

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

**SAĞLIK EKONOMİSİ VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK
HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANDIRILMASI**

Hilmi ÇOBAN

Danışman
Prof. Dr. Coşkun Can AKTAN

2009

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum ‘‘Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması’’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

Adı SOYADI

İmza

DOKTORA TEZ SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin

Adı ve Soyadı : Hilmi Çoban
Anabilim Dalı : Maliye
Programı : Maliye
Tez Konusu :Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması
Sınav Tarihi ve Saati :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen öğrenci Sosyal Bilimler Enstitüsü’nün tarih ve Sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliğinin 30.maddesi gereğince doktora tez sınavına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini dakikalık süre içinde savunmasından sonra jüri üyelerince gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olan Anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI OLDUĞUNA O OY BİRLİĞİ O
DÜZELTİLMESİNE O* OY ÇOKLUĞU O
REDDİNE O**
ile karar verilmiştir.

Jüri teşkil edilmediği için sınav yapılamamıştır. O***
Öğrenci sınava gelmemiştir. O**

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.
** Bu halde adayın kaydı silinir.
*** Bu halde sınav için yeni bir tarih belirlenir.

Tez, burs, ödül veya teşvik programlarına (Tüba, Fulbright vb.) aday olabilir. Evet
Tez, mevcut hali ile basılabilir. O
Tez, gözden geçirildikten sonra basılabilir. O
Tezin, basımı gerekliliği yoktur. O

JÜRİ ÜYELERİ

..... Başarılı Düzeltme Red İMZA
..... Başarılı Düzeltme Red
..... Başarılı Düzeltme Red
..... Başarılı Düzeltme Red
..... Başarılı Düzeltme Red

ÖZET

Doktora Tezi

Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması

Hilmi Çoban

**Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Maliye Anabilim Dalı
Maliye Programı**

Sağlık hizmetleri, beşeri sermayeye ve bireyin gelir elde etme yetisine ilişkin yaptığı doğrudan katkılar sebebiyle oldukça büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetleri, dışsallıklar, bilgi ve karar alma sorunları gibi faktörler sebebiyle, arz ve talep yapısı, finansmanı ve sunum yöntemleri açısından diğer mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu ve finansmanına ilişkin alternatif yöntemlerin uygulanması, iktisadi anlamda etkinliğin sağlanmasının yanı sıra, sağlık göstergelerinin olumlu gelişimine katkıda bulunma amacına hizmet etmektedir.

İktisadi anlamda etkinliğin ve sağlık göstergelerindeki gelişimin izlenmesi, sağlık hizmetlerinin sonuçlarını değerlendirme açısından oldukça önemlidir. Bu amaçla çalışmada sağlık harcamaları, kişi başına gelir gibi iktisadi veriler ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkinin yönü ve gücü Türkiye’de 1983 – 2006 yılları arasındaki veriler ışığında Speraman korelasyon yöntemi ile belirlenmiştir. Daha sonra 1983-2007 yılları arasındaki kamu ve özel sağlık harcamaları, nüfus ve kişi başına milli gelire ilişkin veriler, Johansen Eşbütünleşme analizi ve ardından Engle-Granger Nedensellik Analizi ile değerlendirilmiş ve veriler arasındaki nedensellik araştırılmıştır.

Analiz sonucunda, doğumda yaşam beklentisi ile kişi başına gelir, sağlık harcamaları gibi iktisadi veriler arasında doğrusal ve çok güçlü ilişki bulunmuş, bebek ölüm oranları ile sağlık harcamaları arasında ise ters yönde güçlü ilişki ortaya çıkmıştır. Eşbütünleşme analizleri sonucunda kişi başına gelir ile özel sağlık harcamaları arasında nedensellik bulunmuştur. Ekonomik büyüme ve beraberinde kamu ve özel sağlık harcamalarında yapılacak artışlar, sağlık göstergeleri açısından Türkiye’yi OECD ülkeleri arasında daha olumlu bir konuma taşıyabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Hizmetleri, Alternatif Sunum Yöntemleri, Johansen Eşbütünleşme Analizi, Granger Nedensellik Analizi, Spearman Korelasyon Testi

ABSTRACT
Doctoral Thesis
Health Economics and Reorganization of Health Services in Turkey
Hilmi Coban

Dokuz Eylül University
Institute of Social Sciences
Department of Public Finance
Public Finance Program

Health services have a great importance due to the direct contributions related to human capital and acquisition of income for individuals. Health services distinguish from other goods and services because of externalities, information and decision making problems in terms of supply and demand structure, and financing and delivery methods. Application of alternative delivery and financing methods for health services not only enables economic efficiency but also serve the purpose of positive development in health indicators.

Monitoring developments in the health indicators and economic efficiency is quite important for evaluation the outcomes of health services. For that purpose in this study, the direction and robustness of relationships among the health indicators are determined with Spearman Correlation Method using economic indicators, such as per capita income and health expenditure in Turkey between 1983 and 2006. Afterwards, the data between 1983 and 2007 for public and private health expenditures, population and per capita income is evaluated with Johansen's co-integration Analysis and Granger's Causality Analysis and the causality among the data is examined.

Results of the analysis demonstrate that among economic indicators such as life expectancy at birth, per capita income and health expenditure, there is a positive linear and strong relationship. Analyses further demonstrate that the relationship between infant mortality rate and health expenditure is negative and strong. According to results of co-integration analysis the causality find between per capita

income and private health expenditure. Turkey might have better position in OECD countries with economic growth accompanied by increasing public and private health expenditures.

Key Words: Health, Health Economics, Health Services, Alternative Provision Methods, Johansen Cointegration Analysis, Granger's Causality Analysis, Spearman's Correlation Test.

SAĞLIK EKONOMİSİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANDIRILMASI

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	ii
TUTANAK	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvi
GİRİŞ	xviii

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ, SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIKTA PİYASA AKSAKLIKLARI

1.1. SAĞLIK EKONOMİSİ.....	1
1.1.1. Sağlık Ekonomisi Kavramı	1
1.1.2. Sağlık Ekonomisinin Önemi	4
1.1.3. Sağlık Ekonomisi Kapsamı	5
1.1.4. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi	8
1.2. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TANIMI.....	10
1.2.1. Sağlık ve Hastalık	10
1.2.2. Sağlık Hizmetleri	11
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	11
1.3.1. Sağlık Temel İnsani Haklardan Biridir	11
1.3.2. Sağlık, Uluslararası Bir Sorundur	12
1.3.3. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Eksik Rekabet Mevcuttur.....	13
1.3.4. Sağlık hizmetleri Ssyal bir sorumluluktur	14
1.3.5. Sağlık Hizmetlerinin İkamesi Mümkün Değildir.....	14

1.3.6. Sağlık Hizmetleri Piyasası Tekelleşmeye Elverişlidir	15
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	16
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	16
1.4.1.1. Bireye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri	17
1.4.1.2. Çevreye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri	17
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	17
1.4.2.1. Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri	18
1.4.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri	18
1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	18
1.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	19
1.4.3.2. Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon	19
1.5. DEVLETİN MÜDAHALE GEREKÇESİ OLARAK SAĞLIKTA PİYASA AKSAKLIKLARI	19
1.5.1. Pazar Gücü	20
1.5.1.1. Monopol	21
1.5.1.2. Monopson	22
1.5.1.3. Ölçek Ekonomileri	24
1.5.1.4. Talebin Fiyat Esnekliği	25
1.5.2. Bilgi ve Karar Alma Sorunları	25
1.5.2.1. Bilgi Asimetrisi	26
1.5.2.2. Belirsiz ve Düzensiz Talep	27
1.5.3. Dışsallıklar ve Kamusal Mallar	27
1.5.3.1. Pozitif ve Negatif Dışsallıklar	28
1.5.3.2. Merit Mallar	30
1.5.3.3. Kamusal Mallar	31

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZ VE TALEP YAPISI, SUNUMU, FİNANSMANI VE ALTERNATİF YÖNTEMLER

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI	34
2.1.1. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler	36
2.1.1.1. Teknolojik Değişim	36

2.1.1.2. Ücretler.....	38
2.1.1.3. Girdi Fiyatları.....	39
2.1.1.4. Sağlık Yönetim Sistemlerindeki Değişim.....	40
2.1.1.5. Sağlık Sektörü Yatırımları	42
2.1.2. Sağlık Hizmetleri Arzının Özellikleri	42
2.1.2.1. Hekimlerin davranışı.....	42
2.1.2.2. Arz Koşulları.....	44
2.1.2.3. Her Arz Kendi Talebini Yaratır.	45
2.1.2.4. Fiyatlama.....	47
2.1.2.5. Sağlık Hizmetleri Arzı Bütünleşik Yapıyı Gerektirir	49
2.1.2.6. Sağlık Hizmetleri Arzı Teknoloji ve Bilgi Yoğundur.....	51
2.1.2.7. Sağlık Hizmetleri Arz Esnekliği Düşüktür	52
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ.....	53
2.2.1. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler	54
2.2.1.1. Bireylerin Gelir düzeyleri	54
2.2.1.2. Bireylerin Eğitim Düzeyleri.....	55
2.2.1.3. Sağlığın Yıpranma Oranı Ve Hastalığın Risk Düzeyi	56
2.2.1.4. Sağlık Hizmetinin Türü.....	57
2.2.1.5. Sağlığın Hane Halkı Üretim Düzeyi	58
2.2.1.6. Sağlık Hizmetleri Arzı, Fiyatı Ve Ulaşılabilirliği.....	61
2.2.1.7. Sosyal Zaman Tercihi Ve Riskten Kaçınma	62
2.2.1.8. Finansman Yöntemlerinin Etkisi	63
2.2.1.9. Diğer Faktörler	65
2.2.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Özellikleri.....	66
2.2.2.1. Sağlık Hizmetleri Talebi Belirsiz Ve Düzensizdir.....	66
2.2.2.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Fiyat Esnekliği Düşüktür.....	68
2.2.2.3. Sağlık Hizmetleri Talebi Beşeri Sermaye Yatırımıdır	69
2.2.2.4. Sağlık Hizmetleri Talebinin Gelir Esnekliği Pozitifdir.....	70
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE ALTERNATİF YÖNTEMLER.....	72
2.3.1. Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	72
2.3.1.1. Devlet Tarafından Sunumu	72

2.4.2. Sağlık hizmetleri Finansmanının Fonksiyonları	113
2.4.3. Finansman Yöntemleri	118
2.4.3.1. Kamu Finansman Yöntemleri	119
2.4.3.1.1. Dolaylı ve Dolaysız Vergiler	120
2.4.3.1.2. Kullanıcı Harçları	120
2.4.3.1.3. Sosyal Sigorta	121
2.4.3.2. Özel Finansman Yöntemleri	123
2.4.3.2.1. Cepten Yapılan Ödemeler	123
2.4.3.2.1.1. Doğrudan Ödemeler	124
2.4.3.2.1.2. Kullanıcı Katkıları	125
2.4.3.2.1.3. Enformel Ödemeler	127
2.4.3.2.2. Özel Sağlık Sigortaları	127

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ MEVCUT DURUMU, SORUNLARI VE EAMPİRİK ANALİZLER ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANDIRMASINA İLİŞKİN ÖNERİLER

3.1. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ YÖNETİM VE ORGANİZASYON YAPISI .	130
3.1.1. Anayasal ve Yasal Çerçevede Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Devletin Rolü	130
3.1.2 Tarihsel Süreç İçerisinde Türk Sağlık Yönetimi.....	132
3.1.3. Türk Sağlık Sektörü Örgütlenmesi	138
3.2. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İNSAN GÜCÜ YAPISI.....	141
3.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK DÜZEYİ	149
3.3.1. Yaşam Beklentisi	145
3.3.2. Kaba Doğum ve Doğurganlık Hızı	146
3.3.3. Bebek Ölüm Oranları	147
3.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	150
3.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri(outpatient).....	150
3.4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	152
3.4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	154

3.5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN AMPİRİK ANALİZİ.....	154
3.5.1. Araştırmanın Amacı	154
3.5.2. Veri ve Yöntem	155
3.5.3. Kullanılan Değişkenler ve Hipotezler	155
3.5.4. Verilerin Analizi	157
3.5.5. Bulgular	158
3.6. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİRE DUYARLILIĞINA İLİŞKİN EŞ BÜTÜNLEŞME ANALİZİ.....	165
3.6.1. Yöntem.....	165
3.6.1.1. Birim Kök Testleri	165
3.6.1.2. Eşbütünleşme Analizi.....	167
3.6.1.2.1. Engle-Granger Eşbütünleşme Testi.....	168
3.6.1.2.2. Johansen Eşbütünleşme Testi.....	169
3.6.2. Analizde Kullanılan Veriler	170
3.6.3. Bulgular	171
SONUÇ	176
KAYNAKÇA	184

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Kalitenin Evrimi	41
Tablo 2. Kamu-Özel İşbirliği Modelleri	92
Tablo 3. Kamu Özel Ortaklığı Sözleşmesinin Anahtar Kavramları	94
Tablo 4. Sağlık Hizmetleri Organizasyon Yapısı	139
Tablo 5. Türkiye’deki Sağlık Personeli Değişimi (1969-2006).....	142
Tablo 6. Bölgeler İtibariyle Sağlık Hizmetleri Personeli.....	144
Tablo 7. Doğumda Yaşam Beklentisi ile Kişi Başı GSYİH (SGP) (USD) Arasındaki Korelasyon.....	159
Tablo 8. Doğumda Yaşam Beklentisi ile Kişi Başı Sağlık Harcaması (USD) Arasındaki Korelasyon.....	160
Tablo 9. Postneonatal Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başı GSYİH (SGP) (USD) Arasındaki Korelasyon.....	162
Tablo 10. Postneonatal Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP) Arasındaki Korelasyon.....	163
Tablo 11. SGP’ye Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması ile SGP’ye Göre kişi Başı GSYİH Arasındaki Korelasyon	164
Tablo 12. Serilerin Düzey ve 1. Farklarının ADF Birim Kök Test Sonuçları	171
Tablo 13. Serilerin Düzey ve 1. Farklarının PP Birim Kök Test Sonuçlarının Olasılık Değerleri.....	171
Tablo 14. Serilerin Düzey ve 1. Farklarının PP Birim Kök Test Sonuçları.....	172

Tablo 15. Serilerin Düzey ve 1. Farklarının PP Birim Kök Test Sonuçlarının Olasılık Değerleri.....	172
Tablo 16. Johansen Eşbütünleşme Testi (Kamu, Özel ve Toplam Sağlık Harcamaları).....	173
Tablo 17. Normalleştirilmiş Eşbütünleşme Katsayıları.....	174
Tablo 18. Granger Nedensellik Testi Sonuçları.....	175

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Sektörü ile Ekonominin Kalan Kısmı Arasındaki İlişki.....	2
Şekil 2. Sağlık Ekonomisi Kapsamının Şematik Gösterimi	7
Şekil 3. Monopol, Rekabet ve Refah Kaybı.....	21
Şekil 4. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Monopson	23
Şekil 5. Ölçek ekonomisi ve Ölçeğe Göre Getiri.....	24
Şekil 6. Sigara Kullanımının Optimal Seviyesinin Belirleyicileri.....	29
Şekil 7. Merit Malların Eksik Tüketimi	31
Şekil 8. Hemşire ve Kira Ücretlerindeki Değişimin Arza Etkisi	40
Şekil 9. Sağlık Hizmetleri Arzındaki Artışın Talebe Etkisi.....	46
Şekil 10. Kamu Sağlık Birimlerinin Fiyatlaması	48
Şekil 11. Sağlık Hizmetleri Talebinin Fiyat Esnekliği.....	57
Şekil 12. Sağlık Hizmetleri Hane Halkı Üretimi-Dörtlü Diyagram.....	59
Şekil 13. Tüketicinin Gelirindeki Değişimin Hane Halkı Sağlık Üretimine Etkisi	60
Şekil 14 Sağlık Maliyet Enflasyonist Döngüsü	65
Şekil 15 İmtiyaz Anlaşması (Franchising) İşleyişi	103
Şekil 16. Kupon Sisteminin İşleyişi	109
Şekil 17. Arz Yönlü ve Talep Yönlü Teşviklerin İşleyişi.....	111
Şekil 18. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Belirleyicileri	115
Şekil 19. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları ve Fon Akımı.....	117

Şekil 20. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Piramit Modeli.....	123
Şekil 21. Sağlık Bakanlığı'nın Temel Sorumlulukları ve Fonksiyonları.....	132
Şekil 22. OECD Ülkelerinde Hekim Yoğunluğu (1000 Kişi Başına).....	143
Şekil 23. OECD Ülkelerinde Bebek Ölüm Oranları	158
Şekil 24. Türkiye'de Bebek Ölüm Oranlarının Bölgeler Arası Dağılımı	149
Şekil 25. Yataksız Tedavi Kuruluşlarının Toplam İçindeki Oranı	151
Şekil 26. Kurumların Yatak Sayılarının Toplam Yatak Sayısına Oranı	153
Şekil 27. Korelasyon Örnekleri.....	158
Şekil 28. Doğumda Yaşam Beklentisi ile GSYİH Arasındaki Serpilme Diyagramı	160
Şekil 29. Doğumda Yaşam Beklentisi ile Kişi Başı Sağlık Harcaması Arasındaki Serpilme Diyagramı	161
Şekil 30. Postneonatal Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başı GSYİH (SGP) (USD) Arasındaki Serpilme Diyagramı.....	162
Şekil 31. Postneonatal Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP) Arasındaki Serpilme Diyagramı.....	163
Şekil 32. SGP'ye Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması ile SGP'ye Göre kişi Başı GSYİH Arasındaki Serpilme Diyagramı	164

GİRİŞ

Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimi içinde kullanılan analiz ve tekniklerin, sağlık sektörüne uyarlanması ile sağlık hizmetlerinin ekonomik analizinin ortaya konmasına yardımcı olmaktadır. Esasen sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin en temel noktası, sağlık hizmetlerinin ekonomik analizler kapsamında ele alınarak, toplumsal refah üzerindeki etkisinin belirlenmesidir.

