

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Zafer ÇALIŞKAN

ULUSAL SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİNİN
FİNANSMAN KAYNAKLARI YÖNÜNDEN
TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİRLİĞİ

89826

Danışman

Prof. Dr. Yavuz TEKELİOĞLU

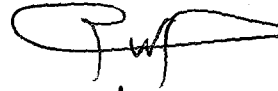
İktisat Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 1999

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu alışma, jürimiz tarafından İKTİSAT Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

 Başkan Prof. Dr. Erdine Tokgöz

 ye (Danışman) Prof. Dr. Yusuf Trlioğ

 ye Prof. Dr. Mehmet D

ye :

ye :

Onay: Yukarıdaki imzaların, adıgeçen ğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

.../.../1999



Doç. Dr. Orhan KURUOZUM
Müdür

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER ve TABLOLAR LİSTESİ	v
ÖZET	vii
SUMMARY	viii
ÖNSÖZ	ix
GİRİŞ	1

BÖLÜM 1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....

1. Sağlık Ve Sağlık Bakımı Kavramları	5
1.1 Sağlık Hizmetleri Ve Sunum Biçimleri	8
1.2 Amacına Göre Sağlık Hizmetleri	10
1.2.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
1.2.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	12
1.2.3 Rehabilitasyon Edici (Esenlendirme) Sağlık Hizmetleri.....	12
1.3 Talebin Niteliğine Göre Sağlık Hizmetleri	13
1.3.1 Bireysel Sağlık Hizmetleri Talebi.....	13
1.3.2 Toplumsal Sağlık Hizmetleri Talebi.....	13
1.4 Talep Esnekliğine Göre Sağlık Hizmetleri	14
1.4.1 Talep Esnekliği Düşük Olan Sağlık Hizmetleri.....	14
1.4.2 Talep Esnekliği Yüksek Olan Sağlık Hizmetleri.....	15
2. Sağlık Hizmetlerinin İktisadi Özellikleri	15
2.1 Kamusal Mal Olma Özelliği	15
2.2 Dışsallık Özelliği	17
2.3 Talebin Doğası ve Tüketici Egemenliği	18
2.4 Doktorun Beklenen Davranışları	19
2.5 Eksik Bilgi	20

2.6 Ertelenebilir Talep	21
2.7 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanını Etkileyen Faktörler	21
2.8 Sağlığın Ölçülmesi ve Sağlık Göstergeleri.....	22
2.9 Sağlık Hizmetleri Piyasasında Arz - Talep Dengesi.....	26
2.10 Sağlık Hizmetleri Harcamaları ve Maliyetler	28

BÖLÜM 2. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ VE KAYNAKLARI

1.Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri	33
1.1 Genel Vergi Gelirleri İle Finansman.....	36
1.2 Özel Amaçlı Vergiler ile Finansman	37
1.3 Sağlık Sigortası Finansmanı	38
1.3.1 Zorunlu Sağlık Sigortası.....	40
1.3.2 Özel Sağlık Sigortası.....	43
1.3.3 Sağlık Bakım Organizasyonları (Health Maintenance Organizations - HMOs).....	43
1.3.4 Dış Yardımlar	45
2.Sağlık Hizmetleri Sistemleri	46
2.1 Kamu Yardımı sistemi	52
2.2 Sağlık Sigortası Sistemi.....	53
2.3 Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi.....	54
3.Ödeme Yöntemleri	57
3.1 Hizmet Başı Ödeme (Fee-For Service)	57
3.2 Vaka Başına Ödeme (Case Payment)	57
3.3 Günlük Fiyat (Daily Charge).....	57
3.4 Sabit Fiyat Ödemesi (Flat Rate)	57
3.5 Kişi Başına Ödeme (Capitation)	58
3.6 Ücretle Ödeme (Salary)	58
3.7 Global Bütçeleme (Global Butgeting).....	58

BÖLÜM 3. BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMLERİNİN İŞLEYİŞİ.....	
1 İngiltere	63
2 Kanada	67
3 Japonya	70
4 Hollanda.....	73
5 Almanya.....	75
6 Amerika Birleşik Devletleri.....	78
7 Gelişmiş Ülke Sistemlerinin Genel Bir Değerlendirilmesi.....	82

BÖLÜM 4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE FİNANSMAN SORUNLARI.....	
1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Politikaları.....	86
1.1 Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	86
1.2 Cumhuriyet Dönemi	87
1.2.1 1923- 1945 Arası Dönem	87
1.2.2 1946 - 1963 Dönemi.....	89
1.2.3 1963 - 1987 Dönemi.....	90
1.2.4 1987 Yılından Günümüze Kadar Gelen Uygulamalar.....	94
2.Sağlık Örgütlenmesi ve Hizmet Sunumu.....	94
2.1 Sağlık İnsangücü.....	97
3 Sağlık Harcamaları ve Finansman.....	98
3.1 Genel Sağlık Sigortası.....	100
3.2 Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları.....	102
3.2.1 Sağlık Bakanlığı.....	102
3.2.2 Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanelerinin Harcamaları	105
3.2.3 Sosyal Sigortalar Kurumu	106
3.2.4 Bağ-Kur Sağlık Harcamaları	108
3.2.5 Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları	109

3.3 Özel Kesim Sağlık Harcamaları.....	110
4.Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Temel Sorunları	112
SONUÇ.....	115
KAYNAKÇA	120
ÖZGEÇMİŞ.....	129



ŞEKİLLER VE TABLOLAR

Şekil 2.1 Sağlık Sektöründe Finansman Akış Tablosu.....	35
Şekil 3.1 Bazı Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Sistemleri ve Özellikleri.....	62
Tablo 1.1 Değişik Ülkelerde Doğumda Yaşam Beklentisi ve Bebek Ölüm Oranları.....	23
Tablo 1.2 Değişik Ülkelerde Doğurganlık Oranları ve Nüfus	25
Tablo 1.3 Sağlık Harcamalarının Genel Kompozisyonu	29
Tablo 2.1 AB Ülkeleri İşçi ve İşveren Kesimlerinin Sosyal Sigorta Sistemine Katkı Oranları	42
Tablo 2.2 Yapılan Resmi Yardımların Bölgelere Göre Dağılımı	45
Tablo 2.3 OECD Ülkeleri Ulusal Sağlık Harcamaları.....	48
Tablo 2.4 Sağlık Sistemlerinin Özelliklerine Göre Sınıflandırılması	52
Tablo 2.5 Hizmetin Üretimi, Fonun Oluşturulması ve Satın Alma	
İlişkisine Göre Belirlenen Sağlık Sistemleri.....	56
Tablo 2.6 Çeşitli Ödeme Yöntemlerinin Güçlü ve Zayıf Yanları	59
Tablo 3.1 Japonya’da Sağlık Sigortası Finansmanı.....	73
Tablo 3.2 Kamu Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%).....	83
Tablo 3.3 Ülkelerin Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı (%).....	83
Tablo 3.4 Ülkelerin Temel Sağlık Göstergeleri	84
Tablo 3.5 Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon Dolar)	84
Tablo 4.1 Türkiye’de Bütün Yaş Grupları İçin İlk Beş Ölüm Nedeni (%) 1995	95
Tablo 4.2 Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Dağılımı	96

Tablo 4.3 Türkiye’de Hastanelerde Kullanım ve Performans Göstergeleri.....	96
Tablo 4.4 Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı.....	97
Tablo 4.5 Sağlık Hizmetlerinin Sunum ve Finansman Kaynakları	99
Tablo 4.6 Türkiye ve Bazı OECD Ülkelerine ait Toplam, Kamu.....	
ve Kişibaşına Sağlık Harcamaları.....	100
Tablo 4.7 Yıllara Göre Devlet Bütçesi (Bin TL.), Sağlık Bakanlığı	
Bütçesi (Bin TL.) ve Sağlık Bakanlığının Devlet Bütçesi İçindeki Payı (%).....	103
Tablo 4.8 Sağlık Bakanlığı Kaynakları.....	104
Tablo 4.9 Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Sınıflandırılması.....	104
Tablo 4.10 Üniversitelerin Sağlık Harcamaları.....	105
Tablo 4.11 Üniversitelerin Sağlık Harcamalarının Dağılımı	106
Tablo 4.12 Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları	107
Tablo 4.13 Sosyal Sigortalar Kurumu Prim Gelirleri ve Giderlerinin Dağılımı	108
Tablo 4.14 Bağ-Kur Prim Gelirleri ve Sağlık Harcamaları (Bağ-Kur İstatistik Yıllığı)	109
Tablo 4.15 Emekli Sandığı Sağlık Harcamalarının Dağılımı.	110
Tablo 4.16 Özel Sektör Hastane Harcamaları.	112

ÖZET

Bu çalışmada, sağlık kavramı ve sağlık hizmetlerinin iktisadi özellikleri üzerinde durulmuş, gelişmiş ülkeler başta olmak üzere, çeşitli ülkelerde uygulanmakta olan sağlık sistemlerinin işleyişi ele alınarak Türkiye’de mevcut sistemin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçla, sağlık sistemlerini sınıflandıran kuramsal bazı modellerden hareketle bir sonuca ulaşmaya çalışılmıştır.

Bütün dünya ülkelerinde sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların giderek arttığı görülmektedir. Bu nedenle, ülke yönetimleri, harcamalarda verimliliği sağlayacak, finansmanda yeterli ve düzenli kaynaklara ulaşacak arayışlar içerisine girmişlerdir. Sağlık hizmetleri topluma en iyi şekilde sunulurken, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hedeflere ulaşmak istenilmektedir. Çünkü sağlıklı bir toplum ile ekonomik kalkınma arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir.

Çalışmada, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında yaşanan karmaşanın giderilebilmesi için en önemli girişim olarak tüm toplumu sağlık güvencesi altına alan bir “Ulusal Sağlık Sigortası” uygulamasının gerekliliği vurgulanmaktadır.

SUMMARY

In this study, the concept of health and the economic characteristics of health services are examined, the health systems of several countries (mostly the developed ones) are analyzed, and in the light of all these, the current health system in Turkey is evaluated.

In doing this, some theoretical models classifying the health systems of countries are also considered.

It is seen that, the expenditures on health services have increased continuously in all countries of the world. Therefore, governments have tried to find ways making these expenditures productive and to find sufficient and continuous financial sources. The purpose of all countries is to supply health services to people in the most proper way and to reach the standards set by the World Health Organization. The reason is that the positive relationship between a healthy community and economic development is known well by all countries.

The study emphasizes the necessity of establishing a system of “National Health Insurance” in Turkey that will create a healthy society and eliminate the current chaotic structure in financing and supplying health services.

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, sağlık hizmetleri ve finansman yöntemleri incelenmeye çalışılmıştır. Bu amaca yönelik olarak sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin iktisadi özellikleri ve sağlık sistemlerini sınıflandıran kuramsal modeller ele alınmıştır. Daha sonra, ortaya konan bu modeller analiz edilerek, gelişmiş ülke uygulamaları üzerinde durulmuş ve son olarak da konunun Türkiye açısından bir değerlendirilmesi yapılmıştır.

Öncelikle, akademik çalışma yaşamımın başlangıcından bu yana, bana her zaman bilimin önceliğini, doğru ve güzel olanı gösteren, bu çalışmanın hazırlanmasında yardımcı olan, büyük bir anlayış göstererek sürekli teşvik eden ve yönlendiren tez danışmanım Prof. Dr. Yavuz Tekelioğlu'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin son şeklini almasında önemli ve büyük katkılar sağlayan jüri üyeleri Prof. Dr. Erdiç Tokgöz'e ve Prof. Dr. Mahmut Duran'a teşekkür ederim.

Ayrıca, çalışma konusunun seçiminde ve tezimin tüm aşamalarında katkılarını esirgemeyen ve bana değerli zamanını ayıran Prof. Dr. Recep Akdur'a teşekkür ederim.

Çalışma boyunca değerli katkılarıyla beni destekleyen Prof. Dr. Ersoy Akıncı'ya ve Yrd. Doç. Dr. Burak Günalp'e sonsuz teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanması sırasında yardımlarını esirgemeyen oda arkadaşlarım Uzm. N. Nilgün Çokça'ya ve Arş. Gör. B. Evrim Dener'e teşekkür ederim.

Tezimin başlangıcından bu yana bana destek olan sevgili eşim Uzm. Dr. Deniz Çalışkan'a ve beni bugünlere getiren anne ve babama teşekkür ederim.

GİRİŞ

Sağlıklı bireylere ve topluma ulaşma çabaları, günümüz yönetimlerinin karşı karşıya oldukları en önemli ekonomik ve sosyal sorunların başında gelmektedir. İnsan sağlığı ise birçok değişik faktörden etkilenmektedir. Bireyin sağlık sorunları, bedensel, ruhsal yapısının yanı sıra, toplumsal ve çevresel faktörlerden de kaynaklanabilmektedir. Bu durum, sağlık kavramının çok yönlü olarak ele alınmasını gerektirmektedir.

Sağlık sorunları, toplumların ekonomik, sosyal yönden yaşadığı değişimlere ve yükselen refah düzeyine bağlı olarak, hem artmakta hem de çeşitlilik göstermektedir. Sanayileşme, kentleşme, çevre kirliliği, nüfus artışı gibi etkenler pek çok sağlık sorununu beraberinde getirmiştir. Bu etkenlerin yanında, yetersiz ve dengesiz beslenme, olumsuz konut özellikleri, eğitim düzeyinin düşük olması, temiz su kaynaklarının yetersizliği gibi bireyin sağlığını doğrudan etkileyen, olumsuz koşullar da pek çok sağlık sorununun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Bu olumsuz koşulların ortadan kaldırılması, tek başına sağlık sektörünün altından kalkabileceği bir sorun değildir. Ayrıca, bu koşulların iyileştirilmesi için katlanılması gereken harcamalar ve maliyetler giderek artmaktadır. Bu durum, sağlık sorunlarının ekonomik boyutunu daha da ön plana çıkarmıştır. Bu da, sağlıklı olmanın yalnızca bireysel bir sorumluluk olmadığı, toplumsal boyutlarının da olduğunu vurgulayan politikaların geliştirilmesine neden olmuştur. Sağlığın bireysel olmaktan çıkarak toplumsal düzeyde ele alınması gereğiyle birlikte, sağlıklı birey ve toplum yaratmada, sağlık hizmetlerinin kimler tarafından, nasıl sunulacağı ve hangi kaynakların kullanılacağı yönündeki sorular da tartışılmaya başlanmıştır.

Ekonomik kalkınmanın temel dayanaklarından birisinin sağlıklı bireyler ve toplum olduğu düşünülecek olursa, yukarıda sıralanan sorular ve bu sorulara verilecek yanıtlar daha da önem kazanmaktadır. Çünkü, yapılan ampirik çalışmalarda, sağlık ile kalkınma arasındaki güçlü ilişki net bir şekilde ortaya konmuştur. Sağlıklı bir bireyin çalışma kapasitesi ve işgücü verimliliği doğal olarak daha yüksektir. Sağlıklı bireylere sahip olan toplumlar ise aynı zamanda sosyo-ekonomik kalkınmayı gerçekleştirebilmiş toplumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Böyle toplumlarda, gayri safi milli hasıla ve kişi başına düşen gelir gibi ekonomik göstergelerin de oldukça yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bunun yanında, doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı gibi sağlık düzey ölçütlerinin de iyi durumda olduğu dikkati çekmektedir.

Bugün Dünya’da, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Japonya, İngiltere gibi sanayileşmiş ülkelere baktığımızda, bu ülkelerin, hem ekonomik hem de sağlık düzeyi göstergeleri bakımından gelişmiş ülkeler olarak kabul edildiğini görmekteyiz.

Bu noktada, sağlıklı bireylere ve topluma ulaşmak ise, sağlık kavramının ele alınış biçimi yanında, sağlık hizmetlerinin sunulma biçimine ve finansman yöntemlerine de bağlı olmaktadır.

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran bazı yapısal ve ekonomik özellikler vardır. Sağlık hizmetleri, ortaya çıkardığı dışsal etkiler, sürekli tüketilen bir yapıda olmayışı, talebinin düzensiz olması gibi özellikleri nedeniyle diğer mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri ele alınırken bu özelliklerin gözönünde bulundurulması gerekmektedir. Bunun yanında, sağlık hizmetlerinin ekonomik kriterler dikkate alınmadan üretilmesi, kaynakların dağılımında verimlilikten uzak ya da yüksek maliyetler yaratan bir süreç ortaya çıkarabilmektedir.

Yönetimlerin sağlık sistemlerini biçimlendirirken, sağlık hizmetlerinin tüm bu yönlerini dikkate alması gerekmektedir. Öte yandan sözkonusu hizmetlerin hangi kesim (kamu/özel) tarafından sunulacağı tartışmaları son yıllarda giderek yoğunlaşmıştır. Gelişmiş ülke sistemlerine bakıldığında bunlardan bir kısmının kamu, bir kısmının ise özel kesime ağırlık verdiği görülmektedir.

Sağlık bakımının bir ihtiyaç ve doğuştan kazanılmış bir hak olduğu dikkate alındığında, bu hizmetlerin tüm toplumu kapsayan ve güvence altına alınmış bir biçimde, kamu tarafından sunulması gerektiği öne sürülmektedir. Bunun karşısında yer alan düşünceye göre ise, hizmetin üretiminde ve tüketiminde kamunun varlığı, gerçek maliyetleri yansıtmayan fiyatlandırmaya neden olabilmektedir.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında, ülkenin sosyo-ekonomik, kültürel, epidemiyolojik, demografik koşullarının yanında yukarıda değinilen iki yaklaşım temelinde çok çeşitli kuramsal modelin varlığını görmekteyiz. Bu modellerde sözü edilen sağlık sistemleri ülkeden ülkeye değişebildiği gibi, çoğu zaman, aynı ülkede birden fazla örgütlenme ve finansman yönteminin bir arada olduğunu da görmekteyiz.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında karşılaşılan ödeme yöntemleri değişik şekillerde olabilmektedir. Tüketici, hizmetin bedelini kendi cebinden karşılayabileceği gibi, bir üçüncü kurum aracılığı ile toplanan primlerin kullanılması ya da genel bütçeden finansman sağlanması

şeklindeki değişik seçeneklerden bir ya da bir kaçının bir arada uygulanması da sözkonusu olabilmektedir. Bu da, kişilerin sağlık hizmetlerine olan talebini ve hizmete ulaşabilirliğini etkilemektedir.

Türkiye'deki sağlık sistemi, çok çeşitli örgütlenme ve finansman yöntemini bir arada içermesi bakımından, oldukça karmaşık bir yapı sergilemektedir. Çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş sağlık hizmetlerinin hem sunumunda hem de finansmanında yer almaktadır. Bazı kuruluşlar hizmet sunumunu ve finansmanını birlikte sürdürürken, bazıları ise yalnızca fon toplamaktadır. Ayrıca, son yıllarda, kâr amacı taşıyan sağlık kuruluşlarının giderek çoğaldığını görmekteyiz. Sağlık hizmetleri sunumunda ve finansmanında bu kadar çeşitli ve birbirinden bağımsız çalışan birimin birarada bulunması, kaynakların verimli bir biçimde kullanılmasında ve hatta hizmet kalitesinde farklılıklar yaratmaktadır. Bu, üzerinde durulması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye'de, sağlık sektöründe bu kadar çok kurum ve kuruluş olmasına rağmen, sağlık hizmetlerine gayri safi milli hasıladan ayrılan payın çok az olması ve sağlık düzeyi ölçütlerindeki kötü durum dikkati çekmektedir. Bu durum, nasıl bir sağlık sistemine sahip olunması gerektiği yönündeki soruların önemini ve ciddiyetini bir kez daha gözönüne sermektedir.

Bu çalışmada, yukarıda belirtilen özellikler gözönünde bulundurularak, Türkiye'de uygulanmakta olan sağlık sistemi ve sağlık finansman yöntemleri dört bölümde incelenecektir.

Birinci bölümde, sağlık hizmetlerinin iktisadi boyutunu ve önemini ortaya koymak amacıyla, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları üzerinde durulmakta ve sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran bir sınıflandırma yapılmaktadır. Yine bu bölümde, sık kullanılan sağlık düzeyi ölçütleri tanımlanmakta ve sağlık harcamalarının genel kompozisyonu üzerinde durulmaktadır.

İkinci bölümde, sağlık hizmetleri için kullanılan finansman yöntemleri ve ödeme biçimleri üzerinde durularak sağlık sistemlerine ilişkin olarak kuramsal düzeyde yapılan sınıflandırmalar ele alınmaktadır.

Üçüncü bölümde, bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri ve finansman yapıları ele alınmakta ve karşılaştırmalı olarak analiz edilmektedir.

Dördüncü bölümde ise Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin ve sağlık politikalarının günümüze kadar olan tarihsel gelişimi ele alınarak, sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi ve finansman yapısı üzerinde durulmaktadır. Bu bağlamda, Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar ile reform niteliğindeki bazı yasalar ve uygulamalar değerlendirilmektedir.



BÖLÜM 1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Bu bölümde, ilk olarak, sağlık ve sağlık bakımı kavramları, sağlık hizmetleri ve sunum biçimleri, sağlık hizmetlerinin iktisadi özellikleri ele alınarak daha sonra sağlık hizmetlerinin finansmanını etkileyen başlıca faktörler incelenecektir.

1. Sağlık ve Sağlık Bakımı Kavramları

İnsan sağlığı birçok faktörden doğrudan ya da dolaylı şekilde etkilenmektedir. Bireyin sağlığı, doğum öncesi dönemden başlayarak, doğum sırası, doğum sonrası ve yaşamının geri kalan bölümünün kendisine ait bedensel, ruhsal ve çevresel faktörlerin etkisi altında şekillenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı ; “ yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir ” şeklinde tanımlamaktadır (Mooney, 1992, s.22). Böyle bir tanımlamaya, özellikle toplumun sağlık düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi bakımından katılmak oldukça kolaydır. Diğer yandan, bireylerin sağlıklı olma hallerini farklı algılamaları nedeniyle yeterince açık bir anlatım değildir. Çünkü, bir birey için hastalık sayılan bir durum bir başka birey için hastalık sayılmayabilir. Örneğin, zayıflık, bir birey için ideal vücut formu sayılırken bir diğeri için yetersiz ve dengesiz beslenmenin bir sonucu gibi algılanabilir. Aynı zamanda bu tanım, bireyin sağlıklı olmasını yaşam koşulları ve standartı ile ilişkilendirerek çevresel etkilerin sağlığın kaybedilmesinde önemli bir etken olduğunu vurgulamakta ve sağlığı etkileyen olumsuz koşulların yalnızca biyolojik süreçten kaynaklanmadığını ortaya koymaktadır.

Fuchs (1993, s.28) sağlığı çok yönlü bir kavram olarak görmekte ve sağlığı yaşam beklentisi, çalışma kapasitesi, sağlık bakım gereksinimi ya da kişisel ve sosyal fonksiyonları yerine getirebilme yeteneği gibi ölçütler kullanarak tanımlanmaktadır.

Sağlık, biri kişinin sahip olduğu kapasiteyi ya da mevcut varlığını gözetken pozitif yaklaşım diğeri de özel belli hastalıklar ya da bozuklukların varlığı üzerinde duran negatif yaklaşım olmak üzere iki ayrı yolla da tanımlanabilmektedir (Baggott, 1994, s.1-2). Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı tanım pozitif yaklaşımı yansıtmaktadır. Bu tanımda, sağlığın pozitif niteliği dikkate alınarak, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden tam iyi olma hali kadar, sosyal yönleri

üzerinde de önemle durulduğu görülmektedir. Negatif yaklaşıma göre ise sağlık, bireyin hastalığının olmadığı ve kendisini rahat hissetme hali olarak tanımlanmaktadır.

Sağlığın pozitif tanımında yer aldığı şekliyle bireyin sağlıklı olması, toplumun kalkınması ile bağlantılıdır. Sağlık ile kalkınma arasındaki ilişki, tek yönlü olmayıp, karşılıklı ve sinerjik bir etkiye dayalıdır. Bu nedenle toplumdaki bireylerin sağlık düzeyi, ekonomik kalkınmışlık düzeyinin önemli bir göstergesidir. Birçok iktisatçı, kişi başına gelir düzeyi ve gayri safi milli hasıla düzeyine bakarak kalkınmışlık derecesini yorumlayabilmektedir. Ancak, kalkınmayı tanımlamada ve ölçmede bu mali göstergeler yetersiz kalmakta ve bunlara, eğitim, barınma, çalışma koşulları gibi bireyin yaşam kalitesini belirleyen ve etkileyen faktörler ile insan hakları gibi evrensel değerlerin eklenmesi gerekmektedir. Çünkü, gayri safi milli hasıla ve kişi başına gelir düzeyi kalkınmışlık derecesini göstermede yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle kalkınma, insanın yaşam kalitesinin ve koşullarının artırılması ile eşdeğer sayılmaktadır. Ekonomik kalkınma yanında, eğitim ve okur-yazarlık düzeyi gibi ölçütler toplumun sosyal kalkınmışlık göstergeleri olarak kullanılmaktadır.

Diğer yandan, toplumun yaşam standartlarında ve ekonomik koşullarında iyileştirmeler amacı taşıyan çoğu kalkınma politikası, sağlık üzerinde beklenmedik ya da arzu edilmeyen sonuçlara neden olabilmektedir. Çalışma yaşamında ortaya çıkan riskler, toksik atıklar, radyasyon, trafik kazaları ya da gürültü kirliliği gibi sanayileşmeden kaynaklanan olumsuz etkileri, Phillips (1994) “sanayileşmenin sağlığı etkileyen yan ürünleri” (health by-products) olarak adlandırmıştır. Bu tür olumsuz etkilerin hastalıkların yapısında da değişikliklere neden olduğu görülmüştür. Çoğu yoksul ülkede, beslenme bozukluklarından, bulaşıcı hastalıkların yaygınlığından kaynaklanan sağlık sorunları yanında, iş kazaları, kalp hastalıkları, kanser gibi sanayileşme ve kentleşmeden kaynaklanan sağlık sorunlarının da giderek büyüdüğünü görmekteyiz.

Bu nedenle kalkınma amacıyla seçilen makroekonomi politikalarının birey ve toplum sağlığı üzerinde doğrudan ya da dolaylı bir etkiye sahip olduğu gözönüne alınmalıdır. Bu politikalar, ekonomik koşullar ve sağlık hedefleri arasında çelişmeyi en aza indirecek şekilde olmalıdır.

Sağlık ile kalkınma arasındaki ilişki nedeniyle, sağlıksız bir toplumda çoğu zaman, çalışma kapasitesi ve verimlilik düşük olmakta ve bu durum kalkınmanın önünde bir engel oluşturmaktadır. Buna karşılık, sağlık sorunlarını en aza indirmeyi başaramış toplumlarda,

ulusal düzeyde işgücü verimliliğinin ve üretim kapasitelerinin arttığı görülmektedir. Diğer yandan, çevre sağlığı, sanitasyon, eğitim, bağışıklama, hastalıkların taranması ile sağlığın iyileştirilmesi ve korunması yönündeki sağlık programlarının yeterli bir şekilde finanse edilmesi ekonomik kalkınma ile gerçekleşebilir. Aynı şekilde, sosyal kalkınma, özellikle eğitim ve okur-yazarlık, beslenme, hijyen ve sağlığın korunmasına bağlıdır.

Sağlık ile işgücüne katılım arasındaki ilişkileri ortaya koyabilmek için Wilfred Malenbaum (Barlow, 1979, s.57) tarafından 22 gelişmekte olan ülkede yapılan çalışmada, ülkelerin temel makroekonomik verileri kullanılarak bir regresyon modeli oluşturulmuştur. Bu modelde, tarımsal çıktı bağımlı değişken olarak ele alınırken; sağlık (bebek ölüm oranları), ekonomik (tarımsal işgücü) ve sosyal (doktor/nüfus oranı, okur-yazar olmayan nüfus oranı) durumlarla ilgili ölçütler bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucu, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni yüzde altmışiki oranında açıkladığı görülmüştür. Bu şekilde, sağlık ile üretim artışı arasında yakın bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Sıtma kontrolü, bebek ölümlerinin azaltılması ve sağlık hizmetleri kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlayan sağlık programları uygulamaları sonucunda, işgücü verimliliğinde, üretimde ve ulusal gelirden artışlar sağlanmaktadır. Dünya Bankası'nın 1993 yılı raporunda, Sri Lanka'da 1947 ile 1977 yılları arasında sıtma kontrolünde sağlanan başarı sonucu, 1977 yılında gayri safi milli hasılda %9'luk bir artış gerçekleşmiştir. Bu, kümülatif olarak 52 milyon ABD dolarlık bir maliyet karşısında yine kümülatif olarak 7.6 milyar ABD dolar tutarında bir kazanç sağlanmasına neden olmuştur. Bu programlar bölgesel kalkınmanın hızlandırılmasında da etkili olmaktadır. Bu yönüyle sağlık, hem üretimi etkileyen bir ara mal hem de doğrudan fayda sağlayan bir tüketim malıdır.

Ancak, ekonomik kalkınma toplumun sağlık düzeyini belirlemekle beraber bu her zaman böyle değildir. Özellikle, ekonomik kalkınma, nüfusun yoksul kesimlerinin yaşam standartını değiştirmede bir anlam taşımaz. Örneğin, ekonomik kalkınma ile beraber ulusal gelirden meydana gelen artış, tüm nüfus grupları arasında olabildiğince eşit şekilde paylaştırılabilir. Böylece, nüfus grupları arasında refah dağılımının eşit olması, yoksulluğun azaltılması yoluyla daha sağlıklı bir topluma ulaşılacaktır (Carrin-Politi, 1997, s.4).

Diğer yandan sağlığın kendisinden çok, sağlık bakımı, tartışmaların odak noktasını oluşturmaktadır. Sağlık bakımı; doktor hizmetleri, tıbbi araç-gereçler ve ilaçlar gibi belli girdi, ya da faktörlerin kullanıldığı değişik miktarlarda ürün elde edilebilen bir işlem veya faaliyet olarak görülmektedir. Son yıllarda sık kullanılan ve çağdaş anlayışa uygun bir sağlık hizmetinin

gereği olarak benimsenen bu terim, hastalığı olanların bakımlarının yanısıra sağlam kişilerin sağlığının sürdürülmesi, hastalık ve sakatlıkların önlenmesi, erken tanı ve tedavisi ile rehabilitasyonu ve sağlık eğitimi gibi faaliyetleri belirtmek amacıyla kullanılmaktadır (Dirican-Bilgel, 1992, s.51).

1.1 Sağlık Hizmetleri ve Sunum Biçimleri

Sağlık hizmetleri de diğer mal ve hizmetler gibi kıt mallar olup üretilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmeti;

- Sağlık hizmeti üretmek için (bir ücret karşılığı, doktor, diş hekimi, hemşireler ve bunlara yardımcı olarak laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni gibi) çalışanlar,
- Çalışanların kullandığı çeşitli araç-gereçler ve hastaneler ile,
- İlaç, bandaj, temizlik hizmetleri gibi sağlık hizmetinin üretiminde kullanılan ara girdiler tarafından üretilen bir hizmet olarak tanımlanmaktadır (Sorkin, 1975, s.1). Kısaca, sağlık hizmetleri, bireyin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruma ve tedavi edici faaliyetlerle gerçekleştiren ve ülke çapında olan kalıcı bir sistem olarak tanımlanmaktadır.

Bu sistemde sağlık hizmetlerinin toplumdaki tüm bireyler için koşulsuz sağlanması gerektiği yönünde görüşler vardır. Bu, sağlık hizmetlerinin talepten çok ihtiyaca göre dağıtılması gereğini ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetine olan ihtiyaç, hastanın tıbbi olarak öngörülen sağlık standartına getirilmesi şeklinde tanımlanabilir. Böyle bir durumda gerçek anlamda talebin belirlenmesi, kaynakların optimal dağılımının sağlanması yönünden yararlı olacaktır. Bu nedenle ihtiyaç ve talep kavramlarını birbirlerinden kesin sınırlarla ayırmak ve yeniden tanımlamak gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri talebi ile ihtiyacı arasındaki ilişki, oldukça karmaşık bir yapı sergilemekte ve diğer bazı sosyo-ekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Her toplumda sağlık bakım ihtiyacı, bazı bakımlardan nitelikli olmasa bile, hemen hemen sınırsızdır. İhtiyaç tanımlanırken, hastalık durumları ve öngörülen sağlık standardı ölçüt olarak kullanılmaktadır. İhtiyacın belirlenmesinde talebe güvenmek gerekmektedir. Talep ise genellikle hizmetin kullanımı ile ölçülür. Bu temelde, toplumun sağlık bakım gereksiniminin nitelikleri ve

büyüklüğü, sağlık ekiplerini kullanarak, nüfus örnekleri üzerinde yapılacak çalışmalarla tahmin edilebilir.

Talep ve ihtiyaç arasındaki iç içe girmişliği ortadan kaldırmak için Cooper bu ilişkileri yeniden tanımlamış ve şematik bir biçimde göstermiştir (Mooney, 1992, s.78). Cooper ihtiyacın ;

- Talep edilmiş ve istenmiş,
- Talep edilmemiş ve istenmiş,
- Talep edilmemiş ve istenmemiş olabileceğini belirtmektedir.

İstek, bireyin kendi durumunun farkına vararak daha iyi sağlığa ulaşma düşüncesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Talep ise bu durumdaki bireyin bir sağlık kuruluşuna başvurmasıdır. Başka bir anlatımla talep, açıklanan isteklerdir. İhtiyaç ise doktorlar tarafından değerlendirmeye alınan taleplerdir.

İhtiyaç ve talep geniş ölçüde sosyo-kültürel faktörlere bağlıdır. Bunlardan hiçbirisi sağlık alanında karar vermede tek başına yeterli değildir. Her ikisi de sağlık bakım gereksiniminin tahmininde kullanılır. İhtiyaç, teknik ve biyolojik faktörlerle, talep ise ekonomik ve sosyal temellerle ilişkilendirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin kapsamını ise, bireyin sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi ve bedeni ve ruhi yetenekleri azalmış olanların rehabilitasyonu için yapılan tıbbi ve teknolojik faaliyetler oluşturmaktadır.

Sağlık; eğitim, beslenme, konut, çevre, yaşam koşulları gibi sosyal ve ekonomik olaylarla ilgili olduğu için sağlık hizmetlerinin temel amaçları şöyle sıralanabilir:

- Hizmet ettikleri toplumun sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi,
- Toplumdaki bireylerin sağlıklarının korunması,
- Hastalananların iyileştirilmesi,

- Bireylerin sağlığının bozulmasına neden olabilecek hastalıkların yayılmasının önlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması,
- Bireylerin yaşam sürelerinin uzatılması, şeklinde belirtilebilir (WHO, 1981, s. 5).

Sağlık hizmetleri, bireyin yalnızca bedensel ve ruhsal unsurlar bakımından dengede olmasını değil, aynı zamanda çevresel ve sosyal unsurlar bakımdan da dengede olmasını amaç edinmiştir. Bu nedenlerle sağlık hizmetleri kişi ve topluma farklı şekillerde sunulmaktadır.

1.2 Amacına Göre Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri bireye ve topluma koruyucu, tedavi edici ya da rehabilitasyon amaçlı olarak değişik biçimlerde sunulabilmektedir. Bu, hangi finansman kaynaklarının kullanılacağının ve harcamaların ne miktarda olması gerektiğinin belirlenmesi açısından önemlidir.

1.2.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak önlemlerin tümünü ifade etmektedir. Bu tür hizmetler, maliyetleri düşük, etkileri yüksek olduğundan tipik birer kamu malı olarak kabul edilirler (Yıldırım, 1994, s.12).

Koruyucu sağlık hizmetleri canlı ve cansız çevrenin etken taşıyıcılıklarını önleme amacı güden ve tüm faydası kamusal özellik gösteren hizmetlerdir (Bulutoğlu,1977, s.258). Koruyucu sağlık hizmetleri, hükümetler için fiziksel planlama, konut, sanayi, tarım, ulaştırma, enerji ve çevrenin korunması gibi pek çok alanı kapsamaktadır. Bu hizmetlerin önemli bir yanı da sosyo-ekonomik kalkınma ile insan sağlığının korunması ve güçlendirilmesi yönünde bir yapının sağlanmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki şekilde uygulanır .

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri doktor, ebe, hemşire gibi sağlık uzmanları tarafından yürütölmektedir. Bunlar:

- Bulaşıcı hastalıklardan korunmanın en etkin yolu olan bağışıklama,
- Hastalıkların temel ve hazırlayıcı nedeni olan yetersiz beslenmeyi önleme,

- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- Aile planlaması,
- İlaçla koruma,
- Kişisel hijyen,
- Kişilerin kendi sağlığını nasıl koruyabilecekleri ve sağlık hizmetlerini uygun bir biçimde nasıl kullanabilecekleri gibi konularda yapılan sağlık eğitimi faaliyetleri olarak gruplanmaktadır (Fişek, 1983, s.5).

Koruyucu hizmetler çerçevesinde, hastalıkların görülme sıklığını azaltmaya ve bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik yapılan harcamalarla, tedavi hizmetleri için yapılacak harcamalarda tasarruf sağlanabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan hesaplamalara göre çocuk felci vakalarında azalma sağlamak amacıyla, son beş yılda yaklaşık 220 milyon dolarlık harcama yapılmıştır. Böylece, vaka sayısında 220 bin azalma sağlanmış ve tedavi edilen hasta sayısına bağlı olarak, 320 milyon dolar ile 1.3 milyar dolar arasında tasarruf sağlanmıştır (World Bank, 1993, s.19-20).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, çevredeki biyolojik, fiziksel ve kimyasal olumsuz faktörleri yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemelerini önleyerek kişilerin sağlığını koruyabilmektedir. Bunlar arasında atıkların zararsız hale getirilmesi, vektörlerin kontrolü, temiz su sağlanması, çevre kirliliğinin önlenmesi, gıda kontrolü gibi hizmetler sayılabilir. Bu çalışmaların yürütülmesinde sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında işbirliği söz konusudur (Çilingiroğlu, 1995, s.376). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 yılına ait raporunda, 1997 yılı için yapılan tahminlerde, Dünya'da meydana gelen 50 milyon ölümün yaklaşık %33'ü enfeksiyona bağlı ve parazitik hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu nedenle, sağlık harcamaları içerisinde koruyucu hizmetler için ayrılan pay hala önemli bir yer tutmak zorundadır.

Çevreden kaynaklanan sağlığı tehdit edici unsurlarda önemli bir azalma sağlanması, bu unsurların etkileyebileceği tüm grupların, ilgili tüm meslek gruplarının ve genelde kamuoyunun, söz konusu risklerin yapısı ve kapsamı ile ilgili olarak ve bunlardan korunmanın etkin yolları konusunda daha fazla bilinçlenmesine bağlıdır (WHO, 1986, s.27).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde geniş ölçüde azalan maliyetler kuralı vardır. Belli harcama seviyesinin altında kalan ödenekler toplum üyelerinin sağlığını belli bir hastalığa karşı koruma bakımından etkisizdir, ya da pek az etkilidir. Belli bir eşik aşıldıktan sonra, her bir ek harcamanın hastalık riskini azaltmadaki etkililiği daha yüksek olmaktadır (Bulutoğlu, 1977, s.259).

1.2.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kişilerde herhangi bir hastalık ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı olanıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ön plandadır (Yıldırım, 1994, s.13).

Tedavi hizmetlerinin, genellikle bireylerin hissettikleri hastalık bulgularına dayanarak sağlık merkezlerine başvurmaları sonucu ortaya çıktığı söylenebilir. Fakat çoğu zaman bireyler hastalıklarının farkında olamayabilirler ve bu nedenle de, bireyler eksik talepte bulunabilirler. Toplumda sağlık eğitiminin yetersizliği, bireylerin sağlıklı olma ya da sağlığına kavuşma çabalarının yetersizliğine yol açabilmektedir.

Tedavi hizmetlerinde diğer bir sorun bireylerin tedavi merkezlerine ne derecede ulaşabildikleri ile ilgilidir. Hizmetin sunumu, sağlık merkezleri, doktor muayenahaneleri ya da hastanelere ulaşım, uzun mesafeler, kötü ya da pahalı ulaşım türleri ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu saatlerin uygun olamaması gibi nedenlerle güç olabilir. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve kabul edilebilirliğini sınırlayan ekonomik, kültürel ve örgütlenme biçimi ile ilgili faktörler de vardır. Örneğin, sosyal güvenlik haklarının tüm ülkede gelişme göstermiş olmasına karşın, nüfusun tamamını kapsayan sağlık programları yetersiz olabilir.

1.2.3 Rehabilitasyon Edici (Esenlendirme) Sağlık Hizmetleri

İşgücünü kaybedenlere ve sakatlananlara, işgücü ve çalışma olanağı sağlayan bu hizmetler, hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışmalar tarafından yapılan rehabilitasyondur (iş bulma, işe uyum sağlama gibi) (Fişek, 1983, s.6).

Koruyucu ve tedavi edici çabalara karşın bir toplumda kalıcı bedensel ve zihinsel bozuklukları olan insanlar olabilmektedir. Bu kişilerin sosyal bakımdan yeterli hale getirilebilmeleri ve üretken bir yaşam sürdürebilmelerinde bu hizmetin ve sosyal çevrenin önemi büyüktür.

Hastalık ve sakatlıkların sosyal etkisi, bunlardan kaynaklanan bağımlılık derecesine ve bunların sürelerine bağlıdır. Yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan ciddi sakatlıklar özel bir önem taşımakla birlikte, toplum tarafından desteklenmedikçe daha ileri yaşlardaki sakatlıklar da kişinin ve ailesinin sağlığını etkiler. Hastalık ve sakatlık, kötüye giden sosyo-ekonomik koşullarla ilişkilidir. Hastalık olayları, hastalık süresinin uzunluğu ve sakatlıkların ortaya çıkışı hemen her zaman sosyo-ekonomik açıdan toplumun daha zayıf gruplarını daha çok etkilemektedir (WHO, 1986, s.27).

