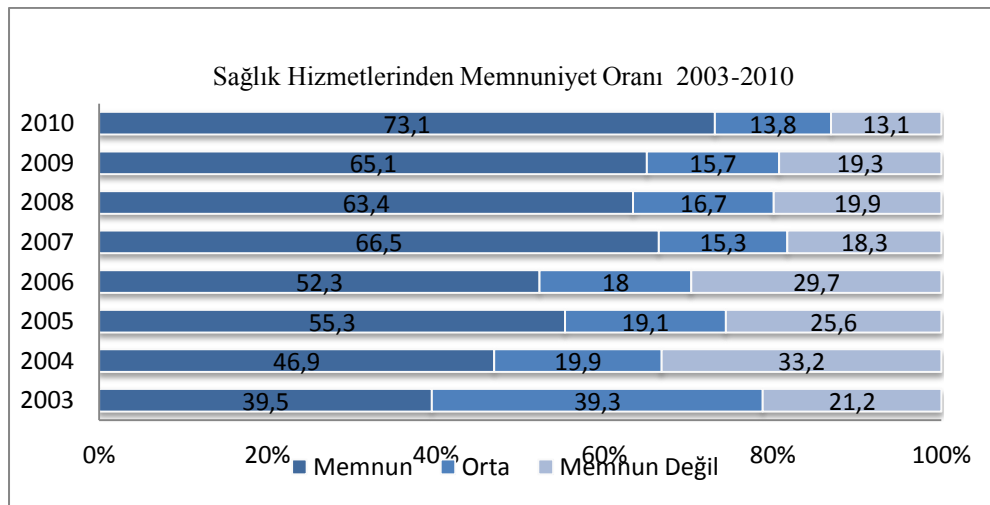
Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli amaçlarından biri; sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli bir şekilde halka sunulması, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali korumanın sağlanması ve sosyo-ekonomik gruplar arasında en dezavantajlı olanlar ile düşük gelirli durumlarının iyileştirilmesidir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak düzenleyici ve koordine edici rol üstlenmiştir. Kamu hastaneleri birliği ile kamu hastaneleri sağlık işletmesine dönüştürülmüş hastanelerdeki verimsizlik ve içlerindeki koordinasyon eksikliği giderilmiştir.

6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM REFORMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ülkemizde en büyük sağlık hizmeti alıcısının kamu olması ve kamu kurumları bütçelerinin kısıtlı olması nedeniyle finansmanın etkin ve verimli kullanılması reformlarla kısmen de olsa sağlanmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışa rağmen beklendiği gibi çok fazla finansman açığı olmamıştır. Ancak kamu sağlık harcamalarına ayrılan payın dağılımında özel hastanelerin aldığı paydaki artışın çok fazla olması dikkat çekmektedir. Sağlık işletmelerinde etkin ve verimli bir finansal yönetimin olması, tüm sağlık sektörü harcamalarının ve dolayısıyla halkın vergilerinin etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasında önem arz etmektedir.

Halkın çoğunluğunun gelir düzeyinin düşük, sağlık güvencesinin yetersiz veya olmamasından dolayı sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik SDP ile kısmen de olsa giderilmiştir. Bu durum doğal olarak sağlık hizmetleri memnuniyetini yükseltici bir etki doğurmaktadır. TÜİK tarafından hazırlanan sağlık hizmetlerinden memnuniyet araştırmasının sonuçları Tablo 2’de yansıtılmaktadır.

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı



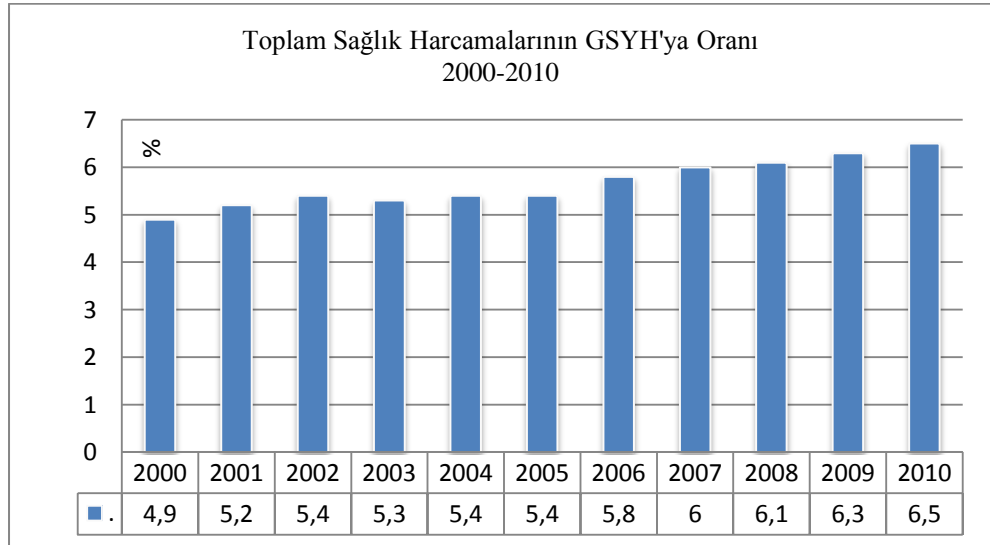
Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırmaları (2010), www.tuik.gov.tr. Erişim Tarihi, 27.12.2013.

Türk vatandaşlarının sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyi SDP' nin başlatılmasından hemen önceki yıl olan 2003'de %39,5 iken; 2010 yılında 73,1'e yükselmiştir. Hasta memnuniyeti, hizmetin varlığını, sürekliliğini, yeterliliğini, sunum biçimini ve hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini yansıtan önemli bir göstergedir. Bu çerçevede yukarıdaki sonuçları sağlıkta dönüşüm programının başarılı olduğunun ve halk tarafından kabul gördüğünün bir göstergesi olarak değerlendirebiliriz.

7. TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI VE GSYH

Toplam sağlık harcaması önemli bir sosyo-ekonomik gelişmişlik göstergesidir. 2000-2010 dönemi için toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının gelişimi Tablo 3'de yansıtılmaktadır. Buna göre, 2000 yılında bu oran % 4,9 düzeyinde iken 2010 yılında % 6,5 düzeyine yükselmiştir. Bu durum ortalama sağlık harcamalarında yaklaşık olarak %33 oranında bir artış ifade etmektedir.

Tablo 3. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH oranı



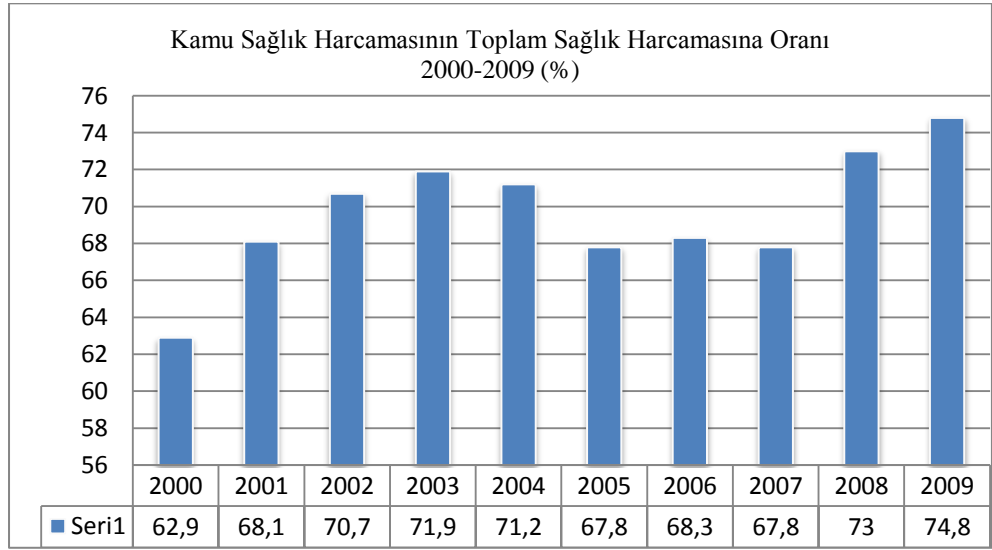
Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr. Erişim Tarihi, 17.12.2013.

Tablo 3'deki veriler aynı zamanda ülkenin toplam üretim kapasitesinin ne kadarının sağlık hizmetleri üretiminden kaynaklandığı yansıtmaktadır. Bu tabloda Türkiye'deki sağlık hizmetleri üretim kapasitesinin incelenen dönemde önemli ölçüde arttığı görülebilmektedir. Buna karşın, hala süren hızlı nüfus artışı sağlık hizmetlerinin sunumunda eksiklikler ortaya çıkarmaktadır. Ekonomik gelişmesini tamamlamış ülkelerde sağlık harcamalarının GSYH'dan almış olduğu pay ülkemizden daha yüksektir. Philips ve Verhasselt (1994)'inde vurguladığı gibi, kişi başına gelirdeki artışın toplumsal refah artışını ifade edebilmesi için sosyal göstergelerde de iyileşmelerin gözlemlenmesi gerekmektedir. Bu sosyal göstergelerin en önemlileri arasında eğitim ve sağlık yer almaktadır. Üstelik bu sosyal göstergelerdeki gelişmeler, temel üretim faktörlerinden olan insan sermayesinin niteliğini yükselterek kişi başına gelirin artmasına da katkı sağlar.

8. KAMU SAĞLIK HARCAMASI VE TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının gelişimi önemli bir refah devleti göstergesidir. Tablo 4, ülkemizde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içerisindeki payının gelişimini yansıtmaktadır. Tablodan da görülebileceği gibi, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı 2001-2003 döneminde önemli sayılabilecek bir artış göstermiş, ancak izleyen dönemde hem azalmış hem de dalgalı bir seyir izlemiştir. Ancak incelenen dönemin son iki yılında önemli bir artış ortaya çıkmıştır.

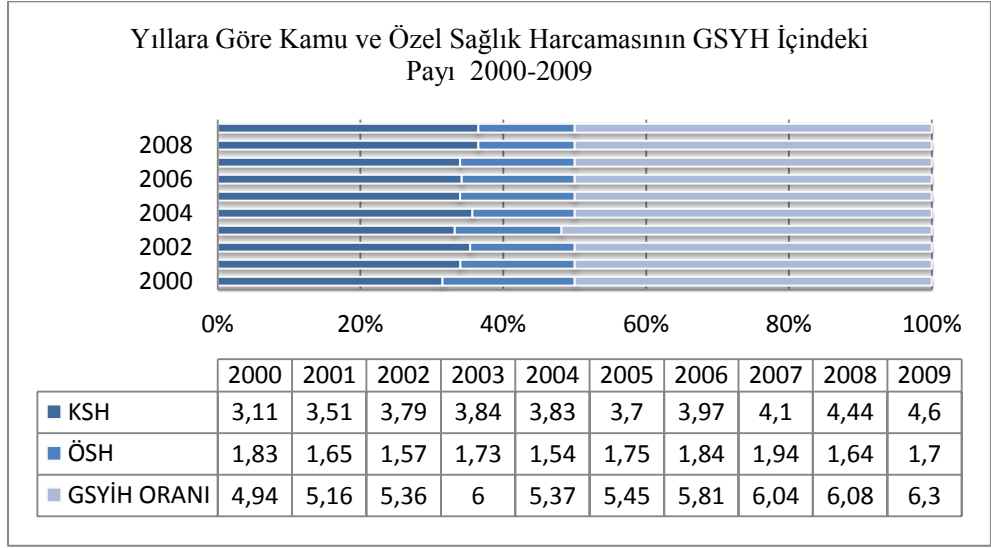
Tablo 4. Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı



Kaynak: TÜİK, tuik.gov.tr. Erişim Tarihi, 23.12.2013.