Sağlık ekonomisinin ilk ve en geniş kapsamlı değerlendirmesini içeren çalışma, Kenneth Arrow tarafından 1963 yılında “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care” isimli çalışma ile yapılmıştır. Daha önceleri sağlık ve ekonomi arasında kurulan ilişki, sistematik bir çabadan çok, birkaç ekonomik analiz tekniğinin sağlık verileri üzerinde uygulanması şeklinde olmuştur. Bu nedenle sağlık ekonomisine ilişkin ilk çalışma Arrow’un çalışması olarak kabul edilmektedir.

Arrow, sağlık hizmetlerine ilişkin ortaya koyduğu arz ve talep yapılarının sahip olduğu nitelikleri sistematik biçimde ele almış ve değerlendirmiştir. Özellikle talebin belirsizliği ve düzensizliği ve bu nedenle ortaya çıkan piyasa aksaklıkları üzerine değerlendirmelerde bulunmuştur.

Sağlık ekonomisi çalışma alanı içindeki en temel konulardan birisi, sağlık piyasasında yaşanan piyasa aksaklıklarıdır. Piyasa aksaklıkları, ekonomik analiz ve tekniklerin yanı sıra, devletin sistemdeki etkinliğini artırıcı sonuçlar ortaya koymaktadır. Piyasa aksaklıkları nedeniyle sistemdeki etkinliğini sürekli arttıran devlet ile özel sektör firmaları arasındaki karşılaştırmalı analizler, sağlık ekonomisinin kapsamını da genişletmiş ve finansman boyutunu da içine alarak önemini arttırmıştır.

Sağlık sistemi içinde devletin varlığına ilişkin sorgulamalar; etkinlik, verimlilik vb. kriterler açısından karşılaştırmalı analizleri ve bu analizlerin sonucunda devletin sağlık sektöründeki yapılanmasını yeniden gözden geçirmesini zorunlu kılmıştır.

Bu çalışma ile ilgili olarak temel amacımız, sağlık arz ve piyasa yapısının ayrıntılı olarak ortaya konularak, buna bağlı oluşan sunum ve finansman yöntemlerinin alternatifleri ile birlikte ele alınması ve değerlendirilmesidir. Bu

bağlamda Türkiye’deki sağlık hizmetleri ve mevcut durum analizi kapsamında, ampirik sonuçlar ile birlikte yapılan değerlendirmeler ele alınacaktır.

“Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” isimli çalışma üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki önemi ve tarihsel süreci açısından ele alınmış ve değerlendirmelerde bulunulmuştur. Literatür çerçevesinde sağlık ekonomisinin kapsamı, gelişimi değerlendirilmiş ve sağlık sektöründe piyasa aksaklıkları devletin müdahale gerekçesi olarak ele alınmıştır.

Sağlık hizmetlerinin genel özelliklerinin de sınıflandırıldığı ilk bölümde, sağlık hizmetlerini sınıflandırılması literatür çerçevesinde değerlendirilmiştir. Sağlık sektörüne ilişkin olarak yaşanan piyasa aksaklıkları, pazar gücü, bilgi ve karar alma sorunları ve dışsallıklar altında ele alınmıştır. Pazar gücünün tekelleşme eğilimi taşıması, bilgi ve karar alma sorunları nedeniyle tercihlerdeki rasyonalitenin kaybolması ve dışsallıklar sebebiyle ortaya çıkan değerlendirme ve fiyatlama sorunları, sağlık sektörüne ilişkin yaşanan piyasa aksaklıkları içinde incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık hizmetlerinin arz ve talep yapıları, sunumu, finansmanı ve bunlara ilişkin alternatif yöntemler incelenmiştir. Sağlık hizmetleri arz ve talebinin, diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak sahip olduğu nitelikler, geniş kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler, sağlık hizmetleri arzı çerçevesinde incelenmiş ve sıralanmıştır.

İkinci bölümde ele alınan sağlık hizmetleri arzının özellikleri, diğer mal ve hizmetlerden farklı boyutlarıyla değerlendirilmiş, özellikle sağlık hizmetleri arzının kendi talebini oluşturması üzerinde geniş değerlendirmelerde bulunulmuştur.

Sağlık hizmetleri talebi, talebi etkileyen faktörler ve sağlık hizmetleri talebinin özellikleri biçiminde ele alınmıştır. sağlık hizmetleri arz ve talep yapılarının belirtilmesinin ardından, sağlık hizmetlerinin alternatif sunumu ve yöntemleri literatür ve uygulama çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunumu ve yöntemleri, ayrıntılı biçimde ortaya konmuştur.

Yerelleştirme ve özelleştirme bağlamında uygulama alanı bulan sağlık hizmetleri sunum yöntemleri sözleşmeye dayalı olan ve sözleşmeye dayalı olmayan sunum yöntemleri olarak değerlendirilmiştir. Alternatif sunum yöntemlerinin çoğu,

özel sektörün sağlık piyasası içinde faaliyette bulunmasına katkıda bulunan yöntemlerdir.

İkinci bölümde ele alınan sağlık hizmetlerinin finansmanı ve alternatif finansman yöntemleri, kamu ve özel sektör finansman modelleri biçiminde değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin kamu finansman yöntemleri temelde vergilere dayanmaktadır.

Üçüncü bölümde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyon yapısı, tarihsel gelişimi, sağlık göstergeleri açısından durumu değerlendirmeye alınmıştır. OECD Health Data ve TÜİK veri setlerinden alınan veriler tablo ve grafik şeklinde sunulmuş ve tespitler yapılmıştır.

Tablolar üzerinden değerlendirmenin ardından, sağlık göstergeleri ile iktisadi göstergeler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile ortaya konmuş ve Spearman korelasyon katsayısı çerçevesine analizler yapılmıştır. 1983-2007 yılları arasındaki veriler XLSTAT 2009 paket programında analize tabi tutulmuş ve korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Çalışmada son olarak Johansen eşbütünleşme testleri ve Granger nedensellik testi yapılmış ve sonuçları analiz edilmiştir.

Sağlık göstergeleri ve iktisadi göstergeler arasındaki ilişkiler açısından temel öngörümüz, söz konusu göstergeler arasında çok yüksek bir ilişkinin ortaya çıkmasıdır. Sağlık göstergeleri ile iktisadi göstergeler arasındaki korelasyon, yapılan eşbütünleşme analizi ile desteklenerek ve Türkiye’de sağlık harcamalarının gelir esnekliği katsayısı analiz edilmiştir. Tüm bu analizler etrafında, özellikle ikinci bölümde ele alınan alternatif sunum yöntemleri ile ilgili olarak, üçüncü bölümde yapılan analizler ortaya konmuş ve Türkiye açısından öneriler değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ, SAĞIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZ VE TALEBİ

1.1. SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1.1. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Ekonomi kıtlık bilimidir. Ekonomi, kısıtlı bir bütçe ile refahı maksimize etmek için mal ve hizmetler arasında yapılan seçimleri analiz eder.

Ekonomi açısından temelde dört soru bulunmaktadır (Wonderling, Gruen ve Black, 2005:8):

1. Ne üretilecek ve ne miktarda üretilecek?
2. Bu ürünler hangi metotla üretilecek?
3. Mal ve hizmetlerin toplumsal çıktıları, toplumun üyeleri arasında nasıl bölüşülecek?
4. Toplumun üyeleri arasında üretimde ve dağıtımda etkinlik nasıl sağlanacak?

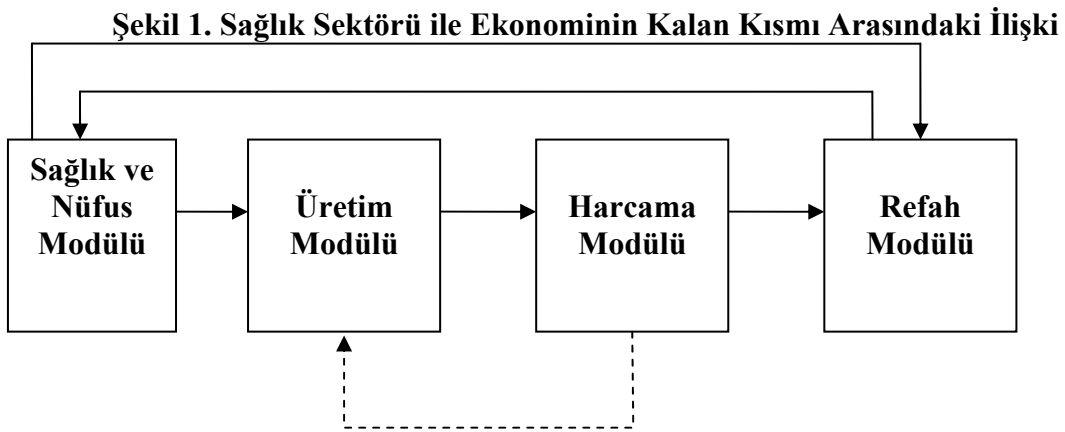
Bu temel sorunlar irdelendiğinde ekonomi açısından “değer” kelimesi öne çıkmaktadır. Bütün bu sorulara cevap verebilmek için gerekli ve öncelikli kavram değer’dir. Bu bakış açısıyla acaba sağlık (health) ve sağlık hizmetleri (health care) kavramlarını farklı anlamlandırmak mümkün müdür?

Değer kelimesi, politik ekonomide yalın biçimde kullanıldığında her zaman değişim değeri (mübadele değeri) anlamında kullanılır. Politik ekonomide bir şeyin değeri, bir amaç veya bir arzuyu tatmin etme kapasitesi ile ifade edilir (Mill, 2001:504). Oysa sağlık ticarete konu olamaz, piyasada alınıp satılamaz. Sağlık, sağlık hizmetleri, emniyet kemeri, kepekli ekmek vb. mal ve hizmetlerin bir niteliğidir, fakat sağlık bu mal ve hizmetler gibi satılamaz (McGuire, Henderson ve Money, 1988:32). Bu nedenle sağlık bir değişim değerine sahip değildir. Ekonomi açısından sağlık kelimesinin kullanım değeri olmakla birlikte değişim değeri

olmadığı için, McGuire, Henderson ve Money (1988), sağlık ekonomisi yerine sağlık hizmetleri ekonomisi kavramının kullanımı daha uygun olacağını düşünmektedirler.

Ekonomideki dört temel soru etrafında sağlık ve ekonomi ilişkisi Şekil 1’de son derece basit bir şekilde anlatılmaktadır. Şekildeki her bir modül ulusal ekonominin temel bileşenlerini göstermektedir. Oklar modüller arasındaki neden sonuç ilişkisini ortaya koymaktadır. Şekil 1’de düz çizgilerle gösterilen etkiler doğrudan, birincil etkileri ifade ederken, kesik çizgiler dolaylı etkileri ifade etmektedir (Over, 1991:10).

Buna göre sağlık ve toplumsal refah düzeyi arasında, karşılıklı ve doğrudan bir etkileşim bulunmaktadır. Nüfus ve toplumun sağlık düzeyi, toplumsal refah üzerinde doğrudan etkide bulunmaktadır. Ayrıca nüfus ve toplumun sağlık düzeyi, mal ve hizmet üretimindeki değişmelere bağlı olarak toplumsal refah üzerinde dolaylı etkide bulunmaktadır.



Kaynak: Over, 1991:10.

Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin en temel noktalarından birisi, toplumsal sağlık düzeyinde yaşanan gelişmelerin doğrudan ve dolaylı olarak toplumsal refah üzerinde etkide bulunmasıdır. Sağlıkın üretim, harcama ve refah üzerindeki etkilerini gösteren zincir, esasen sağlık ekonomisinin temel konusunu oluşturmaktadır.

Sağlık sektöründe üç temel problem bulunmaktadır. Sağlık programlarındaki maliyet etkinliğin yetersizliğini ifade eden dağıtım, kalitesiz kamu programlarının

savurganlığını ifade eden iç etkinsizlik ve sağlık hizmetlerinin faydalarının eşit olmayan dağılımını ifade eden adaletsizliktir(Akin, Birdsall ve Ferranti, 1987:17). Sağlık ekonomisi, sağlık sektöründe meydana gelen bu sorunlara, ekonomi biliminin kuralları, yöntemleri doğrultusunda çözüm arayan, ekonominin bir alt disiplini.

Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimine ilişkin kuralların, kullanılan yöntemlerin ve farklı analiz tekniklerinin sağlık sektörüne uyarlanması ile sağlık hizmetlerinin ekonomik analizini ortaya koyan, ekonominin uygulamalı bir alt dalı olarak tanımlanabilir(Tokat, 2008; Şenatalar, 2003:25; Çilingiroğlu, 2001:1594). Sağlık ekonomisi, ekonominin kuralları ve yöntemleri ile sağlık sektörünün analiz sonuçlarını ortaya koymakta ve bunları değerlendirerek alternatifleri sunmaktadır.

Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak verilen hizmetin ve uygulanan tedavi sonuçlarının ve bu hizmet ve tedavilerle ilgili maliyetlerin değerlendirilmesi, sağlık ekonomisi olarak tanımlanır (DPT, 2001:95). Sağlık ekonomisi, ekonomideki en temel sektörlerden biri haline gelen sağlık sektöründe etkinliğin sağlanmasına yönelik alternatifleri ortaya koyarak, bu alternatiflerden düşük maliyet - yüksek fayda düzeyini sağlayan yöntemlerin kullanılabilirliğine katkı sağlamaktadır (Çilingiroğlu, 2001:1594). Sağlık ekonomisi, tıp biliminin uygulanan alternatif tedaviler ve sonuçları üzerine yaptığı çalışmalardan farklı olarak, bu tedavilerin ve sonuçlarına ilişkin fayda maliyet analizleri doğrultusunda alternatifleri ortaya koymakta ve bu alternatifler arasından fayda-maliyet analizi açısından en uygun yöntemin kullanılabilirliğini denetlemekte ve geliştirmektedir.

Sağlık ekonomisinin temel amacı, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların verimli ve etkin şekilde kullanımının sağlanmasıdır(Tokalaş, 2006:11). Sağlık ekonomisi, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için gerekli kaynakların optimum kullanımı sorunu ile ilgilenen bir araştırma alanıdır(Mushkin, 1958:790). Esasen sağlık ekonomisi, sağlık sektörü için belirtilen dağıtım, etkinlik ve adalet sorunlarına ilişkin olarak, kullanılan kaynakların verimliliğini ortaya koyarak, araştırma alanını optimum kaynak kullanımını sağlamaya odaklayan bir alt disiplindir.

Sağlık ekonomisi, *hastalıkların tedavi edilmesi, hastalıklardan korunma* ve sağlık hizmetlerinin ve sağlıkla ilişkili diğer hizmetlerin fayda ve maliyetlerinin

toplumdaki gruplar ve bireyler arasında dağılımını kapsayan *sağlığın gelişimi* ile ilgili olarak eldeki kıt kaynakların alternatif kullanımlar arasında nasıl dağıtılacağını inceleyen ekonominin uygulamalı bir alt dalıdır.

1.1.2. Sağlık Ekonomisinin Önemi

Sağlık ekonomisine ilişkin olarak artan ilginin son zamanlarda yaşanan iki gelişme ile doğrudan bağlantısı vardır. Birincisi, dünyada çok ciddi ölümlere neden olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik olarak geliştirilen iyileştirici ürünlerdir. İkinci ise ortalama yaşam beklentisinin artmasıdır (Mushkin, 1958:785). İlaç ve tıbbi makine teçhizat konusunda yaşanan hızlı gelişmeler, hekimlerin hastalıklarla mücadele yolunda ellerini güçlendirmiş ve etkinliklerini arttırmıştır. Gelişen ilaç ve teçhizat ile birlikte hastaların tedavi süreçlerine ilişkin olarak alternatiflerinin artması, sağlık hizmetleri piyasasının yapısında meydana gelen değişimler (tesis vb.) ile birleştirildiğinde sağlık hizmetleri talebinde çeşitlilikler ortaya çıkarmaktadır. Bu çeşitlilik yalnızca hizmet sunumunda değil, hizmetlerin bedellerinin karşılanması ve buna yönelik ödeme metotlarında da ortaya çıkmaktadır. Sağlık ekonomisi, sağlık hizmet talepleri, sağlık hizmet sunumları ve ödeme metotları ile ilgili olarak ortaya çıkan alternatifleri değerlendirerek, ekonomi biliminin araçları etrafında çözüm önerileri koymasından oldukça önemlidir.

Bunun yanı sıra hemen hemen tüm dünyada artan ortalama yaşam beklentisi, sağlık hizmetlerinde etkinliği sağlayacak alternatif yöntemler konusundaki araştırmayı genişletmiştir (Mushkin, 1958:785). Doğumda yaşam beklentisi başta Avrupa ülkeleri ve ABD olmak üzere sürekli artış göstermektedir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre; Almanya ve Danimarka'da 1990'da 75 olan doğumda yaşam beklentisi, 2006 yılında Almanya'da 80, Danimarka'da ise 79 olarak gerçekleşmiştir. Benzer şekilde 1990 yılında ABD'de 75 olan yaşam beklentisi, 2006 yılında 78 olarak hesaplanmıştır. Yaşam beklentisindeki artış, sağlık kaynakları ve nüfus arasında dengenin kurulması, sağlık kaynaklarının kullanımında ve dağılımında optimumu sağlayacak en iyi alternatiflerin ortaya konması sürecinin ve beraberinde sağlık ekonomisinin önemini arttırmıştır.