1.3 Talebin Niteliğine Göre Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin sunulma biçimleri, bireyler ya da toplum tarafından talep edilmesine bağlı olarak da değişmektedir. Bu durum ayrıca hizmetin arz koşulları ile fiyatlandırılması ve finansmanında etkili olmaktadır.

1.3.1 Bireysel Sağlık Hizmetleri Talebi

Bireysel sağlık hizmetleri talebi, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Bireysel sağlık hizmetlerinin en fazla talep edildiği durum hastalık hali, yani tedavi edici hizmetlerdir. Tedavi hizmetleri de çok çeşitli hizmetlerden oluşmaktadır. Bunların en önemlileri, hastane ve klinikler tarafından sunulan yataklı tedavi hizmetleri, dış hekimliği hizmetleri, hemşire, ebe ve laboratuvar teknisyeni gibi sağlık personelinin verdiği hizmetler ve bakım evlerince sunulan hizmetlerdir.

1.3.2 Toplumsal Sağlık Hizmetleri Talebi

Toplumsal sağlık hizmetleri talebi koruyucu sağlık hizmetleri talebi olarak da ifade edilebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olarak verilmektedir.

Koruyucu hekimlik, bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişmesini toplumun organize edilmiş çabaları ile önlemenin yanı sıra, bireylerin ve ailelerinin sağlığından sorumlu olan doktorlar tarafından, bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla bireyin ve bir bütün olarak toplumun sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanılarak yapılan hekimliktir (Dirican-Bilgel, 1983, s.50).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi hizmetlerine oranla etkinliğinin, az gelişmiş ülkelerde, gelişmiş ülkelerde olduğundan çok daha yüksek olması gerekir. Çünkü az gelişmiş ülkelerde çevre şartları hastalık bulaştırmaya daha elverişlidir ve kişiler kendi bütçeleri ile yaşadıkları ortamı daha sağlıklı bir hale getiremezler. Sağlıklı konut, iyi bir kanalizasyon sistemi, çöp imhası gibi hizmetlerin yetersiz olması hastalıkların bulaşıcılığını artırmaktadır. Bu nedenle, çevre sağlığı hizmetlerinin yoksul ülkelerin sağlık bütçesinde daha çok yer tutması gerekir. Buna paralel olarak, ülkelerin gelişmişlik derecesi arttıkça sağlık harcamaları içinde tedavi hizmetleri için ayrılan payın artması da beklenir.

1.4 Talep Esnekliğine Göre Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri taşıdığı özelliklere göre farklı esnekliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin, bu hizmetlere olan talebin fiyat ve gelir esnekliklerinin düşük ve yüksek olmasına göre iki ayrı şekilde ele alınması gerekmektedir. Genel olarak, sağlık hizmetlerinin yakın ikamesi bulunmadığından talep esneklikleri düşüktür. Sağlık hizmetlerinin fiyatlarında ya da tüketicilerin gelirinde meydana gelecek herhangi bir düşme ya da yükselme talep edilen miktarda ya hiç bir değişiklik yapmayacak ya da çok az bir değişikliğe neden olacaktır.

1.4.1 Talep Esnekliği Düşük Olan Sağlık Hizmetleri

Yukarıda da belirtildiği gibi, yakın ikamesi olmayan bazı sağlık sorunlarında talebin gelir ve fiyat esneklikleri düşüktür. Örneğin; kanser, kalp, böbrek gibi hastalıkların tedavisi sırasında karşılaşılan fiyat ve kişinin geliri ne olursa olsun, bu hastalıkların tedavisinden vazgeçmek olanaksızdır. Bu tür sağlık hizmetlerinin miktarı, hizmetin fiyatı ve bireyin gelir düzeyinden etkilenmemektedir.

1.4.2 Talep Esnekliği Yüksek Olan Sağlık Hizmetleri

Toplumda bireylerin zaman zaman karşılaştıkları bazı hastalıklar hayati tehlikelere neden olmaktan uzaktır. Örneğin, bireyler bazı durumlarda estetik amaçlı tıbbi müdahaleler yaptırmak ya da tıbbi cihazlar kullanmak isteyebilmektedirler. Bu çeşit mal ve hizmetlerin talebinde, bireyin sağlık durumu, eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet, ve ırk gibi faktörler yanında bireyin zevk ve tercihleri de etkili olmaktadır. Bu tür sağlık hizmetleri ve cihazları için talebin fiyat ve gelir esneklikleri yüksektir. Fiyatlar arttıkça talep edilen miktar azalır ve talep edilen hizmet ertelenebilirken, gelir arttıkça da talep edilen miktar artmaktadır.

2. Sağlık Hizmetlerinin İktisadi Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden hem arz hem de talep yönüyle ayrılması ve sunum şeklinin farklılık göstermesi sağlık hizmetleri piyasasının da farklı işlemesine neden olmaktadır. Piyasanın farklı işleyişi, piyasada yer alan tarafların beklentilerinin ve davranışlarının da farklılaşmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran tipik özelliklerden en önemlileri aşağıda sıralanmaktadır.

2.1 Kamusal Mal Olma Özelliği

Bazı mal ve hizmetler için, karşılaşılan piyasa aksaklıkları kaynak tahsisinde etkinliğin sağlanmasına engel oluşturur. Bu aksaklıklardan bir tanesi ekonomideki bazı malların kamu malı niteliğinde olması nedeniyle ortaya çıkar. Kamu malları, tüketicilerin hepsinin serbestçe kullanıp bir fayda sağlayabildiği mallardır. Diğer bir deyişle, hiçbir tüketicinin tüketimde bulunup bir fayda sağlamanın önüne geçilemeyeceği mallar kamu mallarıdır.

Kamu mallarının diğer bir özelliği bu tür mallara ilişkin maliyetlerle ilgilidir. Kamu malları için üretimin marjinal maliyeti pozitif olmakla beraber, sözkonusu mallar bir kez üretildikten sonra bu malları ilave bir tüketicinin hizmetine sunmanın marjinal maliyeti sıfırdır. Diğer bir anlatımla, kamu mallarının ilave birimlerinin tüketilmesinin marjinal maliyeti sıfırdır. Bir kamu malı için optimal üretim düzeyi, o kamu malının tüm tüketicilere sağladığı marjinal

faydaların toplamının, üretimin marjinal maliyetine eşit olduğu üretim düzeyidir. Başka bir deyişle, marjinal sosyal fayda, üretimin marjinal maliyetine eşit olmalıdır.

Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal niteliğindedir. Yukarıda açıklandığı gibi, bu hizmetleri bir tüketicinin kullanımına sunarken (yani bir tüketiciye pazarlarken), diğer bazı tüketicilerin de bu hizmetlerden bir fayda sağlaması kaçınılmazdır. Yani sunulan sağlık hizmetleri bir yandan bireysel fayda sağlarken diğer yandan bir sosyal fayda yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen bireysel fayda pazarlanabilir nitelikte olmasına karşın, bu hizmetlerin sağladığı sosyal fayda pazarlanamaz niteliktedir. Mal ve hizmet üretmek isteyen bir üretici yalnızca pazarlayabileceği özel faydayı dikkate alarak hareket eder. Diğer bir anlatımla, kaynak tahsisini yalnızca pazarlayabilceği özel faydaya göre yapar (Nadaroğlu, 1981, s.34). Kaynakların tahsisi ile ilgili olarak ortaya çıkan bu sorun işin yalnızca bir yönüdür. Bunun ötesinde, firmalar daha ilk aşamada malın üretimini gerçekleştirmek istemeyebilirler. Firmalar hizmetin kullanımı sırasında hiçbir bedel ödemeyen ancak fayda sağlayan (daha doğrusu hiçbir bedel ödemediği bir fayda sağlayacağını bilen) grupla (free rider) karşı karşıya kalacağından, bu malları üretmekten vazgeçebilecektir. Bu nedenlerden dolayı yarı kamu malı niteliğinde olan sağlık hizmetlerinin üretilmesini, diğer kamu malları için olduğu gibi, bütünüyle piyasa koşullarına bırakmak doğru değildir. Devlet, uygulayacağı vergilerle ve sübvansiyonlarla, bütün bu sorunların önüne geçebilecek ve sağlık hizmetlerinin verimli üretimini gerçekleştirebilecek bir yapıya (ya da üstünlüğe) sahiptir.

Toplumda hastalık halini azaltmak ve bireyin yaşam süresini uzatmak için tedavi, koruyucu ve rehabilitasyon hizmetleri gibi sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Tedavide, hizmetlerden doğrudan yararlanan, tedavi gören bireydir. Ancak, hastalığın türüne bağlı olarak, gerçekleştirilen tedavi sonucu toplumun geri kalan kısmı da bundan yarar sağlayacaktır. Örneğin, hastalık tedavi edildiğinde, bulaşıcılık derecesi ne kadar fazla ise, toplum üyelerine o derece büyük fayda sağlayacaktır.

Koruyucu hizmetlerden doğrudan yararlanan ise bir bütün olarak toplumdur. Başka bir deyişle, hizmet, tedavide olduğu gibi özel ve kamusal fayda olarak bir bileşik ürün yaratmaz; tek ürün toplumda hastalık olasılığının azaltılmasıdır (WHO, 1997, s.4). Son olarak bulaşıcı hastalıkların kontrolü, temiz su, sanitasyon gibi sağlık faaliyetlerinin yerine getirilmesi ile ortaya çıkan mal ve hizmetler de kamu malı niteliğindedir (WHO, 1993, s.5).

Özet olarak yukarıda açıklanan nedenlerden dolayı, sağlık hizmetlerinin üretimini bütünüyle piyasa koşullarına bırakmak doğru değildir. Dahası, yine yukarıda açıklanan nedenlerden dolayı özel sektör bu tür hizmetlerin üretilmesinde istekli davranmayabilecektir. Devlet, sağlık hizmetlerinin üretimini etkin bir şekilde gerçekleştirebilecek bir güce sahiptir. Sağlık hizmetlerinin üretiminin devlete bırakılması yalnızca ekonomik nedenlerle ilgili değildir. Bazen politik, teknik, sosyal hatta etik faktörlerle anayasal nedenlere bağlı olarak bu hizmetlerin kamu tarafından üretilmesi zorunlu hale gelmektedir.

2.2 Dışsallık Özelliği

Piyasa aksaklıklarının ortaya çıkardığı diğer bir durum, üretimde ve tüketimde dışsallıkların bulunmasıdır. Ekonomik birimlerin üretim ve tüketim davranışları, başka ekonomik birimlerin üretim ve tüketim fonksiyonlarını etkiliyorsa, bu faaliyetlerin dışsallıklarından söz edilir. Dışsallık, diğer ekonomik birimlerin durumu olumlu yönde etkileniyorsa pozitif, olumsuz yönde etkileniyorsa negatiftir (Phelps, 1997, s.9). Örneğin, bulaşıcı hastalıklara karşı yapılacak olan aşılama, aşılanmanın yapıldığı bireyle beraber toplumdaki diğer bireylerin de bu hastalıklardan korunmasını beraberinde getirecek olduğundan pozitif dışsallıklar yaratır. Diğer yandan, düşük gelir seviyesi ve olumsuz sosyal çevre faktörlerinden dolayı sağlık bakımının yeterli ölçüde sağlanamamış olması negatif dışsallıklara neden olacaktır.

Ekonomide dışsallıkların bulunması etkin olmayan sonuçların çıkmasına neden olacaktır. Bunun nedeni, dışsallıkların olması durumunda piyasa fiyatlarının, ne kadar üretilmesi ve ne kadar tüketilmesi gerektiği konusunda doğru sinyaller verememesidir. Diğer bir anlatımla, dışsallıklar piyasa fiyatlarının içinde yer almamakta, piyasa fiyatları tarafından yansıtılamamaktadır. Bir mala ilişkin pozitif dışsallığın olması durumunda o maldan sağlanan marjinal özel fayda malın marjinal sosyal faydasından küçük olacaktır.

Pozitif dışsallık yaratan böyle bir malın üretiminde marjinal sosyal fayda yerine marjinal özel faydanın dikkate alınması, malın olması gereken (etkin) miktardan daha az üretilmesi ile sonuçlanacaktır. Yani bu malın üretimine, optimum düzeyin altında kaynak tahsis edilecektir. Buradaki sorun, piyasa fiyatının pozitif dışsallığı yansıtamamasıdır. Pozitif dışsallığı yansıtabilmesi için piyasa fiyatının daha düşük bir düzeyde olması gerekmektedir. Daha kesin olarak ifade edilecek olursa, piyasa fiyatının, marjinal sosyal fayda dikkate alınarak yapılacak

olan daha yüksek düzeydeki (etkin) üretim düzeyini teşvik edecek kadar düşük olması gerekmektedir. Örnek olarak verem tedavisi verilebilir. Verem tedavisi bir yandan tedavi edilen bireylere bir fayda sağlarken, diğer yandan hastalığın sağlıklı bireylere bulaşma riskini azaltacağı için pozitif dışsallık yaratacaktır. Ancak hasta bireylerin verem tedavisine olan talebi bu pozitif dışsallıktan bağımsızdır. Dolayısı ile tedaviye olan talebin, olması gereken (optimum) düzeyin altında kalması sözkonusu olabilecektir.

Bir malın üretimine ilişkin olarak negatif dışsallığın olması durumunda ise, malın üretimine ait marjinal özel maliyet marjinal sosyal maliyetten küçük olacaktır. Üretici firmanın, fiyatı, marjinal sosyal maliyet yerine marjinal özel maliyete eşitlemesi ise malın, olması gereken (etkin) miktardan daha fazla üretilmesine neden olacaktır. Negatif dışsallık durumunda da piyasa fiyatı dışsallığı yansıtmamaktadır. Piyasa fiyatının dışsallığı yansıtabilmesi için daha yüksek bir düzeyde olması gerekmektedir. Dışsallıklar sözkonusu olduğunda da, üretimin sosyal açıdan dengede tutulabilmesi için devlet müdahalesi bir çözüm olabilmektedir. Devlet uygulayacağı vergi ve sübvansiyonlarla üretimin optimum düzeyde gerçekleşmesini sağlayabilecektir.

2.3 Talebin Doğası ve Tüketici Egemenliği

Bireyin sağlık hizmeti talebinin, diğer mal ve hizmetlerin talebinde olduğu gibi sürekliliği yoktur; bu tür bir talep düzensiz ve önceden tahmin edilemez özelliktedir. Bu, sağlık hizmetleri piyasasının ayırt edici özelliklerinden biridir. Koruyucu hizmetler hariç, sağlık hizmetleri hastalık durumunda bir tatmin sağlar. Sağlık hizmeti talebi bireyin toplum içindeki yaşamını sürdürebilmesi için gerekli ortamların yaratılması ya da olumsuzluklar yaratacak faktörlerin ortadan kaldırılmasına olanak sağlar. Hastalık durumu yalnızca bir olumsuzluk değil, aynı zamanda yüksek maliyetler yaratan bir süreçtir.

Tüketici sahip olduğu kısıtlı gelir ve zaman nedeniyle, mal ve hizmet talebinde davranışlarını sınırlamak zorundadır. Sağlık bakım piyasaları dışındaki mal ve hizmet piyasalarında “tüketici egemenliği” (consumer sovereignty) kavramı geçerli iken, bu durum sağlık bakım piyasalarında geçerli değildir. Tüketici, veri gelir düzeyinde elde ettiği faydayı en üst düzeye çıkarmak için rasyonel davranacaktır. Bunu gerçekleştirebilmek için çeşitli mal ve hizmetler arasında tercih yapmak zorundadır. Ancak sağlık bakım piyasalarında tüketicinin böyle bir davranışı sergilemesi olanaklı değildir. Çünkü tüketici, hissettiği rahatsızlıklara ait

bulgular karşısında sağlık bakım hizmetleri piyasasında kendisine sunulabilecek tedavi hizmetleri konusunda tamamiyle bilgisizdir. Üstelik diğer mal ve hizmetlerin önceden tüketilmiş olmaları nedeniyle elde edilen deneyimler, bu mal ve hizmetlere olan talebi etkilerken, sağlık bakım ürünlerinde bu durum geçerli değildir. Sağlık hizmetlerine sık sık harcama yapılmadığından, tüketicinin rasyonel değerlendirme yapabilme olanağı sınırlıdır.

Sağlık hizmetleri sözkonusu olduğunda bireyin fiyat değişimleri karşısında talep ettiği hizmet miktarında değişiklik yapması olanaksızdır. Fiyat yükseldiğinde daha az, fiyat düştüğünde daha çok talep edilmesi sözkonusu değildir. Yani, sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliği katıdır. Bunda, sağlık hizmetlerinin, tüketilmeleri zorunlu hizmetler olmalarının yanında bu hizmetlerin yerine ikame edilebilecek yakın hizmetlerin olmaması da önemli rol oynamaktadır (Tokgöz, 1979, s.5).

Bunların yanında, hastalık durumunda, tedavinin gerekliliği ve uygulanması konusunda karar verici tek yetkili tıp doktorlarıdır. Doktor ile hasta arasında ise asimetrik bilgi sorunu yer almaktadır. Bu durumun yarattığı ilk olumsuz sonuç, hastanın kendi durumu hakkında karar verebilme yeteneğinin zayıflaması ve ikincisi ise hastanın kendisine sunulan tedavi konusunda doktora bağımlı kalmasıdır (Mooney, 1992, s.28).

Bundan daha geniş kapsamlı bir sorun ise yukarıda belirtildiği gibi, sağlık bakım talebinin hem düzensiz hem de kestirilemez oluşudur. Ürün kalitesinin belirsizliği diğer mallara göre çoğu kez daha ciddi bir boyuttadır. Hastalık durumundan iyileşme durumuna geçiş ise kestirilemeyen bir süreçtir. Ayrıca, diğer mallarda önceden yapılmış olan harcamalar nedeniyle azalan belirsizlik, sağlık bakım ürünlerinde geçerli değildir. Diğer yandan, bireyler günlük yaşamlarında bir çok mal ya da hizmeti bir başkasının yerine ikame edebilmektedir. Örneğin, birey isterse kahve yerine çay içmeyi, tiyatroya gitmek yerine sinemaya gitmeyi tercih edebilir.

2.4 Doktorun Beklenen Davranışları

Sağlık bakım piyasalarında satış yapanların beklenen davranış biçimleri ile diğer iş adamlarının davranışları birbirinden farklıdır. Sağlık ürünlerinin, kullanımı öncesinde test edilmesi olanaksızdır ve sözkonusu olan güvendir. Doktorun tedavi uygulaması sırasında karşılaştığı ahlaki kısıtlamalar diğer mal ve hizmetleri sunanlardan farklıdır. Doktorun davranışını belirleyen ya da etkileyen tamamen tüketicinin refahı olmaktadır.

İşadamları ile doktorların beklentileri arasındaki farkın derecesini gösterecek çeşitli örnekler vardır. Bazıları şunlardır (Arrow, 1963, s.941-973):

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

Sağlık hizmetleri piyasasında arzın en önemli belirleyicisi doktorlar ve onların sahip oldukları fiziki koşullarla birleşen bilgi birikimleridir. Çok açıktır ki, mesleğe giriş sağlık hizmeti verebilme belgesi ile sınırlıdır. Bu belge doğal olarak arzın kısılmasına ve sağlık bakım maliyetinin artmasına neden olmaktadır. Öte yandan bu durum en az düzeyde de olsa kaliteli hizmet verilmesini sağlamaktadır.

2.5 Eksik Bilgi

Sağlık bakım piyasalarında eksik tüketici bilgisi önemli bir yer tutmaktadır. Doktorların hastalara yanıltıcı bilgi vermeleri ya da kendi sundukları hizmetleri tercih etmeleri ve kullanmaları yönündeki davranışları tartışılan konuların başında gelmektedir.

Don Kenkel (1990), tüketicinin eksik bilgi karşısındaki davranışlarının ne olduğu konusunda bir ampirik çalışma yapmıştır. Bu çalışmada sağlık bakımı talebinin tahmininde içsel değişken olarak hem bilgi hem de doktor vizitleri kullanılmıştır. Burada, sağlık bakım talebine ilişkin olarak oluşturulan standart bir model eksik bilgi çerçevesinde sunulmaktadır. Çalışmada sağlık bakımı ile sağlık arasındaki bağ tüketici hatalarının odak noktasını oluşturmaktadır.

Sağlık bilgisi, tüketicinin en iyi sağlık bakım kararını verebilmesinde önemlidir. Sağlık bakımı, bireylerin sağlıklı olmasında girdi olarak kullanılan bir harcama olarak görülmektedir. Hastalık durumunda, her bir hastalık için farklı bir üretim fonksiyonu ve farklı bir marjinal ürün vardır. Marjinal ürün anlayışına dayanarak, tüketici, marjinal maliyetlerle sağlık iyileşmesinin sağladığı marjinal yararları karşılaştırarak optimal bakım kararını verir. Fakat bireyler hangi

hastalığın önceden var olacağını bilemezler, bu nedenle onlar marjinal yararlar hakkında eksik bilgiye sahiptirler. Ancak bireyler bazı hastalık bulguları hakkında önceden bir deneyime sahiptirler. Bu bulgulardan yola çıkarak sağlık bakımının marjinal ürününü tahmin edebilirler. Eğer marjinal ürünün yeterince yüksek olduğuna inanırlarsa bir doktora görünürler. Bunun yanında, kişilerin sağlık bilgilerinin genişliği, elde edilen bilginin maliyetini belirleyecektir. Örneğin, genel sağlık bilgisi zayıf bir kişi için elde edilen ek bir bilginin daha değerli olduğu varsayılmaktadır. Diğer yandan bireyin eğitim durumu bu bilgilere ulaşma sırasında karşılaşılabilecek maliyetlerin azalmasına neden olacaktır (Kenkel, 1990, s.587).

Çalışmada, sağlık bakım piyasasında, zayıf bilgilenmiş tüketicilerin, sağlık bakımının marjinal ürününü küçümseme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Daha iyi bilgilenmiş kişiler büyük bir olasılıkla daha çok sağlık bakımı kullanacaklardır. Öte yandan doktoru ziyaret etmeye karar veren hasta tedaviye karar verirken ne kadar harcama yapacağını bilmelidir. Doktorun teşhisi, ne kadar harcanacağını belirlemede önemli olduğundan, bu bilgi tüketicinin tedaviye karar vermesinde önemli bir etkidir. Elde edilen diğer bir sonuç ise sigorta kapsamına alınmış kişilerin sağlık bakım talebinin daha fazla olduğudur.

2.6 Ertelenebilir Talep

Bireyin sağlık bakım talebi için hastaneye başvurusu, bazı hastalık belirtilerinden yola çıkarak gerçekleşir. Sosyo-ekonomik koşullar, eğitim, kültürel etkenler ve sağlık bakım olanakları bu başvuruyu etkiler. Ancak kritik durumda olan bireyin başvurusunu ertelemesi olanaksızdır. Diğer mal ve hizmetler için çeşitli seçenekler sunulabilir ve amaca ulaşma ertelenebilirken, sağlık bakım talebi ertelenemez niteliktedir.

2.7 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanını Etkileyen Faktörler

Toplumun sağlık durumunun ve sorunlarının belirlenmesi, uygulanacak sağlık sisteminin oluşumunda ve finansman yönteminin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Değişik sağlık ölçütleri, sağlık hizmetlerinin arz ve talebi, sağlık harcamaları ve maliyetleri, teknolojik yapı ile demografik yapı gibi faktörler sağlık hizmetlerinin finansmanını etkileyen başlıca unsurlardır.

2.8 Sağlığın Ölçülmesi ve Sağlık Göstergeleri

Sağlığın ölçülmesi, toplumda, sağlık hizmetlerinin sunumu ve kullanımı açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için çeşitli soruların yanıtı epidemiyolojik yöntemlerle verilebilir. Epidemiyolojik göstergeler yardımı ile, sağlık bakımı için kaynakların öncelikli olarak hangi alanlara ve optimal bir şekilde nasıl dağıtılacağı belirlenebilir.

Epidemiyoloji, nüfusun belli bir bölümünde sağlığı ilgilendiren olayların incelenerek dağılım çalışmalarının yapılması ve bu çalışmalar ile sağlık sorunlarının kontrol altına alınmasıdır (Baglehole-Bonita, 1993, s.3). Bu yönüyle epidemiyolojinin üç ilgi alanı vardır: Birincisi, belli nüfus gruplarında hastalıkların nasıl dağıldığıdır. Bununla, sağlık sorunlarının hangi bölgelerde yoğunlaştığı, kimlerin daha çok etkilendiği ve özelliklerinin ortaya konması amaçlanmaktadır. İkincisi, sağlık sorunlarının sosyal, ekonomik ve tıbbi nedenlerinin ortaya çıkarılmasıdır. Son olarak ise epidemiyoloji bireyin hastalandıktan sonraki durumu ile de ilgilidir (Aggleton, 1990, s.19).

Diğer yandan, toplumun sağlık durumunun ölçülmesi, sağlığın çok yönlü bir kavram olması ve taşıdığı değer nedeniyle bazı güçlükler taşımaktadır. Bu çerçevede bazı önemli sağlık göstergeleri şöyledir:

Ölüm (Mortality) Düzeyini Belirleyen Ölçütler : Ölüm istatistikleri, toplumun sağlık durumunun bir göstergesi olarak geniş kabul görmüştür ve ölüm oranı, bebek ölüm oranı gibi ölçütleri içerir. Ölüm istatistikleri verileri, ölüme neden olan hastalık sıklığı ve sürekliliği yanında, ölümcül olmasa da fiziksel ve mental zayıflığa neden olan yetersiz beslenme gibi sağlık sorunlarıyla da ilgilidir. Ölüm istatistikleri düzeyini belirleyen ölçütler çevresel ve sosyal koşullara karşı duyarlılığı olan ölçütlerdir.

En kolay ölçülebilen ölüm oranı, toplumdaki çeşitli yaşlar ve cinsiyetler bakımından ölüm riskini tam olarak yansıtmayan, yalnızca ölümün boyutu hakkında fikir veren bir ölçüttür. Bebek ölüm oranı ise toplum sağlığının, özellikle de çocuk sağlığının bir göstergesidir.

Tablo 1.1 Değişik Ülkelerde Doğumda Yaşam Beklentisi ve Bebek Ölüm Oranları

Ülke Grupları	Yaşam Beklentisi (Yıl)		Bebek Ölüm Oranları (Bin Canlı Doğumda)	
	1997	2025	1997	2025
Gelişmiş Ekonomiler				
1- ABD	77	80	7	5
2- Avustralya	78	81	6	5
3- Almanya	77	80	6	5
4- Kanada	79	81	6	5
5- İngiltere	77	80	6	5
6- Japonya	80	82	4	4
7- Yunanistan	78	81	8	6
Geçiş Ekonomileri				
1- Arnavutluk	71	75	32	17
2- Azerbaycan	71	76	34	22
3- Çek Cumhuriyeti	73	77	9	6
4- Estonya	69	75	12	6
5- Macaristan	69	74	14	8
6- Kazakistan	68	74	35	21
7- Rusya Federasyonu	64	72	19	9
Gelişmekte Olan Ülkeler				
1- Brezilya	67	74	43	21
2- Çin	70	75	38	16
3- Mısır	66	74	56	19
4- Hindistan	62	71	73	38
5- İsrail	78	80	7	5
6- Türkiye	69	75	45	16
Az Gelişmiş Ülkeler				
1- Afganistan	45	57	156	105
2- Bangladeş	58	70	80	29
3- Çad	48	60	116	67
4- Etyopya	50	64	105	51
5- Zambia	43	61	105	46
6- Yemen	58	70	81	29

Kaynak: WHO, 1998, s.220-223.

Tablodan da görüldüğü gibi, gelişmiş ekonomilere sahip ülkelerde, doğumda yaşam beklentisi yüksek ve bebek ölüm oranları düşüktür. Dolayısı ile bu ölçütler ekonomik ve sosyal yapının da bir göstergesidir. Doğumda yaşam beklentisi, bir kişinin doğduktan sonra kaç yıl yaşayacağını tahminini veren bir rakamdır. Ülkeler için hesaplanan doğumda yaşam beklentisi, ülkelerin sağlık düzeylerinin karşılaştırılmasına yarayan ve aynı zamanda ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişliklerini yansıtan bir ölçüttür.

Gelişmiş ülkelerde bebek ölüm oranlarının düşük, doğumda yaşam beklentisinin yüksek olması, bu ekonomilerde sağlık harcamalarının yüksek ve kaynakları daha etkin kullanan sağlık sisteminin var olduğunu göstermektedir.

Hastalık (Morbidity) Düzeyini Belirleyen Ölçütler : Hastalık düzeyini belirleyen bu ölçüt, toplumda hastalıkların görülme sıklığı ile bireylerin hastalığa yakalanma olasılığını ortaya koymaktadır. Bu ölçüt hakkındaki istatistiksel bilgiler çoğunlukla hastane kayıtları ve doktor hasta arasındaki görüşmeler ile elde edilmektedirler.

Doğurganlık (Fertility) Düzeyini Belirleyen Ölçütler : Bir toplumun doğurganlık düzeyini göstermede kullanılır. Ülkeler ekonomik ve sosyal bakımdan geliştikçe, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve gelişmesi ile doğurganlık oranının azaldığı ve buna bağlı olarak toplam nüfusun azalma eğilimi gösterdiğini görmekteyiz. Bu ülkeler uyguladıkları nüfus politikaları aracılığı ile bunu başarmışlardır. Gelişmiş ülkelerde doğurganlık oranının gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelere oranla daha düşük olduğu Tablo 1.2'den görülmektedir.

Tablo 1.2 Değişik Ülkelerde Doğurganlık Oranları ve Nüfus

Ülke Grupları	Doğurganlık Oranı (%)		Nüfus 1997 (000)
Gelişmiş Ekonomiler	1997	2025	1997
1- ABD	2.0	2.1	271 648
2- Avustralya	1.9	2.1	18 250
3- Almanya	1.3	1.6	82 190
4- Kanada	1.6	2.0	29 943
5- İngiltere	1.7	2.1	58 200
6- Japonya	1.5	1.8	125 638
7- Yunanistan	1.4	1.8	10 522
Geçiş Ekonomileri			
1- Arnavutluk	2.6	2.1	3 422
2- Azerbaycan	2.3	2.1	7 655
3- Çek Cumhuriyeti	1.4	1.7	10 237
4- Estonya	1.3	1.6	1 455
5- Macaristan	1.4	1.7	9 990
6- Kazakistan	2.3	2.1	16 832
7- Rusya Federasyonu	1.4	1.7	147 708
Gelişmekte Olan Ülkeler			
1- Brezilya	2.2	2.1	163 132
2- Çin	1.8	2.1	1 243 738
3- Mısır	3.4	2.1	64 465
4- Hindistan	3.1	2.1	960 178
5- İsrail	2.8	2.1	5 781
6- Türkiye	2.5	2.1	62 774
Az Gelişmiş Ülkeler			
1- Afganistan	6.9	3.6	22 132
2- Bangladeş	3.1	2.1	122 013
3- Çad	5.5	3.4	6 702
4- Etyopya	7.0	4.0	60 148
5- Zambia	5.5	2.8	8 478
6- Yemen	7.6	4.2	16 294

Kaynak: WHO, 1998, s.224-227.

Kaliteye Göre Ayarlanmış Yaşam Süreleri (QALY's) : Son yıllarda, sağlık düzeyini, bireyin sağlıklı bir şekilde yaşanmış günlerini gözönüne alarak değerlendiren “kaliteye göre ayarlanmış yaşam süreleri” (Quality Adjusted Life Years: QALY's) kavramı sağlık ekonomisinde geniş kabul görmüştür. Ölüm ve hastalık düzeyini veren sağlık ölçütlerinin yerine kullanılmak amacıyla geliştirilmiştir.

Kaliteye göre ayarlanmış yaşam süreleri (QALY's) kavramı iki fonksiyona sahiptir. İlki, herhangi bir sağlık sorununa uygulanan bir tedavi yönteminin aynı sağlık sorununa

uygulanabilecek başka bir tedavi yöntemi ile etkililiği (effectiveness) yönünden karşılaştırırken rasyonel değerlendirme ve daha fazla bilgi sağlamaya olanak tanımaktadır. İkincisi ise, uygulanan tedavinin ekonomik değerlendirmesinde maliyet-etkililik (cost-effectiveness) analizleri yerine maliyet-fayda (cost-utility) analizleri kullanılmaktadır.

Maliyet fayda analizlerinde, sonuçlar bir program yerine bir başka programı işler hale getirmekle kazanılan her bir sağlıklı günün maliyeti ya da kaliteye göre ayarlanmış yaşam süresinin maliyeti olarak ifade edilebilir. Bu tip analizlerde çıktının hesaplanmasında kullanılan değer ölçütü para değil, faydadır. Fayda değere, ya da sağlık konumunun belirli bir düzeydeki ederine (ya da sağlık konumunun gelişmesine) karşılık gelir ve bireylerin ya da toplumun herhangi bir sağlık çıktısı düzeyine ulaşma yönündeki tercihleri ile ölçülür. Maliyet-etkililik analizi ise, planlanan hedeflere ulaşmada seçenek yollar arasında en iyi, en etkin seçimi yapıp, maliyeti düşürüp ve hizmet sunumunu artırmak için bir bütçe yapma yoludur. Bu yöntemde, kıyaslanan tüm seçenekler için tek bir ortak etki olarak tanımlanan çıktının doğal birimlerle (kazanılan yaşam süresi, azaltılan hasta gün sayısı, kan basıncında kaydedilen azalma vb.) ölçülmesi sözkonusudur. Maliyetler para ile ifade belirlenirken, sonuçlar (örneğin, yaşam kalitesi, kan basıncındaki azalma) fiziki birimler olarak ifade edilir (Çilingiroğlu, 1995, s.415).

Maliyet-etkililik analizleri yerine maliyet-fayda analizlerinin kullanılması daha fazla avantaj sağlamaktadır. Çünkü maliyet-fayda analizi farklı tipte sonuçlar elde edilmesine olanak sağlamaktadır (Mooney, 1992, s.44).

2.9 Sağlık Hizmetleri Piyasasında Arz - Talep Dengesi

Sağlık bakımı, sağlık endüstrisinde, hastaneler, doktorlar ve değişik araç-gereçler tarafından üretilen bir çıktı olarak görülmektedir. Eğer sağlık bakımı bir çıktı olarak görülürse, o zaman, onun etkin bir şekilde nasıl üretileceği sorusuna yanıt vermek gerekmektedir. Ancak diğer yandan etkinlik yalnızca buna bağlı değildir. Aynı zamanda endüstrinin yapısı da önemli bir rol oynamaktadır. Endüstrinin yapısında meydana gelecek değişiklikler verimliliği ya da maliyetleri etkileyecektir.

Toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesinde, sağlık hizmetleri sektörüne ayrılacak kaynakların dağıtımında etkinlik kriteri gözönünde bulundurulmalıdır. Sağlık düzeyini geliştirmek için kaynakların dağıtımı sorunu ile sağlık bakımının kendisini üretmek için etkin

kaynak dağıtımı birbirinden farklıdır. Bu ayrımı ortaya koymak, uygulanacak kamu politikalarının da farklı olmasını gerektirmektedir (Feldstein, 1993, s.16).

Sağlık durumunun iyileştirilmesi için girdilerin en az maliyetle oluşturulmasında, girdiler ile sonuç çıktı arasındaki fonksiyonel ilişki sağlık üretim fonksiyonu kullanarak ifade edilir. Sağlık üretim fonksiyonu, alternatif programlar arasında kaynakların nasıl dağıtılacağına analitik bir yöntemle belirlenmesidir.

Sağlık hizmetleri piyasasının çıktısı olan sağlık bakımı, içsel ilişkileri olan üç değişik piyasa tarafından belirlenmektedir. Feldstein bunları;

- Kurumsal Piyasalar,
- İnsangücü ve faktör piyasaları ile,
- Eğitim piyasası şeklinde üçe ayırmıştır (Feldstein, 1993, s.38). Bu piyasalar arasındaki karşılıklı etkileşim sağlık hizmetlerinin miktarını ve fiyatını belirlemektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında arzın en önemli belirleyicisi elbetteki doktor sayısıdır. Doktor sayısının en önemli belirleyicisi ise tıp eğitimi ve mezun sayısıdır. Fakat tıp eğitimi oldukça pahalı bir süreçtir. Bu, doktor sayısının sınırlı kalmasına neden olmakla beraber minimum düzeyde kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesine de olanak vermektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep koşulları fiyat ve miktarın farklı şekillerde belirlenmesinde rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri talebinde meydana gelecek bir artış, hizmetin fiyat ve miktarını arz esnekliğine bağlı olarak değişik ölçüde etkileyecektir. Eğer arz nispeten esnek ise, sağlık hizmetleri talebi arttığında, hizmetin miktarı arzın inelastik olduğu duruma göre daha çok artarken fiyat daha az artacaktır. Yani arzın elastik olduğu koşullarda hizmet artışı daha fazla gerçekleşecektir. Eğer hükümetin sübvansiyon programları sonucu talep artışı olursa ve arz inelastik ise, bu program için yapılan kamu harcamalarındaki artış ile, arzın elastik olduğu duruma göre bir yandan nispeten daha yüksek bir fiyat oluşumuna yol açılırken diğer yandan da nispeten daha az çıktı elde edilecektir.

2.10 Sağlık Hizmetleri Harcamaları ve Maliyetler

Sağlık hizmetlerine ilişkin önemli göstergelerden biri de sağlık harcamalarıdır. Ülkenin sağlık harcamalarına gayri safi milli hasıladan ayırdığı pay ve kişi başına düşen sağlık harcamaları en önemli sağlık göstergeleri arasındadır. Sağlık harcamalarının sınıflandırılması dar ve geniş anlamda olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır.

Dar anlamda sağlık harcamaları, Dünya Sağlık Örgütü'nce, özel ya da kamu kesimleri tarafından finanse edilen, kişilere yönelik koruyucu hizmetlerle sağlık idarelerinin doğrudan sorumluluğu altındaki genel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar olarak tanımlanmıştır. Geniş anlamda sağlık harcamaları ise, dar anlamdaki sağlık harcamalarına ek olarak, kişi sağlığı ile doğrudan ilişkili olmayan ancak dolaylı olarak sağlığın korunması ve iyileştirilmesi üzerinde etkili olan sağlık ile ilgili sektörlere yapılan harcamaları da kısmen ya da tamamen kapsamaktadır (Yıldırım, 1994, s.45). Dar anlamdaki sağlık harcamalarının geniş anlamdaki sağlık harcamalarına göre daha çok dikkate alındığı görülmektedir. Bunun nedeni, dar anlamdaki sağlık harcamalarının istatistiki kayıtlarının düzenli olmasına karşın, geniş anlamdaki sağlık harcamalarının dolaylı katkıları nedeniyle kimi zaman kayda girememesidir.

Tablo 1.3 Sağlık Harcamalarının Genel Kompozisyonu

Hizmet Tipi	Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Pay (%)	İlave Bir Yaşamı Kurtarmanın Yaklaşık Maliyeti (ABD \$)
A. Tedavi Hizmetleri 1.Kamu ya da özel kesime ait yataklı tedavi kurumlarında kişilere yönelik tedavi hizmetleri 2.Serbest çalışan hekimlerin sunduğu tedavi hizmetleri 3.İlaç kullanımı	70 - 80	Yüksek Düzey Maliyet (500 \$ - 5000 \$)
B. Koruyucu Hizmetler (hastayla doğrudan ilgili) 1.Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri (aşılama, aile planlaması, anne sütü kullanımını teşvik) 2.Toplum sağlığı hizmetleri (ev ziyareti)	10 - 20	Orta Düzey Maliyet (100 \$ - 600 \$)
C. Koruyucu Hizmetler (hastayla doğrudan ilgili olmayanlar) 1.Hastalık tarama programları (sıtma ilaçlaması vb.) 2.Hijyen (gıda denetimi, kanalizasyon vb.) 3.Sağlık ve hijyen eğitimi ve geliştirme 4.Hayvan hastalıklarının denetimi (evcil ve diğer) 5.Hastalık riski taşıyan çevre etkenlerinin denetimi (hava, su vb.)	2 - 10	Düşük Düzey Maliyet (250 \$'dan az)

Kaynak: Ferranti, 1985. s. 37.

Sağlık harcamalarındaki artışın çeşitli nedenleri vardır. Nüfusun yaş yapısının değişmesi, sigorta kapsamındaki nüfusun büyüklüğü, teknolojik değişim gibi faktörler sağlık harcamalarının miktarını ve kompozisyonunu etkilemektedir. Örneğin; daha çok genç nüfusa sahip bir toplumda hem üretime katılan işgücünün eksikliği çok fazla olurken, toplumun yaşlı nüfusa sahip olması ise artan sağlık sorunlarını beraberinde getirmekte ve bu sağlık bakımı taleplerinin de artmasına neden olmaktadır. Sağlık sigortası kapsamının daha yaygın olduğu durumlarda ise bireyler elde ettikleri bu güvence nedeniyle çok daha fazla sağlık bakım talebinde bulunmakta ve harcamaların da bu nedenle arttığı görülmektedir. Sağlık güvencesinin

bu şekilde oluştuğu toplumlar da sağlık bakımı talep katsayısının yüksek olduğu gör÷lmektedir. Sağlık maliyetlerinde artışın son yıllardaki diğer önemli bir nedeni teknolojik değişimdir.