Tablo 5 ise 2000-2009 döneminde kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki paylarının gelişimini yansıtmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı düzenli olarak artış göstermesine rağmen, özel sağlık harcamaları yıllara göre inişli çıkışlı bir yol izlemiştir. Kamu sağlık harcamalarının son yıllarda önemli oranda artmasında sağlık alanında gerçekleştirilen sosyal devlet politikalarının etkili olduğu ileri sürebilir. Ayrıca, özel sağlık harcamaları kişi başına gelir başta olmak üzere diğer birçok ekonomik ve sosyal değişken tarafından belirlenmektedir. Bu değişkenlerdeki değişimler de doğal olarak özel sektör sağlık harcamalarını etkilemektedir. Örneğin, 2008 küresel krizinin özel kesim sağlık harcamaları üzerindeki olumsuz etkisi tablodan görülebilmektedir.

Tablo 5. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı

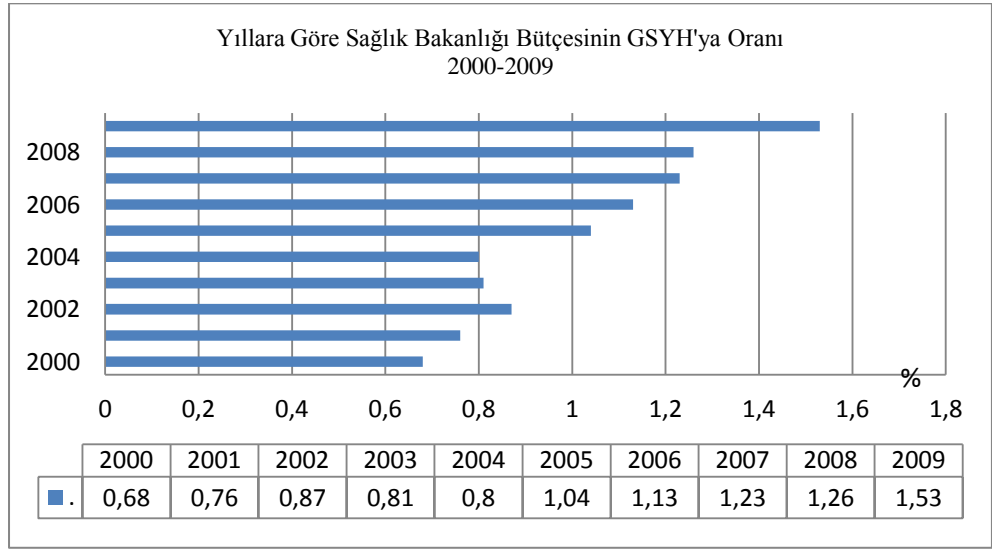


Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr. Erişim Tarihi, 23.12.2013.

9. SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİ VE GSYİH

Hükümetlerin sağlık politikalarını sağlık bakanlıkları yürütür. Bu nedenle sağlık bakanlığı bütçeleri sağlık politikaları hakkındaki önemli göstergelerden birisini sunar. Tablo 6 2000-2009 dönemi için Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYH içerisindeki payını yansıtmaktadır. Tablodan da izlenebileceği gibi, sağlık bakanlığı bütçesinin GSYH içerisindeki payı incelenen dönemde hızla artmıştır: 2009 yılında bu oran 2000 yılındaki düzeyinin iki katını aşmıştır. Bu gelişme çerçevesindeki önemli bir diğer soru, bu bütçenin finansman boyutunun nasıl gerçekleştirildiğidir. Bu çerçevedeki en önemli sorunlardan birisi, sağlık harcamalarındaki artışın önemli bir oranının bütçe dışı kaynaklardan karşılanmakta olmasıdır. Sağlık harcamalarında bütçe kaynaklarının kullanılma oranı % 40'tır. Ancak, yeşil kart ve memur sağlık harcamaları ayıklandığında bu oranın % 20 lere kadar düştüğü görülmektedir.

Tablo 6. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYH'ya Oranı



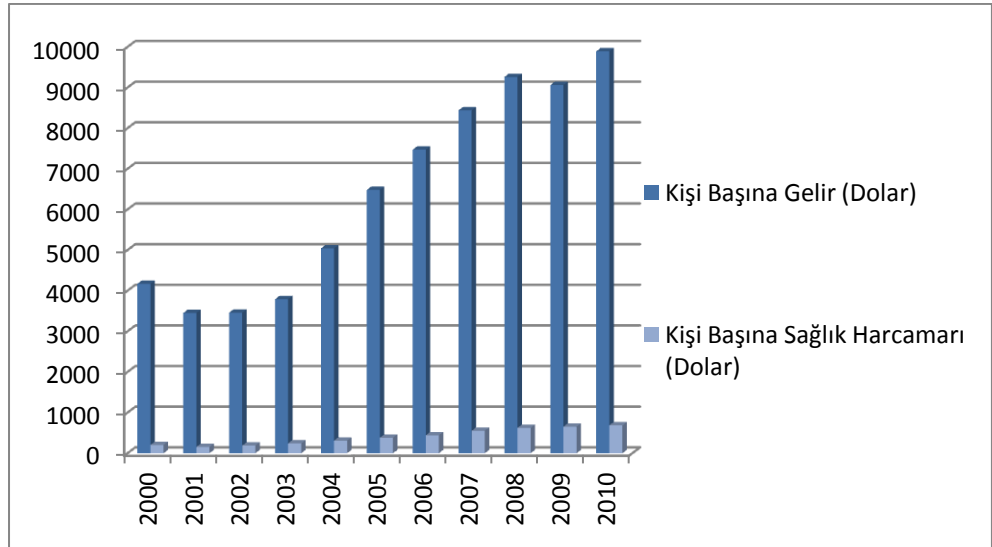
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Bütçe Kesin Hesap Cetvelleri, www.saglik.gov.tr.
Erişim Tarihi, 24.12.2013.

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve reform çalışmaları ile birlikte Sağlık Bakanlığının genel bütçeden aldığı payda bir yükselme olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum sosyal devlet ilkesi uygulamaları açısından olumlu bir gelişme olarak algılanmaktadır. Filiz (2010)’in de vurguladığı gibi belli bir ekonomik gelişmişlik düzeyine ulaşmış toplumlarda sağlık için ayrılan kaynakların arttığı ve bireylerin sağlık bilinçlerinin de yükseldiği görülmektedir. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin gelişimi ekonomik büyümeyi de hızlandırmaktadır. İktisatçılar, sağlık düzeyinin gelişmiş olmasının, verimliliğe ve dolayısıyla ülke kalkınmasına olumlu etkilerinin olacağını kabul etmekte ve yapılan çalışmalarda, sağlığın genel olarak ekonomik büyümeyi pozitif etkilediğine ilişkin ampirik sonuçlara ulaşılmaktadır. Beşeri sermayenin niteliğini ve verimliliğini etkileyen sağlık harcamaları bir tüketim harcaması olarak görülmemeli, sağlık hizmetleri kalkınmanın ana unsurlarından biri olarak değerlendirilmelidir.

10. KİŞİ BAŞI GELİR VE KİŞİ BAŞI SAĞLIK HARCAMASI

Yukarıda da belirtildiği gibi, kişi başına gelir ve kişi başına sağlık harcamaları ülkelerin refah düzeylerinin belirlenmesinde ve karşılaştırılmasında kullanılan en önemli araçlardan ikisidir. Tablo 7 2000-2010 dönemi için Türkiye’de kişi başına milli gelir ve sağlık harcamalarının gelişimini yansıtmaktadır. Tablodan da görülebileceği gibi, incelenen dönemde kişi başına sağlık harcamaları kişi başına gelirden daha hızlı büyümüştür. Mutlak olarak bakıldığında ise, 2010 yılında kişi başına gelir 9890 dolar iken, kişi başına sağlık harcamasının 686 dolar olduğu, görülmektedir. Bu ise ortalama olarak kişi başına gelirin yaklaşık olarak %7 oranında bir sağlık harcaması yapıldığı anlamına gelmektedir.

Tablo 7. Kişi Başına Gelir ve Kişi Başına Sağlık Harcaması (2000–2010)



Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr. Erişim Tarihi, 26.12.2013.

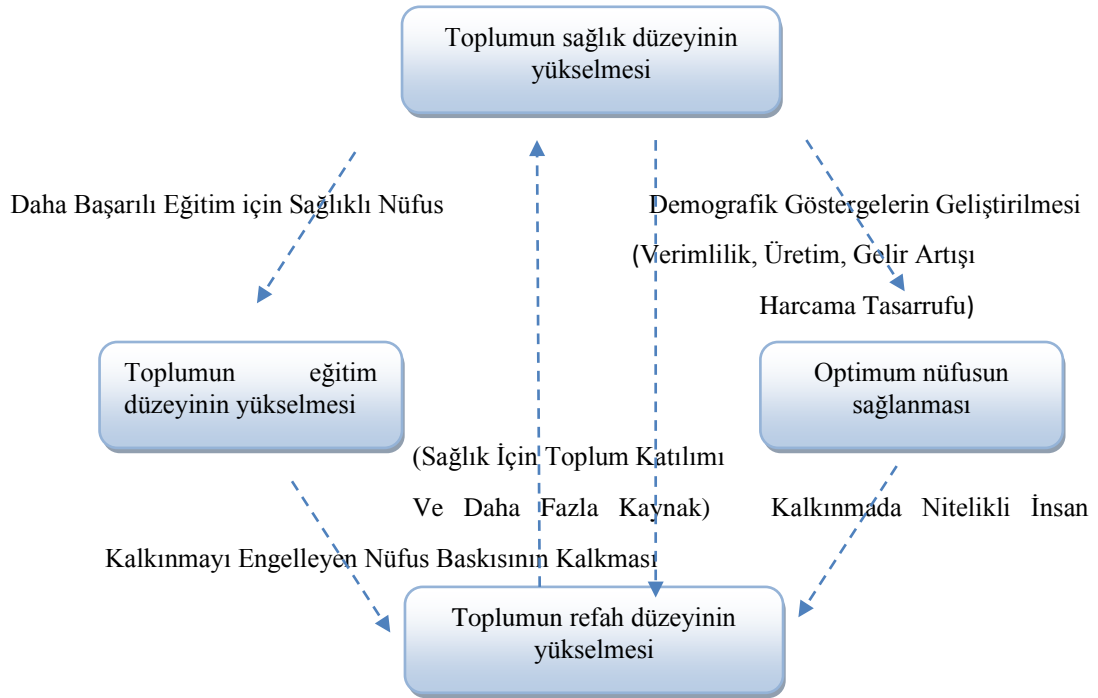
Görgün (1993)’ün ifade ettiği gibi, gelirin artmasıyla birlikte sağlık harcamalarının da artmasının bir nedeni, bireylerin kamu sağlık hizmetleri yanında özel sağlık hizmetlerinden de yararlanmalarıdır. Geliri artan bireyler yaşam koşullarının yükselmesiyle daha iyi ve kaliteli hizmet almak istemektedirler. Sağlık için yapılan harcamaların çıktılarının, kişinin geri kalan ömründe kullanılacak olması

harcamalarının kısıtlanmasını engellemektedir. Şenses'e göre (2003) insanlar doğumdan itibaren sürekli gelişme sürecinde kendi kapasitelerini artırma eğilimindedir. Bu çerçevede, gelirin artmasıyla birlikte yaşam kalitesi, eğitim ve sağlık alanlarında yapılan harcamalarda artış söz konusudur.

11. TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİNİN YÜKSELMESİ

Toplumun sağlık düzeyi ve ekonomik gelişmişlik arasında iki yönlü bir nedensellik söz konusudur. Bu karşılıklı nedensellik Şekil 8'de yansıtılmaktadır.

Şekil 8. Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükselmesinin Ekonomik Gelişme Üzerindeki Etkileri



Kaynak: Mazgit, 2002: 406.