Hükümetlerin ve sağlıkla ilgili diğer kurumlarının sağlık politikasına ilişkin temel iki amacı bulunmaktadır; nüfusun sağlık durumunun geliştirilmesi ve adalet

veya eşitlik (McPake, Kumaranayake ve Normand, 2002:7). Bu iki amacın aynı anda gerçekleşmesi çoğu kez mümkün olmamaktadır ve ikisi arasında belli noktalara kadar seçim yapmak zorunludur. Sağlık ekonomisi, kullandığı ekonomik analizler ile kurumlara sağlık politikası amaçlarının optimum düzeyde gerçekleşmesi konusunda yardımcı olmaktadır. Ekonomik analizler sağlığın geliştirilmesi ve adaletin sağlanması ile ilgili olarak ortaya çıkan seçeneklerin irdelenmesi ve en iyi çözümün ortaya konması açısından oldukça önemlidir.

Ekonomistler sık sık etkinlik ve eşitlik arasında bir tercih yaparlar. Ancak sağlık söz konusu olduğunda bu tercihler daha fazla önem kazanmaktadır ve sağlık ekonomisi bu tercihlerin belirlenmesi ve gerçekleştirilmesi konusunda oldukça önemli bir yere sahiptir. Şehir nüfusu ile kırsal nüfusu, doğum öncesi (perinatal) ölümlerdeki farklılığı ile ele alalım. Kırsal kesimde doğum öncesi ölüm oranları daha kötüdür, bu nedenle kamu sağlık hizmetlerinin ve politikalarının bu oranın indirilmesi yönünde oluşturulması beklenmektedir. Büyük ihtimalle kırsal kesimdeki doğum öncesi ölümlerin azaltılmasının maliyeti, şehirdeki ölümlerin azaltılmasından çok daha fazla maliyetli olacaktır. Politika yapıcılar aynı para ile şehirde çok daha fazla ölüme engelleme şansına sahiptirler. Ancak bu durumda şehir ile kırsal kesim arasındaki fark genişleyecektir. Tabii ki herkes daha az ölüm ve daha az eşitsizlik ister, ancak her yapılan harcama bunu sağlayamaz (McPake, Kumaranayake ve Normand, 2002:7-8).

Sağlık ekonomisi, sağlık politikası amaçlarının geliştirilmesi ile ilgili olarak uygulayıcılara sağladığı faydalar açısından oldukça önemli bir alt disiplindir. Bunun yanı sıra ilaç ve tıbbi makine teçhizat konusunda yaşanan teknolojik ilerlemeler, sağlığın finansmanına ilişkin farklı yaklaşımlar, sağlık piyasasında özel sektörün giderek artan varlığı, sağlık hizmetlerinin fayda maliyet analizleri yoluyla etkin ve adaletli sunumunun gerekliliğini arttırmış ve sağlık ekonomisinin önemi her geçen gün daha da belirginleşmiştir.

1.1.3. Sağlık Ekonomisi Kapsamı

Sağlık ekonomisinin görevi, sağlık hizmetleri organizasyonunun etkinliğini değerlendirmek ve organizasyonun geliştirilmesi için öneriler sunmaktır. Sağlığın geliştirilmesi sağlık uzmanlarının hizmetlerinden çok daha fazlasını içermektedir

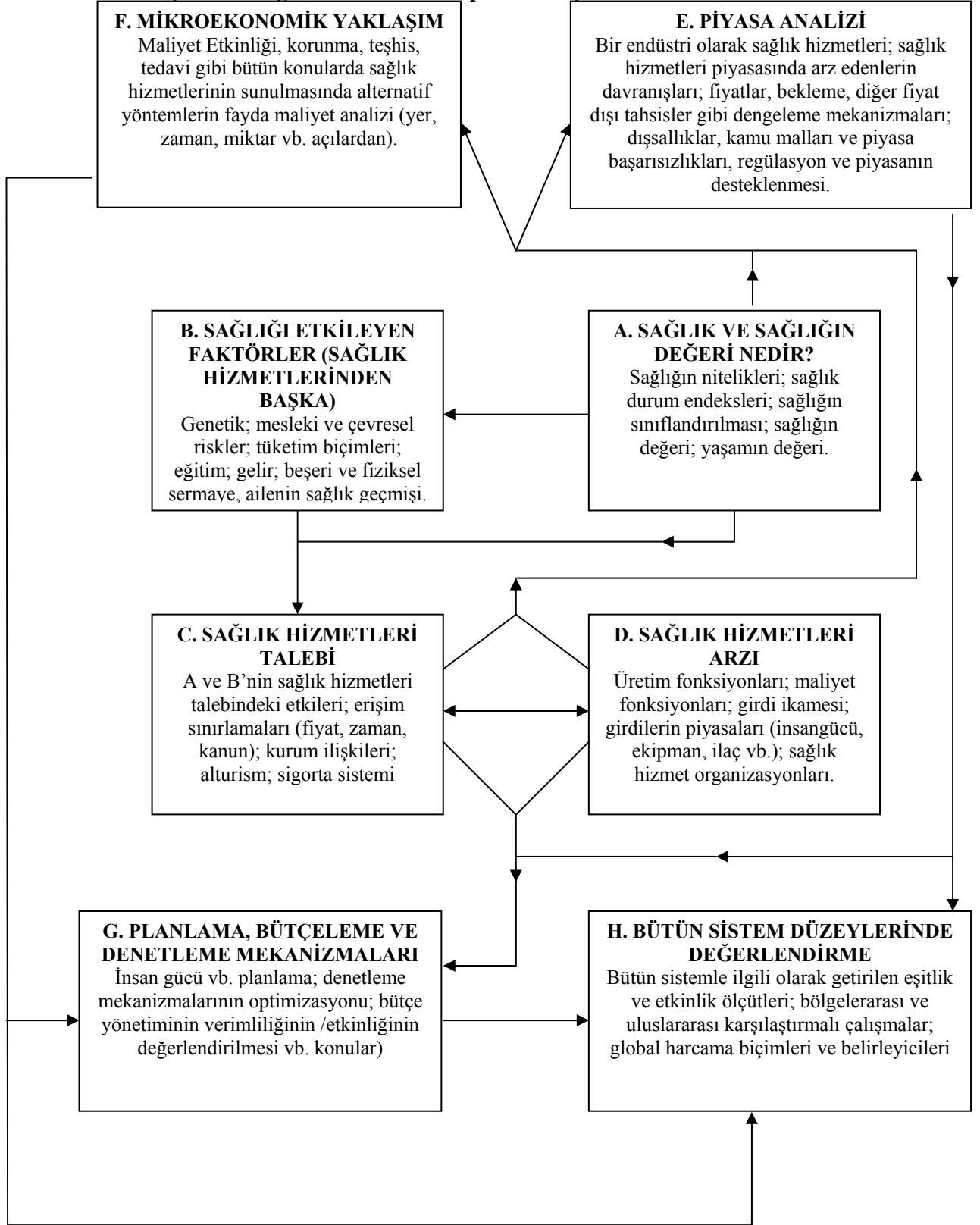
Sağlığın geliştirilmesi yiyecek, barınma, istirahat ve giyinme gibi birçok faktörü içine alır, ancak bu faktörler sağlık için oldukça önemli olmasına rağmen sağlık ekonomisi kapsamının dışında tutulmalıdır (Mushkin, 1958:790). Bütün bu faktörler sağlık ekonomisinin kapsamının, ekonominin tamamını içine almasına neden olur.

Sağlık hizmetleri alanında kaynakların etkin kullanımının sağlanması, hizmette yaygınlık ve sürekliliğin oluşturulması, tüketicilerin elde ettiği faydanın artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansman, arz ve talebinin; yönetim, organizasyon ve insan gücü boyutlarıyla yeniden yapılandırılması ile ilgili faaliyetlerin tümü sağlık ekonomisinin kapsamında yer almaktadır(Baloğlu, 2006:123).

Anthony John Culyer sağlık ekonomisinin kapsamına ilişkin çok daha ayrıntılı bir analiz ortaya koymuştur. Şekil 2, sağlık ekonomisinin kapsamını ayrıntılı biçimde ortaya koymaktadır. Şekil 2’de sağlık ve sağlığın değerinin tanımlanması ve bu tanımlar etrafında sağlığı etkileyen faktörler sağlık ekonomisinin kapsamına dahil edilen ilk başlıklardır. Sağlık talebi ve sağlık arzının kapsama dahil olması ile birlikte makroekonomik bakış açısını ortaya koyan piyasa analizi ve mikro ekonomik yaklaşım, sağlık hizmetleri arz ve talebine ilişkin harcamaların planlanması, bütçelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesine öncülük etmekte ve katkı sağlamaktadır.

Sağlık ekonomisi, geniş anlamda kamu yönetimini de içine alan sosyal bilimleri kapsayacak şekilde ele alınmış, dar anlamda ise sağlık hizmetlerinin organizasyon yapıları ve ödeme sistemlerindeki alternatif metotlarla ilgili olarak ele alınmıştır (Mushkin, 1958:786). Sağlık ekonomisinin kapsamı, dar anlamda sağlık hizmetleri sunan birimlerin organizasyon şeması ve sunulan hizmetlerin finansmanına ilişkin ortaya çıkan alternatif ödeme sistemlerinin geliştirilmesi ile sınırlıdır.

Şekil 2. Sağlık Ekonomisi Kapsamının Şematik Gösterimi



Kaynak: Culyer, 1991:X.

Geniş anlamda ise sağlık ekonomisi, arz ve talep yapıları, üretim, tüketim ve maliyet fonksiyonları, sağlığı etkileyen faktörler vb. göz önünde tutularak alternatif hizmet sunum yöntemlerinin ve ödeme sistemlerinin etkinlik/verimlilik, eşitlik amaçları doğrultusunda geliştirilmesini ve bu amaca yönelik olarak planlama, bütçeleme ve denetim mekanizmalarının işletilmesini kapsamaktadır.

1.1.4. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Kenneth Arrow'un, sağlık ekonomisinin bilimsel bir disiplin olarak ortaya çıkmasına öncülük ettiği kabul edilmektedir. Arrow'un "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" isimli çalışması sağlık ekonomisi konusunda referans kaynaklardan biri olmuştur. Savedoff(2004), Arrow'un makalesini¹ sağlık ekonomisi disiplinini oluşturan, meydana getiren ilk çalışma yerine, sağlık ekonomisi alanında yazılmış en geniş çalışmalardan biri ve diğer alanlar için referans kaynak olarak görmektedir. Arrow'un çalışması, sağlık hizmetlerinden insanların mahrum bırakılamayacağını ve piyasa mekanizmasının diğer ekonomik faaliyetlerde olduğu gibi sağlık faaliyetlerinde de etkili bir rol oynayabileceğine değinmiş, buna karşın, sağlık piyasasında oluşan piyasa aksaklıklarının piyasa dışı önlemler ile düzenlenebileceğini belirtmiştir(Savedoff, 2004:139).

Ray Lyman Wilbur, 1932 yılındaki çalışmasında, Amerika'da uygulanmakta olan sağlık hizmetleri sunum metotlarının ve ödeme sistemlerinin etkinliği ve yeterliliği üzerine çalışmalar yapmıştır (Wilbur, 1932). Wilbur, hizmet sunum ve finansman yöntemlerinin yetersizliğini dört farklı temele dayandırmaktadır. Birincisi ve en önemlisi bütün insanlar, gerçekten ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerinin tümünü nitelik veya nicelik olarak elde edememektedirler. İkincisi, maliyetlerin insanlar arasında eşit olmayan biçimde dağıtılmasıdır ve orta halli veya çok az gelirli kişiler bu eşitsizliğin etkilerini kendi sahip oldukları gelirleri ile gideremezler. Üçüncü olarak sağlık uzmanlarının gelirleri belirsiz, düzensiz ve düşüktür. Son olarak sağlık hizmetlerine ilişkin olarak uygulanan sunum yöntemleri ve finansman yöntemleri savurgan, etkinsiz ve iktisadilikten çok uzaktır(Wilbur, 1932:189-190).

¹ Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 53(5):941-973.

1930'lu yıllarda Milton Friedman ve Simon Kuznets Ulusal Ekonomik Araştırmalar Bürosu'nda (National Bureau of Economic Research-NBER) uzmanlık gelirlerine ilişkin çalışmalar yapmışlardır². Uzmanlık dalındaki bireylerin gelirlerinin karşılaştırmalı analizlerini yaptıkları çalışmalarda seçtikleri beş temel alandan ikisi hekimler ve dış hekimlerdir.(Friedman ve Kuznets, 1954:3). Çalışmalarında hekimler ve dış hekimlerinin gelirleri arasında karşılaştırmalı analize yer vermişlerdir.

1940'lı yıllara gelindiğinde, İkinci Dünya savaşından sonra Seymour Harris, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yapılan kamu harcamaları üzerine analizler yapmıştır (Klarman, 1979:372). Harris özellikle yeni İngiliz Sağlık Hizmetleri Programı'nın ilk iki yıllık sonuçları üzerine çalışmalar yapmış ve değerlendirmiştir³. Harris, uygun vergi ve fiyat politikaları doğrultusunda, sağlık hizmetlerinin sağlanmasına yönelik ve içki, sigara vb. maddelerin zararlarının giderilmesine yönelik harcamaların düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir (Harris, 1951:665).

1950'li yıllarda Eli Ginzberg, özellikle finansman boyutu olmak üzere hastane hizmetlerinin ekonomik çerçevesi üzerine araştırmalar yapmıştır (Ginzberg, 1954). Daha sonraki yıllarda özellikle sağlık hizmetleri sektöründe rekabet artırıcı politikaları, Arrow'un rekabetçi piyasalar ile sağlık piyasaları arasında yapmış olduğu analizler⁴ ışığında değerlendirdiği çalışmalar (Ginzberg, 1982) ve Amerika'daki sağlık politikasının geleceğine ilişkin yaptığı çalışmalar (Ginzberg, 1975) sağlık ekonomisinin gelişiminde önemli bir yer tutmaktadır.

Arrow'un 1963 yılındaki çalışmasından önce, sağlık ekonomisi ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu, sağlık hizmeti sunan kurumlar tarafından, daha çok mevcut durumdaki sorunları irdelemektedir.

² Friedman ve Kuznets tarafından yapılan bu çalışma için bkz. "Friedman, M., Kuznets S. (1954). *Income from Independent Professional Practice*. National Bureau of Economic Research- NBER Book. http://www.nber.org/authors/milton_friedman"

³ Ayrıntılı bilgi için bkz. "Harris, S. E. (1951). The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Insurance (N. H. I.). *Journal of the American Association of University Teachers of Insurance*. 18(1):73-87, Harris, S. E. (1951). The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Service. *The American Economic Review*. 1(2):652-666."

⁴ Arrow için bkz. "Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 53(5):941-973."

1.2.SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TANIMI

1.2.1.Sağlık ve Hastalık

Bireyler açısından sağlık hasta olmama hali olarak tanımlanmakta iken, hekimler açısından sağlık durumundaki en küçük bir sapma hastalık olarak kabul edilmekte ve bireyin sağlıklı olmadığı belirtilmektedir (Öztek, 2001:294).

Sağlığın tanımına ilişkin kabul edilen en genel tanım DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımıdır. Bu tanım 19-22 Haziran 1946 yılında New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı tarafından benimsenen DSÖ Anayasası'nın giriş kısmında yapılan tanımlamadır. Bu Anayasa 22 Temmuz 1946 yılında 61 ülke tarafından imzalanmış ve 7 Nisan 1948'de yürürlüğe girmiştir (WHO, 2006:1). 1948 yılından itibaren DSÖ Anayasası içinde yer alan bu hüküm bugüne kadar değişim göstermemiştir.

DSÖ sağlığı, yalnızca herhangi bir hastalık veya sakatlığın olmaması olarak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal refah açısından bir bütün olarak iyi olma hali biçiminde tanımlamaktadır(WHO, 2006:1). DSÖ sağlığı, vücudun tüm fonksiyonlarının optimum kapasitede ve birbirleri ile mükemmel bir uyum içinde çalışması olarak görmemiş, çok daha geniş bir bakış açısı ile bireyin iyi olma haline odaklanmıştır. Sağlığın korunup geliştirilmesi yalnızca tıbbi yöntemlerin uygulanması ile değil, ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasını da kapsamaktadır (Yıldırım, 1994:10).

Bireyin iyi olma hali yalnızca bedensel anlamda ifade edilmemektedir. Bireyin ruhsal açıdan kötü durumda olmaması, toplumdan dışlanmamış olması da sağlığın temel şartlarından biri olarak kabul edilmektedir. Hepsinden önemlisi bireyin sağlıklı olabilmesi, bedensel ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak iyi olmasını zorunlu kılmaktadır.

Hastalık kavramı sağlık kavramının karşıtı olarak kullanılmakla birlikte, sağlık kavramına benzer bir şekilde soyut nitelik taşımaktadır. Hastalık önceden bilinen veya henüz bilinmeyen faktörler sonucunda oluşan, başlangıcı, gelişimi, süresi ve sona ermesi kendine özgü bir süreç izleyen soyut bir kavramdır (Akgün, 1999:4). DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımından yola çıkarak hastalığı, ruhsal,

bedensel ve sosyal açıdan bir bütün olarak iyi olmama hali şeklinde tanımlayabiliriz. Bu anlamda hastalık bedensel rahatsızlıkların dışında, ruhsal bozukluklar ve sosyal dışlanmışlık gibi rahatsızlıkları da içermektedir.