Sağlık bakım maliyetlerindeki artışın diğer bir nedeni olan teknolojik değişim ile daha iyi tedavi yöntemlerinin uygulanması amaç edinilmiştir (Cutler, 1995, s.32-37). Ancak asıl sorun, teknolojik değişimin gerekliliği konusundadır. Teknolojik değişimle elde edilen daha ileri durumun toplum için uygun olup olmadığı, hatta kimi zaman gereğinden fazla ileri tekniklerin yer aldığı tartışma konusudur. Hızlı teknolojik değişim, bir kısım gör÷ře göre ekonomik nedenlerden çok biyomedikal ilerlemelere bağlı iken, bir kısım gör÷ř bunun ekonomik nedenlerle oluştuğunu ileri sürmektedir.

Kaynakların verimsiz kullanılması hem harcamaları artırmakta hem de maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde maliyetler iki ana grupta toplanmaktadır. Belirlenen ve sayılan bu maliyetler mikroekonomide ya da işletme biliminde tanımlanan maliyet kavramlarından farklı içeriğe sahiptir. Sağlık hizmetlerindeki maliyetleri, “dolaysız maliyetler” ve daha çok yitirilen üretim olanakları ya da uğranılan üretim kayıpları anlamına gelen “dolaylı maliyetler” diye iki gruba ayırmak mümkündür (Tokgöz, 1979, s.5).

Dolaylı maliyetler :

- Çocuk ölümleri ya da geleceğin üreticilerinin kaybı,
- Hastalık ya da uğranılan ürün kaybı,
- Sakatlıklar ve verimliliğin azalması,
- Üretimin aksaması (örneğin; üretimi yöneten ustabaşı ya da mühendisin eksikliği)
- Nüfus yapısındaki değişme ve bunun kişi başına gelir üzerine yansımaları.

Dolaysız Maliyetler :

- Koruyucu hekimlik giderleri,
- Tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri giderleri,
- Araştırma harcamaları,
- Sınai yatırım giderleri.

Sağlık harcamalarında verimliliğin sağlanması ve maliyetlerin azaltılması yönündeki çalışmaların sağlık sistemi ile doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Maliyetlerde ve harcamalarda ortaya çıkan artışlar yeni finansman kaynaklarının yaratılması gereğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri sistemleri yeniden tartışılmaya başlanmıştır.



BÖLÜM 2. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ VE KAYNAKLARI

Bu bölümde, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan yöntemler ve bunların sağlık sistemi üzerindeki etkileri incelenecektir. Sağlık sisteminde fon oluşumu, hizmetin sunum biçimi ile birlikte sağlık sektörünün örgütlenme biçimini de doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin sürekli ve yeterli bir şekilde sağlanabilmesi, finansman yöntemleri ile yakından ilişkilidir.

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ülkenin gelişmişlik düzeyi ile beraber, o ülkenin sosyo-ekonomik yapısı ile kültürel değerlerinden de etkilenmektedir. Bununla beraber Feldstein, bir sağlık hizmetleri finansman sisteminin aşağıda sayılan özelliklere sahip olması gerektiğini söylemektedir (Feldstein, 1981, s.247).

- “Sağlık Bakımı”ndan yoksun kalmayı önlemelidir. Hiçbir birey, düşük gelirli olmasından dolayı evsiz ya da gıdasız kalamayacağı gibi sağlık hizmetlerinden de yoksun kalmamalıdır.
- Finansal yetersizliği ortadan kaldırmalıdır. Hiçbir birey tahmin edilemeyen bir hastalık ya da kazanın ortaya çıkardığı sağlık harcamalarını karşılarken ciddi bir finansman sorunu ile karşı karşıya kalmamalıdır.
- Maliyetler en aza indirilmelidir. Bir finansman sistemi, etkin kaynak kullanımını sağlarken, sağlık bakımı fiyat artışlarını da önlemelidir. Hastalar, mümkün olduğunca, yüksek maliyet taşıyan hastane bakımı yerine, düşük maliyetli ayaktan tedaviye yönelik sağlık hizmetlerini kullanmalıdır. Hastaneler, sağlık personeli sayısının ve gereksiz ödemelerin artması, teknik ve hizmet olanaklarının gereksiz yere aşırı kullanılması ile ortaya çıkan maliyet artışlarını hafifletecek düzenlemelerle desteklenmelidir.
- Doktorların, sigortanın varlığına dayanarak, hastalara fazla yansımayacağı düşüncesi ile vizite ücretlerini gereksiz yere artırmalarına izin verilmemelidir. Kısacası, hastalar, doktorlar ve hastane yönetiminde maliyet bilinci oluşturmalıdır.
- Vergi artışlarından kaçınılmalıdır. Çünkü, yüksek vergiler, çalışma motivasyonunu ve bir bütün olarak ekonomide etkin kaynak kullanımını engellemektedir.

- Kolay uygulanabilir olmalıdır. Sağlık hizmetleri finansman sisteminin yönetimi, maliyeti yüksek, uygun olmayan, karmaşık işlemler içermeyen, kaynakların etkin kullanımını engelleyen kararlara dayanmamalıdır.

- Genel kabul görmelidir. Her yeni finansman yöntemi halk tarafından kabul gördüğü gibi sağlık kurumlarında da kolayca uygulanabilir olmalı ve doktorlar tarafından da kabul görmelidir.

1. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, gelirin yeniden dağıtımı, kaynakların dağılımı ve genel ekonomik büyüme üzerinde etkilidir (OECD,1987, s.25). Bunun yanında, seçilen finansman sistemi, işgücü ve sermaye arz ve talebi yanında bunların üretimde kullanılan miktarları üzerinde de etkilidir.

Sağlık hizmetlerinin farklı finansman yöntemleri şu şekilde sınıflandırılabilir (Abel-Smith, 1978, s.73).

Dolaylı finansman kaynakları :

- Merkezi ya da yerel yönetimler tarafından toplanan vergiler
- Hükümet sübvansiyonlarının da yer aldığı zorunlu sigorta
- İsteğe bağlı sigorta
- İşçi sigortası
- Gönüllü çalışan hayır kurumları
- Dış yardımlar

Dolaylı finansman yönteminde hizmeti sunan birim ile hizmeti kullanan birimler arasında ödemeyi gerçekleştiren bir üçüncü taraf bulunmaktadır. Bu sağlık hizmeti talep katsayısının artmasına neden olmaktadır. Çünkü, bireyler bu tür bir güvencenin varlığına dayanarak daha sık sağlık hizmeti sunan birimlere başvurumaktadırlar. Bu yöntemde hizmetten yararlananlar arasında risk paylaşımı sözkonusu olduğundan, yine hizmet talebinde artış olmaktadır. Hizmet

kamu ya da özel kesim tarafından sosyal güvenlik kurumları ve özel sigorta şirketleri gibi sigorta prim ödemeleri ile finanse edilen birimler tarafından sunulmaktadır.

Doğrudan finansman kaynakları:

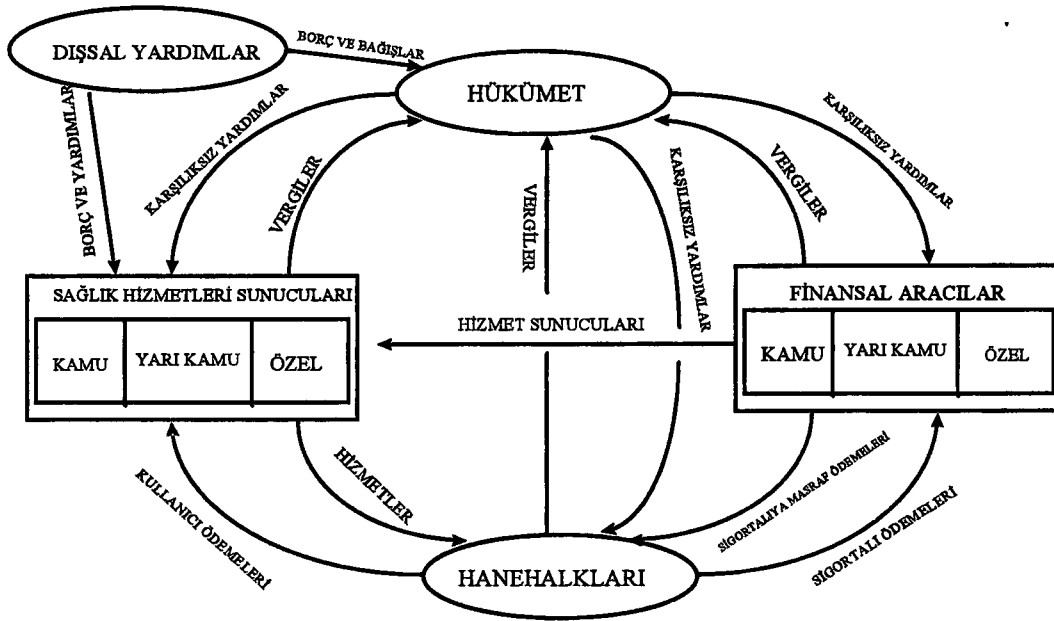
- Sağlık hizmetlerinden yararlananların, hizmetin karşılığı olarak kendi bütçelerinden yapmış olduğu ödemeler.

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi olarak yukarıda sayılan yöntemlerden herhangi biri tek başına seçilip uygulanabildiği gibi bunlardan birkaçı bir araya getirilip de uygulanabilmektedir.

Doğrudan finansman yönteminde, bir tarafta tüketiciler diğer tarafta ise sağlık hizmeti sunan kamu ya da özel hizmet kurumları yer almakta olup, sistem oldukça basit bir yapı göstermektedir. Buna karşılık dolaylı finansman yönteminde sistem oldukça karmaşık olup, tüketici, üretici, aracı ve kamu kesimi (devlet) arasında çoklu bir ilişkiler ağı söz konusudur (Yıldırım, 1994, s.40). Sağlık hizmetlerinin doğrudan finansmanın, toplumda yüksek hastalık riski taşıyan grupların yer alması nedeniyle bazı sakıncalar taşıdığı ileri sürülmektedir. Bu sistemde, sağlık hizmetlerinden yararlanma, bireyin geliri ile sınırlı kalmaktadır. Eğer toplumda hastalık riski yüksek bireyler aynı zamanda düşük gelir grubundaki bireylerden oluşuyorsa, bu bireylerin sağlıklı olmak ve sağlığa kavuşmak için yapacağı harcamalarda düşük olacaktır. Yani, hastalık riski yüksek ama gelir düzeyi düşük olan toplum gruplarının hizmet talebi de düşük olacaktır.

Sağlık Bakanlığı'na yaptırılmış olan "Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması" sonuçlarına göre, ülkemizde kişi başına sağlık hizmeti talep katsayısı 2.44 olarak bulunmuştur. Bu katsayı, sağlık hizmeti kullanımından doğan harcamaları sigorta tarafından ya da benzeri üçüncü tarafca ödenen kesimde daha yüksek iken (SSK mensupları için: 3.59, T.C. Emekli Sandığı üyeleri için 4.59, devlet memurları için ise 3.24) sigortasız kesimde daha düşüktür (1.57)

Sözü edilen her iki sistemdeki hizmet ve ödemelerin akışı şekil yardımıyla aşağıdaki gibi gösterilebilir:



Kaynak: Ferranti, 1984, s.442.

Şekil 2.1: Sağlık Sektöründe Finansman Akış Tablosu

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerine daha ayrıntılı bir şekilde geçmeden önce, öncelikle gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılan finansman sorunlarının temel ekonomik nedenlerine değinmek yararlı olacaktır. Bu nedenler aşağıdaki gibi özetlenebilir (Lenel, 1997, s.210):

- Sağlanan finansman, çoğunlukla, temel sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde yeterli değildir.
- İlaç, materyal, ekipman gibi ihtiyaçlar genel bütçeden karşılanamazken, finansman genellikle kişiler üzerinden sağlanmaktadır.
- Sağlık bütçelerinin büyük bir kısmı, kırsal yörelerde yaşayanları dışlayarak, kentte yaşayanların hizmetine sunulmak üzere hastane hizmetleri için kullanılmaktadır.
- Maliyet-fayda koşulları çoğu zaman göz önüne alınmamaktadır.
- Sağlık sisteminin organizasyonunda etkililik kriteri önemsenmemektedir.

Günümüzde, gelişmiş ülkeler de gelişmekte olan ülkeler gibi, sağlık hizmetlerinin finansmanında benzer sorunlarla karşı karşıyadır. Her iki grupta yer alan ülkeler de, sağlık sektörünün finansman kaynaklarında büyük ölçüde sınıra ulaşmışlardır. Harcamalardaki ve maliyetlerdeki artışlar gibi çeşitli sorunlar nedeniyle, finansman arayışlarında kamudan özel sektöre doğru kaymaya başladığı görülmektedir. Dolaylı finansman kaynaklarının önemli olanları aşağıda kapsamlı bir şekilde ele alınmaktadır.

1.1 Genel Vergi Gelirleri İle Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanında genel vergi gelirlerinin kullanılması kabul görmüş bir yöntemdir. Vergi gelirlerinin finansman yöntemi olarak kullanılması genellikle gelir dağılımında eşitliğin sağlanması amacına da hizmet etmektedir. Bu nedenle, vergilerin gelir dağılımı üzerindeki etkisi, vergi mükelleflerinin elde ettikleri gelir ile vergi arasındaki orana bağlı olması nedeniyle önem taşımaktadır.

Bir vergi sistemi, farklı gelir gruplarından farklı oranlarda vergi alınır ve bu oran az gelirli gruplardan yüksek gelirli gruplara doğru çıktıkça yükseltirise artan oranlı, azalırse azalan oranlıdır (Türk, 1997, s.322). Ulusal gelirin vergi olarak toplanan kısmı diye tanımlanan vergi yükü, gelişmiş ülkelerde yüksek iken, çoğu gelişmekte olan ülkelerde daha düşüktür. Bu nedenle, genel vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerinin finansmanı gelişmekte olan ülkelerde yetersiz kalmaktadır.

Vergi adaletinin henüz kabul edilebilir düzeyde sağlanamadığı ve hemen hemen tüm gelişmekte olan ülkelerde tipik olarak rastlanan bu olgudan dolayı, genel vergi gelirlerine dayalı bir sağlık finansmanının, sağlık güvencesi sağlamaya yönelik olarak kullanılması, bu ülkelerde gelir dağılımında eşitlik sağlaması gerekirken, aksine eşitlik ilkesini daha da zedeler bir nitelik kazanabilir. Üstelik, az kazananlardan çok, çok kazananlardan az vergi almanın uygulanmadığı bir sistemde, herkesin kullanımına sunulan sağlık hizmetleri az kazananların çok kazananların sağlık hizmetlerini finanse etmesi gibi bir sonuç doğurabilmektedir (Tatar, 1992, s.45).

Günümüz devletleri, artan sosyal hizmet sorumlulukları karşısında, toplam kamu gelirlerini artırmak durumundadırlar. Çünkü, temel kamu hizmeti sayılan sağlık hizmetleriyle ilgili harcamalar ulusal kaynakların veya kamu kaynaklarının bir kısmının bu alana aktarılmasını gerekli kılmaktadır (Tokgöz, 1979, s.16).

Sağlık sektörü için genel vergiler kaynaklı finansal desteği artırmanın başlıca yolları ise şöyledir (Tatar, 1992, s.45):

- Sağlık sektörüne ayrılan oransal payı sabit tutarak, vergi oranını artırmak,
- Sağlık sektörüne ayrılan vergi gelirlerinin miktarını, başka kaynaklardan aktarımda bulunarak, artırmak ya da,
- Vergi oranını ve aynı zamanda sağlığa ayrılan vergi gelirlerinin miktarını birlikte artırmak.

Sağlık hizmetlerinin kısmen ya da bütünüyle kamu tarafından ve vergilerle finanse edilmesi durumunda, gelir dağılımının etkisi, finansman sağlayanlara, yani vergileri gerçekten kimin ödediğine bağlı olarak değişecektir (Abel-Smith, 1978 ,s. 80). Gelişmekte olan ülkelerde vergi sistemlerinin azalan oranlı olmasının yanında, tüketime konu olan mal ve hizmetler üzerinden alınan vergi oranları da daha yüksektir. Bu, ekonomik nedenlere dayandırılabilceği gibi politik nedenlere de dayandırılabilir. Bu tür vergilerin çoğu zaman, üreticiler tarafından değişik yöntemlerle karşı tarafa yansıtıldığı görülmektedir. Üretici sattığı malın fiyatını artırarak veya çalışanların reel ücretlerinden kesintiler yaparak, kendi vergi yükünü başkalarına yansıtmaya çalışmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının tamamının veya bir kısmının vergilerle sağlandığı bir sistemin toplumda kabul görmesinin en önemli koşulu olarak vergi adaletinin sağlanmış olması ve hizmetin tüm toplum gruplarına hakkaniyetli bir şekilde dağıtılması gerektiği belirtilmektedir.

1.2 Özel Amaçlı Vergiler ile Finansman

Genel vergiler ulusal bir havuzda toplanmakta ve daha sonra kamunun gereksinimleri doğrultusunda değişik amaçlar için kullanılmaktadır. Bununla beraber bazı hükümetler vergiyi belli bir amaç için de toplayabilirler. Belli hizmetlerin maliyetini karşılamak üzere alınan bu tür vergiler “özel amaçlı vergi” niteliğini taşır (Tatar, 1992, s.46).

Özel amaçlı vergiler genellikle, belirli mallar ya da hizmetler üzerinden alınmaktadır. Bu vergiler tüketiciler tarafından karşılandıklarından hangi tür mal ve hizmetlere konulduğu önem taşımaktadır. Çünkü, çoğu zaman bu tür vergiler gelişmiş ekonomilerde lüks mallar üzerinden

alınmalarına karşın, gelişmekte olan ülkelerde temel tüketim mallarından alınmaktadır. Bu durum vergi adaletinde eşitsizlikler doğmasına neden olmaktadır. Bunun yanında bu tür vergilere çoğu zaman yapılan politik müdahaleler tartışma yaratmaktadır.

1.3 Sağlık Sigortası Finansmanı

Sağlık sigortası uygulamaları ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Sigortalamanın bazı ülkelerde yalnızca kamu tarafından, bazı ülkelerde özel kuruluşlarca bazılarında ise karma biçimde yapıldığı görülmektedir. Sağlık sigortası, sağlık sektörüne hem devamlı ve düzenli bir finansman kaynağı sağlamak hem de risk paylaşımını gerçekleştiren bir finansman yöntemi olmaktadır. Sağlık sigortası primleri yalnızca sağlık hizmetlerine ayrılmakta, başka amaçlar için kullanılmamaktadır. Bu yönüyle hizmetin sürekliliğinin sağlanmasında en güvenceli kaynak olma özelliğini taşımaktadır.

Sağlık sigortası bir tür talep sübvansiyonu gibi çalışmaktadır. Çünkü, sağlık sigortası işçi ve işverenlerden kesilen primler ile çoğu sistemde kamunun da katkısı ile oluşturulan fonların işletilmesi yoluyla çalışmaktadır. Talep sübvansiyonları ile elde edilen fonlar daha çok nüfusun düşük gelirli gruplarına hizmet verecek sağlık birimlerinin oluşturulmasında kullanılmaktadır. Talep sübvansiyonları, doğrudan hizmet sunmanın yanında, sağlık sektörünün arz esnekliğine bağlı olarak ikincil bir etki de yaratacaktır (Feldstein, 1993, s.464.)

Sağlık sigortasının uygulandığı sistemler bazı olumlu yönleriyle beraber maliyet artışını da beraberinde getirmektedir. Sigorta kapsamında olanlar ile sigortalayanlar arasındaki asimetrik bilgi ve ahlaki tehlike (moral hazard) durumu en önemli maliyet artış nedenlerinden sayılmaktadır. Bu durum, özellikle sigortalıya uygulanacak prim fiyatının belirlenmesinde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, belirsizlikler nedeniyle primler ya yüksek ya da düşük olabilmektedir. Bu durumdan kurtulabilmenin en etkili yolu, sigortalanacak kişinin hastalığa yakalanma riskinin belirlenmesidir. Sağlık hizmetlerinde maliyet artışı yaratan faktörler bu şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenlerle Arrow (1963), sağlık bakımında gitgide yeni ve değişik tedavi yöntemlerinin geliştirilmesini sigorta kapsamından dolayı ortaya çıkan maliyet artışlarının varlığına dayandırmaktadır.

Sağlık sigortası uygulamasının önünde bazı belirsizlikler ya da sağlık sigortası primlerinin fiyatını etkileyen bazı faktörler vardır . Sağlık sigortası talebini etkileyen ve hastalık

tazminatlarına etki eden bu faktörleri iki ana başlık altında toplayarak incelemek olanaklıdır (Tözün, 1992, s.31-36):

- Üyenin hastalanma olasılığını etkileyen nesnel faktörler ve
- Üyenin işten uzaklaştırılmasını ve hastalık tazminat talebini etkileyen öznel faktörler.

Nesnel faktörler :

Üyenin hastalanma olasılığını etkileyen nesnel faktörler aşağıdaki başlıklar altında incelenmektedir.

i - Yaş

Aynı yaş grubundaki üyeler uzun bir zaman dilimi içerisinde incelenirse, yaş ilerledikçe sağlık sigortası talebinin de arttığı görülür. Bu, doğal olarak insan mekanizmasının yavaş yavaş çöküşünü, hastalıklara karşı savunmasının azalmasını ve yaşın ilerlemesiyle hastalıkların daha da ciddiyet kazanmasını yansıtmaktadır. Buna ek olarak, hastalıklara bağlı rahatsızlıkları da görebiliriz.

ii - Cinsiyet ve Evlilik

Kadın üyeleri kabul eden pek çok sigorta kuruluşu, koşullu olarak çocuk doğurma ya da hamilelik ile ilgili oluşan rahatsızlıklara tazminat vermeyi kabul etmektedir. Böyle olmasına rağmen, sağlık sigortasına yapılan kadın talepleri erkeklerden gelen talepten daha fazladır.

iii - Meslek

Mesleğin sağlık sigortasına olan etkisi oldukça fazladır. Bir sigortalının işini yürüttüğü koşulların zorluğu, belirli hastalık risklerinin de artmasına neden olacaktır. Ancak çalışma yaşamının kalitesi ve yaşam kalitesi koşullarının sürekli olarak düzelmesi, mesleğin sağlık üzerindeki etkisini hafifletmiştir.

iv - Coğrafi Yerleşim

Her ne kadar tıbbi yoğunluğu şehirlerde kırsal kesimlere oranla çok yüksek olsa da, kırsal bölgelerde sağlıklı insan oranı daha fazladır. Çünkü, yerleşim yoğunluğu arttıkça çevresel

ve doğal şartların kötüleşmesi bireyin sağlığında psikolojik ve fizyolojik bozulmalara neden olmaktadır.

Öznel Faktörler :

i - Ekonomik Yapı

Genelde, tazminatlara konu olan talep miktarı o ülkenin istihdam koşulları ile yakından ilgilidir. İşsizliğin arttığı ve reel gelirin azaldığı durumlarda, sağlık sigorta primleri toplamı da azalmaktadır. Diğer yandan, işsizliğin yoğun olduğu zamanlarda hastalık durumunda, işe gidememenin işi kaybetme korkusu yaratacağından, sağlık sigortası işe devam etmede güçlü bir teşvik unsuru gibi kabul edilebilir. Günümüzde, gelişmiş ülkelerde hastalık tazminatları oranları, ülkedeki istihdam politikası hakkında karar alınmasında gözönünde bulundurulmaktadır.

ii - Psikolojik Yapı

Tıbbi açıdan hastalık tanımlanırken, psikolojik ve fiziki yapıdan söz edilmekte ve konunun son yıllarda, tıp ve işletme biliminin yoğun inceleme alanına girdiği görülmektedir. Hastalık tazminatına yönelik talebin yüksek olmasında fiziki çalışma koşulları kadar bireyin psikolojik yapısı da etkili olmaktadır. Bu durum, özellikle bireyin, sosyal sigorta güvencesini söz konusu olmasından kaynaklanmaktadır. Sigortalı bu güvence nedeniyle kurumunu aldatma yoluna gidebilmekte ve ulusal düzeyde işgücü kayıpları ortaya çıkabilmektedir.

1.3.1 Zorunlu Sağlık Sigortası

Zorunlu sağlık sigortası uygulaması, nüfusun daha çok sendikalaşmanın yoğun olduğu sektöründe çalışanlar ve çoğu ülkede ailelerini de kapsamaktadır. Bu uygulamanın temel özelliği, bir çok ülkede üçüncü taraf ödeyicinin kamu olmasıdır.

Sağlık sigortasının kamu tarafından düzenlenmesinin çeşitli nedenleri vardır (Hartman, 1998, s.149-158):

- Finansmanda yüksek verimlilik düzeyi sağlanır.
- Sistemin düzenli şekilde işlemesi sağlanır.

- Tüketiciler, sömürüye ve finansal yetersizlikler nedeniyle ortaya çıkacak olan tehlikelere karşı korunur.

- Ödeme sisteminde bütünlük sağlar.

Zorunlu sağlık sigortasının çalışanlar tarafından kabul edilmesinin değişik nedenleri vardır. Bunlardan en geçerli olanı, sağladığı güvencedir. Sigorta, hastalık durumunda, sınırsız hastane olanakları ve sınırsız ilaç ödemeleri ile doktor vizitesi sağlaması nedeniyle çalışanlara büyük avantajlar sağlamaktadır. Hizmetin finansmanı sigortalılar tarafından düzenli ve devamlı sağlanmakta ve sigortalılar arasında risk paylaşımı gerçekleşmektedir. Bunun sonucu olarak sigortalılar, ödeme primlerine bakılmaksızın, herhangi bir nedenle geçici ya da sürekli olarak iş göremez duruma düştiklerinde ortaya çıkacak olan gelir kayıpları güvence altına alınmış olmaktadır. Bu nedenle sağlık sigortası harcamaları tüketiciler açısından rasyonel bir davranış olarak görülmektedir.

Bu yönü ve sigortalıların hizmeti kullanması sonucunda ortaya çıkan tüm masrafların karşılanması, zorunlu sağlık sigortasını diğer sigorta yöntemlerinden farklı hale getiren en önemli özellik olmaktadır (Abel-Smith, 1991, s.191-200).

Zorunlu sağlık sigortası uygulaması çoğu ülkede sosyal sigorta kurumları tarafından sunulmaktadır. Sosyal sigorta kurumları, primlerin toplanmasında tek yetkili kurum olmalarına karşın hizmet sunumunda bu kurumlarla beraber özel sağlık kuruluşlarından da yararlanılmaktadır.

Sosyal sigorta, işveren ve işçi primleri katkıları yoluyla, yalnızca sağlık hizmetleri değil, yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi hizmetler için de bir finansman kaynağıdır. Bazı hallerde hükümetler de katkıda bulunabilmektedir. Sosyal sigortaya en büyük eleştiri, özellikle az gelişmiş ülkelerde sendikali işçilerin toplam istihdam içindeki oranının düşük olması açısından yöneltilmektedir.

Sosyal sigorta, sosyal güvenliğin en önemli aracı durumundadır. Prim esasına dayalı sosyal güvenlik kurumları birer sigorta kuruluşu gibi çalışmaktadır. Primler genellikle, işçinin gelirinin bir yüzdesi olarak, hem işçinin hem de işverenin katkılarını içermektedir. Devletin sisteme katkısı prim ödemek şeklinde olmakta ya da işçi ve işverenlerin ödedikleri primlerden elde edilen toplam primlerin yüzdesi olarak, genel bütçeden sosyal güvenlik kurumlarına pay

ayrılması ve sosyal güvenlik gelir ve giderleri arasındaki açıkların kapatılması şeklinde olmaktadır (Çelikoğlu, 1994, s.60).

Zorunlu sağlık sigortası programlarının uygulamadaki en büyük özelliği, primlerinin toplanması idari olarak kolay olmasıdır. İşveren burada vergi toplayıcısı gibi görev yapar ve toplanan miktarın hesaplanması, gelir vergisine oranla daha kolaydır. Bunun yanında primlerin kısa vadede enflasyon ve ekonomik büyümeye orantılı olarak ne kadar değişiklik gösterebileceğini tahmin etmek olanağı vardır (Abel-Smith, 1993, s.1-18). Tablo 2.1’de 12 Avrupa Birliği üyesi ülkesinin işçi ve işverenlerinin sosyal sigorta sistemine katkı oranları yer almaktadır.

Tablo 2.1. AB Ülkeleri İşçi ve İşveren Kesimlerinin Sosyal Sigorta Sistemine Katkı Oranları

Ülkeler	İşçi	İşveren	Toplam
Almanya	17.95	17.95	35.90
Belçika	12.07	24.49	36.56
Danimarka	--	--	--
Fransa	15.37	34.23	49.60
Hollanda	34.07	23.80	57.87
İngiltere	--	--	--
İrlanda	7.75	12.40	20.15
İspanya	6.08	29.22	35.30
İtalya	8.20	48.80	57.00
Lüksemburg	12.35	14.15	26.50
Portekiz	11.00	24.50	35.50
Yunanistan	9.20	17.00	26.20
AB Ortalaması	13.40	24.65	38.06
TÜRKİYE	14.00	23.25	37.25

Kaynak:Çelikoğlu 1994, s.60-61.

İngiltere ve Danimarka’da sistem genel vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Sosyal sigorta primlerinin içinde ağırlıklı olarak sağlık sigortası primleri yer aldığından katılım oranları önem kazanmaktadır. Finansman kaynağı olarak vergilerin kullanılması tüm nüfusu kapsayan bir sistemin varlığını gerektirmektedir. İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri uygulaması ile bu durum gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Ancak bir çok ülkede koruma kapsamı geniş olmadığından vergi yoluyla finansman sistemi yeterince etkin işlememektedir.

1.3.2 Özel Sağlık Sigortası

Özel sigorta, grubun üyeleri arasında oluşabilecek zararların yükünü dağıtarak işlev görmektedir. Ödenecek prim, sigortacının, sigortalı başına beklenen hasar ödemeleri olduğunu varsaymaktadır. Risk, bir gruba aktarılmakta ve buna karşılık her katılımcı beklenen hasar ödemesini, sigortacının masraflarını, risk primini ve sigortacının karından oluşan toplamdan payına düşeni ödemektir (Karacan, 1994, s.34)

Özel sigorta uygulaması, zorunlu sağlık sigortası uygulaması sonuçları ile hemen hemen aynı sonucu vermektedir. Aralarındaki en önemli fark ise, özel sigortada, sigorta primi yükünün tamamıyla sigortalının üzerinde olmasıdır. Dolayısıyla, ödenecek prim miktarı, bireyin gereksinimleri, sosyal statüsü ve ödeme gücüne bağlı olarak değişmektedir. Eğer prim tutarları çok yüksek belirlenirse o zaman yoksul kesimleri dışarıda bırakan, fakat nüfusun zengin kesimlerini kapsayan bir sistem ortaya çıkacaktır.

Özel sağlık sigortasında da primler zamana yayılarak ödenmektedir. Sigorta şirketi ve sağlık hizmeti sunan birim kâr amacıyla çalışan kurumlardır. Özel sağlık sigortaları, maluliyet ve yaşlılık ödemelerini kapsamadığı gibi nüfusun büyük bir kısmını etkileyen riskleri de göz önüne almaktan uzaktır.

1.3.3 Sağlık Bakım Organizasyonları (Health Maintenance Organizations - HMOs)

HMO'lar sağlık bakımının dağıtımı ve sigorta kapsamını tek bir organizasyon altında toplamayı amaç edinmiştir. Uygulanan sigorta planı ile, sağlık bakımını kendi bünyesindeki doktor ve ekipman ile sağlarken, gerektiğinde anlaşmalar yaparak üyeleri için dışarıdan da hizmet satın alabilmektedir (Phelps, 1997, s.279). HMO'lar özellikle sağlık bakımında maliyet ve harcama artışları nedeniyle ortaya çıkan yapıyı değiştirmek amacını taşımaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin dağıtımında yeni bir sistem anlayışı getiren HMO'lar, koruyucu hizmetlere de ağırlık vererek ve sunulan hizmetin kalitesini artırarak tüketici tatmininin artırılmasını hedef almıştır.

HMO'larda koruyucu hizmetlerin ağırlıklı bir şekilde yer alması, gelecekte karşılaşılabilecek olan sağlık hizmetleri talep artışının getireceği yüksek maliyetlerin önüne geçilmesi amacını taşımaktadır (Feldstein, 1993, s.314).

HMO'ların temel bazı özellikleri şöyle sıralanabilir (Feder, 1980, s.131-132, Luft, 1987, s.42):

- HMO belirli bir sağlık hizmeti paketini sunmak ya da sağlamak için üyeleri ile arasında bir sözleşmeli sorumluluk gerektirir.
- HMO belli bir coğrafi bölge nüfusuna hizmet verir.
- HMO gönüllü katılıma bağlı olarak üye ödentilerine sahiptir.
- HMO hizmetin kullanımından bağımsız sabit ve düzenli ödemeleri gerektirir.
- HMO, hizmetin sunumunda, en azından bir finansal riski ya da kazancı varsayar.

Sözleşmeli sorumluluk, HMO'ya üye olanların, HMO tarafından sağlanacak olan sağlık bakımına hak kazanması anlamına gelmektedir. Üstelik HMO üyeleri tedaviyi kabul edip etmemede hiçbir zorlamayla karşı karşıya kalmamaktadırlar. HMO'nun hizmet sunduğu coğrafi bölgenin nüfusunun belli olması demek, olası hizmet talebinin bilinmesi anlamına gelmektedir. Böylece sağlık hizmeti ihtiyacı önceden planlanabilmektedir. Ödemelerin sabit ve düzenli olması ise hiç bir zaman sunulacak ya da sağlanacak olan hizmetin kalitesini etkilememektedir.

HMO'lar hizmeti kendisi de sağlayabildiği için klasik sigorta anlayışından farklılaşmaktadır. Fakat yine bir sigortacı gibi hizmeti finanse etmektedir. HMO, bireyin bir sonraki yıla kadar ortaya çıkacak olan maliyetlerini tahmin etmeye çalışarak, prim fiyatına denk gelecek kişi başına ödeme miktarını belirlemeye çalışmaktadır (Athearn-Pritchett-Schmit, 1989, s.353)

HMO'lar kişi başına ödeme sistemi ile, hizmeti kendileri ürettikleri gibi dışarıdan da satın alabilmektedirler. Böylece, üyelerin ödedikleri primleri etkileyecek ve teşvik edecek şekilde, en düşük maliyetli sağlık hizmeti veren birimleri seçebileceklerdir. Ayrıca finansal riskler ve kazanımlar HMO'lar tarafından üstlenilmekte ve bu nedenle, sağlık harcamalarını azaltacak ya da artıracak yönde davranma hakkına sahip olmaktadır.

HMO hizmetini alıp almamak bireyin kendisine bağlı olup, eğer bir HMO'ya girmek istiyorsa belli bir aylık ya da prim ödemek zorundadır. HMO'lar kendilerine bağlı nüfusun dışında, anlaşmalı oldukları özel sigortaların hastalarına da sağlık hizmeti sunabilirler.

1.3.4 Dış Yardımlar

Sağlık sektörüne yapılan dış finansal yardımlar, özellikle gelişmekte olan ülkelere, ikili ya da çok taraflı anlaşmalar yoluyla sağlanan bağış ya da borçlanmalar şeklinde gerçekleşmektedir (WHO, 1993, s.33). Dış finansman, etkin kaynak dağılımının sağlanmasını destekleyerek, kaynakların öncelikli sağlık sorunlarına ayrılmasına yardımcı olmaktadır. 1970’li yıllardaki hızlanmanın ardından 1980’li yıllarda sağlık için yapılan kalkınma yardımları duraklamıştır. 1981-1985 yılları arasında resmi kalkınma yardımları %7’den, 1986-1990 yılları arasında %6’ya gerilemiştir. 1990 yılında sağlık sektörüne yapılan toplan yardımlar 4.8 milyar ABD doları tutarında olup, bunun 4 milyar ABD doları resmi kalkınma yardımları, geriye kalan 0.8 milyar ABD doları ise resmi olmayan kaynaklardan yapılmıştır (World Bank, 1993, s.465).

OECD raporlarına göre, daha çok ikili anlaşmalar yoluyla sağlık ve nüfus alanına yapılan yardımlar ortalama %5.3 iken yine bu alanlara Dünya Bankası fonlarından %6.1 ve Birleşmiş Milletler’den ise %19.1 oranında yardım yapıldığı belirtilmektedir. Yapılan yardımların etkililiği konusunda 1986 yılında yapılan bir çalışmada borç veren ülkelerin bazı sonuçlara ulaşmış olduğu görülmektedir. Buna göre; yapılan yardımların büyük bir bölümü amacına ulaşmasına rağmen, toplamın yaklaşık olarak üçte biri tutarındaki yardım istenilen amaca ulaşamamıştır. Tablo 2.2’de, yapılan resmi yardımların bölgelere göre dağılımı görülmektedir. Yardımların bölgeler arasındaki etkililiği konusunda yapılan değerlendirme sonuçlarında Latin Amerika ve Asya ülkelere başarılı sayılırken Afrika ülkeleri başarısız sayılmıştır.

Tablo 2.2.Yapılan Resmi Yardımların Bölgelere Göre Dağılımı

Bölgeler	Toplam Yardımlar (milyon ABD doları)	Kişi Başına Düşen Yardım (ABD doları)	Sağlık Harcamalarının Yüzdesi Olarak Yardımlar (%)
Afrika	1 251	2.45	10.4
Asya ve Adalar	594	0.87	1.4
Latin Amerika	591	1.33	1.3
Orta Doğu	453	1.33	1.3
Hindistan	286	0.34	1.6
Çin	77	0.31	0.6

Kaynak: World Bank, 1993, s.107.

Dış finansman etkinlik sağlamada başarılı olmasına karşın, dış taahhütlerin sürekliliği, yardımları kabul eden ülkenin doğrudan kontrolünde değildir ve örnek uygulama olarak seçildikten sonra sona eren sonsuz sayıda projenini varlığı da bilinmektedir.

2. Sağlık Hizmetleri Sistemleri

Sağlık sisteminin belirlenmesi ve organizasyonu, o toplumun ekonomik, sosyal, kültürel ve hatta politik yapısından etkilenmektedir. İnsan sağlığının korunup geliştirilmesi, sağlıklı nesiller yetiştirilmesi ve bu şekilde toplumun daha üretken hale getirilmesi iyi bir sağlık sistemi ile gerçekleştirilebilmektedir. Bunun sağlanabilmesi için yeterli ve düzenli finansman kaynaklarının oluşturulmasına gereksinim vardır.

Sağlık sistemi deyimi, bu konuyla ilgili resmi çabaları, yasaları, personel ve kurumları, ekonomik kaynakları, araştırma çabalarını (temel ve uygulamalı) devlet ya da toplumun hastalık, erken ölüm ve sakatlıkların önlenmesi ve rehabilitasyonu konusundaki çalışmalarını ve diğer sağlık sorunlarını içine alan genel bir deyimdir (Tarım, 1991, s.27-32).

Sağlığın daha önce yapılan tanımları tekrar göz önüne alınacak olursa, sağlık sisteminin, tek başına bir organizasyon yapısını tanımlamaktan daha fazla anlam taşıdığı görülmektedir. Söz konusu sistemin, toplumun ekonomik ve sosyal özellikleri nedeniyle her türlü yapı ve çalışmaları da göz önüne aldığı düşünülmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetleri, sosyal adaletin sağlanması ve bir tür sosyal güvence oluşturması amacını taşıması nedeniyle sağlık sistemleri ayrı bir önem taşımaktadır. Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde sağlık sisteminin organizasyonu ve finansmanı daha da önemli bir konu haline gelmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık bakım sistemlerinin üç temel özelliği vurgulanmaktadır (Cichon-Gillion, 1993, s.173-186):

- Genel kamu gelirlerinden finansmanı sağlanan bir kamu sağlık sistemi vardır. Temelde her yerde iyi organize olmuş ve çalışan bir sistem olmasına rağmen, hizmetten yararlanma çeşitli nedenlerle olanaksız hale gelmektedir.
- Küçük ama iyi donanmış bir özel sağlık sigortası sistemi, kamu sistemi ile birlikte faaliyet göstermektedir.

Bu iki programın sunduğu sağlık sigortasından ekonominin yalnızca kayıtlı sektöründe çalışanlar yararlanabilmektedir. Çoğu ÷lkede bu, sosyal güvenlik sistemi ile çalışanlara ve onların ailelerine, çalışanlar ile işverenlerden kesilen primlerle sağlanmaktadır. Gelişmekte olan ÷lkelerin pek çoğunda var olan bu sistemin değışik nedenlere bağlı olarak iyi işlemediğı gör÷lmektedir. ÷lkelerin istihdam seviyesi, vergi sisteminin yapısı ve işleyişı, idari yapısı ve etkinliğı, gelir dağılımında adaletin sağlanamamış olması, hatta ulusal gelir düzeyi sistemin iyi işlemedini engelleyen çeşitli unsurlar arasında sayılmaktadır. Bu ÷lkelerin ulusal gelirden sağlık harcamalarına ayırdıkları pay gelişmiş ÷lkelere göre daha düşüktür.

Tablo 2.3’de gör÷ldüğü gibi OECD ÷lkeleri arasında, Kanada, Fransa ve Almanya gibi zengin ÷lkelerin yaptıkları sağlık harcamaları, Yunanistan, Portekiz, İspanya gibi ÷lkelerden üç kat daha fazladır. Bununla beraber gelişmiş OECD ÷lkelerinin ekonomik büyümeleri ile sağlık harcamalarının büyüklüğü arasında pozitif yönlü oransal bir ilişkinin olduğı da gör÷lmektedir (Cichon-Gillion 1993, s.173-186). Bunun yanında yapılan çalışmalarda, sağlık harcamalarının büyüklüğü kadar eğitim, yeterli beslenme, temiz su ve barınma koşullarının iyi olması gibi sosyal koşulların da gelişmiş ÷lkelerdeki sağlık sistemlerinin başarısını artırdığı bilinmektedir.