Mazgit (2002)'in de vurguladığı gibi, toplumun sağlık düzeyinin yükselmesini sağlayan sağlık hizmetleri ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkı sağlamaktadır. Toplumun eğitim düzeyinin yükselmesi, sağlık göstergelerindeki artışla birlikte nitelikli işgücünün kalkınmada önemli roller yüklenmekte olduğuna

işaret eder. Özellikle, sağlık göstergelerindeki iyileşmeler nüfusun optimum düzeye ulaşmasına ve böylece kalkınma üzerindeki nüfus baskısını azaltmaktadır. Sağlık alanındaki iyileşmeler verimlilikte ve dolayısıyla üretimde artışı getirmektedir. Böylece gelir ve tasarruflar yükselmektedir. Artan tasarruflar ise kalkınmanın finansmanını kolaylaştırmaktadır. Bu olgunun önemli bir kanıtı, gelişmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynakların düzeyidir. Cullis ve West (1979) toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinin ve korunmasının sağladığı yararları Şekil 9’da yansıtıldığı biçimde özetlemektedir.

Şekil 9. Toplum Sağlık Düzeyinin Yükselmesinin Potansiyel Yararları

Sağlık Hizmet Türü	Ekonomik Etki	Yararları
Bebek ve Çocuk Ölüm Oranlarının Azalması	Potansiyel İş Gücü Artışı	İşgücü Arzında Artış
Toplumdaki Hastalıkların, Maluliyetlerin azalması	Nispi İş Gücü Artışı	İşgücü Arzında Artış
Bedensel Rahatsızlıkların Azalması	Bireysel Üretim Kapasitesinde Artış	Üretim Artışı
Nüfus Planlaması Artar	Fert Başına Milli Gelir	Gelir Artışı

Kaynak: Cullis ve West, 1979: 12.

Ekonomik kaynakların kıt olmasının doğal bir sonucu, sağlığa ayrılan kaynakların da kıt olmasıdır. Bu nedenle ekonomi ve toplumsal yaşamın diğer alanlarında olduğu gibi, sağlık sektöründe de veri kaynaklardan maksimum çıktının sağlanması gerekmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

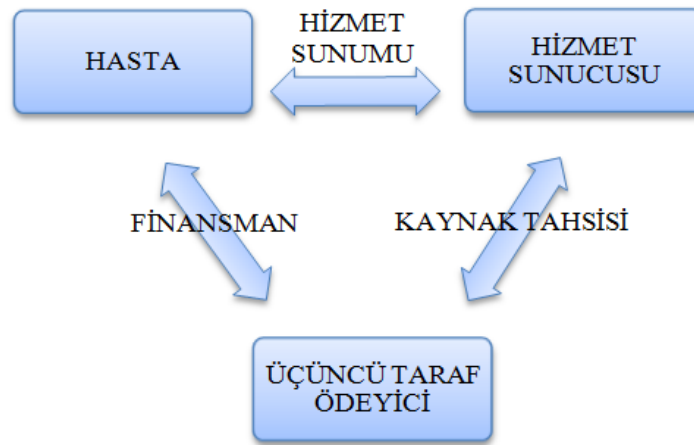
SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamaları ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Her ülkede ulusal gelirden sağlığa ayrılan paylar farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar sağlık politikalarını belirleyen en önemli konular arasında yer almaktadır. Birçok başka faktörün yanında, artan ortalama yaşam süresi, gelişen teknoloji ve hastalıkların yapısında meydana gelen değişim nedeniyle hızla yükselen sağlık harcamalarının kontrol altına alınması için çok çeşitli düzenlemeler yapılmaktadır. Öte yandan, her ülkede temel amaç; kaliteli, erişimi kolay ve uygun maliyetli sağlık hizmetlerinin sunumudur. Sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ve bu finansman yükünün toplum tarafından nasıl paylaşıldığı ise bu amacın gerçekleştirilmesinin önemli belirleyicilerinden birisidir. Sağlık hizmetlerinin finansman araçları aynı finansman yöntemi benimsense dahi ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu farklılığın temel nedenleri, sağlık hizmetlerinin örgütlenme şekli, sağlık hizmetlerini sunanlara yapılan ödeme biçimleri ve hizmete erişim için geliştirilen kurallardaki farklılıklardır. Bir ülkede uygulanan birçok finansman modeli farklı rol ve ağırlıklarla aynı anda uygulanabilmektedir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin finansmanında vergiler, sosyal sigorta primleri, hane halklarının cepten yaptığı ödemeler ve özel sağlık sigortası aynı anda mevcut olabilmektedir. Bu nedenle ülkeler sağlık finansman modelleri açısından sınıflanırken sistemde ağırlıklı rol alan finansman şekli temel alınmaktadır.

1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI KAVRAMI

Sağlık finansmanını, sağlık hizmetlerinin temin edilmesi için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklarla finanse edilmesi şeklinde tanımlayabiliriz. Benzer şekilde Gottret ve Schieber (2006) de sağlık finansmanını, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli olan kaynakların sağlanması biçiminde tanımlamaktadır. Lee ve Goodman (2002) sağlık finansmanını tanımlarken, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesini ve kullanılmasını içeren daha geniş kapsamlı bir çerçeve kullanmıştır. WHO (2002)'ya göre ise sağlık finansmanı, bireylerin ödeme gücü olmadığı için hizmeti kullanamaması veya sağlık hizmetlerine yaptığı ödeme yüzünden yoksullaşması sorununu azaltabilme özelliğini öne çıkaran bir çerçeve belirlemektedir. WHO (2004) ayrıca sağlık hizmetleri finansmanının amacının yeterli ve sürdürülebilir bir kaynak sağlayarak tüm insanların sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır. Bu amacın çerçevesi içerisinde, finansal kaynakların etkili bir şekilde kullanılması, kaynakları oluştururken hane halklarının yoksullaşmasının engellenmesi ve finansman dağılımında adaletli olmak gibi hedefler de bulunmaktadır. Finansman sağlık hizmetleri sisteminin işleyişinin aktarım kanalı işlevi görmektedir. Bu işlev, Şekil 10'da sağlık hizmetleri üçgeninin sistematik olarak işleyişi çerçevesinde yansıtılmaktadır.

Şekil 10. Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002a: 23.

Şekil 10'dan görüleceği gibi, sağlık hizmetleri üçgeninde hizmet sunucuları hastalara hizmet sunarlar, hastalar veya üçüncü taraflarda finansal kaynaklarını hizmet sunuculara kaynak tahsisi olarak aktarırlar. Burada sağlık hizmetinin tüketicisi hizmetin bedelini hizmeti sunana finansal kaynaklar ile ödemektedir. Ancak, sağlık sistemleri, hastalanmanın mali riskini minimize etmek için üçüncü taraf ödeyiciler de geliştirmiştir. Üçüncü taraf ödeyici sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak üzere güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı şekilde gelir elde etmektedir. Toplanan bu gelirler, doğrudan ödedikleri hizmet bedelini karşılamak üzere hastalara veya verdikleri hizmet karşılığı hizmet sunanlara ödenmektedir.

Mossialos ve Dixon (2002a) tarafından da vurgulandığı gibi, sağlık sistemleri hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamakla kalmamış aynı zamanda kişilerarası yeniden dağıtım araçları da geliştirmişlerdir. Bu çerçevede ki araçlar makro ve mikro araçlar olarak sınıflandırılabilirler. Makro düzeyde araçların temel özelliği daha çok kamu kaynakları kullanımını ve toplumun tamamını ya da büyük bölümünü kapsamasıdır. Mikro düzeyde ise, sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında ve üretilmesinde işletmenin ihtiyaç duyduğu finansal kaynakların sağlanması, bu kaynakların uygun yatırımlara yönlendirilmesi ve bu faaliyetler neticesinde oluşan gelirin dağılımını içeren araçların oluşturduğu bir sistem söz konusudur.

2. SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMANININ İŞLEVİ

Sağlık sistemi finansmanı süreci de diğer işletmelerin finansal yönetiminin dayandığı temel amaçları içerir. Bir işletmenin faaliyet konusu ne olursa olsun firmanın karlılığı ve bunun belirlediği firma değerinin en çoğa çıkarılması temel amaçtır. Sağlık işletmelerinin karlılığını ve değerini de verimlilik ve etkinlik ile birlikte belirli riskleri içeren finansal kararların alınması belirlemektedir. Sağlık sisteminin ve sağlık finansmanının fonksiyonlarının temel yapısı Şekil 11'de özetlenmiştir.

Şekil 11. Sağlık Sisteminin ve Sağlık Finansmanının Fonksiyonları

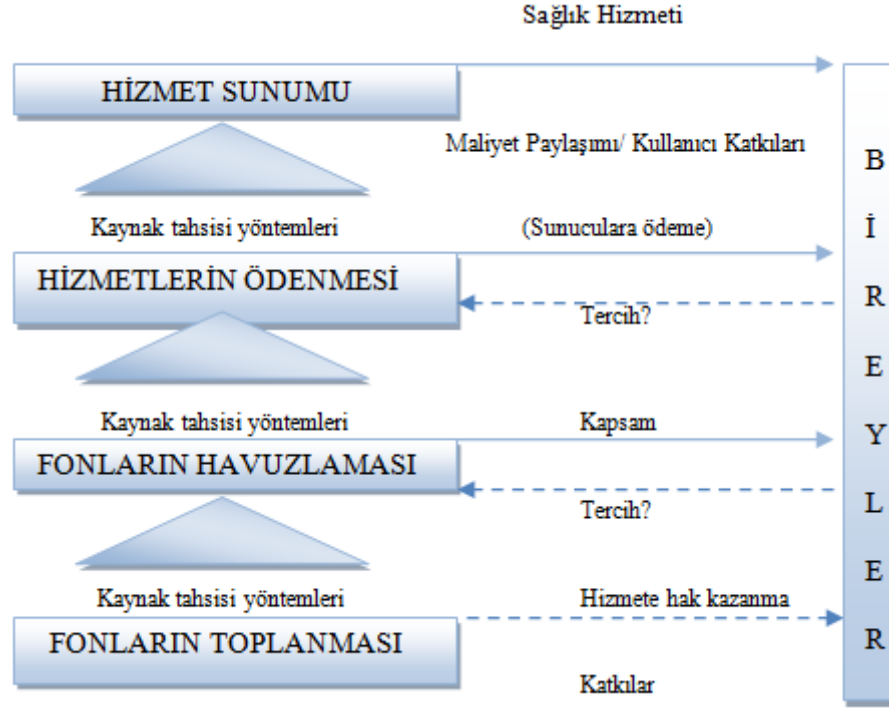


Kaynak: Murray ve Frenk, 2000: 721.

Sağlık sisteminin finansman özellikleri, sağlık sisteminin ve kaynaklarının yapısı ve yönetim biçimi tarafından belirlenir. Sağlık sisteminin gelişmişliği Şekil 11'den de görülebileceği gibi, yönetim ve düzenleme, finansman ve hizmetlerin sunumu, kaynaklar ve örgütlenme yapısına göre analiz edilir. Sağlık sistemi finansmanı, kaynaklardan gelir elde edilmesi, bu gelirlerin fon havuzlarında biriktirilmesi ve hizmetlerin satın alınması ve kaynakların tahsisi süreçlerini içerir. Gelir elde etme, birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil (hükümetler ve diğer bağış yapan kurum ve kuruluşlar) kaynaklardan elde edilen parasal fonlar oluşturmayı ifade etmektedir. Bu süreç aynı zamanda biriktirilen fonlardan ihtiyaç duyulduğu zamanlarda kullanılmak üzere uygun portföyler oluşturmayı içerir. Bu çerçevede hizmet satın alınması ise, çeşitli kaynaklardan elde edilen gelirlerin kurumsal veya bireysel hizmet sunuculara göre vermiş oldukları hizmet karşılığı tahsisi veya transfer edilmesidir. Kaynakların yapısı ve düzeyi ve niteliği finansal örgütlenmenin yapısını da belirler. Ancak kaynaklar yalnızca finansal kaynakları içermez. Kaynakları insan kaynakları, hastane, sağlık merkezi vb. gibi fiziki sermayeyi, ilaç ve diğer sağlık ürünleri gibi malları ve finansal varlıklardan oluşur.