1.2.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, bireylerin veya toplumun hastalıklardan korunması ve sağlıklı olma halinin muhafaza edilerek geliştirilmesi ile ilgili olarak sunulan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır.

Şüphesiz sağlık ve hastalık kavramlarının tanımlanmasına ve algılanmasına ilişkin değişiklikler, sağlık hizmetlerini de farklılaştırmıştır. Hastalığın yalnızca bedensel rahatsızlıklar ile sınırlı kabul edildiği, algılandığı bir durumda sağlık hizmetleri yalnızca bu tür rahatsızlıklara yönelik olarak yürütülen hizmetleri kapsamaktadır. Ancak sağlık ve hastalık kavramları ruhsal ve sosyallik boyutları ile ele alındığında, sağlık hizmetlerinin de kapsamının genişleyeceği açıktır.

Buradan hareketle sağlık hizmetleri, bireylerin veya toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak tam bir iyi olma halini ortaya koyabilmesi için yapılan her türlü hizmet olarak tanımlanabilmektedir.

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık piyasasını klasik piyasalardan ayıran birçok özellik vardır. En temel farklılıklardan birisi sağlık piyasasında faaliyetlerin yalnızca kar motifi ile açıklanamamasıdır. Hastanelerin çoğu öncelikle kamu veya kar amacı gütmeyen kuruluşların himayesindedir. Sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıda başlıklar halinde sunulmuştur.

1.3.1. Sağlık Temel İnsani Haklardan Biridir.

Bireylerin veya toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve sağlıklı olma hali, temel insani haklardan biridir. 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesi'nde sağlık, bir hak olarak güvence altına alınmıştır (UN, 1948:1).

“Herkes, kendisi ve ailesinin sağlığı ve refahı için beslenme, giyinme, barınma, sağlık hizmetleri ve gerekli sosyal hizmetleri kapsayan yeterli yaşam standartlarına yeteri kadar ulaşma hakkına sahiptir.”

Sağlık hizmetlerine ulaşmanın temel insan haklarından biri olarak kabul edilmesi, sağlık hizmetlerini, çoğu kez yalnızca kar motivasyonu ile açıklanan piyasalarda sunulan diğer mal ve hizmetlerden farklılaştırmaktadır.

1.3.2. Sağlık Uluslararası Bir Sorundur

Sağlık global kamu malı niteliği sebebiyle uluslararası bir sorundur. Esasen sağlık başlı başına, tam anlamıyla bir kamu malı değildir. Rekabet edilebilir ve dışlanabilir niteliklere sahip olan sağlığın ortaya çıkması ve sürdürülebilmesi için gerekli mal ve hizmetler, öncelikle bu hizmetten yararlanan kişiye fayda sağlamaktadır. Fakat iki dışsallık sebebiyle sağlık, global kamu malı niteliğine sahiptir. Birincisi bulaşıcı hastalıkları önleme ve korunma, ikincisi ise sağlığın çok geniş biçimde ortaya çıkan ekonomik dışsal etkileridir (Woodward ve Smith, 2006; Mutlu,2006:58). Bir bireyin bulaşıcı hastalıklardan korunmasının veya başarılı bir şekilde tedavi edilmesinin diğer insanlara sağladığı pozitif dışsallıklara benzer şekilde, bir ülkede bulaşıcı bir hastalığın önlenmesi veya hasta olanların başarılı bir şekilde tedavi edilmesi, başta sınır komşuları olmak üzere diğer ülkelere pozitif dışsallık sağlamaktadır.

Toplumdaki en küçük birlik olan ailede yaşanan hastalığın neden olduğu ekonomik dışsallıklar öncelikle aile bütçesini etkiler. Ancak üretimin ve gelirin azalmasının neden olduğu ekonomik kayıp, beraberinde bölgesel veya ulusal ekonomi üzerinde dışsallıklar ortaya çıkarabilecektir. Örneğin, doğumda yaşam beklentisinde % 10'luk bir artış sağlayabilmek için, ekonomik büyümede % 0,3'lük bir artışın sağlanması gerekmektedir (Sachs, 2001:24). Ekonomik gelişme ile sağlık veya yoksulluk ile hastalık arasındaki karşılıklı, yakın ilişki, hastalık nedeniyle insanların ve ülkelerin gelirlerinin azalmasının yanında, gelecek nesillerinde etkilenmesi sonucunu doğurmaktadır (Woodward ve Smith, 2006:24). Yoksulluğun beslenme, eğitim, barınma ile ilgili olarak neden olduğu negatif dışsallıklar, aynı zamanda sağlık üzerinde de etkili olmakta ve sağlığı yoksullukla beraber uluslararası bir sorun haline getirmektedir.

Sağlığın global kamusal mal niteliği sebebiyle uluslararası arenada tartışılan bir sorun olması, beraberinde birçok uluslararası kuruluşun bu sorunlara ilişkin faaliyette bulunmasını gerekli kılmaktadır. Ana faaliyet konusu uluslararası sağlık

sorunları olan Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) bu alandaki en kapsamlı kuruluştur.

Bunun dışında ana faaliyet konusu sağlık olmamakla birlikte, görev tanımları içinde uluslararası sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin maddeler bulunan bir çok uluslararası kuruluş bulunmaktadır. Belli başlıları Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), Kızılhaç, Dünya Gıda Programı (WEP), Birleşmiş Milletler Eğitim ve Kültür Organizasyonu (UNESCO) şeklinde belirtilebilir (Mazgit, 1998:41).

1.3.3. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Eksik Rekabet Mevcuttur.

Ekonomi teorisi ve sağlık ekonomisi konusunda yazılanların odak noktası, belirsizlikler ve hekimlerin hem sağlık hizmetini arz eden hem de hizmeti talep edenlerin vekili olması dolayısıyla sahip oldukları ikili rol olmaktadır (Newhouse, 1987:269). Özellikle sağlık hizmetleri talebindeki belirsizlikler eksik rekabetin temel sebeplerinden biridir.

Herhangi bir piyasada tam rekabetten bahsedebilmek için alıcı ve satıcıların piyasada tek başına fiyatı etkileyemeyecek kadar çok sayıda olması piyasaya giriş ve çıkışın serbest olması, alıcı ve satıcıların tam bir bilgiye sahip olmaları ve malların homojen olmaları gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında çok sayıda alıcı olmasına karşın, sağlık hizmetlerinin uzmanlık gerektiren bir alan olması sebebiyle arz edenlerin piyasaya girişi ile ilgili olarak sınırlamalar bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunanların sahip olduğu uzmanlık gerektiren bilgilere alıcıların sahip olması mümkün değildir.

Sağlık için ekonomik kaynakların etkin organizasyonu tüketicilerin bilgi düzeyi ve sahip oldukları eğitimin genişliğine bağlıdır. Tüketiciler eğitim konusunda sürekli olarak çaba sarf etmelerine rağmen, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak niceliksel ve niteliksel bilgi eksikliği yaşamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin kendi doğası ve onun soyut karakteri, tüketicilerin satın aldıkları sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliğini kuvvetlendirmekte ve kaynakların dağılımı ile ilgili rasyonel karar vermelerini engellemektedir (Mushkin, 1958:786-787). Asimetrik bilgi, sağlık

hizmetlerine ilişkin piyasa aksaklıklarının da en temel gerekçelerinden birini oluşturmaktadır.

1.3.4. Sağlık Hizmetleri Sosyal Bir Sorumluluktur

Sağlık hizmetleri piyasasında fiyat kavramının varlığı, sağlık hizmetlerine ilişkin olarak arz ve talebin eşitlendiği anlamını taşımamaktadır. Bir kişinin herhangi bir ödeme gücüne sahip olmaması, gerekli sağlık hizmetlerinden yararlanamayacağı anlamını taşımaz. Sağlık hizmeti sunan kurumların ödeme gücü olmayanlara gerekli sağlık hizmetlerini sağlamaları sosyal bir sorumluluktur.

Sağlık hizmetleri alanında bireylerin ihtiyacı tarihsel olarak kar amacı gütmeyen kurumlar ve Hipokrat yemini etmiş özel hekimler tarafından karşılanır (Mushkin, 1958:786-787). Teknoloji, sağlığın finansman yöntemine ilişkin alternatifler, ilaç ve tıbbi teçhizat konusunda yaşanan gelişmeler, kar amacı gütmeyen kuruluşlar dışında özel sektör kuruluşlarının da sağlık hizmetleri sunumundaki rolünü ve etkinliğini arttırmıştır.

Sağlık hizmetleri piyasasında kar motivasyonu ile çalışan özel kuruluşların varlığına rağmen, sosyal sorumluluk gereği, ödeme gücü olmayanların gerekli sağlık hizmetlerinden yararlanması engellenemez.

1.3.5. Sağlık Hizmetlerinin İkamesi Mümkün Değildir

Tüketiciler tercihlerinin mal ve hizmetler arasında dağılımında basit rasyonel seçimleri kullanırlar. Malların birbirlerini tamamlayıcılık ve ikame edicilik özelliklerine göre yaptıkları rasyonel seçimler sonucunda bireyler tüketim tercihlerini ortaya koymaktadırlar. Özellikle birbirlerinin yerini tutan ikame mallara ilişkin olarak tüketiciler, başta fiyat olmak üzere bir çok faktörü veri kabul ederek rasyonel seçimlerini oluşturmaktadırlar.

Sağlık hizmetleri açısından böyle bir tercihin yapılabilmesi mümkün değildir. Tüketiciler, basit rasyonel seçim aracılığıyla sağlık hizmetleri ile diğer mal ve hizmetler arasında tercih yapamaz, tüketici böyle bir tercihten kaçınır. Hangi gelir gurubunda olursa olsun, hastalık acısı çeken bütün ailelerin bütçeleri içindeki en büyük pay sağlık harcamalarınındır. Ayrılan bu pay, hatalığın iyileştirilmesi veya hastalıklardan korunulması amacıyla kullanılmaktadır (Mushkin, 1958:786-787).

Sağlık hizmetlerinin diğer bütün mal ve hizmetlere karşı üstünlüğü vardır. Herhangi bir mal ve hizmet ile ikame edilebilmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetleri ikame edilememesinin yanı sıra ertelenemez mal ve hizmet niteliğindedir. Özellikle tedavi sürecinin belli ve acil olduğu durumlarda sağlık hizmetleri tercihinin ertelenmesi mümkün değildir.

1.3.6. Sağlık Hizmetleri Piyasası Tekelleşmeye Elverişlidir

Sağlık hizmetlerinin sunulmasının uzmanlık gerektirmesi sebebiyle yetkili kuruluşlar tarafından piyasaya girişte sınırlandırmalar getirilmektedir. Bu sınırlamalar ilgili bakanlıklar ve bağlı kuruluşlar tarafından konulabileceği gibi, meslek örgütleri benzeri kurumlar tarafında da konulabilmektedir. Esasen bu sınırlamaların temel sebebi ikamesi olmayan, fiyatlandırılmayan, alıcılar aleyhine bilgi asimetrisinin bulunduğu sağlık hizmetlerinin denetim ve kontrol altında yürütülmesini sağlamaktır.

Genellikle sağlık hizmeti sunan kuruluşlar tekel niteliği göstermektedir. Piyasaya ilişkin sınırlamaların olması, belli şekil şartlarının yerine getirilmesini ve kamu otoritelerinin izin ve yetkilerini zorunlu kılmakta, buna ilaveten mesleki kuruluşların asgari fiyat tespitleri arz açısından piyasayı monopolistik hale getirmektedir (Kurtulmuş, 1998:46).

Ancak bu sınırlamalar, gerek sağlık hizmetlerini sunanların sahip olduğu bilgi avantajı, gerekse teknolojik ilerleme ile birlikte sağlık hizmetlerinde belirginleşen ölçek ekonomileri sebebiyle, tekelleşme, monopolleşme eğilimlerini arttırmaktadır. Özellikle kanser vb. hastalıklara odaklanmış, sayıları çok sınırlı sağlık kuruluşlarının dünya sağlık piyasası içinde dahi tekelleşme eğilimi gösterdikleri ve buna yönelik avantajları kullandıkları söylenebilir.

Sağlık ekonomisinin gelişimi içinde ortaya çıkan sağlık finansman yöntemlerindeki ve hizmet sunumundaki çeşitlilikler, sağlık piyasasında kamu-özel sektörün işbirliği alternatiflerini de genişletmiştir. Bunun yanı sıra özel sağlık sigortacılığı anlayışının genişleyerek, sağlık hizmeti sunan özel kuruluşlar için alternatif oluşturması, sağlık sektöründeki tekelleşme eğilimini azaltarak, daha rekabet edilebilir bir piyasanın oluşabilmesine ortam hazırlamaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasası eksik rekabet, asimetrik bilgi vb. niteliklere sahip olan, ikame edilmesi ve ertelenmesi mümkün olmayan, global kamu malı niteliği taşıyan ve sahip olduğu pozitif dışsallıklar nedeniyle sosyal bir sorumluluk anlayışı içerisinde yürütülen uluslararası bir sorundur. Sağlık hizmetlerinin arz ve talep yapıları açısından sahip olduğu nitelikler ikinci bölümde ayrıntılı biçimde ele alınacaktır.

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık kavramının tüm dünyada kabul edilen en genel tanımı, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak iyi olma hali biçiminde yapılmıştır. Bu tanım çerçevesinde sağlık hizmetleri tedavi hizmetlerinin yanı sıra, hastalıklardan korunmayı ifade eden koruyucu sağlık hizmetlerini ve sosyalleşme ile ilgili sorunların çözümü açısından rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetler biçiminde sınıflandırılması, her bir sınıfın hastalık ve hastalığın tedavisi açısından belli bir aşamayı ifade etmesinden yola çıkarak *primer koruma*⁵, *sekonder koruma*⁶ ve *tersiyer koruma*⁷ (Haydar ve Sur, 1998:17) şeklinde üç düzeyde ele alınabilir.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri sağlıklı insanlara sunulan bir hizmet türüdür. Sağlık hizmetlerindeki belirsizlikler, muhtemel risklerin önlenmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini arttırmaktadır. Günümüzde hastalıklara ilişkin riskler yalnızca birey veya aile odaklı değildir. İnsan çevresiyle, toplumla bir bütün olarak iç içe yaşamaktadır. Özellikle çevre ve hava kirliliği ve temiz içme suyunun elde edilmesine yönelik riskler, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletmiştir. Bütün bu nedenlerle koruyucu sağlık hizmetleri, dışsallık niteliği çok güçlü ve belirgin olan bir hizmet türüdür. Mevcut riskler ve önlenmesine yönelik çabalar ışığında koruyucu sağlık hizmetleri, bireye dönük ve çevreye dönük sağlık

⁵ “Birincil koruma”, hastalık olgusu belirginleşmeden önceki dönemde alınan koruyucu önlemlerin (aşı, dengeli beslenme, hijyen, temiz çevre vb.)tümünü ifade etmektedir.

⁶ “İkincil koruma”, hastalık olgusunun başladığı ilk dönemde erken tanı, kalıcı sakatlıkların önlenmesi ve uygun tedavi hizmetlerini ifade etmektedir.

⁷ “Üçüncül koruma”, hastalığın kalıcı izler ve sakatlıklar bırakacağı dönemde sosyal ve tıbbi rehabilitasyon hizmetlerini ifade etmektedir.

hizmetleri, birey odaklı koruyucu hizmetler ve çevre odaklı koruyucu hizmetler şeklinde ikiye ayrılmaktadır.

1.4.1.1. Bireye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye dönük sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin dar kapsamda ele alınmasının ortaya koyduğu bir sonuçtur. Hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe vb. sağlık meslek mensupları tarafından verilen aşılama, sağlık eğitimi, beslenme eğitimi, doğurganlığın kontrolü vb. kişiye yönelik sağlık hizmetleri bu grupta incelenir. Aşılama, beslenme vb. hizmetler bireyin hastalık oluşturan faktörlere karşı direncini arttırmakta, sağlık eğitimleri ile erken teşhis olanakları genişletmekte ve tedavi hizmetlerinin maliyetleri düşürülerek toplam sağlık maliyetlerinde azalmaya neden olmaktadır. Bu tür hizmetler kişiye yönelik olarak dar bir çerçevede ele alınmış olsa dahi çok önemli dışsallıklara sahip hizmetlerdir.

1.4.1.2. Çevreye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyin hastalıklara karşı direncini belirlemede aşılama, beslenme, sağlık eğitimi vb. hizmetlerin öneminin yanı sıra, sosyal bir varlık olması nedeniyle fizyolojik, biyolojik ve sosyal çevresi de çok büyük önem arz etmektedir. Sağlam bir bireyin sağlık açısından elverişsiz bir ortamda bulunmasının hastalık risklerini arttıracığı çok açıktır. Bireyin sağlık açısından zararlı gıdaları tüketmesinin engellenmesi, sağlığa uygun temiz hava ve içme suyunun kullanımı, her türlü atık toplama ve arıtma işleminin zararlı sonuçlara neden olmayacak şekilde hijyenik yapılması gibi hizmetler çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri içinde sayılabilir.

Bu tür sağlık hizmetleri, bireye yönelik koruyucu hizmetlerden çok daha fazla dışsallık içermektedirler. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık hizmetlerinin global kamu malı niteliğini ortaya çıkaran en temel faktörlerden birisidir.