Tablo 2.3. OECD Ülkeleri Ulusal Sağlık Harcamaları

	1996	1986	1996	1986	1996
Ülkeler	Gayri Safi Milli Hasıladan Ayrılan Toplam Sağlık Harcamaları (%)		Gayri Safi Milli Hasıladan Ayrılan Toplam Kamu Sağlık Harcamaları (%)		Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (\$)
Avustralya	8.6	8	5.9	5.6	1775
Avusturya	8.0	6.9	5.7	5.3	1748
Belçika	7.8	7.4	6.8	5.9	1708
Kanada	9.2	8.7	6.4	6.5	2065
Çek Cumh.	7.2	--	6.6	--	904
Danimarka	7.6	7.9	6.2	7.0	2280
Finlandiya	7.4	7.4	5.8	5.9	1380
Fransa	9.8	8.5	7.3	6.5	2001
Almanya	10.5	9.2	8.2	7.1	2278
Yunanistan	6.8	4.4	5.2	3.6	888
Macaristan	6.7	--	4.7	--	602
İzlanda	8.2	7.7	6.8	6.7	1893
İrlanda	7.0	7.7	5.2	5.8	1276
İtalya	7.8	7.0	5.5	5.3	1584
Japonya	7.2	6.6	5.7	4.8	1677
Kore	4.0	3.8	2.1	1.1	537
Luksemburg	6.8	6.0	6.2	5.3	2139
Meksika	4.6	--	2.7	--	358
Hollanda	8.6	8.0	6.2	5.8	1766
Yeni Zelanda	7.4	5.3	5.7	4.6	1270
Norveç	7.9	7.2	6.5	6.3	1928
Polonya	5.0	--	4.6	--	371
Portekiz	8.3	6.9	4.9	3.7	1071
İspanya	7.4	5.6	5.8	4.5	1115
İsveç	8.6	8.7	7.2	7.9	1675
İsviçre	10.2	8.0	7.1	5.3	2499
TÜRKİYE	5.2 (1994)	2.7	2.6 (1994)	1.1	232
İngiltere	6.9	5.9	5.8	5.0	1317
A.B.D.	13.6	10.8	6.3	4.4	3898

Kaynak: OECD Health Data 1998.

Tablo 2.3’de görüldüğü gibi kişi başına düşen sağlık harcaması en yüksek ülke A.B.D. iken Türkiye en son sıralarda yer almaktadır.

Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerin çoğunun, yüksek büyüme hızına dayalı ekonomik gelişme eğilimlerini terk ettikleri görülmektedir. Bütçe açıklarının azaltılması, parasal genişlemenin önlenmesi gibi ekonomik politikalara önem verilmeye başlanması ve ile birlikte

sosyal harcamaları da azalttıklarını görmekteyiz. Böyle bir eğilimin sonucu olarak sosyal harcamalar arasında yer alan sağlık harcamalarının da azaltıldığı görülmektedir.

Sosyal harcamaların yer aldığı programların azaltılması yönündeki gelişmelerin, toplumun sağlığı üzerinde önemli etkilerinin olduğu inancı giderek artmaktadır (Zarilli, 1998, s.78). Ayrıca, sağlık sisteminde kamunun küçültülmesi ve yerinin kâr amaçlı özel kuruluşlara bırakılması yönünde izlenen politikaların ağırlık kazandığını gözlenmektedir. Kamunun bu şekilde piyasadan çekilmesi ile maliyetlerin ve bütçede sosyal harcamaların yükünün azaltılması amaç edinilmiştir. Son yıllarda sosyal devlet anlayışını bir kenara itmeye çalışan bu politikalara karşı geniş tepkiler dile getirilmektedir.

Bir hizmete yapılan kamu harcamalarının azaltılması, maliyetlerin hizmeti kullananlara aktarılması yolu ile başarılabilir. Ancak bu, maliyetleri azaltmaz, yalnızca maliyetleri finanse eden kesimin değişmesine neden olur. Bir kamu hizmetinin piyasaya terk edilmesi ile tasarruf sağlanıyor gibi görülebilir. Ancak, tasarruflar çalışanların iş koşullarında, sunulan hizmetlerin kalitesinde düşüklüğe yol açıyorsa, bunun etkin bir yol olduğu söylenemez (Johnson, 1995, s.10).

Bir önceki bölümde, sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran özellikler nedeniyle, sağlık hizmetleri piyasasının işleyişinde bazı farklılıkların ortaya çıktığı belirtilmişti. Bu özelliği nedeniyle, sağlık hizmetleri piyasasına kamunun yoğun müdahalesi gerekmektedir. Kamu müdahalesini gerektiren diğer nedenlerin başlıcaları şöyledir (Olsan, 1981, s.47)

- Tıbbi teknoloji hakkında tüketicinin yeterli bilgisinin olmaması,
- Sağlık hizmetlerinin bir kısmının (özellikle koruyucu hizmetlerin) yoksullara yönelik olarak sunulma zorunluluğu,
- Sağlık bakımı için üçüncü tarafın ödemedede bulunmasının hizmet kullanımını özendirme.

Son yıllarda refah devleti karşıtı düşüncede olanlar, ekonomik gelişmenin önündeki temel sorunu, fonların özel sektörden üretken olmayan kamuya aktarılması olarak görmektedir. Kaynakların, yeniden dağıtımı ile, ekonominin özel sektörden kamu sektörüne, sermayeden emeğe ve halkın yüksek gelirli kesiminden düşük gelirli kesimine ve halkın üretici (genç)

kesiminden üretici olmayan (yaşlı) kesimine kaydırılması ekonomik performansın düşüş gerekçesi olarak öne sürülmüştür (Navarro, 1991, s. 29).

Liberal ekonomi politikaların yoğun olarak uygulama bulduğu ülkelerde temelde sosyal harcamalarda özelde ise sağlık harcamalarında kısıtlamalara gidilmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında, dağıtımında ve üretiminde özel sektörün payının artırılması temel politika haline getirilmiştir. Hatta bazı ülkelerde kamu kuruluşları özel sektöre satılarak tamamıyla piyasa koşullarına bırakılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu tamamen ya da kısmen özel sektöre devredilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin özel sektöre bırakılması özelleştirme yoluyla gerçekleştirilmektedir. Özelleştirme, hizmetin finansmanının ve buna ait koşulların, kamu politikaları uygulamaları ile özel sektöre devredilmesidir. Bu, bütün yapının ve çalışanları ile birlikte, geleneksel sağlık hizmetlerinden yüksek teknolojiye dayalı hizmetlere kadar sistemin bütününün özel sektöre devredilerek kamunun rolünün azaltılması şeklinde gerçekleşmektedir (WHO, 1993, s. 59).

Ancak bazı ülkelerde, sağlık hizmetlerindeki özelleştirmenin, bütün sistemin özel sektöre bırakılması yoluyla gerçekleşmesinden daha çok, kamu sağlık harcamalarının kısılması, altyapı yatırımlarının azaltılması gibi kamu politikaları uygulamaları ile özel sektörün büyümesine izin verilmesi şeklinde olduğu görülmüştür. Muschell (WHO, 1997, s.6) bunu “pasif özelleştirme” olarak adlandırmıştır. Bu, özel sektörün kamu kaynaklarından yararlandırılması, vergi indirimleri ve çeşitli teşvik uygulamaları ile desteklenmiştir. Bu gelişmeler karşısında kamu denetimindeki sağlık sistemi pasif kalarak uyum sağlamaya çalışmaktadır. Artan yoksulluğa ve hizmete ulaşmada yaşanan zorluklara rağmen, kamu sağlık bütçelerinde azaltmalar yapılmaktadır. Tüm nüfusun sağlık bakım gereksinimi, maliyetlerde etkinliğin sağlanması adına kişilerin ödeme gücüne bırakılmıştır.

Beslenme, içilebilir su, barınma, temiz çevre gibi sağlıkla yakından ilişkili ihtiyaçların karşılanması kamunun varlığını zorunlu kılmaktadır. Sağlık bireysel bir sorun gibi görünse de, çoğu zaman ortaya çıkacak sağlık sorunları toplumsal boyutları ile karşımıza çıkan bir olgudur. Örneğin, bulaşıcı hastalıkların kontrolü tamamen kamu denetiminde olmalıdır. Çünkü bu sorunun çözümü toplumsal fayda yaratan bir olaydır.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme iki görüşle savunulmaktadır. Bunlardan birincisi, hizmet kalitesinin bu şekilde yükseltilebileceği ve böylece verimlilik artırılarak hizmetin

kullanımında adaletin sağlanacağını ileri sürerken, ikincisi ise belki de sistemin kötü işleyişinden kaynaklanan doktor-hasta arasındaki zayıflayan ilişkilerin güçlendirilmesi gereğini vurgulamaktadır (Benetar, 1996, s.1567-1569). Sağlığı tamamen, fiyatı olan bir tüketim malı gibi algılayan özelleştirme taraftarları, sağlık hizmetlerinin sunumunun bütünüyle piyasa koşullarına bırakılmasını savunmaktadır (UN-WHO, 1997, s.1407-1410).

Sağlık hizmetleri finansmanında sosyal verimliliği ve eşitliği sağlamak üzere, kamunun piyasaya müdahalesini zorunlu kılan çeşitli faktörler yer almaktadır. Bunlar, piyasa başarısızlıkları, yoksullukla savaşmada özel piyasaların istekli olmaması ve sosyal faydaları bireylerin verdiği değerden yüksek olan mal ve hizmetlerin sağlanması gerekliliğidir (WHO, 1993, s. 5). Kâr amaçlı sağlık kuruluşlarının piyasada yer alması, sağlık sisteminde umulmadık ve olumsuz sonuçlarla karşılaşılmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle, bir sağlık sistemi, sağlık bakımından yararlanmada maliyetlerin adil bir biçimde paylaşılmasını sağlayan kamunun düzenleyici ve garantör olduğu, özel sigorta şirketleri ile birlikte yer aldığı yapılanmalarla başarılabilecektir.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yapılar çeşitlilik göstermektedir. Çünkü sağlık sistemleri, finansman kaynakları, yöntemleri ve hizmet arzı boyutları ile şekillenmesi, ülkelerin siyasi, ekonomik, ve sosyal yapılarının bir uzantısıdır. Sağlık sistemleri ülkeden ülkeye değiştiği gibi çoğu zaman aynı ülkede birden fazla örgütlenme ve finansman yöntemleri bulunmaktadır. Bu bağlamda, bir yaklaşıma göre dünyada uygulanmakta olan sağlık sistemlerini üç ana grupta toplamak mümkündür: “Kamu Yardımı Sistemi”, “Sağlık Sigortası Sistemi” ve “Ulusal Sağlık Hizmet Sistemi”. Bu üç sağlık sistemi, uygulamada ülkelerin şartlarına göre farklılık gösterebilmektedir. Hatta bir ülkede bu sistemlerden ikisi ya da üçü birarada uygulanabilmektedir (Yıldırım, 1994, s.15). Diğer bir kuramsal yaklaşım ise aşağıdaki tabloda sağlık sistemlerini farklı bir şekilde sunmaktadır. Bu tabloda sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinin yanında, örgütlenme ve sunum biçimlerine göre de bir sınıflandırma yapılmıştır.

Tablo 2.4. Sağlık Sistemlerinin Özelliklerine Göre Sınıflandırılması

Sağlık Sistemi	Tip1	Tip2 Toplumcu	Tip3 Sigorta/Sosyal Güvence	Tip4 Ulusal Sağlık Sistemi	Tip5 Sosyalizasyon
Genel Tanım	Sağlık hizmetlerinin kişisel tüketim malı olması	Sağlık hizmeti asıl olarak bir tüketim malı ya da hizmeti	Sağlık hizmeti sigortalı bir tüketim malı ya da hizmeti	Sağlık hizmeti devlet tarafından desteklenen bir tüketim malı ya da hizmeti	Sağlık hizmeti devlet tarafından sağlanan bir kamu hizmeti
Hekimin konumu	Yalnız (kişisel) hizmet verir	Yalnız ve çeşitli organizasyonların üyesi olarak hizmet verir	Yalnız ve çeşitli organizasyonların üyesi olarak hizmet verir	Yalnız ve çeşitli organizasyonların üyesi olarak hizmet verir	Devlet memuru ve sağlık organizasyonların üyesi
Profesyonel birliklerin rolü	Güçlü	Çok güçlü	Güçlü	Oldukça güçlü	Zayıf ya da yok
Olanakların mülkiyeti	Özel	Özel ya da kamu	Özel ya da kamu	Çoğunlukla kamu	Tamamen kamu
Ödemeler	Doğrudan	Doğrudan ya da dolaylı	Çoğunlukla dolaylı	Dolaylı	Tamamen dolaylı

Kaynak: Tarım, 1991, s.29

2.1 Kamu Yardımı sistemi

Bu sistemde, yeterli mali gücü olmayanlardan sağlık hizmetlerinden faydalanma karşılığında ücret alınmaz iken, belirli bir mali gücü olanlar sigortalanabilirler ya da hizmeti doğrudan satın alabilirler. Bu sistem daha çok, ekonomileri tarıma dayalı ve kırsal nüfusun yoğunlukta olduğu ülkelerde uygulanmaktadır (Yıldırım, 1994, s.15).

Kamu yardımı sisteminde, uygulamada Devletin sağlık hizmetleri alanındaki sorumlulukları ne ölçüde geniş tutulursa tutulsun Devlet bu sorumlulukları yerine getirmekte yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle kamu yardımı sisteminin hakim olduğu tüm ülkelerde özel ya da serbest hizmet arzının ve özel hizmet talebinin önemli bir gelişme gösterdiği gözlenmektedir. Özel kesimin ağırlık kazanmasında Devletin ve özel sigorta sisteminin sunduğu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması ve bu kesimlerde çalışan sağlık personeline yeterli ödeme yapılmaması önemli rol oynamaktadır (Türkkan, 1993, s.103).

Kamu yardımı sisteminin performansını etkileyen iki temel faktör vardır. Bunlardan biri, her düzeyde koordinasyon, yöntem ve iletişim sorunlarının çözülmesi, diğeri de finansman darboğazının giderilmesidir (Türkkan, 1993, s.104).

2.2 Sağlık Sigortası Sistemi

Bu sistem genellikle sanayileşmiş kapitalist ülkelerin uyguladığı bir sistemdir. Bunun yanı sıra, dünyada çok sayıda ülke kısmen de olsa hastalık sigortası sistemini kurmaya yönelmektedir. Sağlık sigortasının esası riskin sigortalılar tarafından paylaşılmasıdır. Sigorta kapsamındaki kişiler ödeme güçlerine göre prim öderler ve hastalığın sözkonusu olması durumunda ödenen prime bakılmaksızın hizmetten ücretsiz ya da kısmen ödeme ile faydalanırlar. Başka bir deyişle, bu sistemde, sağlıklı olma şansına sahip olanlar, hasta olanlar için ödemede bulunurlar. Kamu ve özel kesim, sağlık hizmetleri üretim faktörlerini birlikte kontrol ederler (Yıldırım, 1994, s.15).

Günümüzde sağlık sigortasının, kamu politikalarının en önemli konusu haline geldiği görülmektedir. Hükümetlerin çeşitli yollarla yapmış olduğu sağlık sigortasına bağlı olarak harcamaları artmaktadır. Özel sağlık sigorta şirketlerinin yapmış olduğu harcamaların da buna paralel olarak arttığı görülmektedir.

Sağlık sigortası talebi, diğer mal ve hizmet taleplerinden farklıdır. Sağlık sigortası harcamaları gelecekte karşılaşılabilecek olan sağlık sorunlarına karşı sağlık hizmetleri için yapılmış harcamalar olup, nihai bir tüketim değildir (Feldstein, 1981, s.177).

Feldstein (1981), sigorta talebinin belirleyicisi olarak fiyatın rolünü ön plana çıkarmaktadır. Sigorta poliçelerinin düzenlenmesinde poliçe primlerini iki farklı fiyat etkilemektedir. Bunlar, sigorta prim fiyatı ve sağlık hizmetlerinin fiyatıdır. Sigorta fiyatı, yönetim maliyetleri ve sigorta şirketlerinin kârlarından oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiyatı ise, sigorta talebini belirlenmesinde, hizmetin talep esnekliğine bağlı olarak etkilemektedir. Hizmetin talep esnekliği ne kadar fazla ise yapılacak olan harcamalar da o kadar fazla olacaktır. Bunların yanında bireylerin harcanabilir gelirleri de sigorta talebini etkilemektedir. Yüksek gelirli bireylerin sigorta harcamaları, düşük gelirli bireylere göre daha fazla olmaktadır.

Sağlık sigortası piyasasının en önemli özelliği, sigorta talebinin ve harcamaların büyük bir kısmının bireysel değil de, işçi sendikalarınca ve işverence yapılmış olmasıdır (Feldstein, 1981, s.179). Yapılan çalışmalarda, zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun büyük bir kısmının endüstri kuruluşlarının yoğun olduğu bölgede çalışanların ve ailelerinin olduğu görülmüştür. Ancak çoğu ülkede bu durumda olanlar toplam istihdamın içinde az bir yer tutmaktadır. Çalışanlardan ve işverenlerden kesilen primlerle oluşturulan fonlar, yalnızca sağlık

hizmetlerinin finansmanında değil yaşlılık ve emeklilik gibi hizmetlerin sunumunda da kullanılmaktadır. Kamu sigortacılığının böyle bir işleve sahip olması, sınıf ve etnik farklılıkların ortadan kaldırılmasına yardımcı olarak sosyal adaletin sağlanmasında etkili olmaktadır. Tarımsal üretim ilişkilerinin yaygın olduğu bölgelerde bu tür sigorta uygulamaları gelişmemiştir.

Kamu sigorta programlarındaki hızlı gelişme, toplumdaki bireylerinin gelecekteki risklerden korunma istekliliği ile beraber refah toplumu anlayışında, bireylerin rasyonel olma ve dayanışma olarak yorumlanmaktadır (Rushing, 1986, s.19)

Öte yandan, sağlık sigortasının istihdam üzerinde önemli etkileri de bulunmaktadır. Bu ilişki, sağlık sigortasının, işgücünün hareketliliği üzerinde etkili olması ile ortaya çıkmaktadır. Herhangi bir nedenle iş değişikliği, bireylerin sağlık sigortası ile sağlanan olanaklardan, en azından kısa bir süre içinde olsa yoksun kalmasına neden olacağından, çalışanlar iş değişikliğinden kaçınacaklardır. İşgücünün hareketliliğini engelleyen bu duruma “iş kilitlenme” (job lock) adı verilmektedir (Cutler, 1995, s.32-37).

2.3 Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi

Ulusal sağlık hizmeti sisteminin en önemli özelliklerinden birisi, toplumdaki bireylere sağladığı güvencedir. Ünlü sağlık iktisatçısı Less; ulusal sağlık hizmeti sistemlerinde , sağlık bakım tüketiminde eşitliğin sağlanmasının kaçınılmaz olduğunu söylemektedir (Mooney, 1992, s.123). Less’in sözünü ettiği eşitlik kavramı, bireylerin, beslenme, barınma, giyinme gibi temel ihtiyaçlarının giderilmesinde ortaya çıkan durum için kullanılanla aynı anlamdadır. Bu sistem, zorunlu sağlık sigortası yolu ile kamu denetiminde ve genel vergilerle finanse edilerek işletilmektedir. Bu yolla sağlık bakım kullanımında hakkaniyetin sağlanması amaç edinilmiştir. Sağlık bakım hizmetinin sunulmasında ihtiyaçlar ve ödeme gücü esas alınmaktadır.

Ulusal sağlık hizmetleri sistemi ile sosyal güvenlik sistemleri (özellikle sağlık sigortası sistemi) Batı Avrupa ülkelerinde çoğunlukla uygulanan iki tipik sistem olarak ele alınmaktadır. Sosyal güvenlik sistemi uygulaması olan ülkelerde özel sağlık kuruluşlarının etkinliğinin artması nedeniyle toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payının arttığı görülmektedir.

Elola (1995) ve arkadaşları, Batı Avrupa ülkelerinde yaygın olarak uygulanan bu iki sistemde, sağlık harcamaları ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiyi araştırarak bu iki

sistemden hangisinin daha verimli olduğunu analiz etmeye çalışmışlardır. Çalışmada, sağlık harcamaları, gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) ve bebek ölüm hızları veri olarak yer almıştır.

Sosyo-ekonomik gelişme düzeyinin, göstergelerden biri olan kişi başına yurt içi hasıla, toplum sağlığı hakkında oldukça iyi bir fikir vermektedir. Bununla birlikte, GSYİH'si benzer ancak diğerlerinden daha eşitlikçi davranan toplumların sağlık düzeyindeki gelişmeler daha da ileri düzeydedir. Gelişmiş ülkeler arasında yapılan karşılaştırmalarda, gelir dağılımının daha adaletli olduğu ülkelerde sağlık göstergeleri daha iyi bulunmuştur (Elola-Daponte-Navarro, 1995, s.1397-1401). Analizler, kişi başına sağlık harcamalarının, bebek ölüm oranını, kişi başına GSYİH'den daha iyi açıklayan bir değişken olduğunu göstermiştir. Sağlık sisteminin yapısına göre bir değerlendirme yapıldığında, bebek ölüm hızı ulusal sağlık hizmetleri sistemi için daha düşük bulunmuştur.

Ulusal sağlık hizmetleri sistemlerinin yüksek etkinliğe sahip olması değişik nedenlere dayandırılabilir. Ancak, ulusal sağlık hizmetleri sistemi, sosyal güvenlik sistemlerine göre harcamalar üzerinde daha doğrudan kontrole sahiptir. Bu sistemde, kaynaklar daha eşit dağıtılır, cepten harcamalar daha az olur ve düşük işletim maliyetleri sağlanır (Elola-Daponte-Navarro, 1995, s.1397-1401).

Aşağıdaki tabloda ise, sağlık sistemlerinin yapılanmasında, hizmetin sunum, fon kaynakları ve satın alma biçimleri yönünden bir araya getirildiğinde on iki ayrı yapı ortaya çıkmıştır. Bu, sağlık sektöründe, ekonominin hiç bir sektöründe olmadığı kadar değişik yapıların bir arada olduğunu bize göstermektedir.

Diğer yandan sağlık sistemlerinin finansman biçimi, sağlık sektörünün örgütlenme biçimini de belirlediğinden, bir sağlık sistemi, hizmetin sunumu, fonun oluşturulması ve satın alma ilişkilerine göre de incelenebilir. Tablo 2.5'de bu ilişkiler şematize edilerek açıklanmaya çalışılmıştır.

Tablo 2.5. Hizmetin Üretimi, Fonun Oluşturulması ve Satın Alma İlişkisine Göre Belirlenen Sağlık Sistemleri

Üretim	Fon	Satın Alma	Bazı Özellikleri
1) Kamu	Genel Bütçe	Doğrudan	Hizmetin devlet eliyle sunulduğu durum: eski sosyalist ülkeler, İngiltere, Türkiye, İskandinav ve Akdeniz ülkeleri gibi.
2) Kamu	Kamu Sigortası	Doğrudan	Hizmetin bir kamu sigortasından sağlandığı durum; Türkiye'de SSK, Latin Amerika ülkeleri gibi.
3) Kamu	Kamu Sigortası	Üçüncü El	Kamu sigortasının, üretici başka bir kamu kurumunun finanse ettiği durum: endüstrileşmiş ülkelerin hastanecilik hizmetlerinin önemli kısmı gibi.
4) Kamu	Özel Sigorta	Üçüncü El	Özel sigorta kurumunun, hizmeti bir kamu kurumundan satın aldığı durum; zorunlu sigortanın karşılamadığı hizmetler için kendilerini özel sigortalayanların yararlandıkları durum
5) Kamu	Dış Yardım		Çeşitli sağlık programalarının yürütülmesi amacıyla doğrudan hükümete verilen yardımlar.
6) Kamu	Cepten Ödeme		Çeşitli kamu kurumlarının hizmetinden yararlanırken, kullanıcıların cepten yaptıkları ödeme durumları; kullanıcı ödemeleri.
7) Özel	Genel Bütçe	Üçüncü El	Devlet güvencesinde olanlar için kamu kurumlarının sunamadığı hizmetlerin özel üreticilerden satın alınması. Özellikle yoğun teknoloji içeren tıbbi hizmetlerde.
8) Özel	Kamu Sigortası	Üçüncü El	Bütün gelişmiş ülkelerin birinci basamak sağlık örgütlenmesi. Ayrıca yedinci seçenekteki durumun kamu sigortası için geçerli olması; SSK'nın radyolojik tetkikleri özel radyoloji kliniklerinden satın alması gibi.
9) Özel	Özel Sigorta	Üçüncü El	Özel sigortanın, özel üreticilerden hizmeti satın alması. ABD'de yaygın olarak gözlenen durum; özel şirketler, özel hekim ve hastaneler.
10) Özel	Özel Sigorta	Doğrudan	Hizmetin bütünüyle özel sektörün elinde olduğu durum; ABD'de Sağlık Bakım Organizasyonları (HMO'lar).
11) Özel	Cepten Ödeme		Özel sağlık hizmetlerinden, sigortasız yararlanma.
12) Özel	Dış yardım		Özelleştirme amacıyla kullanılan dış yardımlar.

Kaynak : Kılıç, 1995, s:22

3. Ödeme Yöntemleri

Ödeme yöntemleri, hasta, üçüncü taraf ödeyici ya da her ikisinden hizmet sunucularına yapılan ödemelerin akışını ve miktarını belirlemektedir. Belli başlı ödeme yöntemleri şöyle sıralanabilir: (WHO, 1993, s 37)

3.1 Hizmet Başı Ödeme (Fee-For Service)

Hizmetin tanı, tedavi, ilaç gibi aşamaları ayrı ayrı ve tüm ayrıntılarıyla tanımlanarak fiyatlandırılır. Doktorların gelirinin artırılmasının ön planda yer aldığı bu sistem aşırı kaynak kullanımına neden olmakta ve sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Hizmet başı ödeme yönteminin uygulandığı sistemlerde, hiç verilmemiş bir hizmet verilmiş gibi gösterilebilmekte ve böylece harcamalar fazla gösterilmektedir. Bu yöntem, koruyucu hizmetlerden daha çok tedavi hizmetleri için düzenlenmiştir.

3.2 Vaka Başına Ödeme (Case Payment)

Belirlenen bir hizmet paketi veya bir vaka durumu için belirlenmiş fiyat üzerinden ödeme yapılır. Ödeme, hizmete ait gerçek maliyetten bağımsız olabilir. Bu durum özellikle hastane hizmetleri için geçerlidir.

3.3 Günlük Fiyat (Daily Charge)

Hastane hizmetleri için günlük sabit bir fiyat belirlenir. Hastanede kalınan her ayrı gün için bir ödeme yapılır. Bu yöntem harcamalarda tasarruf sağlamakla birlikte, hastaların uzun süre hastanede tutulmalarına neden olmaktadır.

3.4 Sabit Fiyat Ödemesi (Flat Rate)

Sağlanan belli bir paket hizmet için, anlaşmayla belirlenmiş fiyatın doğrudan ödenmesidir. Son zamanlarda ve özellikle hastanecilik hizmetlerinde kullanılmaya başlanılmıştır.

3.5 Kişi Başına Ödeme (Capitation)

Bir hekimin listesindeki her bir kişi için sabit ve genellikle yıllık olarak yapılan ödemelerdir. Farklı özelliklere sahip bireyler için (örneğin 75 yaşın üzerindeki) farklı ödeme yapılabilir. Bunun nedeni bireysel özelliklere göre hizmet kullanım sıklığının ve kullanılan hizmetin niteliğinin değişmesidir. Bu ödeme yöntemi, aile hekimliği uygulamalarının olduğu ülkelerde çok iyi çalışmaktadır. Kişi başına ödeme yönteminin, çoğu zaman ücretle ödeme ile karıştırıldığı görölmüştür.

3.6 Ücretle Ödeme (Salary)

İş yükünden ve hizmetin maliyetinden bağımsız olarak yapılan sabit ödemelerdir.

3.7 Global Bütçeleme (Global Butgeting)

OECD ülkelerinin çoğu, sağlık bakım harcamalarının bir kısmı ya da tamamının kontrolü amacıyla global bütçeleme yöntemini kullanmaktadırlar. Global bütçeleme, daha sonraki dönemlerde yapılacak olan sağlık bakım harcamalarının etkinliğini artırmak amacını taşımaktadır (Wolfe-Moran, 1993, s.55-57).

Global bütçe belli bir programın tümü için ayrılan ödenektir. Genellikle hastanecilik hizmetlerindeki harcamalar için kullanılır ve maliyeti en aza indirme amacını taşır. Hastanelerde gün başına ödeme sisteminin alternatifi olarak geliştirilmiştir. Bu yolla hastanelerin, kendilerine verilen bütçeyi, daha verimli şekilde kullanmaları beklenir. Son zamanlarda kullanılmaya başlanmıştır.

Tablo 2.6. Çeşitli Ödeme Yöntemlerinin Güçlü ve Zayıf Yanları

Ödeme Yöntemleri	Güçlü Yanları	Zayıf Yanları
Hizmet Başı Ödeme	Üreticinin ödüllendirilmesi çaba ve ürün düzeyine yakından bağlıdır. Üretici uygulamasının analizi kolaydır.	Maliyet enflasyonu ile aşırı ve gereksiz hizmet talebi.
Vaka Başı Ödeme	Üreticinin ödüllendirilmesi ürün düzeyine çok yakından bağlıdır. Üreticiye kaynak kullanımını minimize etme güdüsü verir.	Bütün hastalıkların listelenmesindeki zorluk, ürün ile ödüllendirmenin karışmasına neden olur. Üretici, fazla ödül alabilmek için yanlış tanı bildirebilir.
Kişi Başına Ödeme	Yönetim açısından basittir; üreticinin aktivitesini değerlendirme zorunluluğu yoktur. İleriye dönük bütçeleme kolaylığı sağlar. Maliyeti minimize etme güdüsü verir. Tüketicide seçme hakkı tanır.	Üreticiye yüksek maliyetli ve riskli hastaları reddetme güdüsü verir. Üreticiye, kabul ettiği hastalara az hizmet verme güdüsü verir. Üretici hizmetinin değerlendirilmesi zordur.
Ücret	Yönetimsel açıdan basittir. İleriye dönük bütçeleme kolaylığı sağlar.	Üretici davranışları üzerinde hasta denetimi yoktur. Üreticiye az hizmet verme güdüsü verir.

Kaynak :WHO, 1993, s.125.

Tablo 2.6’da bütün bu yöntemlerin bir karşılaştırması verilerek, aralarındaki temel farklılıklar gösterilmeye çalışılmıştır. Hizmet başı ödeme, üreticinin (özellikle laboratuvar ve yoğun teknoloji kullanan diğer tıbbi bakım hizmetleri için) aşırı tüketimi körükleyici davranışlara neden olmaktadır. Ancak, hizmetin çok üretilmesi ise her zaman kalite artışı anlamına gelmemektedir. Buna karşın kişi başına ödeme, ücretlendirme ve global bütçeleme yöntemleri ise yönetsel açıdan daha etkin olarak görülmektedir.

BÖLÜM 3. BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMLERİNİN İŞLEYİŞİ

Bugün gelişmiş ve belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insana yönelik yapılan yatırım olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden iyileştirilmesine artan oranda kaynak ayırmaktadır. Ekonomik kalkınmanın da temel unsuru olan insan sağlığının korunup-geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için, kalkınmış ülkeler gayri safi milli hasıllarından daha fazla pay ayırabilmektedirler. Bir anlamda, sağlığa yapılan yatırım “üretken yatırım” olarak kabul edilmektedir (Tokgöz, 1981, s.501). Gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemlerinin organizasyon biçimine ve finansman yöntemine bakıldığında az gelişmiş ve gelişmiş ülkelerde var olan sistemlerin büyük farklılıklar taşıdığını görmekteyiz.

Son yıllarda bu ülkelerdeki değişme gösteren demografik yapı nedeniyle hizmetlerin yöneldiği nüfus kitlesi yaşlılar olmuştur. Diğer yandan gelişen teknolojik yapı ile beraber sağlık bakımı için yapılan harcamalar da giderek artmaktadır. Bunun önüne geçilebilmesi için, ülkeler yeni finansman kaynakları yaratacak düzenlemelere girişmektedirler. Bu ülkeler arasında organizasyon ve finansman yönteminin farklı olmasına neden olan uygulamaların olduğunu da görmekteyiz. Bunlardan en önemlisi, bazı ülkeler hizmetin finansmanını ve sunumunu tamamen kamu aracılığı ile gerçekleştirirken bazı ülkeler bunu kâr amacı taşıyan özel kuruluşlar tarafından sunmaktadır. Öte yandan diğer grup bazı ülkelerde bu iki farklı sistemi bir araya getirmeye çalışmışlardır.

Gulyer, Maynard ve Williams’a (Gulyer-Maynard-Williams, 1981, s.121-143) göre sağlık sistemleri iki prototip altında incelenebilir.

Sistem X sağlık hizmetlerine ulaşmanın ödeme arzusu ve gücüne bağlı olduğu serbest piyasa koşullarında tüketici egemenliğine dayalı bir modeldir. Bunun, özel sigortaların yaygın olarak var olduğu bir yapı ile sağlanması amaçlanmaktadır. Sistem, sigorta kapsamındaki hizmetlerin tüketim anında mevcut olmasını, üretimin özel olmasını, üreticilerin piyasada ödüllendirilmesini sağlamaktadır. Bütçe ve kaynak tahsisi konusunda kamu denetimi en aza indirilmiştir.

Sistem X ikili bir yapıya sahiptir. Bu sistem, bir yanda kâr amacı taşımayan sigorta ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ile rekabet halinde olan özel sigortaları; diğer yanda ise, öncelikli olarak yaşlılara, yoksullara ve kronik hastalığı olan bireylerin yer aldığı sağlık

hizmetinden kısmen ya da tamamen yoksun olan kimselere hizmet vermeye çalışan kamuyu bir arada bulundurmaktadır. Bireylerin sigorta kapsamını belirleyen, onların hastalık durumları, yoksulluk ve gelir düzeyidir. Kamu sektörünün kapsamının genişliği ise belirsizdir. Çünkü kamu programları bu sistemde iyi organize olmamıştır. Ayrıca bu sistemde sağlık hizmeti diğer toplumsal mallar gibi (yiyecek, giysi) görülmektedir.

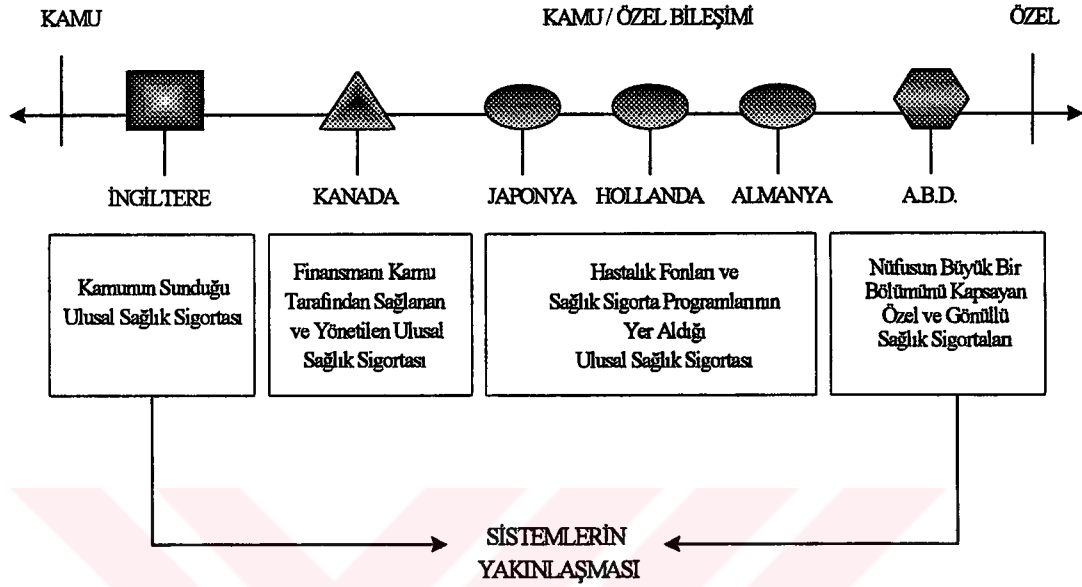
Sistem Y ise toplumun sağlığını iyileştirmek gibi temel prensiplere sahiptir. Sağlık bakımını bireyin gelirinden ve refah düzeyinden bağımsız olarak bir “insan hakkı” olarak görmektedir. Bu nedenlerle sağlık bakımının kullanımında fırsat eşitliğinin yaratılması ve bunun korunması bu sistemde başlıca amaç olarak görülmektedir. Genellikle vergilerle finanse edilmektedir. Üretim, bütçe ve kaynak tahsisi merkezi yönetim tarafından kontrol edilmekte ve düzenlenmektedir.

Bu sistemde yoğun bir kamu müdahalesi yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde kullanılmasını sağlamak amacı ile kamu, kaynakların dağıtımında yoğun olarak müdahalede bulunmaktadır. Kamunun kontrolü özellikle kaynakların bölgeler arasında etkin dağılımını sağlama konusunda görülmektedir.

Gelişmiş ülkelerde uygulanan sağlık sistemleri göz önüne alındığında, bu iki uçtan birinde yer alan ülkelerin yanında, her iki grubun özelliklerini taşıyan karma bir yapıya sahip ülkeler de bulunmaktadır. Sistem X için Amerika Birleşik Devletleri örnek gösterilirken, Sistem Y için İngiltere’de uygulanan sistem örnek alınmaktadır.

Sağlık ekonomisi konusunda çalışmalar yapan İsveçli iktisatçı Bengt Jonsson’un (Graig, 1993, s.6) ortaya koyduğu sağlık sistemleri yapısı, bir çok yerde Gulyer ve arkadaşlarının iki ayrı grup şeklinde biçimlendirdiği sistem ile örtüşmektedir. Jonsson da Birleşik Devletler’deki sistem ile Batı Avrupa’da uygulanan sistemleri birbirlerinden bu şekilde ayırmaktadır. Ancak Jonsson , kamu sektörü ile özel sektörün karşılıklı alış veriş içinde oldukları düşüncesini ortaya koyarak, Gulyer ve arkadaşlarının tanımladığı ve iki ayrı kutupta yer alan sistemleri bir ölçüde birbirine yakınlaştırmıştır. Serbest piyasa koşulları kamu sistemine etki ederken, kamu sisteminin planlamaları da giderek bu piyasayı etkilemektedir. Örneğin, Birleşik Devletler’de “Sağlık Bakım Organizasyonları” (HMOs) aracılığı ile, “Managed Care” adı verilen bir yaklaşım benimseyerek kamunun etkinliği artırılmak istenmiştir.

Aşağıda yer alan şekilde değişik sistemlere sahip ülkeler bir düzlem üzerinde gösterilmeye çalışılmıştır. Bir tarafta yalnızca özel piyasaların aktif olduğu sistem yer alırken diğer tarafta yalnızca kamunun bütün sisteme hakim olduğu sistem yer almaktadır. Diğer sistemlerin bu iki sistemin arasında yer aldığı ve birbirlerine yaklaştığı görülmektedir.



Kaynak : Graig, 1993, s.7

Şekil 3.1 : Bazı Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Sistemleri ve Özellikleri

Birleşik Devletler ve diğer sanayileşmiş Batı Avrupa ülkeleri arasında hem sağlık harcamalarının büyüklüğü, hem de kamu ve özel kesimin sağlık sistemi içindeki ağırlığı farklılık göstermektedir. A.B.D.'de 1997 yılı itibariyle kişi başına düşen sağlık harcaması 3708 dolar iken, diğer OECD ülkelerinde bu 1800 ile 1900 dolar arasında gerçekleşmiştir. Çoğu OECD ülkesinde sağlık bakım maliyetlerinin yaklaşık dörtte üçü merkezi ya da yerel hükümetler tarafından karşılanmaktadır. Örneğin, Kanada ve Almanya'da sağlık harcamalarında kamunun payı %79, Hollanda'da %72 ve İngiltere'de %84 düzeyindedir. Birleşik Devletler'de ise kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı yalnızca %42 düzeyindedir (WHO, 1998, s.224).

Bugün gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine bakıldığında, sistemin özelliklerini ve organizasyonunu yansıtan demografik yapı ile hastalık ve ölüm oranları gibi temel sağlık ölçütlerin dünya standartları düzeyinde olduğu görülmektedir. Sanayileşmiş toplumlarda 65 yaş

ve daha üzerindeki nüfusun giderek artması, sağlık harcamalarının dağılımını önemli ölçüde değiştirmektedir. Bu ülkelerde yaşlı nüfus, toplam nüfusun yaklaşık olarak %15-17 oranına ulaşmış ve bu nedenle, sağlık bakım kaynaklarının %30 hatta %40'ı yaşlıların bakım hizmetleri için ayrılır hale gelmiştir (Rosenthal-Frenkel, 1992, s.3). Bu yönüyle, sanayileşmiş modern toplumlarda sağlık sisteminde yaşanan sorunların esas olarak, zayıf ekonomik yapıdan ziyade demografik yapıda meydana gelen değişiklikler ve gelişmiş toplum olma özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir. Dolayısıyla sağlık sistemlerinde yapılması düşünülen değişiklikler, daha modern sağlık hizmetlerinin nasıl sunulabileceği yönündeki düşüncelere bağlı olarak şekillenmekte ve yeni finansman kaynakları yaratma çabalarının temel nedeni de bu olmaktadır.