Sağlık finansman süreci fonların toplanması ve hizmetin sunumu arasındaki köprü işlevi görür. Bu durum Şekil 12'de yansıtılmaktadır.

Şekil 12. Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi



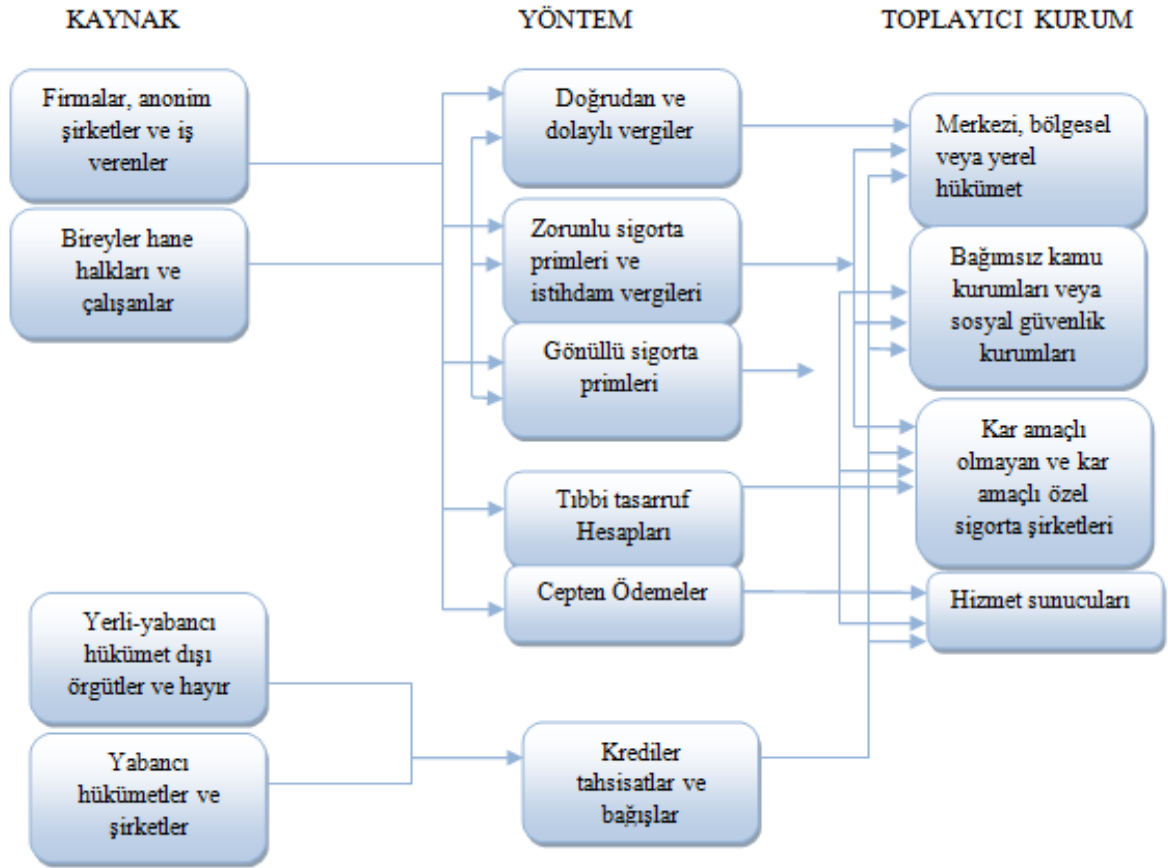
Kaynak: Kutzin, 2001: 178.

Şekil 12’den de görülebileceği gibi, sağlık finansmanı süreci bir aşağıdan yukarı olma yapısal özelliği taşır; süreç fonların toplanması ile başlar ve hizmet sunuculara ödeme yapılması ile tamamlanır. Schieber (2005)’in vurguladığı gibi, sağlık hizmetlerinin işlevlerinin en önemlisi, uygun ve etkili olan hizmetlerin satın alınmasını sağlamaktır. Bu işlevin yerine getirilmesi ise gerekli olan kaynakların sağlanmasına bağlıdır. Bu sürecin en önemli yanı hizmetlerin kesintiye uğramasını engelleyecek bir finansal yönetim yapısının varlığıdır.

Yukarıda da vurgulandığı gibi, sağlık hizmetleri finansman işlevi de diğer işletmelerde olduğu risk minimizasyonu sürecini içerir. Ancak sağlık hizmetleri finansmanı sürecindeki risk minimizasyonu diğer işletmelerden belli yönleri ile farklılaşır. Walley ve diğerleri (2001) sağlık hizmetleri finansmanında risk minimizasyonunu, fonların toplumun her grubunun sağlığının korunmasını sağlayacak biçimde yönetilmesi olarak tanımlamaktadırlar. Bu tanımlama bir risk havuzlama içerir. Bunun anlamı sağlık hizmet ihtiyacı daha fazla olan bireylerin az olan bireyler tarafından sübvansede edilmesidir. Öte yandan, Şekil 13’te sağlık

finansman kaynakları ile finansman ve toplama yöntemleri ayrıntılı bir biçimde özetlenmektedir.

Şekil 13. Sağlık Finansman Kaynakları, Finansman Yöntemleri, Fon Toplama Kurumları



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002b: 282.

Mossialos ve Dixon (2002b)'na göre kaynaklar genellikle yüksek gelirli kurum ve bireylerden toplanmaktadır. Şekil 13'ten de görülebileceği gibi, kaynaklar vergilerden, bireysel ödemelerden, bireysel tıbbi tasarruf hesaplarından, bağışlardan, zorunlu ve gönüllü sigorta primlerinden oluşmaktadır. Fonların toplanmasından sorumlu kuruluşlar ise kar amacı taşıyan ve taşımayan özel kuruluşlar ile kamu kuruluşlarından oluşmaktadır. Sağlık sistemi finansman yöntemlerini ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişmişlik düzeyi önemli ölçüde belirler.

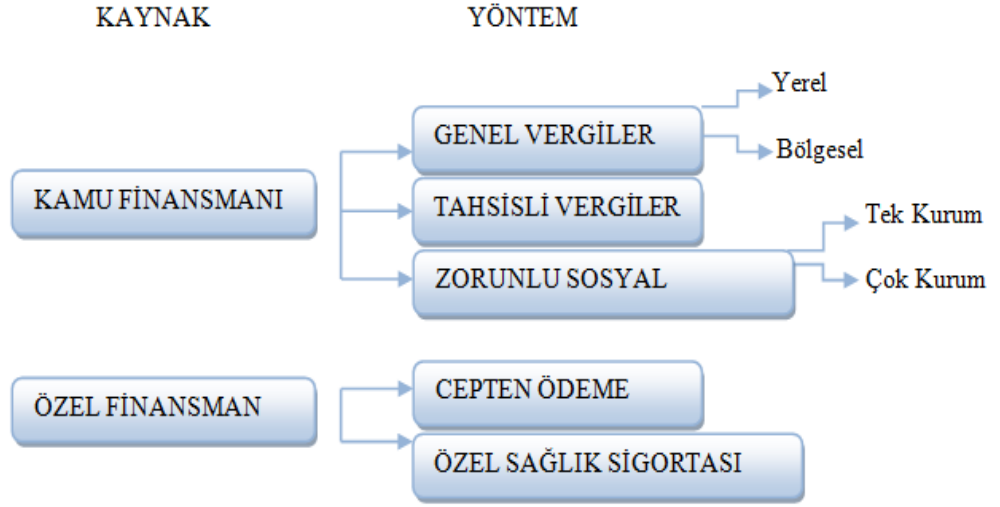
Feldstein (1981) sağlık finansmanı sisteminin taşıması gereken temel özellikleri şöyle özetlemektedir:

- i. Sağlık bakımından yoksun kalma önlenmelidir. Hiçbir birey düşük gelirlili veya yoksul olmasından dolayı ihtiyacı olan sağlık bakımından yoksun kalmaz. Bir birey evsiz ya da gıdasız kalamayacağı gibi sağlık yönünden de mahrum kalmamalıdır.
- ii. Finansal yetersizlik ortadan kaldırılmalıdır. Hiçbir birey beklenmeyen bir hastalık, rahatsızlık veya kaza durumundan dolayı ortaya çıkan sağlık harcamalarını karşılarken finansman sorununda sıkıntı yaşamamalıdır.
- iii. Maliyetleri en az seviyede olmalıdır. Finansman sistem kaynakları etkin kullanırken, gerekli olan sağlık bakım fiyatı artışları da önlenmelidir. Hastaların yüksek maliyet taşıyan hastaneler yerine düşük maliyetli ayakta tedaviye yönelik sağlık hizmetlerini kullanmaya yönlendirilmelidir. Hastaneler, sağlık personeli sayısında ve gereksiz ödemelerdeki artışı azaltarak bu aksaklıkları yapılacak olan düzenlemelerle iyileştirmelidir.
- iv. Hastalar, doktorlar ve hastane yönetiminde maliyet bilinci oluşturulmalıdır.
- v. Vergi artışlarından olabildiğince kaçınılmalıdır.
- vi. Kolay uygulanabilir olmalıdır.
- vii. Genel olarak herkes tarafından kabul görmelidir.

3. SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetleri kamu ve özel olmak üzere iki ana kaynaktan finanse edilmektedir. Bu kaynaklar Şekil 14’de özetlenmiştir.

Şekil 14. Sağlık Finansman Yöntemleri



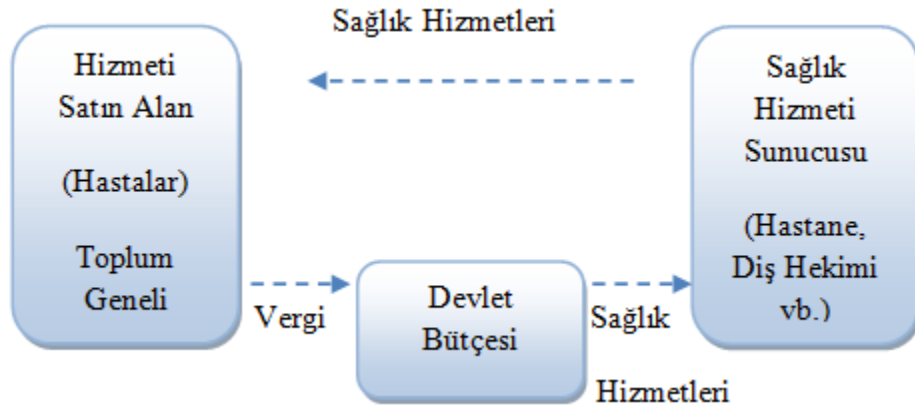
Kaynak: Appleby, 1992: 17.

Evans (2002)'ın tanımıyla, Beveridge Modeli olarak da adlandırılan, günümüzde sağlık hizmeti sistemlerinde yaygın olarak başvuru alan vergilerle finansman kaynağıdır. Vergilerle finanse edilen sistemler, sağlık harcamalarının büyük bir kısmının vergi ödemeleri ile karşılandığı veya vergilerle finanse edilen kısmın diğer bileşenlerden büyük olduğu sistemlerdir. Devlet, bütün vergilerin bir arada toplandığı genel vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerini finanse eder. Bu finansman türünün büyüklüğü ve yapısı ülkelerin ekonomik gelişmişliği ve sosyo-politik örgütlenme biçimine bağlıdır. Vergilerle finansman sisteminde nüfusun tamamı kapsam içerisine alınır ve hizmetlerden yararlanma, yasal olarak belirlenmiş katkı payları hariç, ücretsiz sağlanır. Sağlık hizmetlerinden kimlerin ücretsiz olarak yararlanacağı sürecinde ise, bireylerin vergilendirmedeki mali olarak katkısına bakılmaksızın, vatandaşlık veya diğer hukuk kuralları çerçevesinde, sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu zamanlarda birey hangi hizmete ihtiyaç duyarsa mutlaka alır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında vergi gelirleri, birincil ve ikincil kaynaklardan elde edilerek belli bir havuzun içerisinde fon biriktirme şeklinde toplanır.