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalıklı insanlara sunulan bir hizmet türüdür. Hastalık nedeniyle bireylerin gelirlerinde, refah seviyelerinde meydana gelen azalışlar, hastalığın bulaşıcı olması durumunda bireyin çevresinin yaşadığı riskler vb. faktörler, tedavi edici hizmetlerin önemini arttırmaktadır. Tedavi edici sağlık

hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri gibi salt dışsal faydalar yayan hizmetler değildir. Ancak hastalığın neden olduğu negatif dışsallıkların önlenmesi açısından topluma dolaylı olarak pozitif dışsallık sağlamaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri ayakta sunulan sağlık hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki grupta ele alınabilir.

1.4.2.1. Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri

Hastaların tedavilerine yönelik müdahalelerin evde ve ayakta yapıldığı sağlık hizmetleridir. Bu hizmeti sunanlar genellikle bünyelerinde yataklı tedavi olanakları bulunmayan sağlık ocakları, aile hekimlikleri, dispanserler benzeri sağlık kurumlarıdır.

1.4.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri

Hastaların teşhis, tedavi hizmetlerine ilişkin süreçlerin, hastaların yataklı tedavi sunan sağlık kurumlarında yatırılarak devam ettiği sağlık hizmet türüdür. Yataklı tedavi hizmeti sunan kurumlar birkaç uzman hekimin bulunduğu, sınırlı sayıda yatak kapasitesine sahip hastaneler olabileceği gibi, çok sayıda uzman hekimin, hemşirenin ve sağlık personelinin bulunduğu, teknik açıdan en ileri teşhis ve tedavi hizmetlerine olanak sağlayan tam teşekküllü hastaneler de olabilmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık kurumları arasında hastanın sevk zincirini açık biçimde ortaya koymak amacıyla birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılabilir. Buna göre ayakta tedavi hizmeti sunan sağlık kurumları birinci basamak, yataklı tedavi hizmeti sunanlar ikinci basamak ve son olarak birtakım tıp dallarında uzmanlaşan özel dal hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir.

1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon, bedensel ya da ruhsal açıdan sakat kalmış olanların, başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmaları ifade etmektedir(Öztek, 2001:298). Rehabilitasyon hizmetleri niteliği itibariyle sonuçları çok zor ve uzun bir zaman diliminde elde edilen hizmet türüdür. Çoğu kez hastaların başkalarına bağımlılıklarını tamamen ortadan kaldırabilmek

mümkün olmamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri temel olarak tıbbi rehabilitasyon ve mesleki rehabilitasyon olmak üzere iki grupta incelenebilmektedir.

1.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Doğuştan, hastalıklar nedeniyle veya kazalar sebebiyle organlarının bir kısmını kaybeden insanların, yaşamsal ihtiyaçları ile ilgili olarak diğer insanlara olan bağımlılıklarını azaltmak amacıyla uygulanan çeşitli tıbbi hizmetlerin (protez, güçlendirme vb.) tümü tıbbi rehabilitasyon olarak ifade edilmektedir.

1.4.3.2. Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon Hizmetleri

Fiziksel veya ruhsal sakatlıklar nedeniyle mesleki becerilerini kaybetmiş veya tam olarak yerine getiremeyen ve yaşadığı sakatlık nedeniyle toplumdaki soyutlanan kişilerin, toplumsal yaşama adapte olmalarını sağlamak amacıyla, uygun mesleki becerilerinin geliştirilerek iş sahibi olmaları ve toplumun içinde birey olarak var olmalarına yönelik her türlü hizmet sosyal rehabilitasyon içinde değerlendirilmektedir.

Gelişen ve değişen toplumsal yaşam şartları, rehabilitasyon hizmetlerinin de kapsamını genişletmiştir. Bugün konuşma ve dil terapisi, çocuk gelişimi, meslek danışmanı, diyetisyen gibi sosyal rehabilitasyon hizmeti sunan uzmanlık alanları oluşmuş durumdadır.

1.5. DEVLETİN MÜDAHALE GEREKÇESİ OLARAK SAĞLIKTA PİYASA AKSAKLIKLARI

Piyasanın (serbest piyasa) en temel özelliği fiyat mekanizmasıdır. Tüketici açısından fiyat, bir mala sahip olabilmek için gelirinden ne kadar fedakârlık etmesi gerektiğini belirleyen bir faktördür. Arz açısından ise fiyatlar, tüketicilerin mala atfettikleri değere bağlı olarak üreticiler için gösterge oluşturan bir faktördür. Fiyat, üreticiye hem malın alternatif maliyetini, hem de üreticinin verimliliğini yansıtarak hangi malın satılacağı konusunda önermede bulunabilir (Mills ve Gilson, 1988:24). Adam Smith'in modelinde fiyat mekanizması ve rekabetin oluşturulması ile, en makul fiyat ve kalite seviyelerinde kaynakların en iyi dağılımının sağlanması beklenmektedir. Bu sosyal amaca teorik olarak her bir kimsenin kendi menfaatlerinin peşinde koşması sonucu ulaşılabilecektir. Sosyal faydayı ortaya çıkaran bu süreç

belli endüstriler için çok iyi sosyal faydalar sağlayabilir, ancak sağlık hizmetleri için aynı sosyal faydaları sağlamak oldukça zordur (Roemer, 1982:426). Piyasanın kalbini oluşturan fiyat mekanizması, herhangi bir müdahaleye gerek kalmaksızın arz ve talebin dengesinin sağlanmasında en etkin faktördür. Piyasa mekanizmasının serbest bir şekilde işlemesine izin verilmesi halinde dağıtım, bölüşüm ve değişim konularında optimalitenin sağlanacağı iddia edilmektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında ise, sağlık hizmetlerinin sahip olduğu niteliklerden dolayı yalnızca serbest piyasa ekonomisi dağıtım, bölüşüm ve değişim konularında optimaliteyi sağlamaktan çok uzaktır. Piyasada oluşan bazı aksaklıklar sebebiyle devlet başta sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı olmak üzere ilgili tüm alanlarda müdahalede bulunmakta ve aksaklıkları gidermeye çalışmaktadır. Piyasa aksaklıkları birçok faktöre bağlıdır. Ancak temelde pazar gücü, bilgi problemleri ve dışsallıklar ve kamu malları olmak üzere 3 grup halinde incelenebilir.

1.5.1. Pazar Gücü

Pazar gücü, bir firmanın veya birkaç firmanın bir araya gelmesiyle oluşan bir grubun piyasadaki rekabet şartlarını ve fiyatları takdir etme, etkileme derecesini ifade etmektedir (Bourdet, 1992:4). Tam rekabet şartlarında bir firma fiyat kabullenen (price taker) konumundadır ve piyasada asıl egemen olan piyasa fiyatıdır (Salvatore ve Diulio, 2003:111). Tam rekabet şartlarında firmalar fiyatı etkileyen, yönlendiren değil, fiyatı kabullenen bir davranış göstermektedirler.

Fiyat, tüketicilerin tercihleri ve bu tercihlerin ağırlığına ilişkin bilgileri göstermesinin yanı sıra, kaynak maliyetleri, kıtlık, etkinlik ve üretimin alternatif maliyetlerine ilişkin bilgiyi de aksettirmektedir (Mills ve Gilson, 1988:24-25). Tam rekabet piyasasında, fiyat mekanizmasının elinde bulundurduğu pazar gücü, sağlık hizmetleri piyasasında mevcut değildir. Sağlık hizmetleri piyasasında bir veya birkaç firma fiyatları etkileyebilme gücüne sahip olabilmektedir. Eğer satıcı veya alıcılar fiyatları kontrol edebiliyorsa bu durumda piyasa başarısızlığı ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ölçek ekonomisi kapsamında yer alması ve bunun sonucunda tekelleşme eğilimlerinin ortaya çıkması, bunun yanı sıra sağlık hizmeti

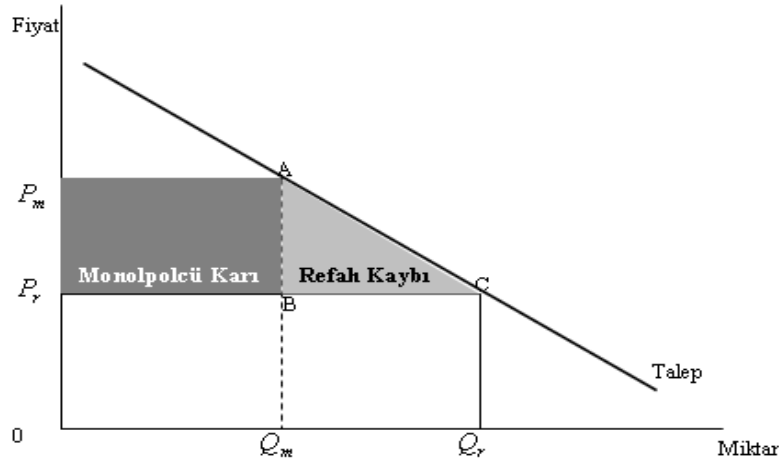
sunanların piyasaya girişine yönelik her türlü sınırlandırma⁸ faaliyetleri emek piyasasında monopson eğilimlerin artması, fiyat mekanizmasının pazar gücünü azaltmakta ve piyasa aksaklıkları oluşturmaktadır.

1.5.1.1. Monopol

Monopol, hem üretimi hem de fiyatları kontrol edebilme gücünün birkaç firma üzerinde yoğunlaşmasından dolayı pazar gücünün söz konusu firmalara ait olması durumunda gerçekleşmektedir (Penner, 2003:21). Monopol yönetimi, tenis oyununun ağsız oynanmasına benzer. Monopolcü firma tenisi ağsız oynasa bile topu kortun içinde tutmak zorundadır (Parasız, 1995:130). Monopol piyasasında tek satıcı konumunda olan monopolcü firmanın, maliyetleri minimize etme yönünde bir piyasa baskısı hissetmemesinin sonucu olarak “X etkinsizlik” kavramı ortaya çıkmaktadır (Aktan, 2006a:138).

Sağlık hizmetleri sektörünün sahip olduğu birçok özelliğe bağlı olarak, tam rekabet şartlarında hizmet arz edenler üretim ve fiyatları kontrol edebilme ve yönlendirebilme gücüne sahip olmaktadır. Bir veya birkaç firmanın sağlık hizmetlerini arz eden olarak monopolcü güce sahip olması piyasa aksaklığı (başarısızlığı) oluşturmaktadır.

Şekil 3: Monopol, Rekabet ve Refah Kaybı



⁸ Buradaki sınırlandırma ile kast edilen yalnızca sağlık hizmetleri piyasasında hizmet vermek için gerekli lisans belgelerine yönelik sınırlandırmalar değildir. Sağlık piyasasında hekim, hemşire, teknisyen vb. uzmanlık alanlarında faaliyette bulunmak isteyenlere yönelik eğitim, sertifika, mesleki örgütlere üyelik vb. her türlü kısıtlamayı da içine almaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasında tekelleşme eğiliminin birçok nedeni bulunmaktadır. En temel nedenlerden birisi sağlık hizmetlerinin ikame edilemez niteliğidir. Bir diğer önemli faktör ise piyasaya giriş ile ilgili olarak lisans, yeterlik, eğitim vb. şeklinde ortaya konan giriş kısıtlamalarıdır.

Tam rekabet şartlarında sağlık hizmetleri sektöründe oluşan tekelleşme eğilimi, hizmet sunan firmaların karını arttırdığı gibi, toplumsal refah kaybına da neden olmaktadır. Şekil 3'te "ABC" taralı alanı monopol firmanın neden olduğu toplumsal refah kaybını göstermektedir. Tam rekabet şartlarında sağlık hizmetleri sektöründeki ikame edilemezlik ve yasal kısıtlamalar nedeniyle ortaya çıkan monopolleşme eğilimi toplumsal refah kaybına neden olmaktadır.

1.5.1.2. Monopson

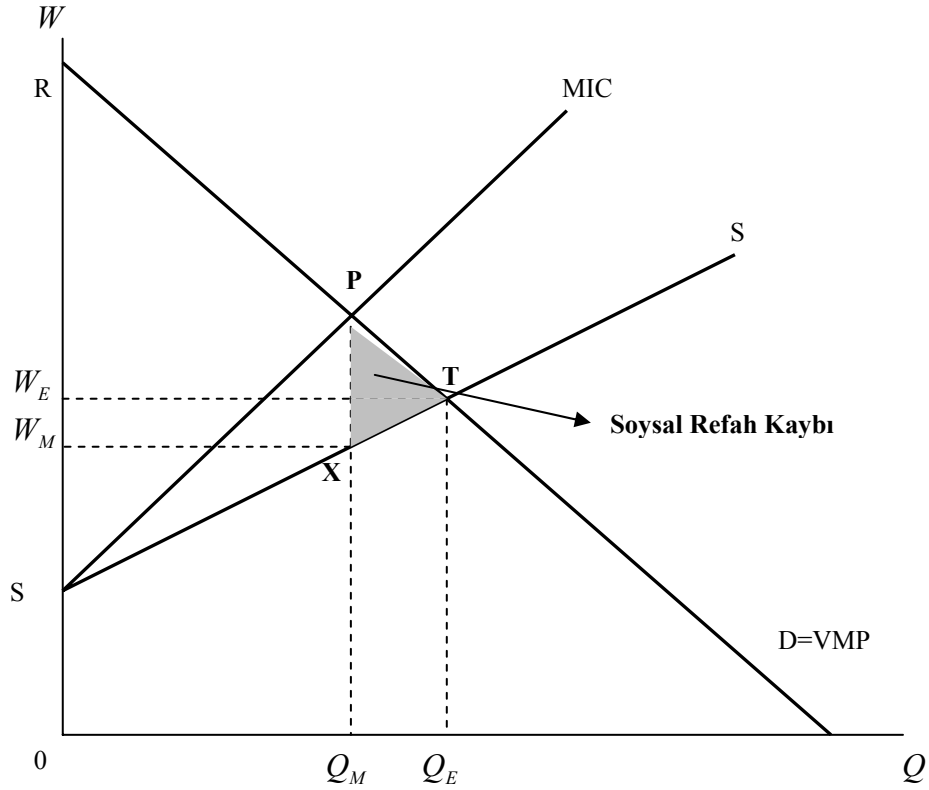
Monopson, satıcı sayısının çok fazla, alıcı sayısının ise sınırlı olması sebebiyle alıcıların fiyatları kontrol edebildikleri durumu ifade etmektedir (Penner, 2003:22). Çok sayıda alıcı ve satıcının olduğu tam rekabet şartlarında alıcıların tek başına fiyatları etkilemesi mümkün değildir.

Monopson gücüne sahip firmaların girdi maliyetlerinin (sağlık çalışanlarına ödenen ücretler) düşük olması sebebiyle rekabet kanunlarını ihlal etmeyeceği düşünülse de (ABA, 2004:95), monopson güce sahip firmaların sosyal refah kaybına neden oldukları açıktır (Herndon, 2002:198).

Şekil 4'te sağlık emek piyasası arz ve talebi arasındaki denge monopson gücüne sahip firma açısından ele alınmaktadır. Şekilde "MIC" doğrusu "marjinal – girdi- maliyeti"ni, "VMP" ise "marjinal ürün değeri (marjinal gelir)"ni ifade etmektedir. "VMP" aynı zamanda talep doğrusudur ancak bu "farazi, varsayılmış bir taleptir"⁹. Rekabetçi bir piyasada marjinal gelir eğrisinin arz eğrisini kestiği "T" noktasında denge oluşacak ve birimde ücretler " W_E " ücret düzeyinde " $0 Q_E$ " kadar emek işgücü istihdam edilecektir.

⁹ Esasen, monopol firmanın arz eğrisinin olmamasına benzer şekilde, monopson firmanın da talep eğrisi yoktur. Bu nedenle monopson firmanın talep eğrisi "varsayılan talep" olarak ifade edilmektedir(Herndon, 2002:199).

Şekil 4: Sağlık Hizmetleri Piyasasında Monopson



Kaynak: Herndon, 2002:199

Ancak monopson durumunda firma ücretler üzerindeki kontrol gücünü kullanarak, ücretleri marjinal maliyet eğrisinin marjinal gelir eğrisini kestiği nokta olan “P” noktasının arz eğrisine izdüşümünü gösteren “X” noktasına çekmektedir. Çünkü monopson firma piyasa gücüne sahiptir ve karını maksimize etmeye çalışır. Bu noktada ücretler “ W_M ” düzeyine ve arz edilen miktar “ Q_M ” seviyesine gerilemektedir. Sonuç olarak monopson firmanın davranışı nedeniyle “PTX” taralı alanı kadar bir sosyal refah kaybı gerçekleşmektedir.