1. İngiltere

İngiltere’de sağlık bakımı, devlet denetiminde olan ve finansmanı genel vergilerle sağlanıp, ücretsiz sunulan “Ulusal Sağlık Hizmetleri” (National Health Services) kurumu aracılığı ile yürütülmektedir. Bu nedenle, Ulusal Sağlık Hizmetleri kurumu, özel bir yapıya sahiptir. Özel sektörün varlığına karşın, nüfusun büyük bir kısmı sağlık hizmetlerini bu yolla sağlamaktadır (Kingdom, 1996, s. 127-162). İngiltere ve Galler’de, Ulusal Sağlık Hizmetleri aracılığı ile, ulusal düzeyde hizmetlerin organizasyonu ve denetiminden “Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dairesi”, Kuzey İrlanda’da “Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı”, İskoçya’da ise “İçişleri ve Sağlık Dairesi” sorumludur.

Ulusal Sağlık Hizmetleri, hastane bakımı yönünden üçe ayrılmıştır. Bunlar, temel hizmetler, toplumsal/sosyal hizmetler ve uzun dönem bakım hizmetleridir. Hastane sektörü, herbiri 4-5 milyon kişiden sorumlu, 20 adet “Bölge Sağlık İdaresi”nden (Regional Health Authorities) oluşmaktadır. Her bir RHA ise yaklaşık olarak 15 kadar “Yöre Sağlık İdaresi”ne (District Health Authorities) ayrılmıştır. 200 DHA’nın her biri 4-5 hastaneden sorumlu olarak çalışmaktadır (Graig, 1993, s.152). İngiltere’de hastaneler iç yönetimde bağımsız olup, halk temsilcilerinin de katıldığı bir yönetim kurulunca idare edilmektedir.

İngiltere’de ilk basamak sağlık hizmetleri içerisinde, genel pratisyen doktorlar, diş doktorları, eczacılar, hemşire ve ebeler olan bir ekip tarafından sunulmaktadır. Bu ekip, “Aile Doktoru Komiteleri” (Family Practitioner Committees) tarafından yönetilmekte ve değişik bir kaç bölgesel sağlık idaresi alanını kapsamaktadır. Genel pratisyen doktorlar devlet memuru olmayıp istedikleri yerde çalışabilmektedirler.

Ülkede bugünkü anlamda mevcut sağlık sisteminin temeli, 1911 yılında hazırlanan bir düzenlemeye dayanmaktadır. Bu tarihte ilan edilen “Ulusal Sağlık Sigortası Anlaşması” ile düşük gelirli çalışanlara bir koruma sağlanmıştır. Fakat, bu sigorta planı yalnızca genel pratisyen doktorların sunduğu hizmetleri kapsadığından uzun süre eleştiriler almış ve 1942 yılında iktisatçı Lord Beveridge tarafından sosyal sigorta sisteminde reform niteliğinde olan ve ulusal sağlık hizmetlerini bir plana göre düzenleyen “Sosyal Sigorta ve Bağlı Hizmetleri” (Social Insurance and Allied Services) adlı rapor yayınlanmıştır. Bu raporda, sağlık hizmetlerinin dört temel özelliği birlikte taşınması gerektiği vurgulanmaktadır (Graig, 1993, s. 151). Buna göre sağlık hizmetleri, evrensel, geniş kapsamlı, hastalar için karşılıksız ve genel vergilerle finansmanı sağlanan bir sistemde içinde sunulmalıdır.

Bugün ise, bu özellikler ya da politikalar daha geniş kapsamlı olarak Hurst (1994, s16) tarafından şöyle ifade edilmektedir:

- Toplumun sağlık bakımı, yeterince ve hakkaniyetli bir şekilde sağlanmalıdır. Bu sistemde tüm bireylere minimum düzeyde de olsa finansmanı kamu tarafından sağlanan sağlık bakımı sunulmalıdır.
- Hizmet sunulurken, hastaların ödeme güçlerine ve istekliliğine bakılmamalıdır.
- Sağlık bakımı için, gayri safi milli hasıladan en uygun biçimde pay ayrılması olanaklı kılınarak makroekonomik etkinlik sağlanmalıdır.
- Elde bulunan kaynaklarla hizmet çeşitliliği yaratılarak, tüketici tatmini ve sağlık çıktısında verimlilik sağlanmalıdır. Buna ek olarak her bir hizmet için maliyetler azaltılarak mikroekonomik anlamda verimliliğe ulaşma hedef alınmalıdır.
- Özel sektör düzenlemelerinde olduğu gibi, kamu hizmetlerinde de tüketici için seçim özgürlüğü yaratılabilmelidir.

İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri’nin temel finansman kaynağı genel vergilerden oluşmaktadır. Finansmanın yaklaşık %80’ini genel vergi gelirleri oluştururken, %16’sı sigorta primi katkılarından ve geri kalanı ise hizmet başı ödemelerden oluşmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %84’ü kamu tarafından yapılmakta, bireylerin ceplerinden yaptığı harcamalar ise toplam sağlık harcamalarının %4’ünü oluşturmaktadır. Bunlar, bireylerin gözlük, ilaç gibi malzemelere yaptıkları harcamalardan oluşmaktadır. Ulusal sağlık hizmeti

bütçesi her yıl sabittir. Ancak, enflasyon oranına bağlı olarak gerekli ayarlamalar yapılmaktadır. Ulusal sağlık hizmetleri harcamaları için oluşturulan fon, Birleşik Krallık içerisinde, İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda olmak üzere dört ayrı bölge için paylaştırılmaktadır.

Bu özelliklerinden dolayı, İngiltere’de uygulanan sistem oldukça merkezi bir yapı sergilemekte ve sanayileşmiş diğer batı ülkeleri arasında “aykırı” bir sistem olarak görülmektedir. İngiltere’deki sistem, bireye doğumundan ölümüne kadar yoğun hizmet sunması nedeniyle dünyanın en iyi sistemi olarak görülmektedir. Ülkede kişi başına düşen sağlık harcaması 1997 yılı itibarıyla 1365 ABD dolarıdır. Bu düzeydeki harcama, A.B.D.’de kişi başına düşen sağlık harcaması olan 3708 doların yaklaşık olarak yarısına eşittir. Buna rağmen bebek ölüm oranı ve doğumda yaşam beklentisi gibi sağlık düzeyini yorumlamada kullanılan ölçütler gözönüne alındığında, her iki ülkenin de aynı konumda olduğu gözlenmektedir. Dolayısıyla, bu göstergelere bakarak, İngiltere’deki Ulusal Sağlık Hizmetleri sisteminin, A.B.D.’de uygulanan sisteme göre aynı sağlık düzeyini daha düşük maliyetle gerçekleştirdiği söylenebilir. Yani, İngiltere’de uygulanan sistem daha verimli çalışmaktadır.

Son yıllarda Ulusal Sağlık Hizmetleri’nin performansı ile ilgili çeşitli tartışmalar yapılmaya başlanmıştır. Özellikle, bebek ölüm oranlarında ve orta yaştaki bireyleri etkileme olasılığı daha yüksek olan kalp hastalıkları, kanser gibi hastalıklarla ilgili kötüye giden sonuçlara bakarak bu tartışmalar başlatılmıştır. Ancak, pratisyen doktorların görüşüne göre bu durum, Ulusal Sağlık Hizmetleri sisteminde, toplum sağlığının daha iyiye götürülmesini sağlayacak düzeyde kaynağın ayrılamamasının bir sonucudur (Jefferys, 1992, s.229).

İngiltere’de hükümet, ulusal sağlık hizmetleri finansman yönteminde ve kıt kaynakların daha etkin kullanımını sağlayacak bir takım yapısal düzenlemeler gerçekleştirmiştir. Bu yönde ilk değişiklik 1982 yılında yapılmış ve yönetim aşamaları sistemi kaldırılmıştır. Önceki muhafazakar hükümet, 1970’li yılların başında üç aşamalı yetki sistemi kurmuştu. Finansman, bölgelerden alanlara, oradan da yörelere doğru bir akış göstermekteydi. Yöre idareleri kaynakların kullanımından dolayı alan idarelerine karşı, alan idareleri de bölge idarelerine karşı sorumluydu. Bölge idareleri de Sosyal ve Güvenlik Sekreterliği aracılığı ile merkezi hükümete karşı sorumluydu. 1979 yılında iktidara gelen muhafazakar parti hükümeti, alan idarelerinin bu yapılanmadan kaldırılması ile önemli ölçüde tasarrufta bulunulacağı beklentisi içerisinde bazı değişiklikler gerçekleştirmiştir. Yöre idarelerinde de değişikliğe giderek, yöreleri birleştirmiş ve daha büyük bir yapı oluşturulmuştur. Ayrıca, yörelerde pratisyen doktorların hizmetlerini

yöneten “aile hekimliği komitesi”nin yetkilerinde de değişiklikler yapmıştır (Jefferys, 1992, s.225).

Ülkede, özel sağlık kuruluşları, ulusal sağlık hizmetleri içinde küçük bir yer tutmasına karşın giderek büyümektedir. Özel sağlık bakımı, hizmet başı ödeme yöntemi ile işlemektedir. Özel sağlık bakım kuruluşları ile ulusal sağlık hizmetleri bütünüyle birbirinden ayrı olmayıp, karşılıklı etkileşim içindedirler. 1971 yılında nüfusun %4’ünden daha az bir kısmı özel sağlık sigortası kapsamında iken, bu oran 1980 yılında %5 ve 1992 yılında %12 olmuştur ve giderek de büyümektedir. Özel sağlık sigortasındaki artışın bir nedeni, 1960 ve 1970’li yıllarda işverenlerin, sağladığı özel sağlık sigortası güvencesidir. Bu yıllarda ücretlerin dondurulmuş olması, işverenlerin özel sigortalardan yararlanma teklifini getirmiştir. Çalışanların ailelerini de kapsayan bu uygulama geniş kabul görmüştür. Bugün, özel sigorta kapsamının yaklaşık %70’i işverenler tarafından sağlanmaktadır.

Ülkedeki üç büyük ticari sigorta kuruluşu, özel sağlık sigortasının %90’ını kontrol etmektedir. “İngiliz Birleşik İhtiyat Birliği” (British United Provident Association) özel sağlık sigorta şirketleri içinde en büyüğü olup, piyasanın %60’ına sahiptir. 1980-1987 yılları arasında perakende satış fiyat endeksi %53 oranında artarken, bu şirketin primleri %186 oranında artış göstermiştir (Graig, 1993, s.158).

Özel sağlık sigortaları, bireylere hem özel hastanelerden hem de ulusal sağlık hizmetleri kapsamındaki hastanelerden yararlanma olanağı tanımaktadır. Örneğin, cerrahi operasyonlar için bekleme süresini kısaltmak ya da ortadan kaldırmak için özel sigorta kapsamındaki hastalara kamu hizmetlerinden yararlanma olanağı tanınmıştır. Sistem bu nedenle, özel sigorta hastalarına beklemek yerine bir başka yolla tedavi ve ödeme olanağı sağlamaktadır.

İngiltere’de 1980’li yıllar boyunca, hizmet kalitesinde meydana gelen düşüş, yeterli fon sağlanamaması nedeniyle bazı hastane hizmetlerinin kaldırılması, uzun bekleme listeleri, yaygın olarak görülen ahlaki sorunlar gibi nedenlerle sağlık sisteminde çatlaklar olduğu yönünde görüşler belirtmeye başlamıştır. Bu nedenle, 1989 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri’nde reform niteliğinde “The White Paper” yayınlanmıştır. Bu reformun amacı, sisteme yeniden canlılık kazandırmak ve yeni bir şekil vermektir. Sisteme finansman kaynakları yönünden herhangi bir değişiklik önerilmiyordu. Fakat, hastane hizmetleri sunumu ve harcamalar yönünden bir ayırma gidilmiştir. Yöre sağlık idareleri, hastane harcamalarının yapıldığı temel birimler haline getirilmiş ve harcamaların yapılmasında bu birimlere özerklik tanınmıştır (OECD, 1992, s.122).

Ülkede 1990 yılından itibaren Ulusal Sağlık Hizmetleri hastanelerini özerk bir yapıya kavuşturacak düzenlemeler yapılmıştır. Özerklik tanınan hastanelerin öncelikle “Yöre Sağlık İdareleri”nden bağımsız çalışmaları öngörülmüştür. Örneğin, bu hastanelerin, finansman kaynakları üzerinde daha fazla söz sahibi olması sağlanmış ve sözkonusu hastanelere, kendi sermayelerini artırabilme, personel istihdamında bağımsız davranabilme, ücret ve fiyatları belirleme yetkileri tanınmıştır. 156 hastane bu konuma getirilmiştir ve bu sayı giderek artmaktadır (Brazier-Hutton-Jeavons, 1990, s.221-222). Yapılan bu değişikliklerden sonra, Ulusal Sağlık Hizmetleri faaliyetlerinde, teknik anlamda hedeflenen verimlilik artışına ulaşılabildiği söylenmektedir. Hizmetin üretimi için kullanılan girdiler ve üretim sonucu elde edilen çıktı karşılaştırıldığında, üretim artışının, daha az kaynak kullanımı ile sağlandığı dikkati çekmektedir.

2. Kanada

Kanada’da sağlık bakımının finansmanı genel vergilerle karşılandığından ve eyalet hükümetleri fonlarından önemli bir katkı sağlandığından, sağlık sistemi, çoğunlukla İngiltere’de uygulanan Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemine benzetilmekte ve “kamulaştırılmış sağlık hizmetleri” (socialized medicine) yapısında olduğu vurgulanmaktadır (Graig, 1993, s.49). Gerçekte, sağlık hizmetleri bütünüyle özel sektör tarafından sunulmaktadır. Hastalar, istedikleri doktoru özgürce seçebilmektedirler. Sağlık hizmetleri finansmanının kamu tarafından sağlandığı ve hizmetlerin özel kesim tarafından sunulduğu bu sisteme “kamulaştırılmış sigorta sistemi” (socialized insurance) adı verilmektedir. Hizmetin sunumu özel piyasaya bırakılırken, kamu eyalet yönetimleri aracılığı ile kontrolünü sürdürmektedir.

Kanada’da, bireylerin gelir düzeyine ve sağlık durumlarına bakılmaksızın bütün bireyleri güvence altına alan bir sağlık programı uygulanmaktadır. Öte yandan temel sağlık hizmetleri için hiç bir birey kendi cebinden ödeme yapmak zorunda değildir. Sağlık güvencesi, bireyin iş sahibi olup olmadığına ya da örneğin eyaletler arasında yer değiştirmesine bakılmaksızın sınırsız bir şekilde sağlanmaktadır.

Ülkede altı eyalette, eyalet yönetiminde olmak üzere, hastane sigorta planı uygulanmaktadır. Geriye kalan dört eyalette ise, çalışmaları sağlık bakanlığına bildirilen ve özel komisyonlar tarafından yönetilen hastane planları uygulanmaktadır (Graig, 1993, s.50-51).

Kanada’da doktorların büyük bir bölümü özel sektörde çalışmakta ve hizmet başı ödeme yöntemi uygulanmaktadır. Her bir hizmetin fiyatı, bir hizmet tarifesine göre tespit edilmektedir. Bu tarife ise eyalet hükümeti ile sağlık organizasyonları arasında yapılan anlaşmalara göre tespit edilmektedir. Hastalar tarafından, doktorlara bir hizmetin karşılığı olarak ödemede bulunulmazken, bütün ödemeler eyalet sağlık planı aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Kamuya bağlı olarak çalışan doktorlar, hastalardan, yerine getirdikleri hizmet karşılığı herhangi bir ücret talebinde bulunmamakla beraber, bir doktor hem kamu hem de özel kesimde çalışabilmektedir (Graig 1993, s.51).

Daha önce de belirtildiği gibi Kanada’da uygulanan geniş kapsamlı bir genel sağlık sigortası sisteminin finansman kaynağı genel vergilerden oluşmaktadır. Düzenli ve sürekli ekonomik büyüme, sağlık sektörü açısından yaşam kaynağı sayılmaktadır. Bu yüzden, ülkedeki eyaletlerin ekonomik bakımdan oldukça iyi durumda olmaları önemlidir. Böylece, Eyalet bütçelerinden, yaklaşık olarak %20 ile %30 arasında değişen oranlarda sağlık harcamaları için pay ayrılmaktadır.

Hastaların herhangi bir sağlık hizmeti tüketimi sonrasında bir fatura ödememeleri, hizmetlerin bireyler için bedelsiz olduğu anlamına gelmemektedir. Örneğin, gelirler üzerinden alınan vergiler Birleşik Devletler’le karşılaştırıldığında %15-20 daha yüksek gözükmektedir. Üstelik, mal ve hizmetler üzerine konulan vergi oranları da daha yüksektir (Graig, 1993 s. 52).

Kanada sağlık sisteminde, 1984 yılında Federal Hükümet ile Eyalet Hükümetleri arasında imzalanan “Kanada Sağlık Anlaşması” (Canada Health Act) önemli bir yer tutmaktadır. Bu yasa, kısmen 1970’li yıllarda yaşanan ekonomik krize bağlı olarak ücret ve fiyatların kontrolünü amaçlayan federal hükümet uygulamalarından da etkilenerek hazırlanmıştır. Yasalaşan bu anlaşma kamuoyu tarafından da büyük destek görmüştür.

Bu yasa, Federal Hükümete, aşağıda sayılan temel prensiplere uymaları durumunda eyaletlere ekonomik yaptırımlar uygulama yetkisini de beraberinde getirmektedir. Eyaletleri çeşitli yükümlülükler altına alan bu temel prensipler ise şöyle sıralanabilir: (Contandriopoulos-Lesemann-Lemay, 1995, s.40).

- **Kamu yönetimi (Public Administration) :** Eyalet sisteminde, her türlü parasal akış ve kayıt eyalet hükümetleri tarafından kontrol edilmeli ve söz konusu bu sistem kamu idaresi tarafından kâr amacı taşımadan yönetilmelidir.

- **Kapsamlılık (Comprehensiveness)** : Sistem, bütün sigortalılara sınırsız bir şekilde sağlık hizmeti sunmalıdır.

- **Tektiplilik (Universality)** : Eyalet nüfusunun tamamına , tek tip koşullar içeren bir plan dahilinde hizmet sunulmalıdır.

- **Taşınabilirlik (Portability)** : Bir birey, yerleşik olduğu eyaletten başka bir eyalete geçtiğinde sağlık sigortasının sağladığı güvence devam etmelidir.

- **Ulaşılabilirlik (Accessibility)** : Sigortalılara sunulan sağlık hizmetleri, doğrudan ya da dolaylı hiç bir engel olmadan garanti edilmelidir.

Bu temel prensiplerin uygulaması günümüzde de devam etmektedir. Bu yasa ile, gereksiz yere yapılan ödemeler ortadan kaldırılmıştır.

Kanada’da sağlık bakım sistemi, büyük ölçüde özel ve kamu çizgisinde yönetilen bir yapıya sahiptir. Bu sistemde, hastanelerin büyük bir kısmı özel, gönüllü ya da kâr amacı taşımayan kuruluşlarca işletilmektedir. Global bütçe uygulaması ile planlama yapılmakta ve harcamalar karşılanmaktadır. Fakat, kamu düzenlemesi oldukça yoğundur. Buna bakarak, Kanada sağlık sistemini kamu ve özel düzenlemelerin birlikte işlediği bir sistem olarak görebiliriz.

Eyalet sağlık bakım bütçelerinin büyük bir kısmının hastane harcamalarına ayrılması nedeniyle, hastane bütçesinin kontrolü önem taşımaktadır. Yıllık global hastane bütçesi, eyalet yönetimi ile her bir hastane arasında yapılan anlaşmalarla belirlenmektedir. Daha sonra, bu bütçe hastane hizmetleri için ayrı ayrı dağıtılmaktadır. Bu şekilde maliyetlerde ve harcamalarda kontrol sağlanmaya çalışılmaktadır. Diğer bir kontrol mekanizması ise, doktor masraflarının karşılanması için oluşturulan vizite fiyat çizelgeleridir. Doktor masraf ödemeleri, eyalet bütçesinden hizmet başı ödeme yöntemine göre yapılmaktadır.

Kanada’da hizmet bedellerinin ödenmesinde tek bir yetkili birimin yer alması, özellikle yönetim maliyetlerinin, diğer ülkelere göre daha düşük olmasını sağlamıştır. Ödeme sistemi, işin içine bireyleri katmadan, modern bilgisayar programları da kullanılarak en verimli şekilde çalışmaktadır. Bireyler kredi kartı benzeri sağlık kartları (health card) kullanarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Bu uygulamalar yönetim maliyetlerinde azalma şeklinde kendini göstermektedir.

Ülkedeki sağlık sigortası uygulamasının başarılı olmasının bir diğer nedeni, federal hükümetin, her bir eyaletin yapacağı sağlık bakım harcamalarından kaynaklanan maliyetin %40'ını karşılayacağını taahhüt etmiş olmasıdır. Her yıl, yenilenen sözleşmelerle eyalet hükümetleri ile hizmet sunan birimler arasında hizmet fiyatlarının belirleniyor olması ve hastane harcamalarında global bütçe uygulamasının varlığı, Kanada'da uygulanan planın başarılı olmasındaki başlıca neden olarak gösterilmektedir (Marmor, 1991, s.422-427).

Kanada'da hizmetin tektiplilik taşıması iki önemli yolla sağlanmıştır. Birincisi, her Kanada yurttaşına aynı hakkı tanıyan bir eyalet sigorta programının olmasıdır. Bütün Kanada'lı bireyler eşit şart ve koşullar (equal terms and conditions) içeren aynı sigorta kapsamına dahil edilmişlerdir. Diğer gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, Kanada yurttaşları sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmektedir. İkincisi ise, özel sigortaların, kamu sigortalarının var olduğu yerlerde hizmet sunmasının yasalarla engellenmiş olmasıdır (Marmor, 1991, s.422-427).

3. Japonya

Japonya'da var olan sağlık bakım sistemi de diğer sanayileşmiş ülkelerde olduğu gibi, hizmetin sunulmasında kalitenin en iyi şekilde sağlanması ve hizmetin kullanıcılara en az maliyetle sağlanması hedeflerini gerçekleştirmeyi amaç edinmiştir. Bütün yurttaşların, ödeme güçlerine bakılmaksızın hizmetleri kullanması sağlanmıştır. Sağlık bakım hizmetleri özel sektör aracılığı ile sunulmaktadır.

Bütün işverenlerin çalışanlara sigorta güvencesi verdiği sistem, kamunun düzenlenmesi altında, hem özel hem de kamu sigorta planları ile yürütülmektedir.

Japonya, doğumda yaşam beklentisinin en yüksek olduğu bir ülkedir. Bundan kırk yıl önce bu yaş sınırının erkeklerde 50, kadınlarda ise 53.9 gibi düşük bir düzeyde olması ve bunun yanında, bugün bebek ölüm oranının dünyada en düşük olan ülke olması nedenleriyle Japonya'nın bir "sağlık mucizesi" (health miracle) yarattığı düşünülmektedir (Graig, 1993, s.131).

Japonya, Almanya'da olduğu gibi, genel sosyal sigorta programı uygulamaktadır. Sağlık sigorta sisteminde, göze çarpan bir şekilde özel sektöre rol verilmiş olup, çalışanlar ile işverenler, sistemin finansmanına birlikte katkıda bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri dağıtım sistemi Amerika'daki gibi çalışmaktadır. Örneğin bir hasta istediği doktora gitme hakkına sahip

olup, sağlık bakım hizmetlerini hem özel hem de kamu hastanelerinde bulunan doktorlardan alabilmektedir. Bu tipik benzerliğe karşın bazı farklılıklar yer almaktadır. Birincisi, hastane mülkiyeti konusunda, Japon yasaları, bireyin kâr amacı taşıyan hastanelerin hem yatırımcısı hem de sahibi olmasını yasaklamıştır. Bütün hastanelerin yaklaşık %80'inden fazlası özel mülkiyet olup, bunların üçte biri kişilerin mülkiyetindedir. İkincisi, klinikler, özel doktorlar tarafından çalıştırılmaktadır. Üçüncüsü, Japon yasaları, özel hastanelerin bir tıbbi sorumlusu olmasını zorunlu kılmaktadır. Yönetici doktorlar, tıbbi sorumlulukları kadar yönetim bakımından da sorumludurlar (Graig, 1993, s.135).

Özel hastanelerin bütünüyle kâr elde amacı taşıması yasayla engellenmiş olmasına karşın, hastane hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde yapılacak yatırımlar için kâr elde etmelerine izin verilmektedir (Graig, 1993, s.135).

Japonya'da doktorlar Almanya'da olduğu gibi iki gruba ayrılmıştır: Ayakta tedavi hizmeti sunan doktorlar ve hastanede görev yapan doktorlar. Bütün doktorların yaklaşık olarak üçte biri özel doktor olarak ve çoğunlukla bireysel çalışmakta ve hizmet başı ödeme sistemi kullanılmaktadır. Hastane doktorları, hastanelerde tam zamanlı olarak ve maaş karşılığında çalışmaktadırlar. Ancak hastane doktorlarının, özel hizmet sunan doktorlardan daha az kazanç elde ettikleri gözlenmektedir.

Her Japon yurttaşı, ya kamunun ya da çalıştığı kuruluşun sunduğu bir sigorta planının üyesi olmak zorundadır. Bu planlar geniş bir hizmet yelpazesine sahip olup, kamu denetiminde hizmet sunmaktadırlar (Graig, 1993, s.136).

Japon sağlık bakım sistemi, iki önemli sigorta planı çerçevesinde organize olmuştur: Çalışanlar ve onların ailelerine hizmet veren sigorta programı ve bu grupların dışında kalanlara hizmet veren ulusal sağlık sigortası programları. Ülke nüfusunun yaklaşık %65'i çalışanlara hizmet veren sigorta programının kapsamı altında yer almaktadır. Nüfusun geriye kalanı ise (işsizler, yaşlılar ve kendi işinde çalışanlar) ulusal sağlık sigortası kapsamına alınmışlardır (Graig, 1993, s.137- Iglehart, 1992, s.153).

Çalışanlar ve onların yakınlarına hizmet veren sağlık sigorta programları ya "sağlık sigortası toplulukları" (health insurance societies), ya "kamu", ya da "karşılıklı yardım birlikleri" (mutual aid associations) tarafından yönetilmektedir. Büyük şirketler (700'den fazla kişi çalışanı olanlar), çalışanları için kendi kurdukları sigorta planlarını oluşturabilmektedirler.

Sağlık sigorta toplulukları, toplam olarak üç bin ya da daha fazla çalışanı olan iki ya da üç firma tarafından kurulmaktadır. Bu topluluklar, özel olmalarına karşın, A.B.D.'deki özel sigortalardan farklı olarak, tamamıyla Sağlık ve Refah Bakanlığı'nın denetiminde ve kamu amaçları doğrultusunda, kamunun yönettiği planlara alternatif olarak kurulmuşlardır. "Kempo Kumias" adı verilen bu topluluklar yalnızca bir sağlık sigortası olarak görülmemektedir. Şirketler, her bir personelini, şirketin sahip olduğu bir yatırım olarak görmekte ve onların sağlıklı olmasına önem vermektedir (Graig, 1993 s.137).

Orta ve küçük ölçekteki işletmelerin çalışanları ise kamu tarafından yönetilen bir sigorta planı kapsamındadırlar. Kamunun finansal aracı olduğu bu planlarda, çalışanlar ve işverenler maliyetlere ortak olarak katkıda bulunmaktadır.

Özel olan sağlık sigorta toplulukları ile kamu denetimindeki sigorta planları arasında üç önemli fark yer almaktadır. Birincisi, daha önce de sözü edildiği gibi, organizasyon yapılarında, firma büyüklüğünden kaynaklanan farklılıklar vardır. İkincisi, kamunun denetimindeki sigorta planlarına ait primler yasayla sabit bir oran olarak belirlenmiştir. Sağlık sigorta topluluklarına ait primler ise serbestçe belirlenmektedir. Üçüncüsü ise, sağlık sigorta toplulukları, hastalık durumunda ek fayda sağlayacak olanaklar verebilmekteyken, kamu yönetimindeki sigorta planları yalnızca yasayla belirlenmiş olan hizmetleri sağlamaktadır (Graig, 1993, s. 137).

Karşılıklı Yardım Birlikleri, örneğin öğretmenler ve diğer okul personeli gibi, yerel ya da ulusal düzeyde hükümet çalışanlarını kapsayan bir sigorta planıdır. Bunlar, gemi çalışanları ya da inşaat sektöründe çalışanlar için kurulmuş sigortalar da olabilmektedir (Iglehart, 1992, s.154).

Ülkedeki Ulusal Sağlık Sigortası Programları ise, yukarıda sözü edilen herhangi bir programa kayıtlı olmayan, kendi işinde çalışan, işsiz ya da emeklilere hizmet vermektedir. Aynı zamanda, yaşlı, düşük gelirli ve hiçbir geliri olmayan kişilere de hizmet vermektedir. Bu programlar, ya yerel hükümetler tarafından ya da esnaf birlikleri tarafından idare edilmektedirler.

Japonya'da sağlık sigortası finansmanı Almanya'da olduğu gibi, çalışanların ve işverenlerin katkılarıyla sağlanmaktadır. Sigorta katkı oranları, sigorta biçimine göre değişmektedir. Aşağıdaki tabloda bu ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Japonya’da Sağlık Sigortası Finansmanı

Sigorta Planları	Primler	
	<u>Çalışan</u>	<u>İşveren</u>
Kamu Sigortası	4.1	4.1
Birlik Sigortaları (ortalama)	3.6	4.7
Denizci Sigortası	4.4	4.4
Karşılıklı Yardım Birlikleri (ortalama aralık)	4.1 ile 4.5	4.1 ile 4.5

Kaynak: Graig, 1993, s.139.

Japon hasta klinikleri en fazla 19 yatak kapasiteli olacak şekilde hizmet sunmaktadırlar. Fakat hastalar burada en fazla 48 saat kalabilmektedirler. Öte yandan ülkede daha büyük hastaneler de vardır. Bunlar genellikle kamunun denetiminde olan hastanelerdir. Klinikler ile hastaneler arasında yoğun bir rekabet yaşanmaktadır. Bu nedenle çoğu zaman, çok gerekli görmedikçe klinik doktorları, hastaların hastaneye gitmeleri konusunda istekli davranmamaktadırlar. Buna karşın yine de her iki birim de aynı tür hizmetleri sunmaktadır (Iglehart, 1992, s.161).

4. Hollanda

Hollanda’da sağlık bakım sistemi, özel ve kamu kesimlerinin özelliklerini birlikte yansıtan bir sistemdir. Hasta hakları, kaliteli hizmet sunumu, sağlık sigortası, planlama ve fiyat gibi faktörlerin kontrol edilmesi ve düzenlenmesinde kamunun rolü büyüktür. Buna karşılık, hizmet sunumu neredeyse bütünüyle özel kuruluşlar tarafından yerine getirilmektedir. Sistem, temelde bir sigorta sistemi olup, sistemin finansmanı, hastalar ile hizmet sunucuları arasında özel sigorta şirketleri ve sağlık sigorta fonları’nın (hastalık fonları) aracılık etmesi ile çalışmaktadır. Sağlık bakım maliyetlerinin toplamı, gayri safi yurtiçi hasılanın yaklaşık %8 ile %9’unu oluşturmaktadır. Bu oran Batı Avrupa ülkelerinin ortalama değerine yakındır. Bazı sağlık ölçütlerine bakıldığında, Hollanda yüksek sağlık standartlarına sahip olan bir ülke görünümündedir. Doğumda yaşam beklentisi erkeklerde 73.8, kadınlarda ise 80.1 düzeyindedir. Bebek ölüm oranı ise bin canlı doğumda %6.3 olup, neredeyse dünyada en düşük düzeydedir (Elsinga-Rutten, 1997, s.605-620). Nüfusun büyük bir bölümü, zorunlu kamu sigorta programının kapsamında olup, sigorta hizmetlerinin yaklaşık üçte biri özel sağlık sigortalarınca verilmektedir. Hollanda’daki sistem Alman sosyal sigortası ile A.B.D.’de uygulanan özel sigortacılığın bir sentezi gibi çalışmaktadır.

Kamu ve özel sigortalar tarafından bütün nüfusun kapsam altına alındığı sistemde, gayri safi milli hasıladan sağlık harcamaları için ayrılan payın ve kişi başına düşen sağlık harcamasının Birleşik Devletler’le karşılaştırıldığında daha az olduğu görülmektedir (Graig, 1993, s. 115).

Hollanda’da sağlık sigortasının kökenleri, Almanya’da olduğu gibi, ortaçağdaki meslek loncaları (guilds) üyelerine sağlanan hizmetlere kadar uzanmaktadır. Bunun yanında diğer meslek gruplarına da (küçük çiftçiler gibi) hizmet verilmekteydi. Ulusal Sağlık Sigortası uygulaması ise Almanya’nın II. Dünya Savaşı sırasında ülkeyi işgal etmesi ile başlamıştır. Bu tarihlerde 650 kadar “hastalık fonu” (sickness fund) kurulmuş ve bunlar nüfusun yaklaşık olarak yarısını kapsamıştır. Hastalık fonlarının bu şekilde yaygınlaştırılması Almanya için iki nedenle önem taşımaktaydı: Birincisi, sağlık sigortası uygulaması, Nasyonal Sosyalizm’in propagandası için bir araç olarak kullanılmıştır. İkincisi ise, Almanya’da olduğu gibi çalışanların da işverenler gibi sigorta maliyetlerinin karşılanmasına katkıda bulunması sağlanarak, iki ülke sanayisi arasında bir dengenin kurulması amaçlanmıştır (Graig, 1993, s.117).

Savaşın sonra, Hollanda aynı sistemi uygulamayı sürdürmüştür. 1980’lere gelinceye kadar değişiklikler gösteren sistem, bu yıllarda dört ayrı programdan oluşuyordu. 1992 yılı itibarıyla aylık maaşı 32 bin ABD dolarının altında olanların kapsama alındığı “Kamu Sigorta Programı” (ZFW) bunlardan birisidir. Nüfusun yaklaşık %62’sini kapsayan bu programların finansmanı çalışanların ve işverenlerin katkıları ile sağlanmakta olup, sözkonusu programlar ile 18 yaşın üzerindeki bireylere her türlü hastane ve doktor hizmetleri sunulmaktadır (Graig, 1993, s.117). Sağlık bakımının finansmanı, çalışanlar ve işverenlerden kesilen primler, emekli fonları ve işsizlik fonları tarafından karşılanmaktadır. Bu şekilde, işsizler, yoksullar ve yaşlılar dahil bütün nüfus sağlık sigortası kapsamına alınmış olmakta ve herkese hizmet verilmektedir.

Doktor masraflarının karşılanması, doktorun genel pratisyen ya da uzman olup olmadığına göre değişmektedir. Özel sağlık sigortası kapsamındaki hastalar hizmet başı ödemedede bulunurlarken, hastalık fonları üyeleri ise kişi başı ödeme yöntemine göre masraflara katılırlar. Çoğu doktor her iki koşulda da hasta kabul etmektedir. Hastalar, genel pratisyen doktorların onayı olmadan herhangi bir uzmana gidemezler (OECD, 1992, s.89).

Ülkedeki bütün hastaneler, kâr amacı taşımayan kuruluşlardan oluşmaktadır. Hastane sistemi Alman sistemine benzemektedir. İki önemli faktörün varlığı nedeniyle maliyetlerde kontrol sağlanabilmektedir. Bunlardan birincisi, hastanelerin, ileride gerçekleştirilecek olası harcamaları, hastalık fonları ve özel sigortalarla yapılan anlaşmalarla, önceden belirlenen bir

bütçe ile karşılaşmasıdır. İkinci olarak ise, maliyetler, planın işleyişi sırasında sürekli olarak kontrol altında tutulmaktadır. Bunun yanında, kamu tarafından, hastane hizmet sunum miktarlarına ve teknolojik harcamalara sınır konulabilmektedir. Global bütçeleme ve katı planlama sistemi uygulamaları ile ülkede sağlık maliyetlerinde önemli kontroller sağlanabilmektedir (Graig, 1993 s.120).

5. Almanya

Alman sağlık bakım sistemi, A.B.D.'de uygulanan sağlık sistemi ile benzerlikleri olan bir sistemdir. Hizmetler, her iki ülkede de yerel ve merkezi hükümetler aracılığı ile sağlanmaktadır. Yine her iki ülke sisteminde, kamu ve özel finansman yapısı benzerlikler taşımakta ve çalışanlar sistemin finansmanına doğrudan dahil edilmektedir. A.B.D.'de uygulanan Medicare ve Medicaid programlarına benzer bir yapı Almanya'da da uygulanmakta ve belli nüfus gruplarına bu şekilde hizmet verilmektedir.

Alman sağlık bakım sistemi, Kanada'da olduğu gibi genel sağlık sigortası sunmasına karşın, bu, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri boyutunda değildir. Diğer yandan, İngiltere'den farklı olarak, Alman sağlık bakım sistemi kamu tarafından işletilmemektedir. Kamu, sağlık hizmetlerini sunmaktan çok, sağlık sisteminde düzenleyici konumundadır. Sağlık sigorta şirketleri sistemin merkezini oluşturmaktadır.

Alman sağlık sisteminde, hizmeti sunanlar ile talep edenler çok taraflı olup, çalışanlar en önemli hizmet talebinde bulunan kesimdir. Bu nedenle bu sistem, Kanada sisteminden çok A.B.D. sistemine yakın bir özellik taşımaktadır. Almanya'da sağlık bakımı bütünüyle özel hastaneler ve doktorlar tarafından verilmektedir.

Alman sağlık bakım sisteminin finansmanı beş ayrı kaynaktan elde edilen gelirlerle sağlanmaktadır. Bunlar;

- Genel vergiler (merkezi, federal, yerel),
- Çalışanlar ile işverenler arasında eşit bir şekilde paylaştırılmış, maaşlar üzerinden alınan vergiler (payroll tax),
- Özel sigorta primleri,

- Cepten ödemeler ve

- Maaş gelirlerinin karşılamadığı durumlarda kamu ve özel sektörde çalışanların yaptığı ödemeler (Graig, 1993 s.96).

Sağlık bakım harcamaları için çalışan/işveren katkısı %60 düzeyinde olup, merkezi, federal ve yerel hükümetlerin katkısı (vergi gelirleri aracılığı ile) %21 düzeyindedir. Geriye kalan %11 hastaların cepten ödemeleri olup, özel sağlık sigortası harcamaları ise %7 düzeyindedir.

Hastalık Fonları (sickness funds), Alman sağlık sisteminin temeltası sayılmaktadır. Ülkede bir ağ şeklinde kurulmuş şekilde 1 150 hastalık fonu yer almaktadır. Hastalık fonları, kâr amacı taşımayan organizasyonlar olarak nüfusun yaklaşık %90'ını kapsamaktadır ve belli bir gelir seviyesinde olanlar için zorunludur (Graig, 1993 s, 90).

Hastalık fonları iki kategoride ele alınmaktadır: Kamu sigorta fonları ve ikame fonlar (substitute fund). Aslında hastalık fonları belli çalışma alanlarında yoğunlaşmıştır. Madenciler ve fabrika işçilerinin yoğun olduğu bölgelerde üye sayısı daha fazladır. Bu fonların denetimi çalışanlar ile işverenler tarafından yürütülmektedir. Her iki grubun bu fonlara katkı oranları %8 ile %16 arasında değişmektedir.

Ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanı 1972 ile 1985 yıllarında yapılan kanunlarla yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemelerle aşağıdaki uygulamalar gündeme gelmiştir:

- Sermaye harcamaları tamamen devlet bütçesi fonlarından karşılanacaktır.
- Hastane cari maliyetleri, yatak-gün (per-diem) ödemeleri ile karşılanacaktır.
- Yatak-gün oranları, hastanenin bütün yönetim giderlerini karşılayabilecek şekilde sabit olmalıdır. Bu düzenleme, hastaneler arasında farklı olabilir ama bütün hastalar için aynı olmalıdır (Schulenburg, 1992, s.91). Sermaye harcamaları, yasalarla belirtilmiş, hastane inşaatı ve onarımı ile demirbaş için yapılmış olanları kapsamaktadır. Per-deim oranları, hastalık fonları ile hastaneler arasında yapılan anlaşmalarla belirlenmektedir.

Almanya'da hastanelerin bu şekilde finansmanı (per-diem) beraberinde bazı sorunlar yaratmaktadır. Örneğin, hastalar çoğu zaman cuma günü yatırılmakta ve pazartesi günü taburcu edilmektedir. Buna karşın hafta sonları hiç bir tıbbi işlem yapılmamaktadır. Yatak-gün

yöntemi ile finansman şekli maliyetlerde artışlara neden olmaktadır. Ayrıca, per-diem oranları geçmiş dönem bilgilerine dayanılarak hesaplandığından, hastane sistemi maliyetlerinin azaltılması ve kaynakların daha etkin kullanılması mümkün olmamaktadır (Graig, 1993, s.91).

Hastalık fonları harcamalarının yaklaşık olarak %19'u ilaç ve tıbbi araç-gereç için yapılmaktadır. Bu oran, dış bakımı ve ayakta tedavi verilen hizmetler için yapılan harcamalardan daha fazladır. Ortaya çıkan bu yüksek harcamalar, aşırı tüketimden ve yüksek fiyatlardan kaynaklanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, Alman doktorların, her bir hasta için yılda ortalama 11 reçete yazdıkları, bunun ise A.B.D.'de olandan üç kat daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. İlaç tüketiminin bu kadar fazla olmasının nedeni ise hastalık fonları ve özel sağlık sigortalarının bu harcamaların tamamını karşılaması olarak gösterilmiştir (Schulenburg, 1992, s.92)

Nüfusun bütünü sağlık sigortası kapsamı altındadır. Hastalık fonları, nüfusun %88'ini kapsamakta, üyelerine doğrudan ödemede bulunmaktadır. Bu fonlar, nüfusun yaklaşık %60'ını kapsayan "Kamu Sigorta Düzenlemesi" (State Insurance Regulation) ve nüfusun %28'ini kapsayan "İkame Fonlar" (Substitute Funds) olarak ikiye ayrılmıştır. Özel sigortalar ise nüfusun yaklaşık %10'unu kapsamaktadır (OECD, 1992, s.59).