Mossialos ve Dixon (2002a)' un vurguladığı gibi, vergiler özel amaçlı vergiler ve genel amaçlı vergiler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Farklı amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergiler genel amaçlı vergilerdir. Öte yandan genel

amaçlı vergilerin ayırt edici özelliği, diğer kamu harcamaları ile sağlık harcamaları arasında tercih yapma imkânı sağlaması ve gelir tabanının geniş olmasıdır. Özel amaçlı vergiler, yalnızca sağlık sektöründe kullanmak için toplanılan doğrudan ve dolaylı vergilerdir. Vergiler ile finansmanda doğrudan ve dolaylı vergi ayırımı önemlidir. Ayrıca, Marsh (2005) tarafından da vurgulandığı gibi, vergilerle finansmanın, sağlık hizmetlerinin finansmanında verilen hizmetlerden herkesin yararlanması ve sosyal riskin bölüştürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin vergi gelirleriyle finansmanı Şekil 15 yardımıyla açıklanabilir.

Şekil 15. Sağlık Hizmetlerinin Vergi Gelirleriyle Finansmanı



Kaynak: Getzen T.E. 1997: 42.

Şekil 15'ten de görülebileceği gibi, sağlık hizmetlerinin vergi gelirleri ile finansmanda toplanan gelirler fon biriktirme havuzunda toplanarak ulusal bütçeye aktarılır. Daha sonra ulusal bütçe gelirlerinden sağlık harcamaları için bir ödenek tahsis edilerek elde edilen kamusal kaynaklar sağlık sektörüne aktarılmaktadır. WHO (2000) vergilerin ulusal düzeyde toplanmasının önemli avantajının, toplanılan fonların havuzlanarak sağlık hizmetlerine aktarılmasının ölçek ekonomisi yaratması olduğuna işaret etmektedir. Ancak, vergilendirmenin asıl amacı, gelir düzeyi düşük olan ve sağlık sigortası kapsamının dışında bulunan bireylerin her türlü sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlandırılmasıdır.

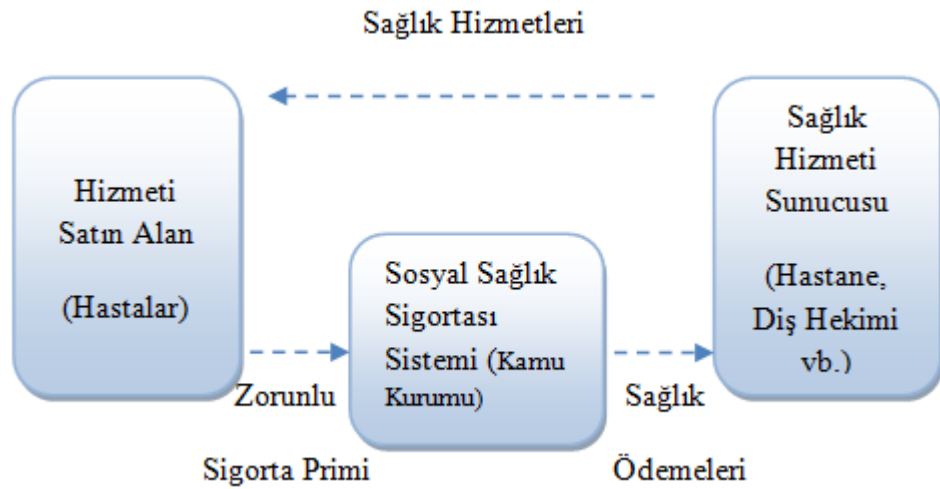
Öte yandan, Tiryaki ve Tatar (2002) Bismarck Modelinin özellikle çalışanlar ile işverenlerinin kamu sigorta kurumuna prim ödemeleri esasına dayandığına vurgu yapmaktadırlar. Normand ve Busse (2002) bu sistemde bireylerin ve kurumların geliri esas alınarak belirlenmiş kurallar içerisinde bir prim ödediklerini ve bu primlerin belirli bir havuzda toplandığını ve daha sonra sağlık ihtiyacı olan bireylerin bu havuzda biriken kaynakları kullanarak her türlü sağlık hizmetlerini aldıklarını ifade etmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin zorunlu sosyal sigorta yöntemi ile finansmanında kurumsal yapı ve araçlar ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Buna karşın, bazı temel özellikleri aşağıdaki gibi özetleyebiliriz:

- i. Sosyal sağlık sigortası yapılan bireylerin gelirleri doğrultusunda düzenli olarak katkıda bulunurlar.
- ii. Bu sistem genellikle yarı özerk veya bağımsız kurumlar tarafından yönetilir.
- iii. Sosyal sağlık sigortası toplumun tamamı ya da büyük bir çoğunluğu için zorunludur.

Sağlık hizmetlerinin zorunlu sosyal sigorta ile finansmanı Şekil 16'da özetlenmiştir.

Şekil 16. Sağlık Hizmetlerinin Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansmanı



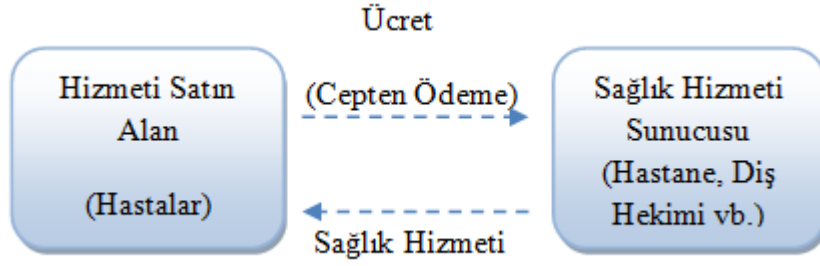
Kaynak: Getzen T.E. 1997: 46.

Şekil 16'dan da görülebileceği gibi, sağlık hizmetlerinin sosyal sağlık sigortası ile finansmanında, toplanan primler sosyal sigorta sistemi tarafından bir havuzda toplanır. Daha sonra sağlık ihtiyacı olan bireylerin havuzda biriken kaynakları kullanarak sağlık hizmetlerini alması sağlanır. Yalçın ve Yıldırım (2001)'in vurguladığı gibi, bu sistemde sağlık sorunuyla karşılaşıldığında ortaya çıkan maliyetler sağlık sorunu bulunan birey tarafından değil, sisteme dâhil olmuş olan ve prim ödeyen bütün bireyler eşit bir şekilde paylaşılmaktadır. Ancak bu sistem az sağlık hizmeti ihtiyacı duyardan çok sağlık hizmeti duyana gelirin yeniden dağılımını sağlar. Zorunlu sağlık sigortası sisteminde kamu müdahalesinin gerekliliği sadece bireysel faydayı değil aynı zamanda sosyal faydayı artırmak içindir. Edizdoğan ve Giray (2007)'in ifadeleriyle, sağlık hizmetlerinin finansmanının karşılanması için toplanan gelirler özel amaçlar doğrultusunda toplanan kamu geliri özelliğindedir. Aktif bir şekilde çalışan bireylerin sosyal sağlık sigortasına kayıtlı olması ve primlerini ödemesi zorunludur. Primlerini kendileri ödeyemeyecek durumda olan bireylerin primlerini ise devlet karşılanmaktadır. Toplanan primler ortak bir fon havuzunda toplanarak sağlık finansmanında ihtiyaca göre kullanılmaktadır.

Mossialos ve Dixon (2002a)'a göre cepten ödeme yönteminde bireyler sağlık hizmetleri kullanım ücretini doğrudan doğruya cepten öderler. Cepten ödemeler; enformel ödemeler, kullanıcı katkıları ve doğrudan ödemelerdir. Creese (1997) kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine ihtiyacın yoğunluğuna göre farklılaştığına vurgu yapmaktadır. Kullanıcı katkıları yolu ile elde edilen ek gelirler, düşük gelire sahip insanlara destek sağlamak amacıyla ya da finansman sistemindeki adaletsizliklerin giderilmesi için kullanılabilir.

Mossialos ve Dixon (2002a) enformel ödemelerinin, genellikle kamu sektöründe bazen tedavi sonrası “teşekkür hediyeleri”, bazen ise tedavi öncesi doktorlara verilmek amacıyla büyük zarflarla takdim edilen “benimle özel olarak ilgilenin” paralarından oluştuğunu ifade etmektedirler. Enformel ödemeler kayda geçmediği için miktarı tartışma konusudur. Enformel ödemelerin temel nedenleri; özel sağlık hizmetlerinin yetersizliği, kamu sistemindeki finansal kaynakların yetersizliği ve buna bağlı olarak hizmet sunucularını etkileme arzudur. Sağlık hizmetlerinin cepten ödeme ile finansmanı yöntemi Şekil 17'de yansıtılmaktadır.

Şekil 17. Sağlık Hizmetlerinin Cepten Ödeme ile Finansmanı



Kaynak: Getzen T.E. 1997: 53.

Şekil 17’de de görülebileceği gibi cepten ödeme yöntemi ile finansman sürecinde bir aracı kuruluş olmaksızın, hizmet alıcısı ile hizmet sunucusu karşılıklı olarak sağlık hizmeti alım ve satımı yapılmaktadır. Bu sistemin en belirgin özeliği, sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi koşullarına göre cepten ödeme ile finanse edilmesinin gereksiz sağlık hizmeti talebini ve sağlık kaynakları kullanımını sınırlandırmasıdır. Öte yandan, eksik bilgidenden dolayı bireyler sağlık hizmetlerinden ne zaman ve ne derece yararlanacağını bilememektedir. Bunlara ek olarak maddi kaygılar ile kimi önemli sağlık hizmetlerinden yararlanılmaması durumu ortaya çıkmaktadır.

Mossialos ve Dixon (2002a)’ın da vurguladığı gibi, özel sağlık sigortaları, işlevlerine, primlerin hesaplanmasına ve sigorta şirketlerinin statüsüne göre bazı farklı özellikler göstermektedir. Özel sağlık sigortası işlev yönünden iki bölüme ayrılır. Birincisi, zorunlu sağlık sigortası ile birlikte kullanılan tamamlayıcı özel sağlık sigortasıdır. İkincisi ise, zorunlu sağlık sigortasının yerine geçen ikame edici özel sağlık sigortası olarak bilinir. Genel olarak primlerin hesaplanma şekillerine göre; toplumsal, grupsal ve bireysel riske göre belirlenmiş olan özel sağlık sigortaları bulunmaktadır. Statü açısından baktığımızda ise, sigorta şirketleri, kar amacı olanlar ve olmayanlar olarak farklılık göstermektedir. Zorunlu kamu sigortalarının alternatifi ikame edici özel sağlık sigortalarıdır. Bu sigortanın, zorunlu kamu sigortaları kapsamı dışında bulunan bireyler ile zorunlu kamu sigortaları kapsamı dışına çıkma hakkı bulunan sigortalılar tarafından uygun görüldüğünde tercih edilebilme özeliği

taşımaktadır. Tamamlayıcı özel sağlık sigortası ise, sağlık hizmetlerine bireylerin ulaşımını hızlandırmak için tercih edilmektedir.

Sehri ve Savedoff (2006)'un vurguladığı gibi, özel sağlık sigortası sistemi, cepten ödeme yönteminin olumsuzluklarını azaltabilmektedir. Bu sistem içerisinde, hizmeti sunan ile hizmeti satın alan arasında köprü görevi olan sigorta kuruluşları bulunmaktadır. Özel sağlık sigortaları, hizmetinden faydalanmak isteyen bireylerden prim toplamakta ve buna karşın bir sağlık sorununun varlığında, bireylerin sağlık hizmeti sunucusundan aldıkları hizmetin bedelini ödemektedir.