Rekabetçi bir piyasada bir firma tarafından ücretlerin aşağıya çekilmesi, emek arzını oluşturan çalışanların o firmayı terk etmesi sonucunu doğurmaktadır. Ancak sağlık hizmetleri emek piyasasının monopson durumu nedeniyle benzer bir tepkinin gerçekleşmesi mümkün değildir (Manning, 2003:3). Monopson firmanın davranışı nedeniyle oluşan yeni denge noktasında ücretler ve işgücü azalmaktadır. Sağlık hizmetleri emek piyasasında yaşanan bu gelişmelerin, sağlık hizmetleri talebinin

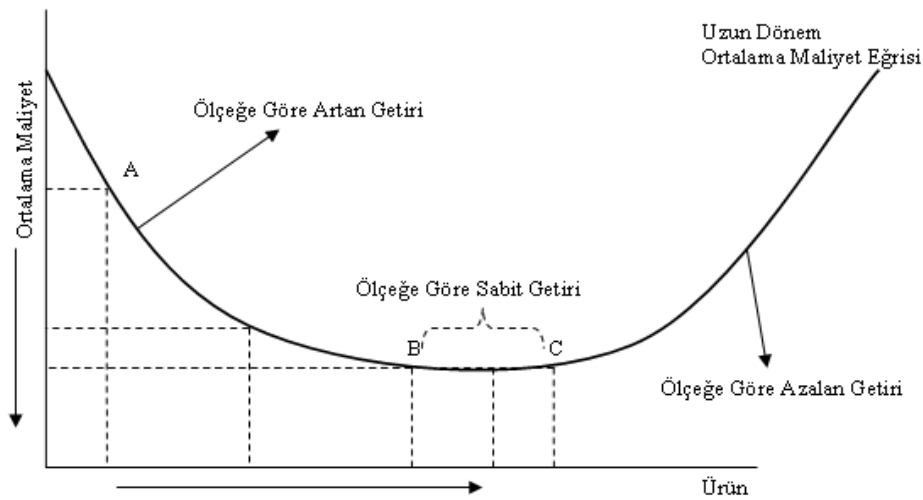
büyükülüğü ve genelliği göz önünde tutulduğunda büyük bir sosyal refah kaybına neden olduğu görülmektedir.

1.5.1.3. Ölçek Ekonomileri

Tam rekabet piyasasında alıcı ve satıcılar fiyat, kalite ve miktar gibi değişkenleri tek başlarına etkileme gücüne sahip değildirler. Alıcı ve satıcılar bütün bu verileri kabullenen konumundadır ve bunları belirleyen rekabetin kendisidir. Piyasadaki alıcı ve satıcıların çok sayıda ve küçük birimlerden oluştuğu varsayılmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasında piyasa aksaklığına neden olan faktörlerden biri olan ölçek ekonomileri ise, işletme büyüklüğü veya üretim ölçeğindeki artış nedeniyle firmalar üzerinde olumlu ve olumsuz etkiler ortaya çıkarmaktadır (Aktan, 2006b:16). Ölçek ekonomisinin var olduğu piyasada, marjinal maliyetlerin çok düşük olması sebebiyle, ürün miktarı arttıkça ortalama maliyetler azalmakta (Penner, 2003:21) ve doğal teknelci eğilimleri arttırmaktadır (Yıldırım, 1999:133). Esasen ölçek ekonomilerinin anahtar unsuru sabit maliyetlerdir. Sabit maliyetlerin büyüklüğü piyasaya girişi zorlaştırmakta, bunun yanı sıra bazen sifıra yaklaşan marjinal maliyetler nedeniyle de teknelci davranış eğilimleri artmaktadır. Düşük maliyetli girdilerin yanı sıra uzmanlık gerektiren girdiler, teknoloji ve organizasyon gerektiren girdiler ve bilgi girdiler nedeniyle ölçek ekonomileri ortaya çıkabilmektedir(Heikal, 2008).

Şekil 5: Ölçek ekonomisi ve Ölçeğe Göre Getiri



Şekil 5 ölçek ekonomisi nedeniyle bir firmanın üretim miktarına bağlı olarak ölçeğe göre artan veya azalan getiri durumlarını göstermektedir. Firma başlangıçtaki sabit maliyetlerin fazlalığı sebebiyle “A” noktasında dengesini belirlemekte, bu noktadan itibaren üretim miktarı arttıkça ortalama maliyetleri sürekli düşmektedir.

Sağlık sektöründe hastaneler ve ilaç firmaları ölçek ekonomisi sebebiyle tekelleşme eğilimleri taşımaktadırlar. Söz konusu tekelleşme eğilimi sebebiyle rekabet oluşturulamamakta ve bu durum sosyal refah kaybına neden olmaktadır.

1.5.1.4. Talebin Fiyat Esnekliği

Rekabetçi piyasalar açısından fiyat mekanizması önemli işlevler görmektedir. Fiyat mekanizması, arz ve talep açısından dengenin sağlanması ile ilgili olarak esneklik özelliğini kullanır. Rekabetçi piyasa şartları altında fiyat, verilen arz miktarının artışını ve talebin azalışını etkilemektedir. Ancak aynı etki sağlık hizmetlerinde gerçekleşmez.

Sağlık hizmetlerinde rekabetçi piyasalardaki fiyat etkisinin gerçekleşmemesinin temel sebeplerinden birisi tüketicilerin çoğunun sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymasıdır. Bu nedenle gelirden ve fiyattan bağımsız olarak sağlık mal ve hizmetleri için mutlaka talep oluşacaktır. (Penner, 2003:27). Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan talebin fiyat esnekliğinin sıfıra yakın olması, rekabet şartlarını etkilemekte ve piyasa aksaklığına neden olmaktadır.

1.5.2. Bilgi ve Karar Alma Sorunları

Optimum karar alma mekanizmasının çalışması ancak tam rekabet şartlarında mümkün olabilmektedir. Tam rekabet şartları altında bir birey, bütçe kısıtları ile ihtiyaçlarını ortak bir noktada buluşturmak için çeşitli mal ve hizmetler arasında fiyat karşılaştırmaları yapabilir ve kendisi için en iyi kalite ve miktarda mal ve hizmeti seçebilir (Penner, 2003:22). Bu şartlar altında tüketiciler en az satıcılar kadar bilgi sahibidir.

Sağlık piyasasında karar alma mekanizmasının işlerliği ve bilginin elde edilmesi açısından hem tüketici ve üretici, hem de tüketici ve üreticilerin karşılaştırılması ile ilgili olarak ortaya çıkan sorunlar piyasa aksaklığına neden olmaktadır.

1.5.2.1. Bilgi Asimetrisi

Sağlık hizmetlerinin sunumu uzmanlık gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyal ve ekonomik açıdan sahip olduğu etkiler nedeniyle, sağlık piyasasında hizmet üreten olarak faaliyette bulunanların bilgi, beceri, eğitim vb. nitelikler açısından tam donanımlı olmaları beklenir. Bunun yanı sıra ilaç ve teçhizat konusunda yaşanan teknolojik gelişmeler, uzmanlığa sahip olanların sürekli kendilerini geliştirmelerini zorunlu kılmaktadır.

Ancak tüketiciler (hastalar) açısından, benzer bilgiye sahip olmak neredeyse imkânsızdır. Sağlık hizmetleri piyasasında tüketiciler, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yeterli bilgiye veya bilgiye ulaşma kapasitesine sahip değildirler (Penner, 2003:27). Bu kapasite eğitim, gelir vb. birçok değişken ile ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ise tüketicilerin eğitim, gelir gibi faktörler ile bilgi eksikliklerini gidermeleri çok mümkün değildir.

Etkin bilgi paylaşımı fiyat mekanizmasının işlerliğini sağlayacak faktörlerden birisidir. Sağlık hizmetleri piyasasında üretici ve tüketiciler arasında bilgi paylaşımı olmadığı gibi, sağlık hizmetleri arz edenler lehine bilgi asimetrisi de bulunmaktadır. Tam rekabet piyasasında alıcılar ve satıcılar, mal ve hizmetlerin özellikleri ve kalitesi ile ilgili olarak, birbirlerinden etkilenmeksizin fayda fonksiyonlarını maksimize edecek gerekli bilgiye sahiptirler (Uz, 1997:74; Yıldırım, 1999:127)

Sağlık hizmetleri sistemindeki anahtar ilişki hasta ve hekim arasındaki ilişkidir. Sağlık sektörüne ilişkin yapılan çoğu çalışmada hekimlerin sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak avantaja sahip oldukları belirtilmektedir (Shneider, 2003:1). Sağlık biliminin ve sağlık hizmetlerinin sahip olduğu kompleks yapı nedeniyle, tüketiciler açısından rekabetçi bir piyasa düzeyinde bilgiye ulaşmak mümkün değildir (Roomer, 427:1982). Sağlık piyasasında maliyetler, harcamalar, ve elde edilen sonuçlar ile ilgili olarak yeterli veri bulunmamaktadır. Bu değişkenlere ilişkin verilerin eksikliği veya yanlışlığı, sağlık hizmetlerinin etkinlik, eşitlik vb. açılardan değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (Maynard, 1991:1277). Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, maliyet ve çıktılara ilişkin yeterli ve doğru veri setlerinin oluşturulamaması bilgi asimetrisini ortaya çıkarmakta ve rekabetçi piyasada aksaklıklara neden olmaktadır.

1.5.2.2. Belirsiz ve Düzensiz Talep

Sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan asimetrik bilgi ve bilgi eksikliği, rekabetçi piyasada fiyat mekanizmasının işlemlerini engellemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine ilişkin talep belirsiz bir fiyat ile karşılaşmaktadır.

Sağlık hizmetleri için bireysel talebe ilişkin belirtilen en önemli nitelik düzensizlik ve öngörülemezliktir (Arrow, 1963:949). Talebe ilişkin düzensizlik ve öngörülemezlik, sağlık hizmetlerinin maliyetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan bireylerin gelirlerindeki azalmanın da düzensiz olması sonucu doğurmaktadır. Bu düzensizlik, bireylerin gelirlerinin sağlık sigortası, sosyal sigorta vb. uygulamalar ile olası şoklardan korunmasını zorunlu kılmaktadır (Koç, 2004:41). Sağlık ve sosyal sigorta uygulamalarına ilişkin maliyetlerin tümünün rekabetçi piyasa sistemi içinde karşılanması mümkün değildir.

Rekabetçi piyasalarda piyasa dengesi piyasa arz ve talep eğrilerinin kesiştiği, marjinal maliyet ve marjinal faydanın eşitlendiği noktada dengeye gelmekte ve firma karını maksimize etmektedir. Ancak talepteki belirsizlik ve düzensizlik rekabetçi piyasadaki firma açısından maksimum karı verecek denge noktasının sürekli değişmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasındaki sabit üretim maliyetlerinin büyüklüğü ve tekelleşme eğilimi nedeniyle, değişen talebe karşı esnekliğin sağlanabilmesi mümkün değildir. Rekabetçi piyasadaki firma dengesi, maksimum kar, bilgi asimetrisi vb. unsurlar belirsiz ve düzensiz talebin karşılanmasına ilişkin sorunlar ortaya çıkarmakta, rekabetçi piyasa çözümleri yetersiz kalmaktadır.

1.5.3. Dışsallıklar ve Kamusal Mallar

Dışsallık bir bireyin üretim veya tüketim faaliyetinin, başkalarının refah düzeyini olumlu veya olumsuz biçimde doğrudan etkilemesidir. Bununla ilgili olarak en çok verilen örnek nehir kenarına kurulan bir fabrikanın atıklarının nehre boşaltılması sebebiyle, nehirden geçimini sağlayan balıkçıların katlanmak zorunda oldukları negatif dışsallık örneğidir. Firma üretim maliyetlerini hesaplarken, balıkçı üzerindeki negatif dışsallığın maliyetini göz önünde bulundurmamaktadır. Piyasa açısından üretimde ve kaynak dağılımında etkinsizliğe neden olan bu durumun rekabetçi piyasa içerisinde çözülmesi mümkün değildir.

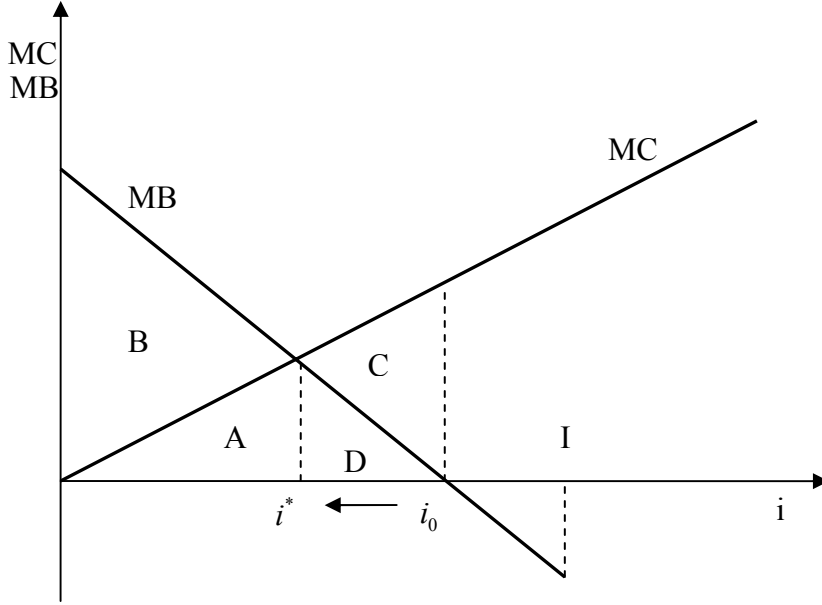
Benzer şekilde sağlık hizmetleri alanında da negatif ve pozitif dışsallıklar meydana gelmekte ve piyasa aksaklıklarına neden olmaktadır.

1.5.3.1. Pozitif ve Negatif Dışsallıklar

Sağlık hizmetleri ile ortaya çıkan en önemli dışsallık, bir bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanması ile ortaya çıkan sosyal faydadır. Salgın veya bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sağlık hizmetlerinin satın alınması, toplumun tamamı için bir fayda sağlayacaktır. İyileştirici tedavilerde dahi, bireyin kendi tedavisi için sağlık hizmeti satın alması, bireyin yakınlarına da fayda sağlayacaktır. Hastalıkların önlenmesindeki bu önemli dışsal fayda, kişisel talebin ve piyasa fiyatının oluşmasında elde edilen marjinal fayda ve toplam faydanın eksik tahmin edilmesine neden olmaktadır. Piyasaya devlet veya kar amacı gütmeyen kuruluşlar girmediği sürece koruyucu sağlık hizmetleri eksik değerlendirilmiş, eksik fiyatlanmış ve eksik üretilmiş olabilmektedir (Mushkin, 1958:786-787). Sağlık hizmetinin fiyatı gerçek maliyeti yansıtmaktan çok uzaktır. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı toplumsal yarar ve dışsallık özelliği nedeniyle fiyatın gerçek maliyeti yansıtması güçtür(Aktan ve Işık, 2007:13).

Sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin birtakım negatif dışsallıklar da bulunmaktadır. Buna ilişkin en temel örnek sigara kullanımınıdır. Sigara kullanımını hem sigara içen hem de içmeyenler açısından uzun dönemli ciddi sağlık problemlerine neden olmaktadır.

Şekil 6: Sigara Kullanımının Optimal Seviyesinin Belirleyicileri



Kaynak: Jack, 1999:167.

Şekil 6 sağlık ile ilgili negatif dışsallık ve söz konusu dışsallık nedeniyle ortaya çıkan piyasa aksaklığı anlatılmaktadır. Şekil 6'da "i" nüfusu göstermektedir. Nüfusta sigara kullanan oranı arttıkça marjinal fayda düşmekte, sigara içenlerin uğradığı maliyetler ile sigara içmeyenlere yükledikleri maliyetlerin toplamını oluşturan marjinal sosyal maliyet (MC) artmaktadır. Rekabetçi piyasada (müdahale olmaksızın sigara kullanımının serbest olduğu) sigara kullanımının optimal noktası " i_0 " da sigara içme ile içmeme arasında bir fark yoktur. Ancak bu notada "D" ve "C" alanı kadar kısım, toplum açısından optimal noktadan uzaklaşmanın sosyal maliyeti olarak karşımıza çıkmaktadır. Rekabetçi piyasa çözümleri açısından, ortaya çıkan bu aksaklığın bertaraf edilmesi mümkün değildir. Devletin sigara içilen alanlara ilişkin sınırlayıcı bir müdahalesi nüfusta sigara kullananların sayısını " i^* " düzeyine çekerek "D" ve "C" alanı kadar sosyal faydayı arttırmaktadır.

Aşılama ve koruyucu hizmetler gibi sağlık hizmetleri, hizmetten yararlanan bireye sağladığı faydalar yanında diğer insanların da hastalıklara yakalanma olasılıklarını azaltması bakımından pozitif dışsallık ortaya çıkarmaktadır. Toplumda aşılama ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince geniş bir alanda sunulamıyor olması, etkinsizliğin başlıca sebeplerini oluşturmaktadır.