Hastalar, aile planlaması, dış bakımı, ayaktan ve yatarak verilen tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon gibi tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerden bütünüyle yararlanma olanağına sahiptir. Halk sağlığı ve psikiyatri hizmetleri en üst düzeyde sağlanmaktadır. Hastalar, genel pratisyen doktor ya da bir uzmanı seçme hakkına sahiptir. Hastalık fonlarından yaralananlar genellikle en yakın hastanelere gidebilirlerken, özel sağlık sigortası hastaları ve bazı hastalık fonları hastaları bölge dışındaki hastanelere gidebilmektedir. Hastane bakımı ile ayakta tedavi arasında kesin bir ayırım vardır. Hastanelerde ayakta tedavi hizmeti verilmemektedir (OECD, 1992, s. 59).

Alman nüfusunun yaklaşık %90'ı, 650 hastalık fonundan (Krankenkassen) birinin güvencesi altındadır. Nüfusun geri kalan, %9'u özel sağlık sigortalarının kapsamında iken, %0.2'si herhangi bir sigorta kapsamında yer almamaktadır (Schulenburg, 1997, s.621-633).

Alman Hükümeti, sırası ile 1977, 1982, 1983, 1993 ve 1996'da yapılan ve 2000 yılında yapılacak olan bir dizi reformla sağlık bakım sisteminde önlemler almak istemiş ve bazı düzenlemeler getirmiştir. Hastaların meslekleriyle ilgili daha iyi bilgiler elde etmek, hizmet

sunumunda açıklık, ödeme sisteminde ve bir bütün olarak sağlık bakım sisteminin ürünlerinde düzenlemeler yapmak, hasta yatak ve doktor sayısında düzenleme yapmak gibi yeni ve değişik öneriler, “Bilimsel Danışma Kurulu” (Council of Scientific Advisors) tarafından, “Federal Sağlık Bakanlığı”na (Sacheverstandigenrat der Konzertierten Aktain im Gesumdweswesen) sunulmuştur (Schulenburg, 1997, s.621-633).

6. Amerika Birleşik Devletleri

A.B.D. diğer gelişmiş ülkelerin tersine sağlık hizmetlerinde kamu düzenlemesinin en az olduğu ülkedir. Yalnızca, koruyucu sağlık hizmetleri bütünüyle kamu tarafından verilmektedir. Buna karşın, sağlık harcamaları için gayri safi milli hasıladan en çok pay ayıran ülkedir.

Diğer sanayileşmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, A.B.D’de de benzer şekilde doğuştan yaşam beklentisinin yüksek olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1998 yılı raporuna göre 1997 yılında 77 olarak hesaplanan yaşam süresinin 2025 yılında 80 olması beklenmektedir (WHO, 1998, s.220).

A.B.D.’de görülen ölüm nedenleri Avrupa’da görülen ölüm nedenlerinden farklılık göstermektedir. En önemli ölüm nedenleri, kalp hastalıkları, kanser, kardiyovasküler hastalık ve kronik akciğer hastalığı olarak belirlenmiştir. Bunların yanında kazalar ve şiddet olayları ölüm nedenleri içerisinde ön sıralarda yer almaktadır (Chandler, 1996, s.164).

A.B.D.’de “Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı” (Department of Health and Human Services) sağlık işlerinden sorumlu birimdir. Kamunun sağlık hizmeti sunmaya başlaması, Avrupa’da ve Avustralya’da olduğu gibi, kentleşme ve sanayileşmenin getirdiği sorunlara bağlı olarak halk sağlığı alanında olmuştur (Chandler, 1996, 165). Temiz su kaynakları, besin hijyeni sağlanması gibi hizmetler yerel hükümetlerin, özel şirketler karşısında faaliyet gösterdiği alanlar olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri çok gelişmiştir. Bu hizmetler özel muayenehanelerde ücret karşılığı sunulmaktadır. Toplam doktorların %40’ı temel sağlık hizmetlerinde çalışmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan dört temel grup yer almaktadır. Bunlar şöyle sıralanabilir (Kılıç, 1995, s.30-35):

- Kâr Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri,
- Blue Cross (Mavi Haç) ve Blue Shield (Mavi Kalkan),
- Bağımsız Sigorta Planları,
- Kamu Sigorta Programları (Medicare/Medicaid).

Finansmanı sağlayan sigorta şirketleri, toplumun ancak %86'sını kapsayabilmektedir. Geriye kalan %14'lük kesimin ise hiç bir sigortası yoktur. Ülkede özel sigortalı yüzdesi 1980'li yıllardan başlayarak giderek düşmektedir.

A.B.D.'de kâr amaçlı özel şirketler, özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Çoğunlukla işyerlerine yönelik grup sigortaları yapmaktadırlar. Daha küçük sigorta şirketleri ise genellikle bireysel sigorta yapmaktadır. Bireysel sigortalar daha az tercih edilmektedir ve hastaya masrafları için daha az ödeme yaparlar. Grup sigortalarının en önemli özelliği ise, gruptaki üyeleri eşit olarak ele almasıdır.

Blue Cross ve Blue Shield kâr amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleridir. Her ikisi de 1930'lu yıllarda hastane sahipleri ya da doktorların biraraya gelmesiyle kurulmuştur. Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield doktor masraflarını sigorta etmektedir. 73 ayrı sigorta planı ile işlemektedir. 65 yaş altı nüfusun yaklaşık üçte biri bu programlar tarafından sigortalıdır.

Birleşik Devletler'de kamu sektöründe, biri yoksul savaş emeklileri için kurulan "The Veterans Administration", diğerleri, sağlık bakımına ulaşamayacak kadar yoksullar için kurulan "Medicaid" ve orta ve yüksek gelirli yaşlılara sağlık hizmeti vermek için kurulmuş olan "Medicare" olmak üzere üç ayrı sağlık programı yer almaktadır.

Medicaid, yönetimi her bir eyalet tarafından ayrı ayrı gerçekleştirilen federal bir sağlık programı olup, yoksullara sağlık hizmeti sunmaktadır. Federal ve Eyalet Hükümetleri tarafından genel vergi gelirleri yoluyla sağlanan fonlar, eyaletler tarafından belirlenen gruplara yönelik olarak kullanılmaktadır. Bu hizmetlerden yaklaşık 40 milyon A.B.D. yurttaşı yararlanmaktadır. Medicare ise iki ayrı bölümden oluşmaktadır: "A Bölümü" hastane masrafları için bir finansman sağlarken, "B Bölümü" hastane dışı doktor, hemşirelik bakımı, ayaktan tedavi ve laboratuvar ödemelerini karşılamaktadır. B bölümü genel vergi gelirleriyle desteklenirken, A bölümü harcamaları ise sosyal güvenlik kesintileri ile karşılanmaktadır.

Yaşlılar, doğrudan A bölümü kapsamına alınmakta ve herhangi bir prim ödemek zorunda kalmamaktadırlar. Fakat sevk edilmeden kendiliğinden hastaneye gitmeleri durumunda bir ücret ödemek durumundadırlar. B bölümü isteğe bağlı olup, yararlanacak olanlar program maliyetlerinin %25 tutarında prim ödemesinde bulunurlar (Feldstein, 1992, s.21). Bu programların eyaletler arasında kullanımında farklılıklar görülmektedir. Bazı eyaletlerde nüfusun büyük bir bölümü bu sigorta planına dahil iken, bazılarında ise eyaletin harcamalar üzerindeki kontrolü daha fazladır. Medicare hizmetlerinin en büyük eksikliği masrafların tamamını karşılamamasıdır.

Medicaid programı kapsamındaki bireylerin sayısı son yıllarda giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, 1987 ile 1992 yılları arasında, bu program kapsamındaki yaşlı olmayan nüfus 18 milyon kişiden 26 milyon kişiye çıkarak, %40 oranında artış göstermiştir. Buna bağlı olarak aynı dönemde Medicaid harcamaları da %60 oranında artmıştır (Cutler-Gruber, 1996, s.379-383).

A.B.D.'de sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların kaynağı olarak finansal düzenlemeler gösterilmektedir. Sağlık hizmetleri ödeme sistemi, maliyetleri karşılamada yetersiz kalmaktadır. Ulusal sağlık harcamalarının hemen hemen yarısı yerel hükümetler tarafından karşılanırken, geri kalan yarısı özel ve gönüllü sağlık kuruluşlarının yaptığı harcamalar olarak görülmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin finansmanında özel ve kamunun yer aldığı karma bir sistem uygulanmaktadır. Bireyler ve sağlık sigortası kuruluşları ile federal eyaletler ve yerel idareler bu harcamaları gerçekleştiren birimlerdir. Sağlık sigortası yaygındır. İşçilerin tamamına yakını grup sigortası kapsamındadır. Sigorta primleri, işçi ve işverenlerce karşılanmaktadır. Ancak, daha yüksek prim ödeyerek, daha geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek olanaklıdır. Harcamaların, çoğunlukla %80'i sigorta şirketlerince karşılanmaktadır (Luft, 1987, s.2). Ancak A.B.D.'deki bireyler için beklenmedik sağlık sorularının maliyeti çok fazladır. Küçük bir operasyon bile çok büyük ödemeleri gerektirmektedir. Sağlık bakım maliyetlerinin yüksek olmasının bir nedeni de özel sağlık sigortasının varlığıdır.

A.B.D.'de farklı nüfus gruplarına sağlık hizmeti sunulması nedeniyle farklı finansman mekanizmaları vardır. Bu da sağlık hizmetlerinin ödeme yöntemlerinde farklı yaklaşımların doğmasına neden olmaktadır. Son yıllara gelinceye kadar hizmet başı ödeme en yaygın ödeme şekli olmuştur. Kişi başı ödeme ise daha çok HMO'lar tarafından kullanılan bir ödeme yöntemi olmuştur.

Bugün en çok kullanılan hizmet dağıtım şekli, “Managed Care” olarak ifade edilen ve sağlık hizmetinin sunumunu kontrol etme amacı taşıyan sistemdir ve kişi başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır. Örneğin, bir hasta hastaneye kabul edilmeden önce sigorta şirketinden izin almak zorundadır. Birleşik Devletler’de diğer bir sistem ise “Preferred Provider Organization”(PPO)lardır. PPO’lar doktorlar, hastaneler ve dış hekimlerince oluşturulan, işveren ve sigortalıya fiyat indirimi yaparak hizmet sunan organizasyonlardır. Ayrıca, bazı sigortalılar ve işverenler, “Exclusive Provider Organizations” adı verilen kurumlar bünyesinde işleyen ve çalışanın belli bir hizmet sunucusundan, kendi cebinden daha fazla ödemek suretiyle daha üst düzeyde bir hizmet aldığı sistemi de kullanabilmektedirler (Feldstein, 1992, s.22).

Birleşik Devletler’de yüksek teknoloji kullanımının yaygın olduğu hastaneler kamu ya da özel kuruluşlar tarafından işletilmektedir. Hastanelerin %60’ı kâr amacı taşıyan kuruluşlara, %30’u ise federal ve yerel idarelere bağlıdır. Ancak, aralarında önemli farklılıklar vardır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, kâr amacı ile işletilen hastaneler ile kâr amacı taşımayan kamu hastaneleri arasında, sunulan hizmetin kalitesi bakımından açık bir fark görülmektedir. Özel hastanelerin diğerlerinden çok daha pahalı hizmet verdiği bir gerçektir. Üstelik kamu hastanelerinden daha az personelle hizmet vermektedirler. Üniversitelere bağlı hastaneler ise daha çok referans hizmeti vermektedir. “Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsü”nün bu alanda yaptığı çalışmaların sonuçları, özel hastanelerin, kâr amacı taşımayan organizasyonlardan daha etkin ve daha az maliyetli çalıştığı yönündeki inancı destekleyecek yönde olmamıştır (Gilbert-Tang, 1995, s.212).

A.B.D.’de sağlık harcamaları ve maliyetlerde ortaya çıkan artıştan kaynaklanan olumsuz etkileri azaltmak için sermaye kontrolü gibi değişik düzenlemelere gidilmiştir. Geçmişte sağlık endüstrisinin başarısı daha çok ölçek ekonomileri çerçevesinde değerlendirilip ele alınmaktaydı. Oysa ki bugün düzenlemeler ve finansman yönteminden kaynaklanan sorunlar endüstrinin yapısını belirlemektedir. Sağlık sisteminde düzenlemelerin çok sık yer aldığı görülmektedir. Örneğin, “Eyalet Uygulama Yasaları” (State Practice Acts), doktor olmayanların çalışmasını sınırlamaktadır. Ayrıca, doktorlar ve diğer sağlık personelinin reklam yapmaları yasalarla ya da etik kurallarla yasaklanmıştır. Tıp fakültelerine girişte de sınırlamalar getirilmiştir.

A.B.D.’de Ekim 1983’ten itibaren Medicare programında yer alan hastaların hastane ödemeleri, “Diagnostic Related Groups” (DRGs) denilen programlar çerçevesinde düzenlenmeye başlanmıştır. Bununla, doktorların ve hastanelerin teşhis ve tedavi sırasında en az

harcama yapmaları sağlanmış ve hastaların gereksiz yere uzun süre hastanelerde kalmaları, gereksiz tedavi işlemlerinin yapılması engellenmiştir (Feldstein, 1992, s.30).

1990'lı yıllarda ise sağlık harcamalarını sınırlayıcı uygulamaların sağlık politikalarında ağırlık kazandığı görülmektedir. Federal hükümet, Medicare programı altında hastane ve doktor harcamalarını azaltma yönünde hareket etmeye başlamıştır. Federal hükümetin orta gelir düzeyindekiler için aldığı bu önlemler yararlı olurken, daha yoksul kesimler olumsuz yönde etkilenmişlerdir.

7. Gelişmiş Ülke Sistemlerinin Genel Bir Değerlendirilmesi

Gelişmiş ülkelerde, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansman yöntemleri ve organizasyon yapıları yönünden büyük farklılıklar olduğu görülmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetleri aracılığı ile nüfusun tamamına sağlık hizmeti sunmayı amaç edinen İngiltere ve İsveç gibi ülkeler karşısında, A.B.D. ve Japonya gibi, sağlık hizmetleri sisteminde tamamen özel sağlık sigortası programlarını yoğun biçimde kullanan ülkeler yer almaktadır. Ulusal sağlık hizmetlerinin sunumunda finansman kaynağı olarak genel vergiler kullanılırken, sağlık sigortası programı uygulamalarında çoğu zaman işveren ve çalışanlar maliyetlere, ülkelere göre değişen oranlarda katkıda bulunmaktadır.

Bu sistemlerin pek çoğunda, 1970'li ve 1980'li yıllardan itibaren, sağlık harcamalarının değişik nedenlerle hızlı bir şekilde arttığını görmekteyiz. Yaşanan ekonomik krizlerin ilk etkileri olarak, genel bütçeden sosyal harcamalar için ayrılan payda azalmalar olmuştur. Diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi, sağlık bakım fiyatlarında meydana gelen artışlar bunun başlıca nedenleri arasında gösterilmektedir. Harcamalardaki artış, bu ülkelerde farklı kurumsal düzenlemelerin oluşmasına neden olmuştur. A.B.D. dışındaki ülkelerde sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte üçünün kamu finansman kaynaklarından karşılandığı görülmektedir (Rubbee, 1992, s.10).

Tablo 3.2. Kamu Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%)

ÜLKELER	1996	1986
Amerika Birleşik Devletleri	6.3	4.4
Almanya	8.2	7.1
Hollanda	6.2	5.8
Japonya	5.7	4.8
Kanada	6.4	6.5
İngiltere	5.8	5.0

Kaynak : OECD, Health Data.1998

Bir ülkenin sağlık harcamaları, o ülkenin genel ekonomik yapısı ve yaşam düzeyi ile yakından ilişkilidir. Yapılan ampirik çalışmalar, bir ülkede gayri safi milli hasıladan sağlık için ayrılan pay azaldıkça, o ülkenin sağlık düzeyinde bir kötüleşmenin, arttıkça ise sağlık düzeyinde bir iyileşmenin olduğunu göstermektedir. Kişi başına düşen gelirde meydana gelen artışlar da, toplam sağlık düzeyini yakından etkilemektedir. Örneğin, Simon Kuznets ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, gayri safi milli hasıladan kişi başına düşen gelir değişkenine ait uzun dönem zaman serilerinin analiz edilmesi ile, A.B.D. için, kişi başına düşen gelir ile kişinin yaşam standardı arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur (Pope, 1993, s.331-336).

Tablo 3.3. Ülkelerin Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'İndeki Payı (%)

ÜLKELER	1996	1986
Amerika Birleşik Devletleri	13.6	10.8
Almanya	10.5	9.2
Hollanda	8.6	8.0
Japonya	7.2	6.6
Kanada	9.2	8.7
İngiltere	6.9	5.9

Kaynak : OECD, Health Data 1998

Bununla birlikte, sağlık harcamalarının çok olması, her zaman için en iyi sağlık düzeyinin elde edileceği anlamına gelmemektedir. Aşağıdaki tablodan da görüldüğü gibi A.B.D. gayri safi milli hasılasından sağlığa bütün ülkelere daha fazla pay ayırmaktadır. Buna karşın, örneğin İngiltere ile karşılaştırıldığında, bazı sağlık göstergeleri daha düşük değerler taşımaktadır.

Tablo 3.4. Ülkelerin Temel Sağlık Göstergeleri

ÜLKELER	Doğumda Yaşam Beklentisi		5 Yaşın Altında Ölüm Oranları		Bebek Ölüm Oranları (Binde)		Yaş ve Cinsiyete Göre Standardize Edilmiş Ölüm Oranları (1/100000)		Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (Dolar)
	1997 (Yıl)	2025	1997 (Binde)	2025	1997	2025	1997	2025	1996*
A.B.D.	77	80	9	7	7	5	475	376	3 898
Almanya	77	80	7	5	6	5	481	378	2 278
Hollanda	78	81	8	7	6	5	437	351	1 766
Japonya	80	82	6	6	4	4	370	318	1 677
Kanada	79	81	7	7	6	5	401	334	2 065
İngiltere	77	80	7	6	6	5	464	367	1 317

Kaynak : WHO, The World Health Report 1998. *OECD Health Data 1998

Gelişmiş ülkelerde, sağlık sistemlerinde değişikliği ve yeniliği gerektiren etkenlerden biri demografik yapıda meydana gelen değişikliklerdir. Nüfus artış hızındaki azalma, bebek ölüm oranlarındaki düşüş ve yaşam beklentisindeki artış ülkelerin yaş profilinde değişikliklere neden olmuştur. 15 yaşın altındaki nüfus azalmış ve 65 yaşın üzerindeki nüfus artmıştır. Diğer yandan, eğitim düzeyinin artması, modern toplum yaşamının ortaya çıkardığı değişiklikler, kentleşme olgusu gibi ekonomik ve sosyal yaşamdaki değişiklikler, sağlık hizmetleri talebinin de değişerek artmasına neden olmuştur.

Gelişmiş ülkelerdeki teknolojik yenilikler ve gelişmeler ise, etkinlik artışlarını beraberinde getirmekle birlikte, sağlık harcamalarını artıran diğer bir neden olarak gösterilmektedir. Daha etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunma amacı ile, kullanılan tıbbi teknolojinin sürekli yenilenmesi, harcamalarda ve maliyetlerde artışlara neden olmuştur. Bu yüzden, her türlü sağlık bakım hizmetinin kullanımında, maliyet analizleri yapılarak, maliyet artışları kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır.

Tablo 3.5. Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon Dolar)

ÜLKELER	1992	1993	1994	1995	1996
A.B.D.	834 226	892 074	937 139	988 486	1 030 000
Almanya	200 392	194 221	210 144	252 066	248 726
Hollanda	28 262	27 901	29 586	34 559	33 491
Japonya	235 504	281 633	321 930	369 224	—
Kanada	57 864	55 580	53 502	54 611	53 309
İngiltere	72 647	64 734	70 581	76 935	79 375

Kaynak : OECD, Health Data 1997.

Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri kaynaklarının daha verimli kullanılmasına engel olan en önemli nedenlere örnek olarak ise, hastanelere yapılan gereksiz başvurular, hastanede kalma sürelerinin uzunluğu, hastalıkların teşhis ve tedavisi için kimi tıbbi testlerin gereksiz yere

kullanılması, ilaç reçetelerinin yazılmasında herhangi bir kısıtlamanın olmaması gibi durumlar gösterilmektedir. Bunların ortadan kaldırılması için, özellikle Avrupa ülkelerinde, aile hekimliği uygulamaları ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesi yaygın olarak kullanılmaktadır. Global bütçe uygulaması ile hastane harcamalarında ve maliyetlerde azalmalar sağlanmaya çalışılmaktadır.

Kaynakların kısıtlı oluşu, ülkelerin daha kaliteli hizmet üretimini sağlayacak ve kaynakları daha etkin kullanmaya yönlendirecek yeni sistem arayışlarına yol açmaktadır. Bu arayışlar sonucunda, birçok ülke tarafından özellikle iki konu üzerinde önemle durulmaktadır. Birincisi, kamunun, diğer sağlık hizmeti sunucularının, tüketicilerin ve sağlık hizmeti finansman birimlerinin rollerinin yeniden tanımlanması, ikincisi ise, özellikle gelişmekte olan ülkeler için önem taşıyan sağlık hizmetlerinin finansmanında yeni yöntemlerin geliştirilmesi ve kaynakların bulunması konusudur (WHO, 1995, s.43).

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesinde, gelişmiş ve özellikle de gelişmekte olan ülkelere, kaynakların yetersizliği, nüfusun tamamına yeterli ve düzenli hizmet sağlanamaması, maliyet ve harcama kontrollerinin yerine getirilememesi gibi sorunların varlığı sürmektedir. Bu nedenle, kamunun ve diğer hizmet sunucularının sağlık hizmetleri piyasasındaki konumları sürekli olarak tartışılmakta ve yeni çözümler getirme çalışmaları sürmektedir.

BÖLÜM 4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE FİNANSMAN SORUNLARI

Bu bölümde Cumhuriyetin kuruluş yıllarından günümüze kadar olan dönemde, ülkemizde sağlık sektörünün gelişimi, insangücü, örgütlenme ve finansman boyutlarıyla ele alınarak incelenerek ve çözüm önerileri getirilmeye çalışılacaktır. Bu anlamda ilk olarak sağlık hizmetlerinin gelişimi ve uygulanan sağlık politikaları ele alınacaktır.

1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne kadar uygulanan sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansman biçimlerinin oluşturulmasında belirleyici olmuştur. Bu süreç, her dönemde etkili olan belirli gelişmeler dikkate alınarak, değişik alt başlıklar halinde incelenecektir. Bunun yanında, kısaca da olsa Cumhuriyet öncesi dönemden de söz etmek gerekmektedir. Cumhuriyet dönemini ise, sağlık hizmetlerine yaklaşım ve kaynak kullanımı bakımından, 1923-1945, 1945-1963, 1963-1987 ve 1987’den günümüze kadar gelen değişimler şeklinde incelemek gerekmektedir (Yıldırım, 1994, s.17-23). Özellikle 1987 ve sonrası, sağlık sektöründe değişik arayışların ve çözüm önerilerinin serbest piyasa ekonomisi çerçevesinde gündeme gelmesi nedeniyle, üzerinde daha çok tartışılan bir dönem olarak ön plana çıkmaktadır.

1.1 Cumhuriyet Öncesi Dönem

Cumhuriyet öncesi dönemde Anadolu’da ilk sağlık kuruluşu , 1206 yılında Kayseri’de Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi adı altında kurulmuştur.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde ise, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin daha çok saraya ve orduya yönelik olarak sunulduğunu görmekteyiz. Devletin sağlık işlerini yöneten hekimlerin ve diğer sağlık personelinin atanması görevini yerine getiren “Reisul Etibba” (Hekimbaşı) kurumundan başka resmi bir örgüt yer almamaktadır. Bu dönemde, içme suları, besin kontrolü, kanalizasyon, ölü definleri, çeşitli sosyal yardım hizmetleri gibi kişi ve toplum sağlığına etki eden diğer konularla da ilgilenilmiş ve hizmet verilmiş ise de, bu hizmetler bir kaç büyük kentle sınırlı kalmıştır (Akdur, 1998, s.1985). 1839 yılında kurulan, “Beynelminel Sıhhiye Meclisi”, Osmanlı İmparatorluğu döneminin ilk yaygın ve sivil kesimlerini de içine alan

sağlık örgütü olarak kabul edilir. Hekimbaşı kurumu 1849'da kaldırılarak, yetkileri, 1850 yılında kurulan, "Tıbbiye Nezareti"ne devredilmiştir. 1862 yılında, hekimlik uygulamaları ile ilgili olarak bir nizamname yayımlanarak, hekimlik yapabilmek için tıp okullarından mezun olma şartı getirilmiştir. 1867 yılında ise yayımlanan, "İdare-i Umumiyeye-i Vilayet Nizamnamesi"nde genel idari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine yer verilmiştir.

1.2 Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze gelinceye kadar sağlık sektörüne egemen olan sağlık politikaları değişiklikler göstermiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında, ülkenin ihtiyaçlarına yanıt veren resmi politikalar olmasına karşın, günümüzde sağlık politikalarının ülke gerçeklerinden ve kamunun gerekliliği düşüncesinden uzaklaştığını görmekteyiz.

1.2.1 1923- 1945 Arası Dönem

Cumhuriyetin kuruluş yıllarında, diğer konularda olduğu gibi, sağlık alanında da büyük sorunlarla karşılaşıldığı görülmektedir. Savaştan çıkmış, bu alanda yetişmiş insan gücünden ve altyapıdan yoksun bir toplum karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemlerde toplumsal anlamda en büyük sağlık sorunu bulaşıcı hastalıklar olarak ele alınmaktaydı. O dönemin sosyo-ekonomik koşulları içerisinde bunlarla mücadele edebilmek olanaksız gibi görünmekteydi. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınması Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kurulması ile gerçekleşmiştir. Savaş yıllarında Ankara'da kurulan T.B.M.M. Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile, "Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti"ni kurarak, tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu bakanlığa vermiştir. Böylece sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlık olarak asli devlet görevlerinden birisi olma niteliğine ulaşmıştır. T.B.M.M. Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar, etkileri bugüne kadar dayanan sağlık altyapısının temellerini atmıştır (Dirican, 1993, s.543). 1927 yılında ülkemizde sadece 1059 doktor, 139 hemşire ve 347 ebe bulunmaktaydı.

Bu koşullar altında alınan ve uygulamaya konulan politika kararlarının bazıları şöyle özetlenebilir (Fişek, 1991, s.2-4):

- Hükümet koruyucu hekimlik hizmetlerini ve özellikle salgın hastalıklar ile savaş için kurduğu örgütleri genel bütçeden finanse etmektedir. Bu amaçla ülke genelinde sıtma savaş teşkilatı gibi örgütler kurulmuştur.

- Hastane hizmetlerinin yürütülmesi yerel idarelere bırakılmıştır. Bu dönemde, Sağlık Bakanlığı, önderlik etme amacıyla beş Numune hastanesi kurmuştur.

- Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmemiştir. Bu hizmet hekim muayenehanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde sürdürülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bir ülkenin sağlık düzeyini ve yeterliliğini belirleyen etkenlerden birisi olduğu için, bu dönemde sağlık alanında gelişmeler sağlanmasına karşın herkes için sağlıklı yaşam amacına ulaşamadığı söylenebilir.

- Sağlık Bakanlığı özellikle koruyucu hekimlik hizmetlerini daha çekici hale getirmek ve sağlık personelinin çalışma koşullarını iyi durumda tutmak için yüksek ücret politikası izlemiştir.

Adnan Adıvar'dan sonra bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam döneminde, ülkede sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yaygınlaşması konusunda büyük gelişmeler kaydedilmiştir. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" çıkarılarak sağlık hizmetleri politikasının temelleri belirlenmiştir.

Refik Saydam'ın, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine katkısı büyük olmuştur. Bu dönemde, İkinci Meşrutiyet zamanında benimsenen sağlık müdürlüğü hükümet tabipliği örgütü temel örgüt kabul edilerek, sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması çalışmalarına başlanılmıştır. Ayrıca, toplumda çok yaygın olan sıtma, frengi ve trahom gibi hastalıklarla savaşmak üzere özel örgütler kurulmuştur. Uygulamada koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik tanıyan Refik Saydam, tedavi hizmetlerini hiçbir zaman geniş ölçüde hükümet görevi olarak kabul etmemiştir (Fişek, 1983, s. 159).

1926 yılında çıkarılan bir kanunla, özel idare ve belediyelerde çalışan tüm sağlık personelinin atama ve yükseltmelerinin Sağlık Bakanlığı'na yapılması ve bütçelerinin sağlık harcamaları ile ilgili bölümünün bu bakanlıkça hazırlanan bir yönetmeliğe göre düzenlenmesi kabul edilmiştir. Böylece kamu sektöründe çalışan tüm sağlık personelinin yönetimini tek elde toplayan güçlü bir merkezi yönetim dönemi başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin kurumsal yönleri bu şekilde ele alınırken, uygulamayı büyük ölçüde engelleyen en önemli sorunun, yani sağlıklı

insangücü yetersizliğinin çözümü için de, 1923 yılında, tıp fakültesi mezunlarının tümünü kapsayan zorunlu hizmet yasası kabul edilmiş ve yatılı tıp yurtları açılmıştır.

Özetle, 1923-1946 yılları arasında Bakanlığın daha çok koruyucu hizmetlere öncelik vermesi hedeflenmiş, tedavi edici hizmetler yerel yönetimlere bırakılmıştır. Her ilçede hükümet tabipliği kurulmuş, o gün için sağlık sorunu olan konularda dikey yapılanma olarak tanımlanan verem, sıtma, frengi, trahom ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklara yönelik programlar yürütülmüştür (Özsarı- Varlık, 1998, s.1996-2022).

1.2.2 1946 - 1963 Dönemi

Dr. Refik Saydam döneminden sonraki ilk önemli girişim, 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak 1946 yılında toplanan “9. Milli Tıp Kongresi”nde sunulan “Birinci On Yıllık Sağlık Planı”dır. Bu plana göre, ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecektir. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezinin kurulması ve bu merkezlere iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşirenin atanması kararlaştırılmıştır.

Bu plan ile, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet ünitelerinin genel idarelerden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Ancak, temel niteliği halkın tümüne sağlık hizmeti sunmak olan bu planın gerçek amacı bir kenara atılmış ve planın, hatalı olarak, her ilçeye bir sağlık merkezi kurulması şekline dönüştüğü görülmüştür.

1946-1963 dönemi, yönetimin merkezileşmesinin ağırlık kazandığı bir dönem olarak görülmektedir. 1947 yılında, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünleştirilmiş bir şekilde yürütülmesini ve nüfus yasasına göre hizmet birimlerinin kurulmasını öngören bir plan hazırlanmıştır.

1954 Yılında 6134 Sayılı Yasa ile, il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı’na bağlanarak hastane hizmetleri tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümetin görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Bunun doğal bir sonucu olarak, bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanmış ve yalnızca büyük kentlerde var olan hastaneler tüm yurda yayılmış, öte yandan da var olan hastanelerde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini, Bakanlık Merkezi’nde önem ve önceliğe sahip tek konu

haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybederek ikinci plana itilmiş ve ihmal edilir duruma gelmiştir (Akdur, 1998, s. 1988).

1.2.3 1963 - 1987 Dönemi

Bu dönem, 224 Sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası”nın yürürlüğe konduğu ve bunun yanında Sağlık Bakanlığı ile birlikte, Sosyal Sigortalar Kurumu ve üniversite hastanelerinin de yaygınlaştığı ve hizmet sunumunda çok başlılığın temellerinin atıldığı bir dönem olarak görülmektedir.

Bu dönem aynı zamanda, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın uygulamaya konulması nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir. Birinci planda sağlık hizmetlerine ilişkin alınan kararlar şu şekilde özetlenebilir:

Sağlık hizmetlerinde, Türkiye’de sağlık seviyesini yükseltmek amacı ile çevre sağlık koşullarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme koşullarının düzeltilmesi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması gibi hedefler gerçekleştirilecektir. Sağlık programlarında, tedavi hekimliği planlamasında çok pahalı ve etkisiz olan hastane hizmetleri yerine, evde ve ayakta tedaviyi olanaklı kılacak olan sisteme doğru yönelinecektir. Hastane hizmetleri bu sistemi tamamlayıcı bir unsur olacaktır (DPT, 1963, s.39).

Birinci plan döneminde, sorunları çözüp bu hedeflere ulaşabilmeyi sağlayacak çeşitli programlar belirlenmiştir. Personel yetiştirme, bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, verem, trahom ve cüzzam) savaşım programları, ana-çocuk sağlığı programları bunlardan bazılarıdır. Özellikle, sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması ve sağlık örgütünün yapısı üzerinde önemle durulduğu görülmektedir. Bütün bu programlar sosyalleştirme yasasının da alt programları olup, kalkınma planında bir kez daha önemi vurgulanmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun, 224 sayı ile 5.1.1961 tarihinde kabul edilmiş ve 12.1.1961’de Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesine gidilmiş, sağlık hizmetlerinin tüm topluma eşit olarak sunulması öngörülmüştür.

Sosyalleştirmeden beklenen bazı sonuçlar ise şu şekilde sıralanabilir (Belek ve Arkadaşları, 1998, s.60-61):

- Koruyucu hizmetlerin geliştirilmesi, sosyal ve bulaşıcı hastalıkların azaltılması,
- İlk ve acil yardımların zamanında yapılarak, can kaybının azaltılması,
- Hastalıkların denetimi sonucu, ölümlerin, işgünü ve işgücü kaybının azaltılması,
- Ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile gelecek neslin sağlıklı yetiştirilmesi.

Bu amaçlara ulaşmak için öncelik tanınan koruyucu hizmetler ise, kabaca, bağışıklama, çevre sağlığı, aile planlaması ve sağlık eğitimi alt başlıklarından oluşmaktaydı. 224 Sayılı Yasa bu amaca ulaşabilmek için tüm nüfusu hizmet kapsamına alan bir yaygın hizmet uygulaması getirmekteydi. Sosyalleştirme ile, hizmetin temel ünitesi olarak sağlık ocakları yeniden yapılandırılmıştır. “Sağlık ocakları, sorumlu oldukları bölgedeki insanlara eşit ve ücretsiz olarak hizmet götürürler” hükmü yasada yer almaktadır. Bu uygulama ile hastanelere gereksiz başvuruların önüne geçilmek istenmiştir. Sağlık ocaklarının kırsal alanda 5-10 bin nüfusa hizmet vermesi hedefi ile yatay sağlık örgütlenmesine geçişin temelleri atılmıştır. Buna göre, 1963 yılında Muş pilot bölgesinde uygulanmaya başlanan sosyalizasyonun, bu bölgede alınacak sonuçlara göre Mart 1964’ten başlayarak 15 yıl içinde yaygınlaştırılması öngörülmüş ancak bu başarılamamıştır.

224 Sayılı Yasanın getirdiği ilkelere bakılarak bir değerlendirme yapılırsa, bu yasanın uygulama hedefleri, İngiltere’de 1948 yılında başlatılan ve bugün hâlâ devam eden “Ulusal Sağlık Hizmetleri” kurumunun amaçları ile benzerlikler taşımaktadır. Her ikisinde de sosyal devlet anlayışının bütünüyle yansıtılmaya çalışıldığını görmekteyiz.

224 Sayılı Yasanın 2. Maddesi’nde sağlık “yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” diye tanımlanmıştır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü’nün de benimsediği bir tanımdır. Yasanın aynı maddesinde sağlık hizmetleri ise “ insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlanmıştır (Demirel-Yiğit, 1969, s.507). Bu yasa maddesinden anlaşılacağı gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri bir bütün olarak ele alınmıştır. Yasanın 1.

Maddesi'nde, bu hizmetlerden yararlanmanın, sağlıklı yaşamanın ve tıbbi bakımın bir "hak" olduğu, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'ne dayanarak bir kez daha ortaya konmuştur. Bu maddenin, 1961 Anayasası'nın "Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler" bölümünün 49. Maddesindeki "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir" şeklindeki hükmü ile hukuki bir dayanağa oturtulduğu görülmektedir. Yani, sağlıklı bireyler ve toplum yaratma yönünde uygulanacak tüm sağlık politikalarının devlet tarafından yerine getirileceği açıkça ortaya konmuştur.

224 Sayılı Yasa, sağlık personelinin istihdamı ve çalışma koşulları konusunda getirdiği düzenlemelerle sosyalizasyonun başarısının temelinde insan faktörü olduğunu vurgulamaktadır. Sağlık personeli olmanın koşulu olarak, bu konuda eğitim görmüş olmak getirilmiş ve yüksek ücret politikası izlenmiştir. Yasanın 3. Maddesi'nde yer aldığı şekliyle, kamu sektörü sağlık personelinin ücret karşılığında herhangi bir şekilde çalışması da yasaklanmıştır. Bu madde sosyalizasyonun başarılı olması için özendirici nitelikte sayılabilir. Ancak, 1981 yılında çıkarılan 2368 Sayılı Yasa ile 3. Madde yürürlükten kaldırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik bu yasanın, hizmetlerin finansmanı için benimsenen yöntem bakımından, örnek alınan İngiltere'deki sosyalizasyon uygulamasından farklılaştığı görülmektedir. Yasa, "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı, her çeşit hizmetlerden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalıdır" şeklindeki hükmü ile yukarıda anılan ülke örneğinden ayrılmaktadır. İngiltere'de bugün bile sağlık harcamalarının %92'si genel vergilerle karşılanmaktadır. Üstelik, Cumhuriyetin kuruluşundan bu yasaya kadar, sağlık harcamalarının finansmanı yalnızca devlet bütçesinden karşılanmaktaydı. 1930 tarihli "Umumi Hıfzısıhha Kanunu"nun Birinci Maddesi'ndeki "Sağlık Hizmetleri Umumi Devlet Hizmetlerindendir" biçimindeki uygulamadan vazgeçildiğini görmekteyiz.

İkinci ve Üçüncü Kalkınma Planlarında, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarının desteklendiği dikkati çekmektedir. İkinci Planda, toplumun ruh ve beden sağlığının geliştirilmesi ile kalkınma arasındaki ilişkinin önemi vurgulanmıştır. Birinci Plan döneminde sosyalleştirmenin öngördüğü şekilde sağlık hizmetlerini birleştirme çalışmalarına devam edilmiştir. Ancak bu plan döneminde, özel girişimlerin sağlık tesisleri yapma konusundaki çalışmalarının teşvik edilmesi kararı ile birlikte, sosyalleştirme uygulamalarından geri dönüşlerin başlamasına neden olan ilk ödünlere verildiğini de görmekteyiz.

Üçüncü Planda ise önceki dönemlerde verilen bu ödünler nedeniyle ortaya çıkan durum şöyle anlatılmaktadır: “sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygınlık sağlanamadığı, özellikle kırsal yörelere sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmeti götürmek ve koruyucu hekimlik hizmetlerini yaygınlaştırarak, tedavi hizmetlerine aşırı talebi önlemek mümkün olmamıştır” (DPT, 1973, s. 111). Kırsal yörelerde yaşayanların, ekonomik ve sosyal gelişmeye bağlı olarak sağlık hizmetleri talebinin artması ve koruyucu hizmetlerinin yeterince örgütlenememesi nedeniyle, tedavi hizmetlerine yönelme ve hastane hizmetlerine gereksiz yere aşırı talepte bulunma sonucu ortaya çıkmıştır.

Sosyalleştirme programı, merkezi hükümetlerin desteğini görmediği ve yeterli finansal kaynaklar ayrılmadığı için başarılı olma olanağını bulamamıştır.

1980’li yıllara gelindiğinde, bir önceki on yılda yaşanan dünya ekonomik krizi nedeniyle, ülkelerin uygulamakta oldukları ekonomi politikalarının ve bunun uzantısı olan sosyal programlara ait uygulamaların köklü değişikliklere uğradığını görmekteyiz. Kötüleşen ekonomik yapı ile birlikte, genel anlamda sosyal harcamalara, özelde ise sağlık harcamalarına ülkeler daha az kaynak ayırma yoluna gitmişlerdir. Bu yıllarda, ülkemizde de belirgin olarak ortaya koyulan iktisat politikaları neo-liberal anlayışa dayanmaktaydı. Bu politikaların ülke ekonomilerine hakim olması ile birlikte, devletin küçültülmesi anlayışı çerçevesinde, sağlık sektörü gibi sosyal alanlarda kamunun etkinliğinin azaltılmasını sağlayacak uygulamaları görmekteyiz. Bu nedenle, sağlık ve sosyal güvenlik gibi hizmetlerin kamu tarafından yürütülen kısımlarının işleyişini piyasa koşullarına bırakan ekonomi politikalarının yanında, önemli kurumsal değişiklikler de yapılmıştır. Bu politikalarla beraber “sağlıkta özelleştirme” döneminin başladığını söyleyebiliriz. 1982 Anayasası’nın 56. Maddesi ile, sağlıklı bireyler ve toplum yaratılması, 1961 Anayasası’nda olduğu gibi bir Devlet ödevi olmaktan çıkarılmış ve Devletin, bu sorumluluğu, kamu yanında, özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan da yararlanarak yerine getirebileceği hükmü ile, hem özelleştirmelerin yolunu açılmış hem de bu konuda bir belirsizlik yaratılmıştır. Aynı madde ile, sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabileceği hükmü de getirilmiştir.