Şekil 18'de sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası ile finansmanı yönteminin işleyişi yansıtılmaktadır. Burada özel sağlık sigortası primleri ödeyen ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyler sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti talebinde bulunarak faydalanırlar. Sağlık hizmetlerinin bedeli ise aracı olan kurum tarafından karşılanmaktadır.

Şekil 18. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sağlık Sigortası ile Finansmanı



Kaynak: Getzen T.E. 1997: 61.

Buchmueller ve Couffinhal (2004) özel sağlık sigortası kuruluşlarını, sağlık hizmetlerini arz ve talep eden bireyler arasındaki mali aracılar olarak nitelendirmektedirler. Cepten ödeme sisteminde mevcut olan sağlık riskinin varlığı özel sağlık sigortası tarafından sistem üzerinden giderilmektedir. Parente vd.(2008) birey ile özel sağlık sigortasının, cari dönemde ve gelecekte meydana gelebilecek

herhangi bir sağlık sorununa karşı daha önceden önlem aldıklarına işaret etmektedirler. Diğer bir deyişle, ihtiyat güdüsü ile cari harcamalardan vazgeçerek, tasarrufta bulunmaktadır. Bu şekilde bireyin yapmış olduğu tasarruflar zamana yayılarak daha sonra meydana gelebilecek sağlık hizmetlerinden yararlanamama riskini de düşük seviyeye indirecektir. Jack (2002) bu sistemin serbest piyasanın bir oluşumu olduğuna işaret etmektedir. Kar ve fayda bu sistemin temel motivasyonlarını oluşturmaktadırlar.

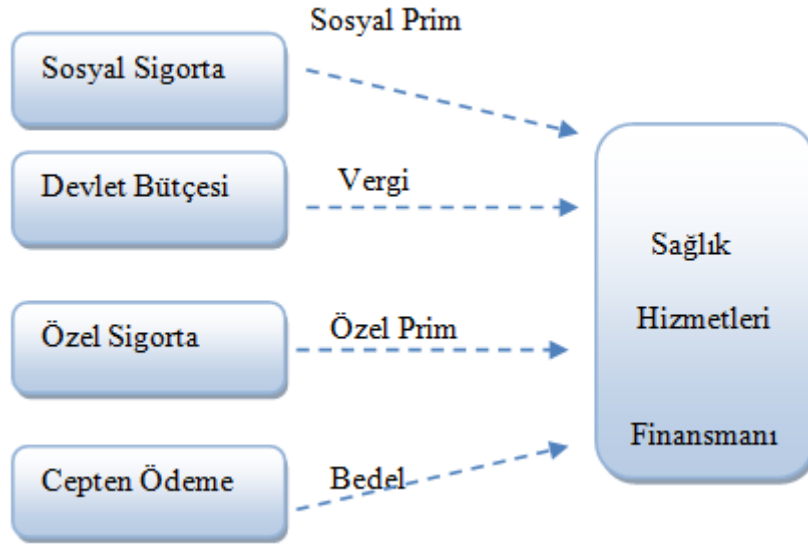
Sehkri ve Savedoff (2006) ise bireylerin sigorta primleri belirlenirken hastalık riskinin esas alındığına vurgu yapmaktadırlar. Bireylerin perspektifinden ise gelir düzeyi ödenmeye razı olunan primi belirlemektedir. Diğer mal ve hizmet talebinden farklı olarak, düşük gelirlere sahip olan bireylerin gelirlerinin oranı anlamında daha yüksek prim ödemeye razı olmaları söz konusu olabilmektedir. Bu durum gelir dağılımı için olumsuz bir etkiyi içerir. Ancak, bir ülkede özel sağlık sigorta kuruluşlarının fazla olması rekabeti doğurarak ödenecek olan primlerin düşük olmasını sağlayabilir.

Dixon (2002) ise tıbbi tasarruf hesaplarının sağlık hizmetlerinin finansmanında önemini dile getirmektedir. Tıbbi tasarruf hesabı finansman sistemi, bireylerin gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı, zorunlu veya gönüllü olarak kendilerine ait banka hesaplarına, önceden para yatırmaları ve yatırılan bu parayı sadece sağlık harcamaları için kullanmaları esasına dayanmaktadır. Tasarruf hesaplarına yapılan ödeme miktarları çoğu kez kamu kurumları tarafından belirlenmekte ve kimi vergi teşvikleri sağlanmaktadır.

Özel sağlık sigortası, kamunun sağlık hizmetlerinin mali yükünü azaltmanın bir yolu olarak görülmektedir. Ancak, sosyal sigorta ile kamu destekli özel sigorta ayırımına dikkat edilmelidir. Sosyal sigortadan yararlanmak isteyen bütün bireyler aynı primi ödemektedir. Havuzda toplanan bu primler aynı zamanda sağlık finansmanında da kullanılmaktadır. Özel sağlık sigortasında ise bireylerin kronik hastalıklarına, gelirlerine, hastalanabilme risklerine ve kötü alışkanlıklarının olup olmadığına bakılarak primler belirlenmektedir. Böylece finansal olarak risk, yüksek ya da düşük prim ödemeleriyle giderilmektedir.

Karma finansman modeli sağlık hizmetleri finansmanında kamu ve özel kaynakların hepsinin kullanıldığı bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Şekil 19’da bu sistemin işleyişi yansıtılmaktadır.

Şekil 19. Sağlık Hizmetlerinin Karma Model ile Finansmanı



Kaynak: Finansman modelleri çerçevesinde hazırlanmıştır.

Şekil 19’da görüldüğü gibi bütünleştirilmiş bir yapıyı ifade eden karma modelde hangi kaynakların belirleyici olduğu genel sağlık sisteminin özelliklerine bağlıdır. Carrin (2003)’in vurguladığı gibi, bireylerin sağlıklı yaşamaları anayasal bir haktır. Carrin (2005) ayrıca, ulaşılabiliirliğin, yalnızca gerekli sağlık hizmetlerinin alınmasını değil, aynı zamanda bu hizmetleri uygun bir fiyattan almayı da içerdiğine işaret etmektedir. Bu bireylerin gelirlerinden bağımsız olarak ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişimlerinin olmasının da anayasal bir hak olduğu anlamına gelir. Bu durum devletin, sosyal sigortalar ve diğer araçlar aracılığı ile sağlık hizmetlerinin finansman sürecine katılmasını zorunlu kılmaktadır.

Öte yandan, Wagstaff (1992) sağlık hizmetleri sunulurken yatay ve dikey olmak üzere iki farklı adalet kavramından söz etmektedir. Yatay adalet, gelir düzeyi birbiri ile aynı olan bireylerin ödeme gücüne göre aynı oranda katkı yapılmasını

öngörmektedir. Dikey adalet ise, gelir düzeyleri birbirinden çok farklı olan bireylerin ödeme güçlerine göre farklı miktarlarda katkı yapmasını öngörmektedir.

Yukarıda da vurgulandığı gibi, hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birisini süreklilik özelliği oluşturur. Mossialos ve Dixon (2002)'a göre sağlık hizmetlerinin sunumunda sürdürülebilirlik, mevcut finansman seviyelerinin sürdürülebilirliğini, bu ise sağlık finansmanında gelir oluşturmanın sürekliliğini gerektirir.

Dixon vd. (2004) çeşitli sağlık hizmetleri finansman yöntemlerin avantaj ve dezavantajları ayrıntılı bir biçimde ortaya koymaktadırlar. Bu avantaj ve dezavantajlar, Tablo 8 'de ayrıntılarıyla yansıtılmaktadır.

Tablo 8. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemlerinin Avantaj ve Dezavantajları

FİNANSMAN YÖNTEMİ	AVANTAJLAR	DEZAVANTAJLAR
DOĞRUDAN VERGİ	<ul style="list-style-type: none">- Gelir tabanı geniş- Yönetimi kolay- Genellikle progresif (artan oranlı) ve dayanışmayı teşvik eden- Risk havuzu geniş- Herkesi kapsama	<ul style="list-style-type: none">- Uyum zor olabilir- Tahsisatlar politik müzakereye konu olmaktadır.- Potansiyel vergi kaçakları
DOLAYLI VERGİ	<ul style="list-style-type: none">- Görünür gelir kaynağı- Yönetimi kolay- Uyum kolay	<ul style="list-style-type: none">- Potansiyel vergi kaçakları- Tahsisatlar tüketim düzeyine bağlıdır- Genellikle regresiftir (azalan orantılı)

SOSYAL SAĞLIK SİGORTASI	<ul style="list-style-type: none"> - Gelirler sağlık için ayrılmıştır. -Diğer devlet gelirlerinden ayrıdır. - Gelir kaynağı bellidir. - Kaynağından kesilebilir. -Primleri artırmada potansiyel düşük düzeyde direnç - Fonların bağımsız yönetimi -Sigortalıya tercih olanağı verebilir. 	<ul style="list-style-type: none"> -Kendi hesabına çalışanların ve enformal sektörde çalışanların uyumu zor - Sigortalı olma kişinin katkı yapması ile ilişkili dolayısıyla sigortasız kesim problemi - İş gücü maliyetleri artırabilir ve uluslararası rekabeti etkileyebilir. - Çok güçlü düzenleyici yapı - Gelir yapısı dar - İşsizler, emekliler ve enformal sektör için özel mekanizmalara ihtiyaç var.
ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI	<ul style="list-style-type: none"> - Sigortalıya tercih olanağı verebilir - Kamu sistemi tarafından kapsanmayan maliyetlere karşı koruma (tamamlayıcı sigorta) sağlar 	<ul style="list-style-type: none"> - Güçlü düzenleyici çerçeve gerekli - Ters seçim söz konusu olabilir - Risk seçimi söz konusu olabilir - Ödemeyi kullanımla ilişkilendirebilir - Erişim sigorta kapsamı ile sınırlı - Genellikle regresif - Fonların havuzlanması sınırlı
KULLANICI KATKILARI	<ul style="list-style-type: none"> - Etkili olmayan mal ve hizmetlerin gereksiz kullanımını engelleyebilir 	<ul style="list-style-type: none"> - Ödemeyi kullanımla ilişkilendirir -Gerekli hizmetlere erişimi engelleyebilir - Erişim ödeme gücüyle ilişkili - Regresiftir - Fon havuzlaması yoktur

Kaynak: Dixon vd. 2004: 54.

Tablo 8'den çıkarılacak temel sonuç, sağlık hizmetlerinin yaygınlık kazanması ve ileri teknolojinin kullanılması gibi nedenlerle sağlık hizmetleri talebinin giderek artmasının kamusal finansmanı yetersiz kılmasıdır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin sürekliliği zamanla sağlanamaz hale gelir. Bu nedenle, kamusal kaynakların yetersiz kalması sonucu ek finansman kaynaklarının sağlanması gerekmektedir. Bu kaynaklar ise;

a. Belli Oranda Sigortalama: Bireylerin tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanması sonucu sigorta primi ödeme zorunluluğunda olmasıdır.

b. Azalan Prim Yöntemi: Sigortalanan birey ilk zamanlar yüksek oranda prim ödeyerek ileriki zamanlarda azalan oranlı primler öder. Amaç mevcut yaşın sağlık talebini gelecek yıllara yayarak oluşabilecek kapasite artışı sonucu sistemin işlerliğinin yitirilmesinin engellenmesidir.

c. Birlikte Sigortalama Yöntemi: Sigortalanan bireyin sağlık talebinin kısmen karşılanması ile tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelen aşırı talebin azaltılması planlanmaktadır. Fiyat mekanizmasından yararlanarak talebin kapasite sınırına çekilmesi öngörülmektedir.

d. Özel Sağlık Sigortası: Bireyler gelecekteki hastalık riskine karşı sigorta şirketinden sağlık poliçesi satın almakta ve prim ödemektedirler. Böylece hastaların irrasyonel davranışlarından kaynaklanan aşırı sağlık hizmeti talebinin ve talep baskısı sonucu maliyet artışlarının önüne geçilmesi arzulanmaktadır.