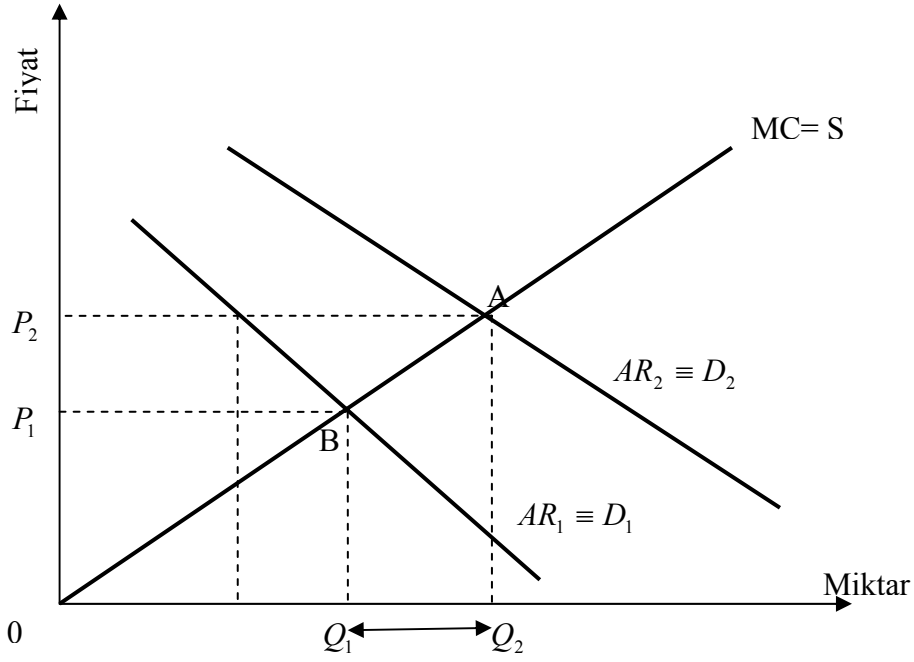
Son olarak sağlık hizmetlerindeki dışsallığa örnek olarak antibiyotiklerin kullanımını gösterilebilir. İlaç sektöründeki hızlı gelişmeler antibiyotiklerin çeşitliliğini ve etkinliğini arttırmıştır. Çeşitlilik ve etkinlik ile beraber düşen fiyatlar toplumda genel olarak antibiyotik kullanımını arttırmıştır (Jack, 1999:168). Ancak artan kullanım ile beraber antibiyotiklerin sahip olduğu yan etkilerin dikkate alınmaması, vücudun doğal işleyişine tesir etmekte ve aşırı kullanımının olumsuz sonuçları ortaya koyabilmektedir. Genel olarak ilaç endüstrisindeki gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkan antibiyotiklerin kötü ve aşırı kullanımına ilişkin negatif dışsallıklar devlet müdahalesi ile engellenebilmektedir.

1.5.3.2. Merit Mallar

Rekabet piyasada, bireylerin rasyonel oldukları ve tam enformasyona sahip oldukları kabul edilmektedir. Oysa gerçek hayatta birey, çoğunlukla eksik bilgi sebebiyle uygun olmayan tktim kararları verebilmektedir (Cooke, 1994:113). Merit (erdemli) mallar, bireylerin malın tktiminden elde edilecek faydadan habersiz olmaları sebebiyle devletin kullanımını zorunlu kıldığı veya teşvik ettiği mallardır (Lipseý ve Harbury, 1993:86). Merit mallar genellikle, tkticilerin potansiyel faydasını tam olarak lemedikleri sağlık ve eğitim hizmetleri ile ilişkilendirilir (Small ve Carruthers, 1991:28). Merit mallar pozitif dışsallığı nedeniyle bireylerin rasyonel karar vermelerini zorlaştıran ve sonuçta eksik tktime neden olan mallardır.

Merit mallar ve pozitif dışsallıklar piyasa başarısızlığına neden olması bakımından birbirleri ile aynı görülebilmektedir. Pozitif dışsallıklarda temel sorun üretim maliyetlerinin değerlendirilememesi iken, merit mallardaki temel sorun eksik tktimdir. Şekil 7, merit malların pozitif dışsallığı nedeniyle ortaya çıkan eksik tktimi açıklamaktadır.

Şekil 7: Merit Malların Eksik Tüketimi



Kaynak: Munday, 2000:39.

Rekabetçi piyasa şartlarında birey merit mal ile ilgili tüketimini " P_1 " fiyat düzeyinde " Q_1 " olarak belirleyecektir. Birey açısından maksimum olan bu tüketim değeri, toplumsal açıdan maksimum noktanın altında kalmaktadır. Bireyin faydasına pozitif dışsallığın eklenmesi ile elde edilen yeni talep eğrisinin ($AR_2 \equiv D_2$) arz eğrisini kestiği "A" noktası toplumsal açıdan maksimum tüketim değerini göstermektedir. Ancak burada fiyat " P_2 " düzeyine yükselmekte ve sonuç olarak eksik tüketim ortaya çıkmaktadır.

Tüketicilerin, koruyucu sağlık hizmetleri gibi hizmetlerin olası fayda etkilerini bilgi eksikliğinden dolayı değerlendirememeleri sebebiyle sağlık hizmetleri merit mallar için iyi bir örnek oluşturmaktadır (Munday, 2000:40). Koruyucu sağlık hizmetleri benzeri hizmetlerin merit mal niteliği nedeniyle rekabetçi piyasa şartları altında etkinlik sağlanamamakta ve oluşan piyasa aksaklığına ilişkin devletin müdahale gereçlerinin kullanımını zorunlu kılmaktadır.

1.5.3.3. Kamusal Mallar

Bir mala kamusal niteliği veren iki temel gerekçe bulunmaktadır. Bunlar kamusal malın faydasından kimsenin mahrum bırakılmamasını, dışlanmamasını ifade

eden dışlanmazlık ve malın faydasının bölünememesini, tüketimde birbirlerine rakip olmamasını ifade eden rekabet edilemezlik nitelikleridir.

Kamusal açıdan bakıldığında, sağlık mal ve hizmet türleri açısından farklı sonuçlar elde edilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri pür kamusal mal niteliği taşıırken, tedavi edici hizmetler pür kamu malının özelliklerini yansıtmamaktadır (Aydınlar, Ünal ve Ateş, 2001:1695). Sağlık hizmetlerinin kamusal açıdan farklı değerlendirmeler içermesi, devletin müdahale alanlarını da buna göre yönlendirmektedir.

Bazı sağlık hizmetlerinde dışlamanın mümkün olduğu görülmektedir. Özellikle tedavi edici hizmetler bir fiyat karşılığı pazarlanabilmekte ve dışlama mümkün olabilmektedir. Ancak koruyucu sağlık hizmetleri benzeri mal ve hizmetlerin merit mal olma niteliği, bunun yanı sıra bütün sağlık hizmetlerinin sahip olduğu pozitif dışsallık, sağlık hizmetlerinin rekabetçi piyasa şartları altında üretilmesini zorlaştırmaktadır. Pozitif dışsallıkların içselleştirilmesinin piyasa şartları altında imkânsızlığı, toplumsal sağlık düzeyinin geliştirilmesinin zorunluluğu devletin müdahalesini gerekli kılmaktadır.

Sonuç olarak üretim kaynaklarının dağılımı ve toplumun ihtiyaçları doğrultusunda üretilen hizmetlerin dağılımı ile ilgili olarak toplum iki seçeneğe sahiptir. Toplum bu kararları “piyasaya”-bırakabilir veya “plan” yapabilir. Birinci seçenekte arz, talep, fiyatlar ve kaynakların dağılımı piyasa tarafından belirlenir. İkinci seçenekte ise nüfus arasında üretilen hizmetlerin dağılımı, üretim faaliyetlerinin dağılımı ve nüfustan kaynakların toplanması görevi genellikle devlet, hükümet tarafından yerine getirilir. Bu yaklaşım farklılığı yirminci yüzyıl boyunca siyasal partiler arasında, soğuk ve sıcak savaş dönemlerinde sürekli gündeme gelmiştir. Toplumlar bu soruya ilişkin olarak farklı bakış açılarına sahiptirler ve sağlık hizmetlerinin nasıl üretileceği ve dağıtılacağına ilişkin olarak en tatmin edici seçeneğe ulaşmak için plan ve piyasa mekanizmalarının karışımı yönünde evrim geçirmektedirler (McPake, Kumaranayake ve Normand, 2002:5-6). Değişen dünya içinde her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de devletin rolü değişmiştir. Buna göre devletin sağlık hizmetlerine ilişkin denetim, hizmet sunumu finansman gibi

fonksiyonlarının yanı sıra yönlendirme, planlama, düzenleme, enformasyon gibi yeni fonksiyonları da üstlenmektedir (Aktan, 2007:6).

Çalışmanın ilk bölümünde ortaya koyduğumuz kavramsal çerçeve etrafında, ikinci bölümde sağlık hizmetlerinin üretim ve dağıtım kararları, finansman yöntemleri vb. mekanizmaların alternatif yöntemlerine ilişkin değişimler ortaya konmaya çalışılacaktır. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu nitelikler, piyasa aksaklıkları gibi faktörler, ikinci bölümde ele alınacak olan sağlık hizmetlerinin arz ve talep yapısı, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanına ilişkin ortaya konacak alternatifler açısından ele alınan temel niteliği taşımaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZ VE TALEP YAPISI, SUNUMU, FİNANSMANI VE ALTERNATİF YÖNTEMLER

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI

Makroekonomi açısından mal ve hizmetlere ilişkin piyasa arzı ile kast edilen toplam arz miktarıdır. Toplam arz, veri fiyatlarında belli bir dönem içinde üretilen toplam mal ve hizmet miktarını göstermektedir (Wessels, 2006:122). Bu açıdan bir malın arz fonksiyonu, malın üretimini etkileyen bütün değişkenleri kapsamaktadır. Mal ve hizmetlerin arz fonksiyonu, söz konusu malın ve diğer (ikame ve tamamlayıcı) malların fiyatları, malın maliyeti ve alternatif üretim maliyetleri ve bireysel tercihler gibi değişkenlerin malın miktarı üzerindeki etkilerinin analizine katkıda bulunmaktadır. Tam rekabet piyasası şartlarında söz konusu değişkenler içinde fiyat anahtar rol oynamaktadır. Hem üretilen malın fiyatı, hem de ikame ve tamamlayıcı malların fiyatları arz fonksiyonunda bağımlı değişken olarak ele alınan malın miktarını etkileyen temel faktörlerdir. Arzın fiyatlar karşısındaki esnekliği arz eğrisinin eğiminin belirlenmesi açısından da önemlidir. Arzın fiyat esnekliğinin 1'den büyük olduğu durumlarda, küçük fiyat değişimleri dahi arz miktarını etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinin arzı hastaneler, hekimler, hemşireler, eczaneler ve sağlık sektörü içinde bulunan diğer faktörlerin faaliyetleri ile ortaya çıkarılmaktadır. Hastaneler ve hekimlerin sağlık hizmetlerinin arzına ilişkin en temel belirleyiciler olmaları sebebiyle, bunların üretim fonksiyonları sağlık hizmetlerinin arz fonksiyonunu önemli biçimde etkilemektedir. Üretim fonksiyonu, belli bir çıktıyı elde etmek için kullanılan girdi miktarını ve girdilerin ağırlıklarını ortaya koymaktadır. Hastane üretim fonksiyonunun oluşturulmasındaki temel sorun, ölçülebilir çıktılarının ortaya konmasındaki zorluktur. Hastanelerin sağlığın geliştirilmesine yaptığı katkının, hasta ve yakınları açısından hastanelerin sunduğu hizmet çıktısının, hastanelerin genel olarak hastaların ve sağlık personelinin yaşam kalitesine katkısının ölçülmesi ve değerlendirilmesi zor ve uzun zaman alan konulardır.

Hastanelerin üretim fonksiyonlarının oluşturulmasındaki temel problemler, ölçek ekonomilerinin varlığı, optimum girdi miktarının belirlenmesi ve üretim etkinliğinin ölçülmesidir (Culyer, 1991:293). Bir diğer faktör olarak hekimlerin üretim fonksiyonları ise hastanede çalışan ve kendi başına muayenehane işleten olmak üzere farklı şekillerde oluşturabilmektedir. Hekimlerin üretim fonksiyonunu kendi başına muayenehane işleten açısından ortaya koymak, sağlık hizmetlerinin arzına ilişkin hastane ve hekimlerin üretim fonksiyonlarının ayrıştırılmasını kolaylaştıracaktır.

Hekimler tarafından (muayenehane işleten) sunulan sağlık hizmeti çıktısının en önemli girdilerden birisi hekimlerin harcamış olduğu zamanlarıdır. Bunun yanı sıra sermaye ekipmanı, aletler vb. faktörler, hekimler tarafından sunulan sağlık hizmet çıktısının girdilerini oluşturmaktadır (Culyer, 1991:332). Hekimlerin üretim fonksiyonunun oluşturulmasındaki en önemli zorluk, hekimlerin zamanının değeri ve optimum miktarıdır.

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık personeli kapsamı içerisinde değerlendirilen hekimler, hemşireler, klinisyen vb. kişi ve kurumlar tarafından yapılan hizmetler ile birlikte, hane halkının kendisi tarafından sağlanan sağlık hizmetlerini de içine almaktadır. Bu hizmetler ailelerin çocuklara verdiği sağlık bakım ve hemşirelik hizmetleri olabileceği gibi, çocukların hane halkının diğer fertleri için yaptığı sağlık bakım hizmetleri de olabilmektedir (Jack, 1999:37-38). Ülkeden ülkeye ve hatta aynı ülke içindeki farklı coğrafi bölgeler arasında değişiklik gösterebilmekle birlikte, hane halkı tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin toplam sağlık hizmetleri içindeki payı düşüktür.

Sağlık personeli ve sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin arzına ilişkin olarak birtakım karmaşıklıklar vardır. Birincisi hastaneler, hekimler, klinikler ve diğer birimler açık bir şekilde farklı amaçlar doğrultusunda faaliyette bulunmaktadırlar ve bu durum farklı malların üretilmesi gibi bir sonuç ortaya koymaktadır. Bir diğeri ise bütün bu birimler, hasta özelinde mal ve hizmet üretmektedirler. Bu durum bireyin tedaviye cevap verebilmesine, beklentilerine ve bireyin genel sağlık durumuna bağlı olarak, benzer bir hizmetin maliyetinin farklı bireyler için farklı miktarlarda ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Jack, 1999:38-

39). Özellikle maliyetlerin değişkenliği, fiyat miktar ilişkisini ortaya koyan arz eğrisinin yapısını da değiştirmektedir.

Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde girdi olarak yer alan sağlık personeli (hekimler, hemşireler vb.) ve sağlık kurumları (hastaneler, klinikler vb.) arasında yaşanan amaç farklılıkları ve fiyat miktar karmaşasının yanı sıra, sağlık hizmetleri piyasasında eksik rekabetin varlığı, ikame edilemez özelliği ve sağlık hizmetlerinin uluslararası bir sorun olma niteliği sebebiyle sağlık hizmetleri klasik piyasalardan ayrılmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetleri arzını etkileyen unsurları ve sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan nitelikleri ortaya koymak gerekli olmaktadır.

2.1.1.Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler

Bir malın arzını etkileyen en temel faktör fiyattır. Esasen arz edilen miktar fiyatın bir fonksiyonudur. Ancak bunun dışında maliyetlerdeki değişim, teknolojik değişim vb. sebepler de arz miktarını etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinin arzı fiyat, maliyet gibi faktörlerin dışında, beslenme, milli gelir, altyapı, eğitim vb. birçok değişken tarafından etkilenmektedir. Bütün bu değişkenlere karşın sağlık hizmetleri arzı beş temel faktör tarafından etkilenmektedir. Teknolojik değişim, sağlık personeli ücretleri, girdi fiyatları, sağlık yönetim sistemlerindeki değişimler ve sağlık sektörü yatırımları kısa ve uzun dönemde sağlık hizmetleri arz miktarını değiştirmektedir.

2.1.1.1. Teknolojik Değişim

Tıbbi ilaç, araç ve tedavi yöntemlerindeki değişimin en temel nedeni, sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan teknolojik gelişmedir. Sağlık hizmetlerindeki teknolojik yatırımlar, sağlık hizmetleri arzını nitelik ve nicelik olarak iki yönlü etkilemektedir (Özkara, 2006: 22). Sağlık teknolojisi, geniş anlamda, sağlık hizmetlerindeki araştırma ve geliştirme faaliyetleri sonucu, sağlık hizmetlerinde kullanılan ve hastalara fayda sağlayan ilaç, ekipman, tedavi tekniği, aygıt, organizasyonel ve destekleyici sistemler gibi her türlü üründeki teknolojik gelişmeyi içine almaktadır (Abeykoon, 2003:4). Teknolojik yenilikler, sağlık hizmetlerindeki yenilikçiler tarafından her hastaya fayda sağlayacak şekilde adapte edilir. Hastaneler ve hekimler, kendi faaliyetlerinin yönetim maliyetlerini düşürmek için teknolojik yenilikleri değerlendirmektedirler (Smith, 1988:6). Teknolojik değişimler sağlık

hizmetlerinin arzını arttırmasının yanı sıra, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düşmesine ve kalitesinin yükselmesine yardımcı olmakta ve beraberinde sağlık hizmet talebini de arttırmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki teknolojik yatırımlar üç etapta gerçekleşmektedir: Temel araştırma, uygulamaları araştırma ve gelişme. Temel araştırma, sahip olduğumuz bilimsel bilginin gelişmesi ve genişlemesini amaçlar, uygulama problemlerini tanımlayarak çözme ile ilgilenmez ve temel araştırmaların etkinliği ölçülebilir bir değer olarak ortaya konamaz. Uygulamalı araştırma ise, uygulama problemlerini tanımlayarak çözmek için bilimsel bilginin genişletilmesini amaç edinmektedir. Gelişme aşaması, temel araştırmalar ve uygulamalı araştırmalarda materyallerin, ekipmanların, sistemlerin veya süreçlerin oluşturulması ve gelişmesi için üretilen bilimsel bilginin kullanımı, uygulanması olarak tanımlanabilir (Charro, 1990:271). Sağlık hizmetlerindeki teknolojik yatırımlar, belirtilen süreçlerin dışında, yatırımın sabit ve marjinal maliyetine bağlı olarak farklı türlerde de ele alınabilmektedir.