Aynı şekilde, 1985-1989 yılları arasında uygulamaya konulan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da, önceki planların aksine, özel sağlık kuruluşlarının ve hastanelerin teşvik edilmesi öngörülmüş ve ilk kez kamunun, serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yaparak dışarıdan da hizmet satın alabilmesinin yolu açılmıştır. Altıncı Planda, sağlık hizmetlerine ilişkin saptanan ilkeler ve uygulanacak politikalar konusunda alınan kararla özelleştirmelerin önünün

tamamıyla açıldığını görmekteyiz. Özellikle, sağlık hizmeti veren kuruluşların birer özel işletme gibi çalışması gerektiği yönündeki vurgulamalarla sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olmaktan çıkarılmaya başlanmıştır.

1.2.4 1987 Yılından Günümüze Kadar Gelen Uygulamalar

Son yirmi yılın temel özelliği, sağlık hizmeti ve örgütünün, benimsenen bu yarı resmi politikalara uygun hale getirme çabası ve zorlamaları ile geçmiş olmasıdır. Bu nedenle, hizmetlerin finansman ve örgütlenmesine ilişkin çeşitli biçim ve modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Bu bağlamda önerilen çözümler ise, genel hatları ile, hizmet sunumunda sağlık ocakları ile devlet hastanelerinin kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı “aile hekimliği” uygulamalarının geliştirilmesi ve özel hastanelerin yaygınlaştırılması; finansman sağlamada ise, genel bir kamu sigortası ile “Genel Sağlık Sigortası” üzerine oluşturulmuş “özel sigortacılık” ve “hizmet başı ödeme” sistemlerinin geliştirilmesidir (Akdur, 1998, s. 1989).

2. Sağlık Örgütlenmesi ve Hizmet Sunumu

Türkiye’de sağlık hizmetleri, çoğunlukla, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK), Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı’nın yer aldığı kamu sektörü ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Görüldüğü gibi ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda çok başlı bir ortam yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı, koruyucu hizmetler, temel sağlık bakımı ve hastane bakımı sunan en büyük kuruluştur. Ülkedeki temel sağlık politikalarının belirlenmesinden ve sağlık hizmetlerinin sunulmasından Sağlık Bakanlığı sorumludur (Ministry of Health, 1996, s.2). Ancak, bu konuda sorumlu olmasına karşın, Sağlık Bakanlığı’nın diğer sağlık kuruluşları üzerindeki etkisi oldukça sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle, sağlık alanında hizmet sunan kurum ve kuruluşların eşgüdüm ve denetimi konularında bir şey yapamamaktadır.

Türkiye’de teşhis, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verileceği bir “birinci basamak sağlık hizmet sistemi” gereken şekilde ve düzeyde gelişmemiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti vermek üzere planlanmış olan sağlık evleri ve sağlık ocakları, yer seçiminde

yapılan hatalar, malzeme ve personel eksikliği, personelin motive edilemeyişi gibi nedenlerle verimli çalışmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 1992, s.1-6).

Oysa ki ülkemizin demografik yapısı ve hastalık-ölüm nedenlerinin epidemiyolojik örüntüsüne bakıldığında bu konuda bir an önce eksikliklerin giderilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye daha genç bir nüfusa sahiptir. Epidemiyolojik açıdan ölüm nedenleri değerlendirildiğinde en önemli ölüm nedenleri arasında, bebeklik döneminde, enfeksiyon hastalıkları ve perinatal(doğum sırasındaki) nedenler, 1-4 yaş grubu çocuklarda ise enfeksiyon hastalıkları ve kötü ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak gelişen komplikasyonlar ilk sıralarda yer almaktadır. Yirmi dört yaş altı gençler için kazalar, 25-44 yaş grubu için kalp hastalıkları ve kazalar, 45-64 yaş grubu için ise kalp ve solunum sistemi hastalıkları ilk sırada yer alan ölüm nedenleri olarak aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Tablo 4.1. Türkiye’de Bütün Yaş Grupları İçin İlk Beş Ölüm Nedeni (%) 1995

Ölüm Nedenleri	%
Koroner kalp hastalıkları	41.3
Kanser	10.8
Doğum sırasındaki nedenler	7.2
Serebrovasküler hastalıklar	6.5
Zatürree	1.7
Diğer nedenler	32.5

Kaynak: DİE 1997 Türkiye İstatistik Yıllığından Yaralanılarak Hesaplanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1997 yılı için, her bin canlı doğumda 45 olarak tahmin ettiği bebek ölüm oranı Türkiye’nin en önemli sağlık sorunlarından biridir. Bebek ölüm oranı bölgeler arasında farklılık göstermektedir; doğudan batıya, kırdan kentsel alanlara gidildikçe oranda bir azalma görülmekle birlikte, yine de tüm ülke için yüksek bir düzeydedir.

Demografik yapıda ve hastalık-ölüm nedenlerinin epidemiyolojik değerlendirilmesinde ortaya çıkan tüm bu olumsuzluklara karşın, bu sorunların çözümünde anahtar rolü olan koruyucu hekimlik uygulamalarının sorumluluğu yalnızca Sağlık Bakanlığı’na verilmiş bir görev olup, bu da yeterince yerine getirilememektedir. Aşılama, aile planlaması, yeterli ve dengeli beslenme ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hizmetlerde olması gereken noktanın oldukça gerisinde yer alındığı görülmektedir.

Türkiye’de hizmet sunumunun gerçekleştiği en önemli birimler arasında tedavi hizmeti sunan hastaneler ilk sırada yer almaktadır. Hastane hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve

Sosyal Güvenlik Bakanlığı, bazı Kamu İktisadi Kuruluşları, Üniversiteler ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Tablo 4.2’de sağlığa ait fiziki altyapının en önemli göstergesi olan hastane ve yatak sayılarının kurumlara göre dağılımı görülmektedir. Tablodan da görüldüğü gibi, hem hastane sayısında hem de yatak sayısında Sağlık Bakanlığı en büyük paya sahip hizmet sunan kurum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 4.2. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Dağılımı.

Kurum	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak Dağılımı (%)
-Sağlık Bakanlığı	698	80.297	49.9
-Milli Savunma Bakanlığı	42	15.900	9.9
-Sosyal Sigortalar Kurumu	115	25.934	16.1
-Kamu İktisadi Kurumu	10	2.217	1.4
-Diğer Bakanlıklar	2	680	0.4
-Üniversiteler	37	23.383	14.5
-Belediyeler	6	1.218	0.8
-Dernekler	16	1.263	0.8
-Özel	194	9.962	6.2
TOPLAM	1.120	160.884	100.0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, s.13

Türkiye’de hastanelerin sayısal olarak yetersiz olduğu konusundaki düşünceler doğru değildir. Sadece dengesiz dağılımın getirdiği sorunlar nedeniyle böylesi bir görünüm ortaya çıkmaktadır. Aşağıda Tablo 4.3’te görülebileceği gibi, mevcut hastane yataklarının kullanımında sorunlar yaşanmaktadır. Yatak doluluk oranları %55-60 arasında değişmektedir. Ayrıca hasta sevk zinciri, yasa da belirtildiği şekilde işletilemediği için ikinci basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerde gereksiz yığılım olmakta ve hastaneler, daha çok birinci basamakta ayakta-evde tedavi ile çözümlenebilecek sağlık sorunları ile ilgilenen klinikler haline gelmektedir.

Tablo 4.3. Türkiye’de Hastanelerde Kullanım ve Performans Göstergeleri

	Toplam		Bakanlık		Diğer	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997
Poliklinik Oranı (%)	126.9	141.3	-	-	-	-
Yatan Hasta Oranı (%)	5.1	5.0	5.3	4.9	5.0	5.1
Ortalama Kalış Günü (gün)	6.3	6.1	5.7	5.6	7.0	6.6
Doluluk Oranı (%)	58.3	59.2	55.0	55.8	62.0	63.0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, s.36

2.1 Sağlık İnsangücü

Her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de etkili hizmet sunmanın en önemli koşulu gerekli özelliklere sahip yeterli insangücünün bulunmasıdır. Üretim konusunun hizmet olması ve sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve ikame edilemez olma özelliği taşıması nedeniyle sağlık hizmeti sunulmasında insangücünün sağlanması bütün politikaların ağırlık noktasını oluşturmaktadır (Yıldırım, 1994, s.32).

Tablo 4.4 Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe
1930	1 182	--	202	1 268	400
1940	1 500	--	405	1 493	616
1950	3 020	--	721	4 018	1285
1960	9 826	1395	2 420	3 890	3 216
1970	13 843	3 245	8 796	9 954	11 321
1980	27 241	7 077	26 880	11 664	15 880
1990	50 639	10 514	44 984	21 547	30 415
1995	69 349	11 717	64 243	34 342	39 551
1996	70 000	14 200	71 400	45 400	45 000
1997	73 350	15 365	75 011	46 475	48 900

Kaynak: DİE 75.Yılında Sayılarla Türkiye Cumhuriyeti, 1998, s.25

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi sağlık insan gücünde önemli gelişmeler yaşanmıştır. Ancak bu sayısal gelişmeye karşın, halen coğrafi, mesleki ve fonksiyonel dağılıma ilişkin farklılıklar ve sorunlar devam etmektedir. 1997 yılı itibariyle Türkiye’de 73350 hekim, 15365 diş hekimi, 46475 sağlık memuru, 75011 hemşire ve 48900 ebe bulunmaktadır. Örneğin, 1997 yılına kadar hekim sayısında yaklaşık olarak 62 kat ve hemşire sayısında 371 kat artış gerçekleşmiştir. 1997 yılı itibariyle bir hekime düşen kişi sayısı 890, bir diş hekimine düşen kişi sayısı 4250, bir hemşireye düşen kişi sayısı 871, bir ebeye düşen kişi sayısı 1395 ve bir sağlık memuruna düşen kişi sayısı ise 1405’dir (DİE, 1998, s.26).

Toplam hasta yatağının yaklaşık %40’ı Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde bulunmaktadır. Hastane altyapısının bu illerde yığılmış olması, sağlık insangücünün de buralara yığılmasına neden olan faktörlerden biridir. Ancak, insangücündeki bu yığılma altyapıdaki yığılmadan daha ileri boyuttadır. Bu durum, hem altyapı planlamasında hem de insangücü istihdam politikasındaki yanlışlıkları çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır (Yıldırım, 1994, s.20).

Sağlıkta insangücü planlanmasının ülkemiz koşullarında önemli bir konu olduğu açıkça görülmektedir. Bu nedenle, sağlık insangücü planlamasında iki önemli boyut olan sağlık insangücü arz ve talep konuları gündeme gelmektedir. Arz boyutunda yüksek öğretim ve orta öğretim kurumları önemli bir rol üstlenmektedir. Dolayısıyla arz koşullarını doğrudan belirleyen en önemli faktör bu okulların sahip oldukları kapasitelerdir. Okulların kapasiteleri ise, buralardaki eğitim-öğretim kadrosu ve fiziki koşullara bağlı olarak değişmektedir. Bunun yanında demografik yapıda meydana gelen değişimler de arz miktarını etkileyen önemli bir faktördür. Sağlık insangücü talebi ise, doğal olarak sağlık hizmetlerine olan talebe göre değişme gösterecektir. Bu ve bunlara benzer diğer koşullar dikkate alınmadan, ülkemiz için sağlık insangücü sorunlarının hem sayı bakımından hem de kalite bakımından çözülmesi olanaklı görünmemektedir.

3. Sağlık Harcamaları ve Finansman

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu gelirleri yani vergiler, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmetler karşılığı yapmış oldukları doğrudan ödemelerden sağlanmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun bir kısmı, SSK, Bağ-kur ve Özel Sigorta örneğinde olduğu gibi, çalışan ve işverenler tarafından ödenen primler karşılığı hizmetlerden yararlanırken, diğer bir kısmının sağlık giderleri emekliler ve çalışanlarda olduğu gibi devletçe karşılanmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamı dışındaki nüfusun önemli bir kısmı doğrudan ödeme yaparken, ödeme gücü olmayanların giderleri belli ölçüde çeşitli fon gelirlerinden yine devlet eliyle karşılanmaktadır.

Bu farklı finansman türlerinin oluşturduğu sağlık harcamaları değişik kurum ve kuruluşlarca gerçekleştirilmekte olup, ülke genelinde tek bir organizasyon oluşturulamamıştır. Kamu denetimindeki hastanelerin iki önemli finansman kaynağı vardır. Bunlar, devlet bütçesinden ayrılan pay ve döner sermaye gelirleridir. Devlet bütçesinde ayrılan pay her yıl enflasyon oranındaki değişiklikler hesaba katılarak doğrudan Sağlık Bakanlığı’na tahsis edilmektedir. Döner sermaye gelirlerinde ise bireylerin hizmet karşılığı cepten yaptığı ödemeler bir araya gelmektedir. Aşağıda yer alan tabloda ülkemizde sağlık hizmeti sunan ve hizmetlerin finansmanında kullanılan fonların toplanmasına aracılık eden kurum ve kuruluşlar yer almaktadır.

Tablo 4.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunum ve Finansman Kaynakları

Hizmet Sunan Birimler	Fon Kaynakları
<i>Kamu</i>	Devlet Bütçesi Kaynakları
Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı
Sosyal Sigortalar Kurumu	Yüksek Öğrenim Kurumu
Üniversite Hastaneleri	Savunma Bakanlığı
Belediyeler	Diğer Kamu Kaynakları
Kamu İktisadi Kuruluşları	
Savunma Bakanlığı	
Diğer Bakanlıklar	
<i>Özel</i>	Zorunlu Sigorta
Türk ve Uluslararası Hastaneler	Sosyal Sigortalar Kurumu
Özel Doktorlar	Bağ-Kur
Özel Eczacılar	Emekli Sandığı
Özel Laboratuvarlar	Özel Sigorta Fonları
	Cepten Ödemeler
<i>Hayır Kurumları</i>	

Kaynak: Ministry of Health, Health Project Coordination Unit, 1996, s.3

Diğer yandan, Türkiye’de gayri safi milli hasıladan sağlık harcamalarına ayrılan pay gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. OECD 1998 verilerine göre, Türkiye dışındaki OECD ülkelerinde bu oran ortalama %6-7 düzeyinde iken ülkemizde %3.3 ile %3.7 arasında değişmektedir. 1984 yılında sağlık harcamaları yükselen bir eğilim izlemeye başlamış ve 1993 yılında üst seviyeye ulaşmıştır. 1994 yılında yaşanan ekonomik kriz ABD doları bazında sağlık harcamalarında %30’luk bir düşüşe ve GSYİH’da ise %27’lik bir düşüşe neden olmuştur. 1995 yılında bir önceki yıla göre yaşanan ekonomik düzelme sonucunda sağlık harcamaları tekrar GSYİH’ya bağlı olarak yükselmeye başlamıştır. Ancak, diğer bazı ülkelerle karşılaştırıldığında, bu göstergelere göre bireysel ve ulusal düzeyde yapılan bütün harcamaların ülkemizde yetersiz olduğunu görmekteyiz. Bu durum Tablo 4.6’da görülmektedir.

Tablo 4.6. Türkiye ve Bazı OECD Ülkelerine ait Toplam, Kamu ve Kişi Başına Sağlık Harcamaları

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%)		Kamu Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Milli Hasılaya Oranı (%)		Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (ABD Doları)	
	1996	1986	1996	1986	1996	1986
A.B.D.	13.6	10.8	6.3	4.4	3 898	1 917
Almanya	10.5	9.2	8.2	7.1	2 278	1 014
Fransa	9.8	8.5	7.3	6.5	2 002	1 135
İngiltere	6.9	5.9	5.8	5.0	1 317	719
Japonya	7.2	6.6	5.7	4.8	1 677	853
Kanada	9.2	8.7	6.4	6.5	2 065	1 289
Yunanistan	6.8	4.4	5.2	3.6	888	328
Türkiye	3.3 (1995)	2.7	2.3(1995)	1.1	232	97

Kaynak: OECD Health Data 1998.

Nüfusun tamamının genel bir sağlık sigortası kapsamına alınmamış olması, hizmetin finansmanında ve hizmetten yararlanmada farklı uygulamalara neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersizliği bir yana, örgütlenmedeki çok başlılığın, varolan kaynakların kullanımındaki etkinliği azalttığı görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde yeni bir oluşumu destekleyeceği ve finansman yetersizliğini gidereceği düşünülen reformlar çerçevesinde “Genel Sağlık Sigortası” planı bir çözüm olarak uygulamaya konulmaya çalışılmaktadır.

3.1 Genel Sağlık Sigortası

Genel Sağlık Sigortası (GSS), sosyal sigorta prensiplerine dayanmaktadır. Primlerin, üyelerin ödeme gücüne göre belirlenmesi ve ödeme gücü tümüyle yetersiz olanlardan hiç katkı alınmaması öngörülmüştür. Sistemden, primini ödeyen üye ve bu üyenin bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlanacaktır. Sistemin nihai işleyişinde, tüm hizmet maliyeti, prim gelirleri ile, gerekli olduğu oranda kamu finansmanı katkılarından karşılanacaktır (S.B. 1992, s.2-8). İlk aşamada, hiç bir sosyal yardım programından yararlanmayan ve sağlık sigortası olmayan bireylerin kapsanması planlanmıştır. Bu yeni sistemin, üyelerden ve genel bütçeden katkılar toplaması, ancak üyelerine doğrudan hizmet sunmada yükümlü olmaması öngörülmüştür. Görüldüğü gibi, GSS, hizmet için fon toplayan birim ile hizmet sunan birimi birbirinden ayırmaya yöneliktir. Bu kapsamda, hastaneler önce özertleştirilecek, daha sonra ise özelleştirme çalışmalarına başlanacaktır. Bu uygulama ile, sağlık insangücünde arz ve talep

miktarlarının belirlenmesi tamamen piyasa koşullarına bırakılarak ve hizmet sunanlar arasında bir rekabet ortamı yaratılarak, harcamalarda ve hizmet sunumunda etkinliğin sağlanacağı ileri sürülmektedir. Oysa ki, uygulamada, denetimden uzak bu tür piyasalarda rekabetin, beraberinde hiç bir zaman verimlilik ve kalite artışı getiremediği görülmüştür. Üstelik böyle bir ortamın tekelleşme eğilimini hızlandıran bir yapıya sahip olduğu düşünülmektedir.

Bu sistem, sağlık hizmetlerinin bütünüyle tedavi hizmetlerinden oluştuğunu varsayarak koruyucu hizmetleri tamamıyla dışlama eğilimindedir. Çünkü, kâr amacı ile çalışan özel şirketler hiç bir zaman koruyucu hizmetlerin üretimine yanaşmayacak ve bu hizmetlerin mutlaka kamu tarafından sunulması gerekecektir. Daha önce sağlık hizmetlerinin özelliklerinden söz edilirken bu konu üzerinde ayrıntılı bir şekilde durulmuştu.

Bu nedenle, GSS, ülke gerçekleri göz önüne alınmadan tasarlanmış bir program izlenimini vermektedir. Çünkü ülke gerçekleri göz önüne alındığında, sosyalleştirmenin önünde engel olarak görülen finansman yetersizliği sorunun, diğer ülkelerde olduğu gibi sağlık hizmetlerine bütçeden daha fazla kaynak ayrılarak çözülebileceği görülmektedir.

Ülkemizin sağlık örgütlenmesine baktığımızda, bugüne kadar hizmetlerin entegre biçimde verilmesini sağlayacak bir yapıda olduğu ve merkezileştirildiği görülmektedir. Dolayısıyla bu yapının en iyi şekilde işletilebilmesi ancak kamu yaklaşımı ile gerçekleştirilebilecektir. Çünkü, kamu yaklaşımı “verimlilik” ilkesini esas alırken, özel sektör “kâr” amacını taşımakta ve buna uygun bir yapı oluşturulmak istenmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı ekonomik güce bağlayan bu sistem sağlıklı olmayı bir hak olmaktan çıkarmaktadır.

Sonuçta, GSS’nın hedefleri ve temel esaslarının halk sağlığı yönünden çelişkilerle dolu olduğu, ülkemiz koşullarına uymayacak karmaşık bir yapı getireceği ve temel ekonomik özelliğinin tedavi edici hizmetlerin tüketimini teşvik edeceği düşünülmektedir. Kamu ekonomisinin gerekliliği çağdaş bir yaklaşım olarak bütün dünyaca kabul edilmektedir (DPT 1991 s.186). Sağlık sektörünün bu çerçevede düşünülmesi ve serbest piyasa ekonomisinin olumsuz etkilerinin dışında tutulması bir zorunluluk olarak görülmektedir.

3.2 Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık harcaması yapan kamu kurumları, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı, Bakanlıklar, Kamu İktisadi Kuruluşları, üniversiteler, belediyeler ve diğer çeşitli kuruluşlardan oluşmaktadır. Bu kurumlardan en büyük grubu oluşturan Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’na ait sağlık harcamaları daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Kamu sağlık harcamalarını gerçekleştiren yukarıda belirtilen birimlerden bir kısmı yalnızca hizmet üretirken, bir kısmı hem hizmet üretmekte hem de bazı sağlık hizmetlerini satın almaktadır. Diğer bir kısmı ise yalnızca üretilen hizmetleri satın almak koşuluyla harcamalarda bulunmaktadır. Örneğin; Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve Milli Savunma Bakanlığı yalnızca hizmet üretmektedir. SSK hem kendi sigortalısı için hizmet üretmekte hem de dışarıdan hizmet satın almaktadır. Emekli Sandığı ise sadece üyeleri için hizmet satın almaktadır.

Ülkemizde kamu sağlık harcamaları temel olarak iki kaynaktan finanse edilmektedir. Birincisi ve ağırlıklı olan vergi gelirleridir. İkincisi ise sigorta primleridir.

3.2.1 Sağlık Bakanlığı

Görevlerinden biri de Türkiye Cumhuriyeti’nin sağlık politikasını yürütmek olan Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra, tedavi edici hizmetleri sunan en önemli kuruluştur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını, birinci basamak sağlık hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetlerinin büyük bir kısmını yürütmesine ve toplam sağlık insangücünün yarısından fazlasını istihdam ederek ülkemizdeki en büyük sağlık sunan birim olmasına karşın, Sağlık Bakanlığı’nın konsolide bütçeden aldığı pay hiç bir zaman %5’in üzerine çıkamamıştır. Tablo 4.7’de Sağlık Bakanlığı’nın devlet bütçesi içinde son yıllarda aldığı pay görülmektedir. Son yıllardaki oranların, yirmi yıl öncesi ile karşılaştırıldığında giderek düştüğü görülmektedir.

Tablo 4.7. Yıllara Göre Devlet Bütçesi (Bin TL.), Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Bin TL.) ve Sağlık Bakanlığının Devlet Bütçesi İçindeki Payı (%)

Yıllar	Devlet Bütçesi (D.B.)	Bakanlık Bütçesi (B.B.)	B.B. / D.B. (%)
1980	756.687.182	31.822.605	4.21
1985	5.412.082.049	137.462.333	2.54
1990	63.925.354.000	2.633.217.000	4.12
1991	105.207.150.000	4.433.762.000	4.21
1992	207.545.328.000	9.783.005.000	4.71
1993	398.710.000.000	18.184.911.000	4.56
1994	823.976.053.000	30.639.327.000	3.72
1995	1.335.971.052.000	49.417.981.000	3.70
1996	3.558.506.822.000	98.064.401.000	2.76
1997*	6.344.685.500.000	204.499.200.000	3.20

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 1995, s.22

* S.B. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997-1998, s.62

Sağlık Bakanlığı'nın finansman kaynakları arasından genel bütçe gelirleri en temel olanıdır. Bu ödenekler bir önceki yılın enflasyon rakamına göre hesaplanmaktadır. Ancak, enflasyon hedeflerinin aşılması kamu harcamalarının kontrolü üzerinde olumsuz etkiye bulunduğundan, yıl başında yapılan genel bütçe ödemelerinin yıl içinde yeniden gözden geçirilmesi ihtiyacı doğmaktadır. Diğer bir gelir kaynağı olan döner sermaye gelirleri, kişilerin ya da sağlık sigortalarının sağlık hizmeti için hastanelere, belirlenen bir ücret tarifesine göre yaptıkları ödemelerdir. 1998 yılında 3418 Sayılı Yasa ile oluşturulan fon çerçevesinde, akaryakıt, sigara gibi tüketim maddelerinin satışları üzerinden sağlık amaçlı vergiler konularak ilave kaynak sağlanmış bulunmaktadır.

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşan toplam harcaması, 1992 yılında 12.5 trilyon TL. dolayında iken, hızla artarak 1996 yılında 156.6 trilyon TL. dolayına yükselmiştir. 1992 yılı baz alındığında Sağlık Bakanlığı harcamalarının nominal olarak yaklaşık 11.5 kat arttığı görülmektedir. Nominal olarak yüksek görünen bu artış hızına karşılık, reel artış oranlarının aynı hızda olmadığı, hatta bazı yıllarda düşme kaydedildiği bile görülmektedir. Örneğin, 1992 yılı baz alındığında reel değişim 1993 yılında %108.4 olurken, 1994 yılında %87.6'ya gerilemiş, 1995 yılında küçük bir artışla %89.9'a çıkmış ve 1996 yılında ise %107.7'lik bir değerle ancak 1993 yılı değerini yakalayabilmiştir.

Tablo 4.8. Sağlık Bakanlığı Kaynakları

Kaynaklar	Harcama Miktarı (Milyar TL)					% Dağılım				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Genel Bütçe Harcamaları	9 994.4	18 087.7	30 360.2	55 192.7	114 447.5	80	84	79	74	73
Döner Sermaye Harcamaları	1 588.4	2 484.8	6 985.0	17 184.5	39 713.0	13	12	18	23	25
Fon Harcamaları (3418.md.39/a)	943.3	961.7	1 068.1	1 881.2	2 446.2	8	4	3	3	2
TOPLAM	12 546.2	21 534.3	38 413.3	74 258.5	156 606.8	100	100	100	100	100

Nominal Endeks	100.0	171.6	306.2	591.9	1 248.2
Reel Endeks	100.0	108.4	87.6	89.8	107.7

Kaynak: Tokat, 1998, s.13.

Sağlık Bakanlığı harcamalarının sınıflandırılması, yani hangi alana ne kadar harcama yapıldığının ortaya konması da son derece önemlidir. Aşağıdaki tabloda bu ayrıntılı bir şekilde gösterilmeye çalışılmıştır.

Tablo 4.9. Sağlık Bakanlığı Harcamalarının Sınıflandırılması

Harcama Sınıfları	Harcama Miktarı (Milyar TL)					% Dağılım				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	896.8	1 190.4	1 557.5	2 461.3	4 926.4	7	6	4	3	3
Hastane Dışı Ayakta Tedavi Hizmetleri	3 072.4	5 809.7	9 296.8	15 272.7	33 810.4	24	27	24	21	22
Hastane	6 412.7	11 710.2	23 365.4	44 953.6	97 052.2	51	54	61	61	62
Genel Bütçe	4 824.2	9 225.4	16 380.4	27 769.1	57 339.2	38	43	43	37	37
Döner Sermaye	1 588.4	2 484.8	6 985.0	17 184.5	39 713.0	13	12	18	24	25
Diğer (Yönetim, Eğitim v.b.)	2 164.1	2 823.8	4 193.5	11 570.7	20 817.6	17	13	11	16	13
TOPLAM	12 546.2	21 534.3	38 413.3	74 258.5	156 606.8	100	100	100	100	100

Kaynak: Tokat, 1998, s.18

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı bütçesinin çok büyük bir bölümü hastane harcamalarına ayrılmaktadır. Bu harcamaların oranı 1992 yılında %51 iken giderek artarak 1996 yılında %62 olmuştur. Burada dikkate değer bir konu koruyucu hizmetlere yapılan harcamalardır. Ülkemizde, koruyucu hizmetlere harcama yapan tek kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Ancak, 1992 yılında %7 olan bu harcamalar 1996'ya gelindiğinde %3'e kadar düşmüştür.

Sağlık Bakanlığı, sağlık güvencesi altında olmayan ve sağlık giderlerini karşılayamayacak düzeyde olan yurttaşların yatarak yararlanacakları teşhis, tedavi ve ameliyat

hizmet bedellerinin karşılanması sağlamak amacıyla 1992 yılında “Yeşil Kart” uygulamasını başlatmıştır.

3.2.2 Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanelerinin Harcamaları

Türk mali sisteminde katma bütçeli kuruluşlar içinde yer alan üniversitelere bağlı tıp fakülteleri hastaneleri, diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri ile hemşirelik yüksek okulları gerek sağlık hizmeti üreterek, gerekse sağlık eğitimi yaparak harcamalarda bulunmaktadır. Özellikle hizmet sunumunda önemli ölçüde harcama yapmaktadırlar. Bu kurumlar, sigortalı ve sigortasız tüm hastalara hizmet vermektedir (Tokat, 1993, s.26)

Eğitim ve sağlık hizmetlerinin iç içe olmasından dolayı, bu hastaneler için yapılan harcamaların sınıflandırılması oldukça karmaşıktır. Bu hastaneler kamu bütçesi ile finanse edilmektedirler. Kamu bütçesinin yanı sıra üretilen hizmetin satılmasıyla elde edilen döner sermaye gelirleri de hizmetlerin üretimi için kullanılmaktadır (Yıldırım, 1994, s.64).

Tablo 4.10. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları

Harcama Kaynağı	Harcama Miktarı (Milyar TL)					% Dağılım				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Genel Bütçe Harcamaları	2 387.5	4 162.9	7 369.4	9 988.1	19 493.2	63	64	57	46	34
Döner Sermaye Harcamaları	1 419.9	2 374.0	5 496.7	11 701.7	38 363.0	37	36	43	54	66
TOPLAM	3 807.4	6 536.9	12 866.1	21 689.9	57 856.3	100	100	100	100	100

Kaynak. Tokat, 1998, s.34

Tabloda görüldüğü gibi, üniversitelerde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamaları 1992 yılında 3.8 trilyon TL. iken 1996 yılında 57.9 trilyon TL'ye yükselmiştir. Bir diğer deyişle, üniversite sağlık harcamaları nominal olarak 14 kattan fazla bir artış göstermiştir.

Üniversite sağlık harcamaları ile ilgili önemli bir gelişme, döner sermaye gelirlerinde meydana gelen artışlardır. Tablo 4.10'da görüldüğü gibi, katma bütçeli olan üniversitelerde, döner sermaye gelirleri artarak genel bütçe ödeneklerinin önüne geçmiştir. 1992 yılında 2.4 trilyon TL. ile toplam harcamaların %63'ünü oluşturan genel bütçe kaynaklı harcamalar, özellikle son yıllarda nispi olarak azalarak 1995 yılında %46'ya, 1996 yılında ise %34'e düşmüştür. Buna karşılık döner sermaye kaynaklı harcamalar da doğal olarak aynı dönemde %37'den sırasıyla %54 ve %66'ya yükselmiştir. Yani üniversiteler son yıllarda kendi yarattıkları kaynaklara yönelmişlerdir

Tablo 4.11 üniversitelerin sağlık harcamalarının dağılımını göstermektedir. Tablodan görüldüğü gibi eğitim, hastane ve mediko-sosyal olarak üç gruptan oluşan üniversite sağlık harcamaları içinde ilk sırayı, giderek artan hastane harcamaları almaktadır. 1992 yılında toplam harcamaların %59'unu oluşturan hastane harcamaları, sürekli olarak artarak, 1993'te %65, 1994'te %68, 1995'te %72 ve 1996 yılında ise %80 pay almıştır.

Tablo 4.11. Üniversitelerin Sağlık Harcamalarının Dağılımı

Harcama Yerleri	Harcama Miktarı (Milyar TL)					% Dağılım				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Eğitim Harcamaları	1 149.8	1 961.3	3 634.7	5 488.6	10 531.4	30	30	28	25	18
Hastane Harcamaları	2 236.7	4 251.4	8 729.6	15 541.2	46 241.7	59	65	68	72	80
Genel Bütçe	816.7	1 877.8	3 232.9	3 839.4	7 787.6	21	29	25	18	14
Döner Sermaye	1 419.9	2 374.0	5 496.7	11 701.7	38 363.0	37	36	43	54	66
Mediko-Sosyal Harcamaları	420.8	324.2	501.7	660.0	1083.2	11	5	4	3	2
TOPLAM	3 807.4	6 536.9	12 866.1	21 68.9	57 856.3	100	100	100	100	100

Kaynak. Tokat, 1998, s.36

3.2.3 Sosyal Sigortalar Kurumu

Sosyal Sigortalar Kurumu, üyesi olan sigortalılar ve bağımlılara, 506 Sayılı Yasa uyarınca, iş kazaları ile meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları kollarında, sağlık tesisi işletmeleri yoluyla sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Ancak, kendine ait sağlık tesisi olmayan yerlerde veya tedavisinin kurum tarafından yapılamadığı durumlarda, SSK bu görevi anlaşma yaptığı hekim ve müesseselerden satın almak ya da resmi sağlık tesislerine sevk yapmak yoluyla yerine getirmektedir (SSK, 1994, s.47).

1996 yılı itibariyle Sosyal Sigortalar Kurumu kapsamında 4.624.330'u aktif sigortalı olmak üzere, toplam 25.713.796 kişi bulunmakta ve bu sayı Türkiye nüfusunun yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır (SSK, 1996, s.27). Sosyal Sigortalar Kurumu koruyucu hekimlik alanında da faaliyet göstermektedir.

Sağlık sigortasının finansmanı, işçi ve işverenlerden alınan sigorta primlerinden karşılanmaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu'nda primler dışında iki ayrı gelir kaynağı daha bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, gelir olma özelliği dışında ayakta yapılan tedavilerde genel ilaç harcamalarını da kontrol altında tutan katılım payı bedelidir (prim ödeyen çalışan üyeler katılım bedeli olarak, ilaç bedelinin %20'sini emekliler ise %10'unu ödemektedirler). İkincisi

ise, Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerince döner sermaye benzeri uygulamalarla elde edilen gelirlerdir. Tablo 4.12’de Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının cari fiyatlarla 1992 yılında 7.3 trilyon TL. iken, hızla artarak 1996 yılında 87.9 trilyon TL.’ye yükseldiği görülmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu’nun yapmış olduğu sağlık harcamaları ile ilgili alarak, oldukça yüksek gerçekleşen nominal artış hızlarına karşılık, reel artışların aynı düzeyde olmadığı, hatta 1994 ve 1995 yılları arasında önemli ölçüde azalmaların olduğu dikkati çekmektedir. Nitekim, 1992 yılında 100 olan reel artış endeksi, 1993 yılında 104’e yükselirken, 1994 yılında 91.6’ya, 1995 yılında ise 92.8’e düşmüş, 1996 da ise tekrar 103.7’ye yükselmiştir. Yani, Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık harcamaları reel olarak 1992 yılına göre 1993 yılında yalnızca %4.1 oranında artarken, 1994 yılında %8.4, 1995 yılında da %7.2 gerileme kaydetmiş ve 1996 yılında ise %3.7’lik bir artış gerçekleşmiştir. Daha açık bir anlatımla, Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık harcamaları, 5 yıllık süre içerisinde gerçek anlamda bir artış kaydetmezken, enflasyonun etkisiyle nominal olarak hızla artmış gibi görünmektedir.

Tablo 4.12. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları

Harcama Yerleri	Harcama Miktarı (Milyar TL)					% Dağılım				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Sağlık Tesisleri	5 596.8	9 180.5	18 145.2	34 746.7	66 029.5	76	76	77	78	75
Hariçte Yapılan Sağlık Harcamaları	1 372.8	2 280.6	3 935.3	7 521.2	16 176.8	19	19	17	17	18
Anlaşmalı Hekim	346.7	600.6	1 343.7	2 486.4	5 730.8	5	5	6	6	7
TOPLAM	7 316.4	12 061.9	23 424.3	44 754.4	87 937.1	100	100	100	100	100

Kaynak: SSK 1992-1996 Arası Faaliyet Raporlarından Derlenmiştir.

Yine yukarıdaki tabloda, Sosyal Sigortalar Kurumu harcamalarının çok önemli bir bölümünün, yaklaşık %18’inin, hariçteki sağlık tesislerinde ve %6’sının da anlaşmalı hekimler için yapılmakta olduğu görülmektedir.

Tablo 4.13. Sosyal Sigortalar Kurumu Prim Gelirleri ve Giderlerinin Dağılımı

Gelir-Gider	Harcama Miktarı (Milyar TL)					% Dağılım				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Prim Gelirleri	9 099.0	15 570.3	22 516.2	31 899.0	89 424.7	100	100	100	100	100
Toplam Sağlık Giderleri	7 316.4	12 061.9	23 424.3	44 754.4	87 937.1	80	77	104	140	98
Gelir-Gider Farkı	1 782.6	3 508.3	-908 018	-12 855.4	1 487.5					
Gelir-Gider Oranı (%)	124	129	96	71	102					

Kaynak: SSK 1992-1996 Arası Faaliyet Raporlarından Derlenmiştir

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun prim gelirleri ile giderlerinin dağılımı incelendiğinde Tablo 4.13'de 1992 yılında 7.3 trilyon TL.'lik sağlık giderlerine karşılık 9.1 trilyon TL. prim geliri elde edildiği görülmektedir. Yani 1992 yılında 1.8 trilyon TL. dolayında bir net gelir elde edilmiştir. 1994 yılında ise giderlerin gelirlerden fazla olduğu ve toplam 0.9 trilyon TL. açık olduğu görülmektedir. 1995 yılında bu açık 12.8 TL. trilyon olurken, 1996 yılında gelir-gider dengesi tekrar fazla vermiştir. Yine aynı tabloda görülebileceği gibi elde edilen gelirlerin giderlere oranı 1992 yılında %124 ve 1993 yılında %129 olurken 1994 yılında %96'ya ve 1995 yılında %71'e kadar düşmüş, ancak 1996 yılında %102 düzeyine çıkarak dengeye ulaşabilmiştir.

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sağlık sigortacılığı açısından içinde bulunduğu en önemli sorunu, kurum yönetiminin kalite kontrol prensipleri yerine radikal bir şekilde maliyet kontrol prensiplerini tercih etmesi ve kurum tarafından sunulan hizmet kalitesinin, standartların çok altında kalmasıdır. Nitekim bugün, Sosyal Sigortalar Kurumu üyelerinin en çok yakındıkları konu, sağlık hizmetlerinden yararlanma zorluğu ve kuruluşlardaki hizmet kalitesinin düşüklüğüdür.

3.2.4 Bağ-Kur Sağlık Harcamaları

Türkiye'deki üç büyük sosyal güvenlik kuruluşundan biri olan Bağ-Kur, 1479 Sayılı Yasa ile 02.09.1971 tarihinde kurulmuş ve 01.10.1972 tarihinde bütün yurttan uygulamaya geçmiştir. Başlangıçta, yalnızca kentlerde bağımsız çalışanlara sosyal güvenlik hizmetleri vermekle yükümlü olan kurum, 1986 yılından itibaren hastalık sigortası yardımı uygulamasını başlatmıştır. Bu kapsamda Bağ-Kur, resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın alma yoluna gitmiştir.

Sağlık sigortası hizmetlerinden yararlanılabilmesi için en az 8 ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödenmiş olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık ve sağlık sigortası prim borcu bulunmaması, kurumca kendilerine ve hak sahiplerine aylık bağlananların ise aylıklarından en az 8 ay sağlık sigortası primi kesilmiş olması şarttır (Bağ-Kur, 1995, s.86).

Tablo 4.14’de Bağ-Kur prim gelirleri ve sağlık harcamaları gösterilmiştir. Bu tablodan görüldüğü gibi, cari fiyatlarla 1992 yılında 524.2 milyar TL. dolayında olan sağlık harcamaları hızla artarak, 1996 yılında 18.4 trilyon TL.’na yükselmiştir. Yani, 1992 yılından 1994 yılına kadar sağlık harcamaları yaklaşık 34 kat artmıştır.

Tablo 4.14. Bağ-Kur Prim Gelirleri ve Sağlık Harcamaları (Bağ-Kur İstatistik Yıllığı)

Gelir-Gider	Harcama Miktarı (Milyar TL)					% Dağılım			
	1992	1993	1994	1995	1996	92/93	93/94	94/95	95/96
Prim Gelirleri	1 572.5	1 782.0	3 778.1	7 669.3	15 162.9	13	112	103	98
Sağlık Harcamaları	524 521	1 060.6	2 987.1	8 044.6	18 411.8	102	182	169	129
Fark	1 048.3	721 3	790 9	-375 3	-3 248.9				

Kaynak. Tokat, 1998, s.26

1992 yılındaki toplam harcamaların %51’i hastane harcamaları, %39’u ise ilaç harcamaları için yapılmıştır. Ancak 1996 yılına gelindiğinde bu oranlar tersine dönmüş, hastane harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı %3’e düşerken, ilaç harcamalarının payı %62’ye yükselmiştir.

3.2.5 Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

Emekli Sandığı, 657 Sayılı Devlet Personel Kanunu’na göre çalışan devlet memurlarına, emeklilere, dul ve yetimlere ve bunların aile fertlerine, öncelikle devlete ait sağlık kuruluşlarından satın alma yöntemi ile hizmet sunmaktadır. Sağlık sigortası açısından devlet memurlarından aktif çalışma süreleri içerisinde ya da emekliliklerinde her hangi bir prim alınması söz konusu değildir. Sağlık harcamaları, içinde ağırlıklı olarak genel bütçe transferlerinin bulunduğu, kurumun genel gelirlerinden karşılanmaktadır.

Emekli Sandığı tüm üyelerine kapsamlı sağlık sigortası hizmeti sağlamaktadır. Sağlık yardımlarında, ayaktan tedavide kullanılan ilaçlar için alınan %10’luk katılım bedeli dışında üyelerden herhangi bir maddi katılım beklenmemektedir. Bir sigorta kuruluşu olarak

değerlendirildiğinde, hızla artan sağlık harcamaları konusunda kurumun herhangi bir önlem alamıyor olması olumsuz bir durum yaratmaktadır. Kurum, üyelerinin almış olduğu sağlık hizmetlerinin bedelini fatura karşılığı doğrudan ilgili sağlık kuruluşuna ödemektedir. Kurum içinde hizmet maliyetleri ya da hizmet kullanım sıklığı konularında hiç bir teknik analiz yapılmamakta, sadece sağlık kuruluşlarından gönderilen faturalar ödenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998, s.171).