Serin ve Çakıcı (1990) sağlık hizmetleri maliyetlerinin kamuca karşılanan kısmındaki artışın insanların daha fazla hastalanmalarına sebep olmayacağını, ancak daha önceden önemli görülmeyen sağlık problemlerinin önemsenmeye başlanacağını ifade etmektedirler. Bu önemseme sağlık hizmetlerine olan talebi artırır. Buna karşın, sağlık hizmetleri maliyetlerinin hasta dışında ödenen payındaki artışın, sağlık hizmetleri piyasasındaki nihai etkileri arz ve talep esnekliklerine bağlıdır.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINA YÖNELİK TEORİK YAKLAŞIMLAR

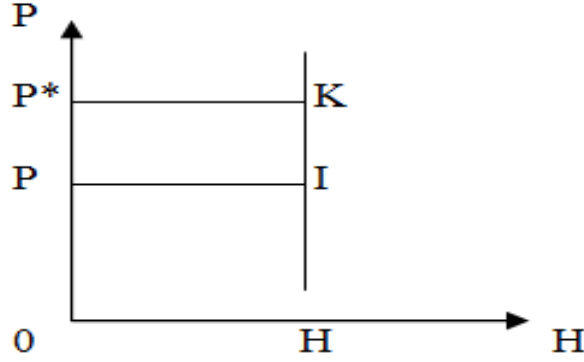
4.1. İHTİYAÇ ÖLÇÜTÜ YAKLAŞIMI

Fuchs ve Zeckhauser (1987) bu yaklaşıma ihtiyaç ölçütü denilmesinin sebebini, bireylerin kendi isteği ile değil doktorların kararı ile sağlık hizmeti talep etmesi olarak açıklamaktadırlar. Sağlık ekonomisinde bireylerin kendi sağlığı ile ilgili takdiri ve sağlıklı olma istekleri sonucunda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurması talep, doktorun tıbbi müdahaleye gerekli olup olmadığına karar vermesi ihtiyaç olarak adlandırılmaktadır. Akalin (1986), sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç ölçütü yaklaşımını, sağlık hizmetlerinin pozitif fiyatlar yerine ücretsiz sunum ve bunun sonucu olarak hizmet arzının talep edenler arasında tayinlanması olarak açıklamaktadır.

4.2. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINA İNELASTİK TALEP YAKLAŞIMI

Cullis ve West (1979), hastanın sağlık hizmetlerine olan ihtiyacının doktor tarafından, doktorun belirlediği düzeyde ve bireyin başlangıçtaki sağlık düzeyine getirilmesi ile belirlendiğinden yola çıkarak bu yaklaşımı açıklamaktadır. Hastaya uygulanacak sağlık hizmeti, hastalığın belirtilerine, tıbbi teknolojiye ve doktorun bilgi birikimine bağlıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri talep eğrisi Şekil 20'de görüldüğü gibi inelastiktir.

Şekil 20. Sağlık Hizmetleri Finansmanı İnelastik Talep Yaklaşımı



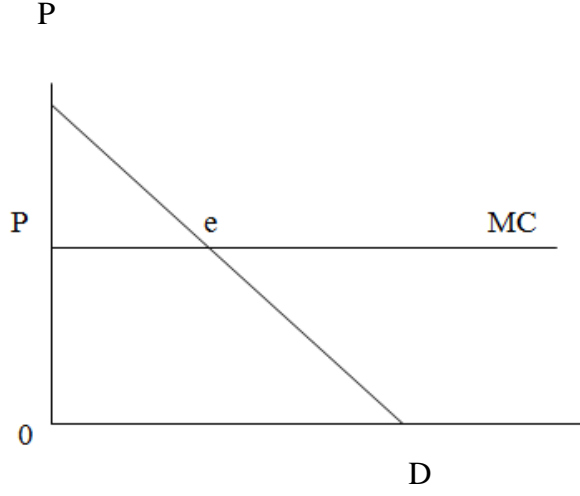
Kaynak: Cullis ve West, 1979: 12.

Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunu ön gören bu yaklaşım sağlık hizmeti satın alma gücü olmayanların korunmasını önermektedir. Korunması gereken bireyler, tedavi giderlerinin ödeme güçlerinin altında olan yoksul bireylerdir.

4.3. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINA ELASTİK TALEP YAKLAŞIMI

Cooper (1974)'a göre, ani hastalıklar sebebiyle ortaya çıkan rahatsızlıklar inelastiktir, fakat kronik hastalıklar söz konusu olduğunda sağlık hizmetleri talebi fiyat arttıkça azalan bir seyir izler. Bireylerin belli bir dönem boyunca devam eden rahatsızlıkları sebebiyle sağlık hizmetleri talep doğrusu negatif eğimli bir eğridir. Şekil 21 bu yaklaşımı yansıtmaktadır.

Şekil 21. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Elastik Talep Yaklaşımı



Kaynak: Cooper, 1974: 11.

4.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA YORK ÖLÇÜTÜ

Mortan ve Tokgöz (1984)'e göre York ölçütü, klasik arz-talep yaklaşımının eksikliklerini gidermek için geliştirilmiştir. Amaç, sağlık harcamalarının ölçülmesi ve çıktı etkinliğinin hesaplanmasıdır. Metodun uygulanması sağlık hizmetleri çıktı düzeyinin hesaplanmasına bağlıdır. Sağlık hizmetleri çıktı düzeyinin hesaplanması ise, sağlık hizmeti teknik yapısının ayrıntılı bir şekilde bilinmesine bağlıdır.

Bu yaklaşımda öncelikle kendisini iyi hisseden hastaların sayısı tespit edilerek tedavi için belirli bir hedef düzey seçilir. Hedef düzeye ulaşıncaya kadar hastanın geçireceği tedavi aşamaları belirlenir. Her bir aşamada uygulanacak olan tedavi sürecinin toplam maliyeti bulunur. Daha sonra uygulanan tedavi hizmetlerinin toplam maliyetleri ile bireyin sağlığını kazanmasının yaratacağı gelir ve tüketim etkisiyle karşılaştırılarak sonuca ulaşılır.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu tarihsel olarak karmaşık ve dağınık bir yapıya sahip olagelmıştır. Devlet hastaneleri ve SSK hastaneleri sosyal güvence sistemine göre farklı hizmet vermekteydi. Ayrıca, ayrı statüde olan hastanelerin hizmet sunumunda eşitsizlik, hakkaniyetsizlik ve verimsizliklerin olması bireylerin sağlık sunucularından yeterince yararlanmasını engellemekteydi. Bu sorunların giderilmesi amacıyla, Devlet hastaneleri ile SSK hastanelerinin kamu hastane birlikleri adı altında birleştirildi. Böylece, hizmet sunumunun, yönetiminin ve harcamalarının tek çatı altında toplanması sonucu dağınık ve karmaşık yapı belli ölçüde ortadan kaldırıldı ve mali kontrolün sağlanmasında önemli gelişmeler kaydedildi.

Kamu hastane birliklerinin kurulması ayrıca merkeziyetçi yönetim yerine, yerinden yönetim anlayışı benimsenmesini ve böylece koordinasyon eksikliğinin kısmen de olsa giderilmesini ve kaynakların daha verimli kullanılmasını sağladı. Bu bize sağlık sisteminin fonksiyonel yapısı ile örgütlenmesi arasındaki ilişkinin önemini göstermektedir. Bu çerçevede sağlık sistemi örgütlenmesinin iyi yapılması, gerekli bütün üretim etkenleriyle donatılması ve modern yöntemlerle yönetilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık sisteminin örgütlenme biçiminde yapılan önemli bir değişiklik, sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin kapatılarak aile hekimliğine geçilmesidir. Bu uygulama sonucunda birinci basamak sağlık kuruluşlarından yararlanan bireylerin sayısında önemli bir artış ortaya çıkmıştır. Ancak, bireyler aile hekimliğinden reçete yazdırma, aşı, gebelik takibi gibi basit sağlık hizmetleri için yararlanmakta; çoğu kez ayakta tedavi ve bakımı gerektiren sağlık hizmetlerinin karşılanması için ikinci basamak, hatta üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Bu durum bu basamaklarda yoğunluğa sebep olmakta ve hizmet sunumunun kalitesini düşürmektedir. Bu durumun neden olduğu sorunların başında randevu sürelerinin uzaması gelmektedir. Randevu sürelerinin uzaması, tedaviye gerçekten ihtiyacı olan hastaların tedavilerinin gecikmesine,

hastalıkların seyrinin bireyin aleyhine gelişmesine ve tedavi maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır. Bu sorunun azaltılması ve ortadan kaldırılabilmesi için daha iyi işleyen bir sevk zinciri oluşturulmalı ve bireylerinde bilinçlendirilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık harcamaları yaşlanan nüfus ile birlikte her geçen gün artmaktadır. Ayrıca, yoksulluk ve işsizlik oranının yüksek olması, önleyici sağlık önlemleri ile ilgili bilinç düzeyinin yüksek olmaması ve çağdaş iş ve yaşam koşullarının yarattığı fiziksel ve psikolojik çevre hastalıkları artırmakta ve böylece tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır. Böylece sağlık harcamaları yükselmekte ve sağlık harcamalarının finansmanı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Klasik sosyal devlet yaklaşımı hem sağlık hizmetlerinin arzının hem de finansmanını kamu kesimi tarafından gerçekleştirilmesini önermektedir. Ancak, modern devletin fonksiyonlarının artması ve bu durumun kamu bütçesi üzerine ilave yük getirmesi ve küreselleşme sürecine eşlik eden liberal devlet anlayışının daha baskın hale gelmesi sonucu sağlık hizmetleri arz ve finansmanın giderek daha çok özel sektör tarafından gerçekleştirilmesi yaklaşımın güçlenmesine neden olmuştur. Öte yandan, daha çok kamusal ya da daha çok özel sektör kaynak temelli olmasına bakılmaksızın, sürdürülebilir bir sağlık sisteminin varlığı yeterli finansman kaynaklarına sahip olunmasına bağlıdır. Bu ise o ülkede GSYH' dan dan sağlık hizmetleri için ayrılan payın artan sağlık harcamalarına paralel olarak artırılmasını gerektirmektedir.