Tablo 4.15'e göre cari fiyatlarla 1992 yılında 1.5 trilyon TL. olan Emekli Sandığı sağlık harcamaları, çok hızlı bir artış göstererek 1996 yılına gelindiğinde 35.4 trilyon TL. düzeyine ulaşmıştı. Bu harcamaların yaklaşık olarak %32'si hastane giderleri, %58' i ilaç giderleri ve %1' i ise dış tedavi giderleri olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4.15. Emekli Sandığı Sağlık Harcamalarının Dağılımı.

Harcama Türleri	Harcama Miktarı (Milyar TL)					% Dağılım				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Hastane Giderleri	492.3	952.7	2 029.3	5 712.7	11 901.1	32	31	28	32	34
İlaç Giderleri	831.2	1 705.8	4 463.0	10 488.4	20 714.0	54	56	61	59	59
Tıbbi Araç Giderleri	178.9	329.8	740.2	1.376.8	2 205.6	12	11	10	8	6
Dış Tedavi Giderleri	30.0	50.8	76.8	237.0	437.5	2	2	1	1	1
Diğer Giderler	3.7	6.5	17.0	43.0	96.9	0	0	0	0	0
TOPLAM	1 536.2	3 045.7	7 326.6	17 858.0	35 355.2	100	100	100	100	100

Kaynak: Tokat, 1998, s.30

3.3 Özel Kesim Sağlık Harcamaları

Sağlık alanında özel sektör, tek başına çalışan muayenehane hekimleri, bir kaç uzman hekim tarafından işletilen yataksız özel tedavi kurumları ve özel hastanelerin faaliyetlerinden oluşmaktadır. Ülkemizde özel sektörün insangücünün önemli ölçüde kamu sektöründe çalışan personelden karşılandığını görmekteyiz. Bu durum özellikle hekimler arasında daha yaygındır. Çünkü yarım gün kamu sektöründe, yarım gün de özel sektörde kendi muayenehanesinde veya bir hastanede çalışan doktorların sayısı oldukça fazladır. Ülkemizde, özel sektör muayenehane hizmetleri metropol sayılmayan kentler ve kırsal alanda daha fazla iken, metropol kentlerde poliklinik ve hastane hizmetleri daha fazla gelişmiştir. Sağlık Bakanlığı 1995 yılı istatistiklerine göre, ülkemizde doktorların %13'ü özel sektörde çalışmaktadır. Ancak yarı zamanlı çalışanlar eklendiğinde bu oran daha da artmaktadır. Uzman ve pratisyen hekimlerin dağılımına bakıldığında, uzman hekimlerin %30'u özel sektörde faaliyet gösterirken, pratisyen hekimler

içinde özel sektörün ağırlığı daha düşüktür. Pratisyen hekimlerin yaklaşık %90'ı kamu tarafından istihdam edilmektedir.

Özel hekim muayenehanelerinden hizmet satın alınması sırasında kullanıcılar doğrudan ceplerinden ödeme yapmaktadırlar. Hizmetin kullanımı sırasında yapılan bu harcamalar özel sağlık tüketim harcamaları veya sigortalı olmakla beraber kullanılan hizmet ya da tüketilen ilaç gibi durumlar için katılımcı payı ödemek durumunda olanların yaptığı harcamalar şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Bu konudaki en önemli veri kaynağı “Hane Halkları Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi” sonuçlarıdır. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 1994 yılında 2188 örnek haneye “Hane Halkı Tüketim Harcamaları Anketi” uygulanmıştır. Yapılan bu anket sonuçlarına göre, özel sağlık tüketim harcamalarının oranı %2.60 olarak bulunmuştur. Bu oran ülkemizin gelişmiş bölgelerinde %3'ün üzerine çıkarken, geri kalmış bölgelerde %1.5 düzeyine gerilemektedir (D.İ.E.,1998, s.672).

Özel kesim sağlık yatırım harcamalarına baktığımızda, 1980'li yıllarda sağlık yatırımlarına sağlanan teşvik imkanları özellikle 1985 yılından itibaren etkisini göstermeye başlamış, teşviklerden istifade ederek yatırım yapan serbest girişimcilerin sayısı ve yatırım miktarı hızla artmıştır. 1980 yılında özel kesim sağlık yatırım harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %9.7 iken bu oran 1992'de %34.5'e yükselmiştir. Bu grup harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise %0.4'den %3.1'e ulaşmıştır (Yıldırım, 1996, s.82).

Tablo 4.16'da özel sektör hastane harcamaları verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, 1992 yılında 637.1 milyar TL. olan harcamalar 1996 yılında 18.8 trilyon TL. dolayında gerçekleşmiştir. Yani özel kesim sağlık hastane harcamaları yaklaşık 28.5 kat artmıştır. 1992 baz yılı alındığında bu yıllar arasında reel olarak %254 dolayında hızlı bir artışın olduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.16. Özel Sektör Hastane Harcamaları.

Harcama	Harcama Miktarı (Milyar TL)					% Dağılım			
	1992	1993	1994	1995	1996	92/93	93/94	94/95	95/96
Hastane	637.0	1.517.3	3.483.2	12.582.1	18.766.4	138	130	261	49

Nominal Endeks	100.0	238	547	1.975	2.946	
Reel Endeks	100.0	150.4	156.4	299.7	254.1	

Kaynak: Tokat, 1998, 47.

4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Temel Sorunları

Sağlık hizmetlerinin finansman biçimi ve sağlık örgütlenmesi, daha önce de sözü edildiği gibi, ekonomik, sosyal, demografik yapı, siyasal tercihler gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu yönüyle, ülkelere genel olarak bakıldığında, sağlık sektörünün çok farklı yapılanmış olduğu ve hiç birinin birbirine benzemediği görülmektedir. Bu da çok çeşitli sağlık politikalarının var olduğu izlenimini vermektedir. Bu durumda bir ülkedeki sağlık sektörünün değerlendirilmesi ve sorunlarının saptanıp çözülmesinde pek çok farklı boyutun bir arada ele alınması gerekmektedir. Akdur (1998, s.1984) birlikte ele alınması gereken bu boyutların en önemlilerini ve en sık kullanılanlarını şu şekilde belirlemiştir: bilimsel/teknolojik (tıbbi) boyut, yönetsel boyut ve politik boyut.

Tıbbi boyut, ülkeden ülkeye ya da uygulamadan uygulamaya farklılık göstermez ya da değişmez. Çünkü tıp bilimi ve uygulamaları evrenseldir. Örneğin penisilin her ülkede ya da her hizmet sunum biçiminde (özel, kamu) aynı amaçlarla ve aynı şekilde kullanılır. Bu boyutta değişen tek şey bu işlemleri yapan personelin bilgi, beceri düzeyi ile sahip olunan teknolojidir. Kısaca, verilen hizmetin kalitesi değişmektedir.

Sağlık sektörünü tanımlamakta sıkça kullanılan diğer bir boyut olan yönetsel boyutun ülkeden ülkeye ve hizmet sunum biçimlerine göre çok çeşitli görüntüleri var ise de aslında değişmemesi gerekmektedir. Çünkü, tıp bilimi gibi, yönetim biliminin kuralları da evrenseldir. Burada değişen yalnızca, bu kurallara uyulup uyulmamasıdır. Bu durum her iki tip hizmet sunum biçimi (özel, kamu) için geçerli olduğu gibi her ülke ve her bölge için de geçerlidir.

Sağlık sektörünü tanımlamada kullanılan politik boyut ise değişkendir. Ülkeler arasında, ülkenin bölgelerine hatta hizmet sunan birimlerine göre farklılıklar gösterir. Üstelik politik boyut (izlenen/benimsenen sağlık politikası) sağlık sektörünü tanımlamada kullanılan diğer boyutları da önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle herhangi bir ülkedeki sağlık sektörünün

yapılanmasını ve dolayısıyla tanımlanmasını belirleyen esas boyut sağlık politikasıdır. Kısaca, ülkeler arasında ya da ülke içinde bölgeler arasında değişen tek şey sağlık politikasıdır.

Sağlık politikası ve sağlık hizmeti anlayışları, genel olarak iki seçenek halinde karşımıza çıkmaktadır: Bunlardan birisi, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılan hak ve temel insan hakkı sayan politikadır. Bu politika, bu hakkın yerine getirilmesinde sorumluluk ve görevi devlete verir. Diğer seçenek ise, sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasa koşullarına bırakan ve insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören politikadır.

Bu çerçevede, ülkemizde Cumhuriyet'in kuruluşundan günümüze kadar yaşanan dönemde bu iki politikanın her ikisine de ait uygulamaların olduğunu görmekteyiz. Ancak, son yirmi yılın uygulamalarına ve sonuçlarına bakıldığında, sağlık sektöründe kamunun payı giderek küçülmektedir. Bunun yanında gayri safi milli hasıladan sağlık harcamaları için ayrılan payın, belirli bir oranın üzerine çıkamadığını, temel sağlık göstergelerinde iyileşme sağlanamadığını, finansman yapısının giderek bozulduğunu, kısacası genel bir sağlık güvencesi sisteminin oluşturulamadığını görmekteyiz.

Sağlık hizmetlerine dünyanın bir çok ülkesinde gayri safi milli hasılanın %3'ü ile %10'u arasında değişen oranlarda kaynak ayrılmaktadır. Türkiye'de bu oran %3'lerin üzerine çok az çıkabilmiştir. Mevcut durumda ülkedeki yurttaşların sağlık bakım ihtiyaçlarının tümü karşılanamamaktadır. Türkiye'nin sosyo-ekonomik gelişme düzeyi ele alındığında, bu konudaki göstergeler tatmin edici değildir. En yaygın ölüm sebepleri önlenabilir ve kontrol edilebilir nedenlerdir. Türkiye'nin nüfus yapısındaki değişimin ortaya çıkardığı eğilimler de hizmet sunumunda değişim öngörmektedir. Kentleşmeyle beraber sağlık planlamasında bu olgunun göz önüne alınması gerekmektedir.

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %70'ler düzeyindedir. Ancak harcamaların dağılımına bakıldığında, yukarıda belirtilen durumu düzeltecek şekilde bir dağılımın olmadığı görülmektedir. Koruyucu hekimlik hizmetlerine yapılan harcamalar, toplam sağlık harcamalarının %1' i düzeyindedir. Bu oran ayaktan tedavi hizmetleri için yaklaşık %65'dir. Bu da gösteriyor ki, ülkemizde sağlığa ayrılan kaynaklar hem yetersiz durumdadır hem de verimli bir şekilde kullanılamamaktadır.

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde kamu kurumlarının payının arttığı dönemler ile, miktar olarak toplam sağlık harcamalarının arttığı dönemler çakışmaktadır. Buna karşılık, kamunun payının azalıp, özel harcamaların arttığı dönemlerde toplam sağlık harcaması miktarı azalmaktadır. Yani, özel harcamalar, kamu payının azaldığı dönemlerde sağlık harcaması miktarını eski düzeyde sürdürmeye yetmemektedir (Belek, 1997, s.150).

1996 yılı itibariyle, toplam sağlık harcamalarının %43’ü genel vergilerle, %25’i sigorta primleri ile ve %32’si cepten ödemeler yoluyla finanse edilmiştir (Tokat, 1998, s.63). Bireylerin cepten yaptığı ödemelerin oranının zaman içinde giderek arttığı görülmektedir.

Ülkemiz sağlık sektörünün bu karmaşık yapısı sağlık harcamalarında verimliliğin sağlanması önündeki en büyük engellerden biri olarak gösterilmektedir. Sağlık sektöründeki birimler birbirlerinden bağımsız gibi ve bir çok konuda eşgüdümünden uzak çalışmaktadır. Örneğin yukarıda açıklandığı gibi, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %43’ü genel vergilerle karşılanırken, bu miktarın yarısını kontrol eden Sağlık Bakanlığı, harcamalarının en büyük payını hastanecilik hizmetlerine ayırmaktadır. Yine bu bölümde yer verilen kurumlar arasında harcamalar ve finansman yönünden yapılan bir karşılaştırma sonucunda, sağlık güvencesi doğrudan genel bütçeden karşılanan kesimde, diğer kesimlere göre kişi başına sağlık harcamalarının yüksek olduğu, sigorta primleri yoluyla fon toplayan birimlerde ise harcamaların düşük kaldığı görülmektedir. Buna göre 1996 yılı için sağlık harcamaları Emekli Sandığı’na bağlı olanlar için 3 240 369 TL., SSK’ya bağlı olanlar için 1 019 536 TL. ve Bağ-Kur’a bağlı olanlar için ise 613 335 TL. olarak hesaplanmıştır (Engiz, 1996, s.23).

Sağlık hizmetlerinin eşit ve yaygın bir şekilde kullanımını sağlayacak bir “Ulusal Sağlık Sigortası”nın kurulamamış olması nedeniyle ülkemizde 20 milyona yakın insan herhangi bir sağlık güvencesinden yoksun olarak yaşamaya çalışmaktadır. Böyle bir sağlık güvencesinin oluşturulması yönündeki çalışmaların bir an önce başlatılması gerekmektedir.

SONUÇ

Sağlıklı bireylerin olduğu ve sağlık hizmetlerinin eşit ve yaygın bir biçimde sunulduğu topluma ulaşmak ülke yönetimlerinin temel hedefleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle, sağlık konusu ulusal düzeyde, ekonomik, sosyal ve kültürel koşullar çerçevesinde bir bütün olarak ele alınan konular arasındadır. Bu şekildeki bir yaklaşımla, sağlık hizmetlerinin toplum ihtiyaçlarına ve taleplerine yanıt verecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Bu düzenlemeler ise, hizmetin finansmanı ve örgütlenme biçimi, hizmetin sunum şekli, altyapı koşulları gibi unsurların bir arada ele alınıp geliştirilmesi ile gerçekleştirilebilir.

Günümüzde, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler bu tür düzenlemeler için büyük çabalar harcamaktadır. Çünkü, ekonomik kalkınmanın en önemli araçlarından biri olarak sağlıklı bir topluma sahip olmak görülmektedir. Buna karşılık, bu hedefe ulaşabilmek için, ülkelerin sağlık hizmeti üretimi ve tüketimi için yapmakta oldukları harcamalar giderek artmaktadır. Toplumun sağlık düzeyinde ve sağlık göstergelerinde olumlu gelişmeler sağlanabilmesi, sağlık hizmetlerine hem daha fazla kaynak ayrılması hem de kaynakların daha etkin kullanılmasını zorunlu hale getirmektedir.

Sağlığı etkileyen faktörler hem çok çeşitli hem de geniş kapsamlıdır. Bireyin kendine ait bedensel ve ruhsal faktörlerin yanında, içinde yaşadığı çevre koşullarından ve toplumsal ilişkilerden de etkilenmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kapsamı genişlemekte ve diğer sektörlerle de bağlantılı hale gelmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetleri nüfusun tümünü ilgilendirmektedir. Sağlık hizmetlerinin bu denli geniş kapsamlı olması, hizmetler için yapılan harcamaların da sınıflandırılmasına neden olmaktadır. Özel ve kamu kesimleri tarafından finansmanı sağlanan, kişiye yönelik koruyucu hizmetlere ve sağlık idarelerinin doğrudan sorumluluğu altındaki sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar dar anlamda sağlık harcamaları olarak ele alınmaktadır. Öte yandan, sağlık ile doğrudan ilişkili olmayan, ancak dolaylı olarak birey ve toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi amacıyla diğer alanlara yapılan harcamalar da geniş anlamda sağlık harcamaları olarak ele alınmaktadır. Temiz içme suyu sağlanması, atıkların zararsız hale getirilmesi (kanalizasyon ve çöp toplama), sağlık eğitimi v.b. için yapılan harcamalar bu grupta yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin üretilmesi sonucunda elde edilen fayda hem bireysel hem de toplumsal bir nitelik taşıdığından, yukarıda sayılan harcamaların hangi birimler tarafından

(kamu/özel) gerçekleştirileceği önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bu özelliği, kamusal mal olma niteliğini beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla, bu hizmetlerin fiyatlandırılmasında, yaratılan dışsallıklar yer almadığından, özel sektör kamu mallarının sunumunda yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, kamunun sağlık hizmetlerinin finansmanında ve denetiminde yer alması zorunlu hale gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin hem özel faydası hem de toplumsal faydası olduğu için, sağlık bakım ihtiyacının, toplumun gereksinimlerinin niteliği ve büyüklüğü gözönünde bulundurularak saptanması kaynakların optimal dağılımını ve verimliliğini beraberinde getirecektir.

Sağlık, eğitim, beslenme, konut, çevre koşulları gibi sosyal ve ekonomik olaylarla ilgili olduğu için; sağlık hizmetlerinin amacı ve sunum biçimi önemli olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin amacı, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, bireylerin sağlığının bozulmasına neden olabilecek etkenlerin ortadan kaldırılması, hastalığın yayılmasının önlenmesi, böylece bireylerin yaşam kalitesinin ve süresinin artırılması olmalıdır. Bu nedenlerle sağlık hizmetlerinde tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde de özellikle durulmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri ise, insan sağlığının korunması yanında ülkelerin altyapı planlaması, konut, sanayi, tarım, ulaştırma, enerji ve çevrenin korunması gibi pek çok alanı kapsamaktadır. Bununla beraber, koruyucu hizmetler sayesinde, hastalıkların kontrolüne yönelik harcamalarla, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler için yapılacak harcamalarda tasarruf sağlanabilmektedir. Çünkü, koruyucu hizmetlerde geniş ölçüde azalan maliyetler kuralı vardır. Tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler ise daha çok bireye yönelik sunulduğundan daha pahalı hizmetlerdir.

Gelişmiş ülke sağlık sistemlerine baktığımızda, sağlık harcamalarının azaltılması yönündeki ilk önlem, koruyucu hizmetlerin tüm topluma ulaştırılması olmuştur. Böylece, tedavi edici hizmetlere olan talep en aza indirilmeye çalışılmıştır. Halk sağlığı konusunda yapılan bu çalışmalar tamamen kamu tarafından yerine getirilmektedir. Böylece, daha başlangıç aşamasında sağlık harcamalarında tasarruf sağlanmıştır. İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri gibi farklı sağlık sistemlerine sahip ülkelerde gözlenen ortak özellik etkin çalışan bir koruyucu sağlık hizmetlerinin varlığı olmuştur. Hatta İngiltere gibi, sağlığı, doğuştan kazanılmış bir hak olarak gören ülkelerde, sağlık bakımı, bireyin doğumundan ölümüne kadar yerine getirilmesi zorunlu bir kamu hizmeti olarak görülmektedir. Gelişmiş ülkelerin bir çoğunda, sağlık bakımı, toplumsal gelişmenin temel dayanağı olarak görülmektedir.

Son yıllarda gelişmiş ülkelerin gayri safi milli hasıllarında sağlık harcamalarının payı giderek artmak zorunda kalmıştır. Bunun nedeni, sağlık hedeflerinde ve sağlık düzeyi göstergelerinde sahip olan durumu korumak ve geliştirmek olarak görülebilir. Sağlık hizmetlerinin teknolojik gelişmelere giderek daha bağımlı olması, hizmete olan talebin artması, hizmeti kullananların daha kaliteli hizmet talebinde bulunması, demografik yapıda meydana gelen değişiklikler sağlık hizmetlerinin maliyetini ve harcamaları artıran faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetlerinde finansman sorununun giderek büyüdüğünü görmekteyiz.

Bu durum ülkeleri, sağlık harcamalarında verimlilik sağlanması konusunda daha dikkatli olmaya itmekte ve finansman sağlamada yeni kaynakların bulunması arayışı ile hizmetlerin örgütlenmesinde çeşitliliklerin oluşmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde üç temel bileşenin varlığı, ülkelerin sistemlerinde farklılık yaratan en önemli konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu da, hizmetin sunumu, hizmeti finanse edecek fonun oluşturulması ve hizmetin, oluşturulan fon aracılığı ile ya da doğrudan hizmeti sunan birimden satın alınmasıdır. İlk tanımlanan süreç sağlık örgütlenmesinin arz yönünü, diğer iki özellik ise, birbirinin içine geçmiş durumdaki örgütlenmelerin de olabildiği, talep yönünü tanımlamaktadır.

Bu üç bileşen sağlık sistemlerinde değişik şekillerde karşımıza çıkabilmektedir. Örneğin, hizmetin hem sunumunun hem de finansmanının kamu kesimi tarafından sağlandığı eski sosyalist ülkeler de olduğu gibi, hizmetin tamamının özel sektörden satın alındığı ve finansmanın çok çeşitli şekillerde sağlandığı Amerika Birleşik Devletleri ve bu iki sistemin bir arada bulunduğu İngiltere gibi ülkeler mevcuttur.

Farklılıklar göstermesine karşın, bütün sağlık sistemleri kamu harcamalarını kontrol altına alma çabası içine girmişlerdir. Ülkeler sağlık politikalarının oluşturulmasında ekonomik ölçütleri göz önüne almakta, sağlık hizmetleri arz, talep ve finansmanı konusunda rasyonel kararlar almaya yönelmektedirler. Ancak, bu çerçevede en çok tartışılan konu, kamunun rolünün sınırlandırılması ile hizmetlerin özelleştirilmesi yönünde olmakta ve konuya ağırlıklı olarak hizmetlerin finansmanı yönünden yaklaşılmaktadır. Bunun nedeni olarak, sağlık hizmetleri finansman sorunlarının, örgütlenme, insangücü ve altyapı gibi faktörler üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olması gösterilmektedir.

Sağlık sistemlerinin yenilenmesi, yani ağırlıklı olarak kamudan özele kaydırılması, sağlık sektörüne, özellikle hizmeti üreten birimler ile finansman sağlayanlar arasındaki ilişkiye piyasa mekanizmalarının sokulması şeklinde kendini göstermektedir.

Oysa ki, sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşları, kâr amacı taşımadan sağlıkla ilgili birçok alanda ve bireylerin ödeme gücüne bakmaksızın hizmet verirken, özel sağlık kuruluşları tamamen kâr amacı taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucu pek çok ülkede hizmet göremeyen yoksul ve muhtaç nüfus artmıştır. Kamu sağlık kuruluşları genellikle bütün nüfus gruplarını gözeterik örgütlenirken, kâr amacı taşıyan kuruluşlar yalnızca pazarın karlı bölgelerini tercih etmektedirler. Özel sağlık kuruluşlarının, kamu sağlık kuruluşlarından daha verimli olacağı, özelleştirmelerin en temel gerekçesi olmakla beraber, yaşanan deneyimler bunun böyle olmadığını göstermiştir. Özellikle yönetim maliyetlerinin yüksek oluşu ve kâr amacı, özel kuruluşların daha pahalı hizmet vermesi sonucunu doğurmuştur. Hizmetin daha ucuz olduğu durumlarda ise, özel sağlık kuruluşlarının ya daha düşük kalitede ya da daha az kapsamlı hizmet verdikleri görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin tümüyle özelleştirilmesinin getireceği olumsuzluklar, bugün Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar tarafından da kabul edilmekte ve bu kuruluşların raporlarında ele alınmaktadır. Özellikle gelir durumu daha kötü olan ülkelere ve temel sağlık hizmetlerine yönelik programlar (bağışıklama, aile planlaması, çevre sağlığı, v.b) için kamu müdahalesinin zorunlu olduğu yaygın kabul görmektedir.

Sağlık hizmetleri gereksinimlerinin ne zaman ve ne miktarda ortaya çıkacağı kesin olarak bilinmediğinden, konu Türkiye açısından da bir çok yönden önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri organizasyonu açısından Türkiye’de var olan karmaşık arz ve finansman yapısı, etkin kaynak dağılımını engellemekte, kaynakların verimli kullanımını bozmakta ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması yönündeki girişimlere baktığımızda, sağlık hizmetlerinin sunumunu giderek piyasa koşullarına bırakan bir sürecin işlediğini görmekteyiz. Türkiye’de sağlık harcamaları gayri safi milli hasıladan ayrılan pay %3-3.5 gibi bir seviyede bulunmaktadır. Genel bütçeden ayrılan pay ise %3-4 dolayında gerçekleşmektedir. Tüm bu kaynakların %2’si sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere, %60’ı birinci basamak tedavi hizmetlerine (özellikle muayene ve ilaç masraflarına), %38’i ise yataklı tedavi hizmetlerine harcanmaktadır. Başka ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye sağlık

hizmetlerine oldukça düşük pay ayıran ülkeler arasındadır. Üstelik Dünya Sağlık Örgütü'nce yayımlanan raporlara göre Türkiye sağlık düzeyi göstergelerinde de kötü performansa sahip ülkeler arasındadır. Bu ölçütleri daha iyi duruma getirme yolu olduğu bilinen koruyucu hizmetlere ayrılan pay ise yalnızca %2 düzeyindedir. Dahası, ülke nüfusunun yaklaşık yarısı bir sosyal güvence kapsamında olmasına karşın, özel hizmet satın alan ya da özel sağlık sigortası yaptıran kesimler de giderek artmaktadır.

Diğer yandan, Türkiye'de sağlık düzeyi göstergeleri yönünden coğrafi bölgeler arasında da farklılıklar vardır. Bebek ve anne ölümleri, bazı hastalıkların görülme sıklığı gibi göstergelerle, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık kuruluşlarının fiziki yapıları, sağlık personelinin dağılımı konularındaki verilere bakıldığında önemli farklılıklar görülmektedir. Sağlık alanındaki bu farklılıklar bölgenin sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklarından kaynaklanmaktadır.

Sağlık sisteminin işleyişi, Türkiye açısından son derece önemlidir. Mevcut sorunların çözümüne yönelik olarak her şeyden önce sağlık hizmetleri sunumundan ve finansmanından kamunun çekilmesi düşüncesi biran önce terkdilmelidir. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların ve bu harcamaların gayri safi milli hasıla içindeki payının artırılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında çok sayıda kurum ve kuruluşun varlığı nedeniyle, ortaya çıkan karmaşıklığın giderilmesi için, tüm nüfusu kapsamı altına alan bir "Ulusal Sağlık Sigortası" uygulamasının getirilmesi gerekir. Böylece, yapılan harcamalarda verimlilik sağlanmış ve hizmetten yoksun nüfus grupları ortadan kaldırılmış olacaktır. Hizmetlerin finansmanında genel bütçe gelirleri yanında, prim sistemi de kullanılabilir. Primler gelir düzeyini ve gelir dağılımını esas alacak şekilde tespit edilmelidir. Son olarak, sağlık hizmetleri sisteminin bütün aşamalarında varolan irrasyonel uygulamaların da ortadan kaldırılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Abel-Smith B., “Financing Health for All”, World Health Forum, Vol. 12, Number 2, Geneva, 1991, s.191-200.

Abel-Smith B., “General Health Insurance: Lessons from International Experience”, Hacettepe Journal of Health Administration, Vol: II., 1993, s.1-18.

Abel-Smith B., Poverty, Development and Health Policy, WHO, Geneva, 1978.

Aggleton P., Health, Routledge, London, 1990.

Akdur R., “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri” , Yeni Türkiye Cumhuriyet Özel Sayısı III: Sosyal Değerlendirme, Yıl:4, Sayı:23-24, Eylül-Aralık 1998, s.1984-1995.

Arrow K.J., “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care”, The American Economic Review, Vol.LIII, December 1963, s.963-989.

Athearn J.L.-Pritchett S.T.-Schmit J.T., Risk and Insurance, West Publishing, New York, 1989.

Baggott R., Health and Health Care in Britain ,The Mcmillan Press Ltd., London, 1994.

Barlow R., “Health and Economic Development: A Theoretical and Empirical Review”, Research in Human Capital and Development: A Research Annual, der. Sırageldin İ., 45-75, JAI Press Inc.,Greenwich, 1979.

Beaglehole R.-Bonita R-Kjellström T., Basic Epidemiology, WHO, Geneva, 1993.

Belek İ.ve Arkadaşları, Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi, Sorun Yayınları, İstanbul, Ocak 1998.

Belek İ, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme”, Ekonomik Yaklaşım ,Cilt 8, Sayı 24-25, İlkbahar-Yaz 1997, s.147-156.

Benetar R.S., "What Makes a Just Health Care System ?", British Medical Journal, Vol.313, 12/21/96, s.1567-1569

Brazier J.-Hutton J.- Jeavans R., "Evaluating the Reform of the NHS", Competition in Health Care: Reforming the NHS, der. Culyer A.J.- Maynard A.K.-Posnett J.W., 216-236, Macmillian, London, 1990.

Bulutoğlu K., Kamu Ekonomisine Giriş, Temat Yayınları, İstanbul, 1977.

Carrin G.-Politi C., Health Economics, WHO Task Force on Health Economics Technical Briefing Note, WHO, Geneva, January 1997.

Chandler J., "The United States of America", der: Wall A., 163-182, Health Care System in Liberal Democracies, Routledge, London, 1996.

Cichon M.-Gillion C., "The Financing of Health Care in Developing Countries", International Labour Review, Vol. 132, No:2, 1993, s.173-186.

Contandriopoulos A.P.-Lesemann F.-Lemay A., "Canada", Private Markets in Health and Welfare: An International Perspective, der. Johnson N., 39-65, Berg Publishers, Oxford, 1995.

Cutler D.M., "The Cost and Financing of Health Care", The Economics of Health and Health Care, May 1995, Vol.85, No 2, s. 32-37.

Cutler D.M.-Gruber J., "The Effect of Medicaid Expansions on Public Insurance, Private Insurance and Redistribution", The American Economic Review, Vol.86, No:2, May 1996, s.379-383.

Çelikoğlu İ., Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması, Yayın No: 2355, DPT, Ankara, Eylül 1994.

Çilingiroğlu N., "Sağlık Ekonomisi", Halk Sağlığı Temel Bilgiler, der. Bertan M.-Güler Ç., 389-419, Güneş Kitabevi Ltd.Şti., Ankara, 1995.

Demirel M.-Yiğit İ ve Arkadaşları, Sağlık Mevzuatımız, Garanti Matbaası, İstanbul, 1969.

Dirican R.-Bilgel N., Halk Sağlığı ,Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993.

Elola J.-Doponte A.-Navarro V., “Health Indicators and The Organisations of Health Care Systems in Western Europe”, American Journal of Public Health System, Vol.10, October 1995, s.1397-1401.

Elsinga E.-Rutten F.F.H., “Economic Evaluation in Support of National Health Policy: The Case of The Netherlands”, Social Science of Medicine, Vol.45, No:4, 1997, s. 605-620.

Engiz O., “Türkiye’de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları”, Toplum ve Hekim, Cilt: 11, Sayı: 72, Mart-Nisan, 1996, s.22-31.

Feder J.-Holahan J., National Health Insurance: Conflicting Goals and Policy Choices, The Urban Institute, Washington, 1980.

Feldstein M., Hospital Costs and Health Insurance, Harvard University Press, Massachusetts, 1981.

Feldstein P.J., “The Chancing Structure of the Health Care Delivery System in The U.S.”, Health Care Systems and Their Patients: An International Perspective, der. Rosenthal M.M.-Frenkel M., 21-36, Westview Press, Oxford, 1992.

Feldstein P.J., Health Care Economics, Delmar Publishers Inc., New York, 1993.

Ferranti D.d., “Strategies for Paying for Health Care Systems in Developing Countries”, World Health Statistics, Vol.37, No:4, 1984, s.428-442.

Ferranti D.d., Paying for Health Services in Developing Countries, World Bank Staff Working Papers, Number 721, Washington, 1985.

Fişek H.N., Halk Sağlığına Giriş H.Ü. Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No: 2, Ankara, 1983.

Fişek H.N., “Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Politikaları”, Toplum ve Hekim, Aralık 1991, s.2-4.

Fuchs V.R., *The Future of Health Policy*, Harvard University Press, London, 1993.

Gilbert N.- Tang K.L., "The United States", Private Market in Health and Welfare: An International Perspective, der. Johnson N., 203-224, Berg Publishers, Oxford, 1995.

Graig L.A., *Health of Nations: An International Perspective on U.S. Health Care Reform*, Congressional Quarterly Inc., Washington, 1993.

Gulyer A.J.-Maynard A.-Williams A., "Alternative Systems of Health Care Provision: An Essay on Motes and Beams", A New Approach to the Economics of Health Care, der. Olson M., 121-150, American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, 1981.

Hartman R., "State Regulation of Health Insurance Products", Public and Private Sector Partnerships: Fostering Enterprise, der. Luiz Montanheiro, 149-158, SHU Press, London, 1998.

Hurst J., "The NHS Reforms in an International Context", Reforming Health Care Systems: Experiments with the NHS, der. Culyer A.J.-Wagstaff, 15-35, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 1994.

Iglehart J. K., "Japan's Medical Care System", Health Care Systems and Their Patients: An International Perspective, der. Rosenthal M.M.-Frenkel M., 147-168, Westview Press, Oxford, 1992.

Jefferys M., "Britain's National Health Services Under Pressure", Health Care Systems and Their Patients: An International Perspective, der. Rosenthal M.M.-Frenkel M., 221-236, Westview Press, Oxford, 1992.

Johnson N., *Private Markets in Health and Welfare an International Perspective*, Berg Publishers, Oxford, 1995.

Karacan A.İ., *Sigortacılık ve Sigorta Şirketleri*, Bağlam Yayınları 66, Araştırma-İnceleme 30, İstanbul, 1994.

Kenkel D., "Consumer Health Information and The Demand for Medical Care", The Review of Economics and Statistics, February 22, 1990.

Kılıç B., "Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim, Kasım 1994-Şubat 1995 Cilt 9, Sayı:64-65, s.30-35.

Kılıç B., "Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Çalışıyor ve Nasıl Gruplanıyor ?" Toplum ve Hekim, Kasım 1994-Şubat 1995 Cilt 9, Sayı:64-65, s.14-25.

Kingdom J., "The United Kingdom", Health Care Services in Liberal Democracies, der. Wall A., 127-162, Roudledge, London, 1996.

Lenel A. E., "Public and Private Sector Mix in The Funding of The Health Services: The Introduction of Health Insurance Systems in Albania and Mongolia", Public and Private Sector Partnerships: Learning for Growth, der. Montanheiro L., 205-219., SHU Press, London 1997.

Luft H.S., Health Maintenance Organisations: Dimensions of Performance, Transaction Books, New Jersey, 1987.

Marmor T. R., "Canada's Health Care System: A Model for the United States?", Current History, December 1991, s. 422-427.

Mooney G., Economics, Medicine and Health Care, Harvester Wheatsheath, London, 1992.

Nadaroğlu H., Karar Maliyesi Teorisi, Sermet Matbaası, İstanbul 1981.

Navarro V., "Sorunun Bir Kısmı mı? Yoksa Çözümün Bir Kısmı mı?", Toplum ve Hekim, Ekim 1991, s.29-38.

Olsan M., A New Approach to The Economics of Health Care, AEI Publishers, Washington, 1981.

Özsarı S.H.-Varlık M. "Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma", Yeni Türkiye Cumhuriyet Özel Sayısı III: Sosyal Değerlendirme, Yıl:4, Sayı:23-24, Eylül-Aralık 1998, s.1996-2022.

Phelps C. H., Health Economics, Addison-Wesley, New York, 1997.

Phillips D.R.-Verhasselt Y., Health and Development, Routledge, London, 1994.

Pope C. L., "The Changing View of the Standard-of-Living Question in the United States", The American Economic Review, Vol.83, No.2, May 1993, s.331-336.

Rosenthal M. M- Frenkel M., "The Struggle to Contain Health Care Costs: At What Price? The Current Worldwide Situation", Health Care Systems and Their Patients: An International Perspective, der. Rosenthal M. M.- Frenkel M., 3-9, Westview Press, Oxford, 1992.

Rublee D.A., "International Health Expenditure Trends: The United States Compared to Other Market-Oriented Countries", Health Care Systems and Their Patients: An International Perspective, der. Rosenthal M.M.-Frenkel M., 9-18, Westview Press, Oxford, 1992.

Rushing A. W., Social Functions and Economic Aspects of Health Insurance, Kluwer Nijhoff Publishing, Boston, 1986.

Schulenburg v.d. J.M.G., "Economic Evaluation of Medical Technologies: From Theory to Practice The German Perspective", Social Science of Medicine, Vol.45, No:4, 1997, s.621-633.

Schulenburg v.d. J.M.G., "The German Health Care System: Concurrent Solidarity, Freedom of Choice, and Cost Control", ", Health Care Systems and Their Patients: An International Perspective, der. Rosenthal M.M.-Frenkel M., 83-104, Westview Press, Oxford, 1992.

Sorkin A.L., Health Economics, Lexington Books, London 1975.

Tarım Ö., "Ulusal Sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz", Toplum ve Hekim, Aralık, 1991, s.27-32.

Tatar F., "Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları", Toplum ve Hekim, Cilt 11, Sayı 32, 1992, s.42-50.

Tokat M., Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, S.B. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998.

Tokat M., Türkiye’de Sağlık Sekörünün Finansmanı, S.B. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, Nisan 1993.

Tokgöz E., “Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme”, H.Ü. İdari Bilimler Dergisi, Cilt:1, Sayı:2, Haziran 1979.

Tokgöz E., “Sosyal Gelişmede Sağlık”, Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayınları, Yayın No: 1783, Ankara, 1981.

Tözün A.H., Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası, Veyeriler Sigortacılık Kültür Dizisi-1, İzmir, 1993.

Türk İ., Maliye Politikası, Turhan Kitabevi, Ankara, 1997.

Türkkan E., “Aile Planlamasına İktisadi Bir Yaklaşım”, Türkiye’de Nüfus Konuları, der. Toros A., 59-115, H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 1993.

Wolfe P.R.-Moran D.W., “Global Budgeting in OECD Countries”, Health Care Financing Review, Vol.14, Spring 1994, s.55-57.

Yıldırım S., Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Uzmanlık Tezi, DPT Yayın No 2350, Temmuz 1994.

Yıldırım S., “Sağlık İnsangücü Planlaması”, Toplum ve Hekim, Cilt 10, Sayı 68, Temmuz-Ağustos 1995, s.20-24.

Zarilli S.-Colette K., International Trade in Health Services: A Development Perspective, UN-WHO, Geneva, 1998.

_____,Bağ-Kur 10. Genel Kurul Çalışma Raporu, Yayın No: 95/2, Ankara, 1995.

_____,Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services, WHO Technical Report Series 829, Geneva, 1993.

_____,Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries, OECD, Paris, 1987.

_____,Health Services in Europe, WHO, Third Edition, Volume 1, Regional Analysis, Geneva, 1981.

_____,“Health Care Systems for The 21st Century”, UN-WHO, British Medical Journal, 05/10/1997, Vol.314, s.1047-1410.

_____,Herkes İçin Sağlık Hedefleri, WHO Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag, 1986.

_____,Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl): 1963-1967, DPT, Ankara, Ocak 1963.

_____,OECD Health Data, 1997, <http://www.oecd.org>

_____,OECD Health Data, 1998, <http://www.oecd.org>

_____,Reforming The Health Care System in Turkey, Ministry of Health, Health Project Coordination Unit, Ankara, 1996.

_____,Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 1995, Yayın No: 579, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1996.

_____,Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı Ö.İ.K. Raporu, DPT Yayın No: 2274, Ankara, Eylül 1991.

_____,Sosyal Sigortalar Kurumu 1992-1996 Faaliyet Raporları, Ankara.

_____,The Contractual Approach : New Partnerships for Health in Developing Countries, WHO Macroeconomics, Health and Development Series, Number 24, Geneva, December 1997.

_____,The Health Report 1995: Bridging the Gaps, Report of The Director-General, WHO, Geneva, 1995.

_____,The Health Report 1997: Conquering Suffering Enriching Humanity, WHO, Geneva, 1997.

_____,The Health Report 1998: Life in The 21th Century: A Vision for All, WHO, Geneva, 1998.

_____,The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Health Policy Studies, No: 2, OECD, Paris 1992.

_____,Türkiye’de Sağlık Reformları 1998, Sağlık Bakanlığı Sağlık Planlaması Genel Koordinatörlüğü, Ankara, Nisan, 1998.

_____,Türkiye’de Sağlık Reformu. Sağlıkta Mega Proje, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1992.

_____,Türkiye İstatistik Yıllığı 1997, D.İ.E., Yayın No: 2110, Ankara, Nisan 1998.

_____,World Bank Development Report 1993: Investing in Health, Oxford University Press, 1993.

_____,Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 599, Ankara, 1998.

_____,Yeni Strateji ve Kalkınma Planı, Üçüncü Beş Yıl 1973-1977, DPT Yayın No: 1272, DPT, Ankara, 1973.

_____,75. Yılında Sayılarla Türkiye Cumhuriyeti, DİE, Ankara, Kasım 1998.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI : Zafer ÇALIŞKAN

Doğum Tarihi ve Yeri : 01 / 01 / 1968 - MERSİN

Medeni Durumu : Evli

Eğitim Durumu

Mezun Olduğu Lise : Mersin Tevfik Sırrı Gür Lisesi

Lisans Diploması : Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi İktisat Bölümü

Yüksek Lisans Diploması :

Tez Konusu : Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman
Kaynakları Yönünden Türkiye’de Uygulanabilirliği

Yabancı Dil : İngilizce

Bilimsel Faaliyetler

İş Denevimi

Stajlar :

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar : Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi İktisat Bölümü (1993-1997)
Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İktisat Bölümü (1997-)

Adres : H.Ü. İ.İ.B.F. İktisat Bölümü Beytepe ANKARA

Tel. No : 0 (312) 297 86 50