Teknolojik gelişmeler sonucu sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni yöntemlerin kullanılması bir yandan sağlık hizmetlerinin niteliğini artırırken diğer yandan maliyetleri ve dolayısıyla sağlık harcamalarını artırmaktadır. Teknolojideki gelişmeler ayrıca beraberinde birçok sağlık hizmetleri ürünün ithalatını da özendirilmektedir. Ülkemiz gibi yüksek cari işlemler açığı sorunu olan ülkeler için bu durum ilave dış finansman sorunu anlamına gelmektedir. Bunu önlemek için ileri teknoloji sağlık hizmetleri ürünlerinin yerli üretimi için araştırma-geliştirme yatırımları ve fiziksel yatırımlar özendirilmelidir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında karma bir sistem benimsenmiş olmasına karşın, hala finansman yükünün büyük ölçüde kamu kesimi tarafından çekildiği ifade edilebilir. Sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olarak Türkiye’de gerçekleştirilen önemli bir adım tüm sigorta kurumlarının Genel Sağlık Sigortası adı altında birleştirilmiş olmasıdır. Buna karşın, kamu kesiminin finansman yükünü azaldığı ileri sürülemez. Kamunun finansman yükünün azaltılması özel sağlık sigortasının yaygınlaştırılması ile gerçekleştirilebilir. Örneğin, bireysel emeklilik sigortası uygulamasında olduğu gibi, bireysel sağlık sigortası uygulamasında da %25’lik bir vergi indirimi ve katkı payı desteğiyle özel sağlık sigortası özendirilebilir. Bu tür bir teşvik kısa dönemde bütçeye ilave yük getirirse bile, uzun dönemde kamunun sağlık hizmetleri için ayırması gereken finansman miktarını azaltıcı etki ortaya çıkaracaktır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve planlamasında insan gücü önemli bir yer tutmaktadır. Bilim ve teknolojiye meydana gelen değişimler ve yeni uzmanlık dallarının oluşması, hangi uzmanlık dalında ne kadar sağlık çalışanı gerektiği konusunda planlama yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu çerçevede Türkiye’de de sağlık politikası uzun dönemli bir çerçeveye oturtulmalıdır. Özellikle insan gücü ve finansman kaynakları uzun süreli stratejik planlamaya tabi olmalıdır. İnsan gücü planlanırken, yalnızca nicelik değil nitelik de göz önüne alınmalıdır. Bu çerçevede sağlıkta dönüşüm programı yeni reformlar ile sürdürülmeli ve sağlık hizmetlerinin hem sunumunda hem de finansmanın da uluslararası standartlara ulaştırılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Ak, B. ve Sevin, H. D., (2000). "Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri", *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildirileri*, 20-21 Mayıs, Ankara.
- Akalın, G., (1986). *Kamu Ekonomisi*, Ankara Üniversitesi SBF Yayınları, Yayın no:554, Ankara.
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu, İkinci Baskı, *ATAUM Araştırma Dizisi* No: 25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
www.recepakdur.com/getfile.asp Erişim Tarihi: 21.07.2013
- Aktan, C. C. (2004). "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, s.2-7 Erişim Tarihi:28.12.2013
- Aktan, C. C. ve IŞIK, A. (2010a). "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkesicin.pdf>, Erişim Tarihi: 11.08.2013
- Alpugan, O. (1984). "Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi", *Karadeniz Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 2.
- Appleby, J. (1992). *Financing Health Care in the 1990* s.17 Open University Press, Buckingham.
- Balsak, M. (2004). "Türkiye'de Sağlık Sektörünün Kalkınma Sürecinde Yeri ve Önemi", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2004.
- Bekir M. (2003). *Türkiye'nin Sağlık Sorunları- Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*, Ankara, s1.
- Buchmueller, T.C. ve Couffinnal, A. (2004). *Private Health Insurance in France, Paris: OECD Health Working Papers*, No: 12.

- Bulutoğlu, K. (2001). *Kamu Ekonomisine Giriş*, YapıKredi Yayınları, İstanbul.
- Carrin, G. (2002). “Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge”, *International Social Security Review*, Vol.55, N.2, p.57-69.
- Carrin, G. and James, C. (2005). “Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage”, *International Social Security Review*, Vol.58, N.1, p.45-64.
- Cooper M.H., (1974). *Economics of Need*, Mcmillion Book co. London p.xi
- Creese, A., (1997). “User Fees”, *British Medical Journal*, N.315, p.202-203.
- Cullis, J. and West, P.A. (1979). *The Economics of Health Care*, Newyork University Pres. Newyork 1979. s.xii
- Çilingiroğlu N. (2001). “Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi”, *Yeni Türkiye*, Sayı: 40, Temmuz-Ağustos. s.1592.
- Dağıstan, R. (2001). “*Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı*”, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Dixon, A. and Mossialos, E., (2000). “Has the Portuguese NHS Achieved Its Objectives of Equity and Efficiency”, *International Social Security Review*, Vol.53, N.4, p.49-78.
- Dixon, A., (2002). “Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care”, *Croatian Medical Journal*, Vol.43, N.4, p.408-416.
- Dixon, A. Langenbrunner, J. and Mossialos, E., (2004). “Facing the Challenges of Health Care”, Josep Figueras et al (eds), *Health Systems in Transition: Learning From Experience*, European Observatory on Health Care Systems Series, p.52-84.
- Edizdoğan, N. ve Giray, F., (2007). *Teoride ve Türkiye’de Parafiskal Gelirler*, Bursa, Ezgi Kitabevi, Yayın No: 1.
- Ertekin, ř. (2000). “*1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman Sorunu*”, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- Evans R.G., (2002). "Financing Health Care: Taxation and the Alternatives", Mossialos E. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, p.31-58.
- Feldstein, M. (1981). "Government Deficits and Aggregate Demand", *Journal of Monetary Economics*, Vol.9, p.1-20.
- Filiz Y. (2010). "*Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi*", Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi.
- Fuchs V. ve Zeckhauser R. (1987). Valuing Health A. Priceless Commodity, *The American Economic Review*, Vol.77 No.2 p.263-268.
- Getzen, T.E. (1997). *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, New York: John Wiley&Sons Inc..p.40-65.
- Gottret, P. and Schieber, G., (2006). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*, The World Bank, Washington D.C.
- Görgün, S. (1993). *Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları*, SBF Yayınları, İstanbul, s.74.
- Işık, A. ve Diğerleri (1997). *Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Tarihsel Gelişimi*, Ankara, s.31,34,65
- Işık, A. (1998). "*Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*", Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Işık, H. (2001). "*Sağlık Hizmetleri, Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri*", Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Jack, W. (2002). *Public Intervention in Health Insurance Markets: Theory and Four Examples from Latin America*. The World Bank Research Observer, 17(1): 67-68.
- Karaege Ö. (2001) "Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu", *CBÜ İİBF Dergisi*, Y.2001, C.8, S.2, s. 107-124.

- Kızılc¸elik, S. (1996). *T¸rkiye'nin Sağlık Sistemi: Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*, Saray Kitabevi, İzmir.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Y¸netimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Kutzin, J., 2001, "A Descriptive Framework for Country - Level Analysis of Health Care Financing Arrangements", *Health Policy*, Vol.56, N.3, p.171-204.
- Lee, K. and Goodman, H., (2002), "Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s", Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., (eds.), *Health Policy in a Globalising World*, s.97-119, Cambridge University Press.
- Marsh, M.H. (2005). *Implications of Changes in the National Health Service in England for the United States*, New York: Walker Sullivan Report.
- Mazgit, İ. (2002). "*Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi*", *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Y¸netim Kongresi*, (Hereke-Kocaeli), s. 405-415.
- Menderes, M. ve Ersoy, K. (1993). *Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi*, H.Ü. Sağlık İdaresi, Cilt: III, Ankara.
- Mortan, K.ve Tokg¸z T. (1984). *Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi*. Ankara, 1984
- Mossialos, E. and Dixon, A., (2002a), "Funding Health Care: An Introduction", Mossialos, E. Et al (eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*, p.1-30, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.
- Mossialos, E. and Dixon, A., (2002b), "Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options", Mossialos, E. Et al (eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*, p.272-300, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.
- Murray, C.J.L. and Frenk, J., (2000). "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems", *Bulletin of World Health Organisation*, Vol.78, N.6, p.717-731.
- Mutlu, A.ve Işık, A. K. (2005), "*Sağlık Ekonomisine Giriş*", Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.
- Nadaroğlu H. (1981), *Kamu Maliyesi Teorisi*, 5. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul,s.34

- Normand, C. and Busse, R., (2002), "Social Health Insurance Financing", Mossialos, E. Et al (eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*, European Observatory Health Care System Series, Open University Press, Buckingham – Philadelphia, p.59-79,
- OECD, (2009) . www.sgb.gov.tr/.../Türkçe%20Dokümanlar/.../TR-TR080206-Halla-Türkiye. AB Eşleştirme Projesi, Ankara. 15 Nisan 2011. Klaus Halla. OECD 2009 - Türkiye'deki Sağlık Sistemine İlişkin Önerilerin Özeti, Erişim Tarihi: 21.04.2013
- Orhaner, E. (2006). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 1.
- Özsarı (2000) Sigorta Şirketleri Birliği Danışmanı Dr. Haluk Özsarı <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-tamamlayici-saglik-sigortasi-olmazsa-ab-karsisinde-zor-duruma-duseriz-> Erişim Tarihi: 17.05.2013
- Öztek Z. (2001). Sağlık Kavramı Ve Sağlık Hizmetleri, *Yeni Türkiye Dergisi*, 7:39, 204-205
- Parente, S., Feldman, R., Abraham, J.M., and Xu, Wendy, (2008). "Consumer Response to a National Marketplace for Individual Insurance", *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 78, Iss. 2, p. 389–411.
- Philips D.R. ve Verhasselt Y. (1994). *Health and Development*, Routledge, London.
- Roberts ve arkadaşları, (2008). *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Saltık, A., (1995). "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos , Cilt 10, Sayı 68, s. 38-43
- Schieber, (2005). "Sustainable Health Sector Financing", High Level Forum on the Health MDGs in Asia-Pasific, Tokyo, Japan, June, (<http://www.worldbank.org>), Erişim Tarihi: 11.03.2013

- Sekhri N. ve Savedoff W. (2005). "Private Health Insurance: Implications For Developing Countries", *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 127-134
- Serin N. Ve Çakıcı L., (1990). *Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği*, Ankara, s.14
- Soyer, A. (2003). "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", *Praksis*, Sayı: 9, Kış-Bahar.
- Suhrcke, M.ve Diğerleri. (2005). The Contribution of Health to the Economy in The European Union, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/documents/health_economy_en.pdf. s.11, Erişim Tarihi: 19.03.2013
- Sülkü S.N., (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Yrd.Doç.Dr. Seher Nur SÜLKÜ. Ankara.
- Şakar, A. Y., (1999). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, *Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası*, Yayın No: 22, İstanbul.
- Şenatalar, B., (2003). "Sağlık Ekonomisine Genel Bakış", *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Sayı: 25(4).
- Şenses (2003) ŞENSES, F. (2003). *Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk*, 3. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Taban, S. ve Kar, M. (2004), "Beşeri Sermaye ve Kalkınma", Ed. Sami Taban ve Muhsin Kar, *Kalkınma Ekonomisi- Seçme Konular*, Bursa: Ekin Kitabevi, 279-299
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2001). "Türkiye'nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine 2001 Düzenli İlerleme Raporu-Brüksel", <http://www.abgs.gov.tr>, 02.06.2013.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2008). "Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Kişi Sayısı ve Türkiye Nüfusuna Oranı Tablosu", <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler>, Erişim Tarihi: 23.08.2013

TEPAV(2008).

www.tepav.org.tr/upload/mce/.../tepavepri2008faaliyetraporubasili.pdf

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı Erişim Tarihi: 26.08.2013

Tiryaki, D. ve Tatar, M., (2000), “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C.5, S.4, s.123-139.

Tokalaş, S. (2006). "*Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*", Yüksek lisans tezi İstanbul, s 14-19

Tokat, M. (2008). "*Sağlık Ekonomisi*", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. s.27

Tokgöz E.(1981), Sosyal Gelişmede Sağlık, *Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri*, DPT Yayınları, Yayın No. 1783, Ankara, 1981, s. 490-499

Toprak, Z. (1982). *Türkiye’de Milli İktisat*, Yurt Yayınları, Ankara

Wagstaff, A. and van Doorslaer, E., 1992, “Equity in the finance of health care: some international comparisons”, *Journal of Health Economics*, Vol.11, N.4, p.361-387.

Walley J. ve diğ. (2001). *Public Health: an action guide to improving health in developing countries*. New York, Oxford University Press.

WHO, (1981), *Global Strategy for Health for All By The Year* , Geneva, 1981, s.19-29

WHO, (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva.

WHO, (2002), *25 Questions and Answers on Health & Human Rights, Health & Human Rights Publication Series*, Issue No.1, July.

WHO, (2004), *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*, by Guy Carrin and Chris James, Discussion Paper, N.2, Department “Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster “Evidence and Information for Policy (EIP)”, Geneva.

- Williams A., (1987). *Health and Economics*, "Introduction", London UK, Mac Millian, s.xi
- Yalçın, T. ve Yıldırım, H.H. (2001). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 40, (Çevrimiçi) http://www.absaglik.com/hhy_saghizfin.pdf, Erişim: 11 Aralık 2012.
- Yazgan, T. (1992). *İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları*, Türk Dünyası Araştırmalar Vakfı Yayınları, İstanbul 1992.
- Yeğınboy, E. Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi*, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi: 1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.
- Yıldırım, S. (1994). "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", Uzmanlık Tezi, DPT Yayınları No: 2350, Ankara.