Teknolojik değişim, yapılan teknoloji yatırımının büyüklüğüne bağlı olarak iki ayrı türe ayrılabilir. Yüksek teknoloji, çok büyük sabit veya marjinal maliyet gerektiren teknolojik yatırımlardır. Düşük teknoloji ise düşük sabit veya marjinal maliyet gerektiren teknolojik yatırımlardır (McClellan ve Noguchi, 1998:91). Sağlık hizmetlerindeki teknoloji yatırımları çoğunlukla çok yüksek sabit maliyetlere sahiptir. Sağlık sektöründeki ileri teknoloji kapsamındaki yatırımlar, sağlık hizmetleri arzındaki önemli bir artış sağlamasının yanı sıra, sağlık hizmetleri talebinde de önemli artışlara neden olmaktadır.

Sağlık sektöründeki düşük marjinal sabit ve marjinal maliyet içeren düşük teknoloji yatırımları çok daha az popüler olmasına rağmen, çok temel teknolojik değişimin parçası olabilmektedirler. Örneğin 1980'li yıllarda yapılan klinik çalışmalar, kalp krizi sırasında hastaya verilen aspirin ilacının, kalp krizi nedeniyle ölümlerin azalmasına destek olduğunu ortaya koymuştur (Lewis ve diğerleri, 1983:396-403). Düşük teknolojik yatırımlar, bazen daha önceden yapılmış yüksek teknolojik yatırımların etkisinin gelişerek devam etmesine, bazen de yeni yüksek değerli teknolojik yatırımların yapılmasına zemin hazırlamaktadır.

Ekonomistler için asıl olan ise, teknolojik değişimler ile sağlık tedavileri arasındaki ilişkidir. Teknolojik değişim ortalama refah seviyesinde bir artışa neden olsa bile, ekonomistlerin çoğu, tıbbi tedavi uygulamalarında yaşanan teknolojik değişimin, sağlık sistemlerinin verimliliğinin artışına yaptığı katkıyı sorgulamaktadır. Teknolojik yatırımların ve bu yöndeki araştırma geliştirme faaliyetlerinin etkinliği, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin verimliliğe yaptığı katkı ile ölçülür ve bu nedenle teknolojik yatırımlar, sağlık hizmetleri arzı üzerindeki etkisi ve etkinliği açısından önem arz etmektedir.

2.1.1.2. Ücretler

Hekimler¹⁰, sadece sundukları hizmetlerin sağlık harcamaları içinde çok büyük bir orana sahip olması ile değil, aynı zamanda ayakta bakım ve hastanelerin kullanımının belirlenmesindeki etkin rolü nedeniyle sağlık sektöründe anahtar rol oynamaktadır. Bununla birlikte hekim ücret enflasyonu, kamuoyunun ilgisinin artan hekim ücretlerine odaklanmasına neden olmuştur (Feldstein, 1970:121). Hekimlerin ücretlerindeki artış, aynı dönemde tüketici fiyat endeksinde (TÜFE) meydana gelen artıştan oldukça fazla olmuştur. Söz konusu farkın en temel sebebi, sağlık hizmetlerinin ikame edilemez niteliğidir. Bireyler sağlık hizmetleri taleplerini ortaya koyarken, kendi mal sepetleri içinde sağlık talebine öncelik verecekler, ikame imkânının olmaması sebebiyle yüksek orandaki fiyat artışlarını kabul etmek zorunda kalacaklardır.

Hekimler ve hemşirelerin ücretleri, gelişmekte olan ülkelerden hekim ve hemşirelerin göçünü hızlandırmaktadır. Hekim ve hemşireler, terk ettikleri ülke ile gidecekleri ülke arasındaki ücret farklılıkları nedeniyle, gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere göç etmektedirler (Vujicic ve diğerleri, 2004:12). Ücretler nedeniyle ortaya çıkan bu göç, gelişmiş ülkeler açısından sağlık hizmetleri arz artışı sağlarken, gelişmekte olan ülkeler açısından sağlık hizmetleri arzında ve hizmet kalitesinde düşüşe neden olmaktadır.

¹⁰ Daha öncede belirtildiği üzere, hekimler ile kast edilen kendi özel muayenehanesini işleten hekimlerdir. Hastane ve kliniklerde maaş karşılığı çalışan hekimler, sağlık hizmetlerinin arzı bakımından hastane girdileri içinde değerlendirilecek ve girdi maliyetleri bakımından analize dahil edilecektir.

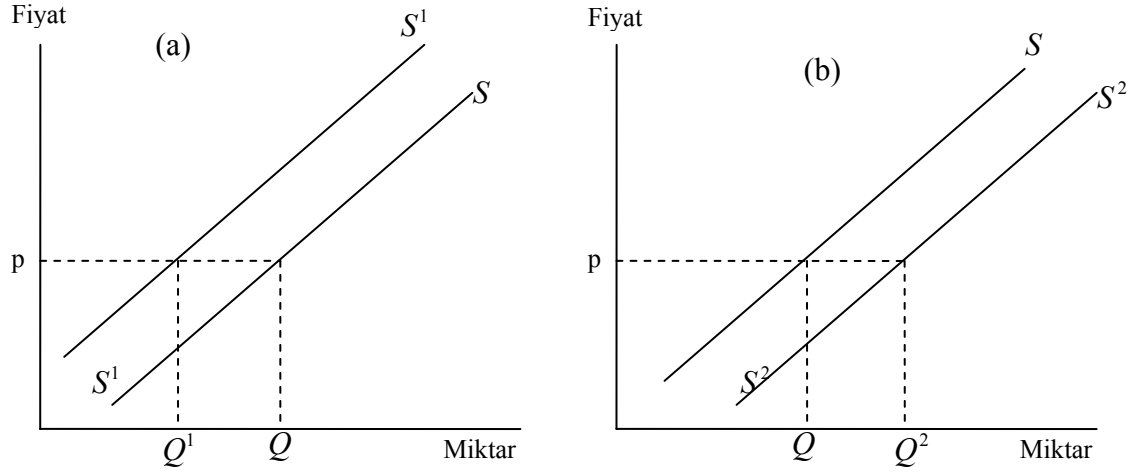
Hekimlerin gelirlerini maksimize etme çabaları, ücret enflasyonu ile birlikte hekimlerin çalışma saatlerini genişletecek ve teknolojik yeniliklerin hekimler tarafından kullanımının artması ile birlikte hizmet kalitesi, etkinliği ve verimliliği artacaktır. Sağlık hizmetleri arzındaki bu niceliksel ve niteliksel artış, sağlık hizmetleri talebinin de artmasına neden olmaktadır.

2.1.1.3. Girdi Fiyatları

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak en önemli girdi uzman sağlık personelidir. Başta hekimler olmak üzere hemşireler, laborantlar, eczacılar olmak üzere sağlık sektöründe faaliyette bulunan uzman personel, sağlık hizmetleri arzındaki en önemli girdi kalemlerini oluşturmaktadır. Bunun dışında hastane, donanım vb. faktörlerde önemli girdi kalemleri arasındadır.

Sağlık sektörü içinde faaliyet gösteren uzman personel içinde yer alan hemşirelerin eğitimlerinin verimlilik oranı, hiçbir zaman çok yüksek ekonomik gelire ulaşamaz (Aiken, 1982:34). Ancak yeni hemşire ücretlerinde yapılan artışlar, sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerden yararlanan hastaneler ve hekimler için girdi fiyatlarının artmasına neden olmaktadır. Şekil 8’de (a) bölümünde hemşire ücretlerinin yükselmesi sonucu hekimlerin sağlık hizmet arzındaki değişim görülmektedir. Hemşire ücretlerinin artışı hekimlerin maliyetini arttırmaktadır. Hekimler her fiyatta daha az sağlık hizmeti sunma şeklinde tepki verecekler ve arz eğrisi “ S^1S^1 ” düzeyine kayacaktır. Yeni arz eğrisi ile birlikte hekimler “p” fiyatında “Q” miktarında hizmet sunmak yerine “ Q^1 ” düzeyinde hizmet sunacaktır.

Şekil 8: Hemşire ve Kira Ücretlerindeki Değişimin Arza Etkisi



Kavnak: Wonderling, 2005:58

Şekil 8'de (b) bölümünde ise kira düşüşleri nedeniyle hekimlerin arz eğrisindeki değişim gösterilmektedir. Kira giderlerinde ortaya çıkan düşüş nedeniyle hekimlerin maliyetleri düşecek ve hekimlerin arz eğrisini sağa doğru kaydırarak " S^2S^2 " düzeyine taşıyacaktır. Bu arz eğrisi üzerinde hekimlerin " p " fiyatından hizmet sunum miktarı " Q " düzeyinden " Q^2 " düzeyine ulaşacaktır.

Sağlık hizmeti sunan birimlerin girdi fiyatlarındaki değişim, sağlık arzı üzerinde etkide bulunmaktadır. Sağlık girdi fiyatlarındaki artış ve azalış yönündeki değişim, gelir ve ikame etkilerine bağlı olarak sağlık hizmeti arzında bulunan birimlerin davranışlarını değiştirerek sağlık hizmeti arz miktarını değiştirmektedir.

2.1.1.4. Sağlık Yönetim Sistemlerindeki Değişim

Sağlık sistemi, birey ve toplumun sağlık düzeyinin korunması ve geliştirilmesini sağlamak amacıyla oluşturulmuş alt sistemler ve faaliyetler bütünüdür (Kavuncubaşı, 2000:26). Sistem anlayışı içinde yer alan alt sistemler ve faaliyetlerin yönetim, kalite ve organizasyonunda yaşanan her türlü değişim, sağlık hizmetleri arzını doğrudan etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinin arzını sağlayan kişi ve kurumlar, sağlık sistemi içinde üretim alt sistemini oluşturmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:27). Üretim alt sistemi içinde yer alan hastane, rehabilitasyon merkezleri, sağlık eğitim birimleri vb. bütün kurumların yönetim sistemi, kalitenin evrimine bağlı olarak gelişen kalite yönetim modelleri, sistemleri, kalite ölçütleri ile daha bir çok etken nedeniyle değişmekte ve

gelişmektedir. Sağlık hizmet kalitesi kast edilen, mevcut bilimsel bilgi düzeyi temel alınarak, oluşturulan hizmet sunum sürecinin, hastalıkların iyileştirilmesi ve/veya hastaların sağlığı ile ilgili olarak oluşabilecek istenmeyen durumların azalmasına yaptığı katkıdır (Asunakutlu, 2007:436). Üretim alt sistemi içinde yer alan bütün kurumlar, Tablo 1’de gösterilen kalitenin evrimine bağlı olarak ortaya çıkan yönetim sistemlerini kullanarak, sağlık hizmet üretimindeki verimliliklerini ve etkinliklerini arttırma çabası içinde olmuşlardır.

Tablo 1. Kalitenin Evrimi

Zaman Periyodu	1945-1949	1949-1951	1951-1960'ların sonu	1960'ların sonu-1980'ler	1980'ler-bugün
Kalitenin Tanımı	Belirlenmiş olan standart ve kurallara uygunluğu	Belirlenmiş olan standart ve kurallara uygunluğu	Kullanıma uygunluk	Müşteri gereklerine, isteklerine uygunluk	Maksimum müşteri tatminine ulaşma
Kalite Yönetim Sistemi	Kalite Kontrol	İstatiksel Kalite Kontrol	Sisteme yönelik kalite temini	Şirket tam kontrolü	Toplam Kalite Yönetimi
Kalite Yönetim Sistemi Parametreleri	Son Ürün	Son Ürün	Üretim Süreci	Müşteri İhtiyaçları	Müşteri Beklentileri
Yönetim Araçları	Standartizasyon	İstatiksel Metotlar	Neden-sonuç Analizleri	Kalite fonksiyon açılımı	Sürekli Gelişim
Devir (Çağ)	Temel ihtiyaçlar çağı	Temel ihtiyaçlar çağı	Büyüme çağı	Kalite çağı	Kalite çağı
Teknolojik Değişim	Toptan üretim	Toptan üretim	Toptan üretim	Hizmet ekonomisi	Hizmet ekonomisi
Piyasa Türleri	Satıcı piyasaları	Satıcı piyasaları	Alıcı piyasası	Doymuş ve globalleşmiş piyasalar	Doymuş ve globalleşmiş piyasalar
Kalite Perspektifi	Üreticiye yönelik	Üreticiye yönelik	Tüketiciye Yönelik	Üretici ve tüketiciye yönelik	Üretici, müşteri ve rekabetçi bakış açısı
Kalite Ölçütleri	Objektif kavramlar	Objektif kavramlar	Subjektif kavramlar	Subjektif kavramlar	Subjektif ve objektif kavramlar
Zaman Boyutu	Statik	Statik	Dinamik	Dinamik	Dinamik

Kaynak: LOFLLER, 2001:2

Özellikle 80’li yılların ardından yaşanan kalite, maliyet etkinlik ve performans analizlerine ilişkin süreç, üretim alt sistemi içindeki kurumların yönetim sistemlerini ve beraberinde arz miktarını, etkinlik düzeyini etkilemekte ve değiştirmektedir.

2.1.1.5. Sağlık Sektörü Yatırımları

Teknolojik yatırımların sağlık sektörüne ilişkin en temel belirleyici olmasının yanında, yönetim sistemlerindeki değişime bağlı olarak hizmet kapasitelerini arttırıcı her türlü yatırım, yeni hastane vb. sağlık hizmeti sunan kurumların arttırılması da sağlık hizmet arzı üzerinde etkide bulunmaktadır.

Sağlık hizmet arzını belirleyen etmenler, yalnızca beş faktörden ibaret olmayıp, bunun yanı sıra beslenme, çevre, uluslararası rekabet, alışkanlıklar vb. birçok faktör sağlık hizmetleri arzının kapsamını, etkinliğini ve verimliliğini etkilemektedir.

2.1.3. Sağlık Hizmetleri Arzının Özellikleri

Sağlık hizmetleri arzı, diğer mal ve hizmetlerden farklı niteliklere sahiptir. Başta sağlık hizmetlerinin sahip olduğu ikame edilemezlik, eksik rekabet ve tekelleşme eğilimlerinin varlığı gibi niteliklere bağlı olarak sağlık hizmetleri arzı, en alt gelir diliminden en üst gelir dilimine kadar bütün bireylere sunulmaktadır. Hizmet sunulan alanın genişliğinin yanı sıra, sunulan hizmet türü itibariyle de çeşitlilik arz etmektedir. Sağlık hizmetleri sınıflandırmasında yer alan tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri bütünlük biçimde sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumundaki bütünlük yapı, sayısal ve mekânsal büyüklük, diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak sağlık hizmetlerinin arzına birtakım özel nitelikler kazandırmaktadır. Hizmet sunan birimlerin davranışları, üretilen sağlık hizmetinin yapısı, sağlık hizmetlerinin kendi iç dinamikleri sağlık hizmetleri arz özelliklerinin ortaya konmasını zorunlu kılmaktadır.

2.1.2.1. Hekimlerin Davranışı

Sağlık hizmeti satıcılarından beklenen olağan davranış, iş adamlarından beklenen davranıştan farklıdır. Böyle bir beklenti amaca uygundur, çünkü sağlık hizmetleri, ürün ve ürün faaliyetinin tamamıyla aynı olduğu mal kategorisi içindedir. Bu tür mallarda tüketici tüketmeden önce ürünü deneyemez ve bu nedenle bu ilişkide güven faktörü önemlidir (Arrow, 1963:949). Sağlık hizmeti sunan hekimlerin, hizmet sunumuna ilişkin yaptıkları tüm faaliyetler esasen ürünün kendisidir. Sağlık hizmeti

talebinde bulunanların belli bir ürüne ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaları veya ürünü deneyerek tecrübe kazanmaları mümkün değildir. Sağlık hizmeti sunan hekimler ile talep eden hastalar arasında zorunlu olan güven ilişkisi, esasen hastanın içinde bulunduğu durumda kendisi açısından en iyi sonucu elde edebilmek için hekimlerden beklediği davranışı ifade etmektedir.

Buradaki güven ilişkisi, üyelerinin ortaklaşa paylaşılan normlara dayalı, belli bir düzen, dürüstlük, işbirliği ve dayanışma içinde davrandığı toplumda ortaya çıkan beklentiler (Fukuyama, 2005:41) değil, Giffin'in¹¹ (1967) tanımladığı şekilde, riskli bir durum ortaya çıktığında istenilen amaca ulaşmak için, bir nesnenin herhangi bir özelliğine, bir kişinin davranışlarına veya bir olayın ortaya çıkacağına ilişkin inançtır (Demircan, Ceylan, 2003: 140). Güven insanların risk alabilmesine olanak sağlar. İnsanların sahip oldukları avantajlarının başkaları tarafından kullanılmayacağı inancına vardıklarında güven ortaya çıkar (McAllister, 1995: 25). Hastalar hekimlerin sahip olduğu bilgi avantajının ve kendileri aleyhine oluşan bilgi asimetrisinin farkındadır. Ancak güven sayesinde hastaların hekimlerden bekledikleri davranış benzer olabilmektedir.

Henry Sigerist (1941) hekimleri yalnızca hastalıkları iyileştiren uzmanlar olarak tanımlamak yerine, hekimlerin toplum içindeki rollerini belirterek, hekimlerden beklentileri genişletmiştir. Sigerist'e göre hekimler bireylerle çok yakın ilişki içinde olan ve takım çalışması içinde işbirliğine hazır olan sosyal bir işçidir, bütün çabasını hastalıklardan korumaya adanmış bir arkadaştır, bu çabalar yetersiz olduğunda bir terapisttir (Sigerist, 1941:145). Roemer, Sigerist'ten ilham alarak, bir adım daha öteye giderek, bütün ülkelerdeki sağlık eğitiminin ve okullarının, hastalık ve sağlığın sosyal gerçekliğinin ve hekimlerin toplumsal yaşam içindeki konumunun, sağlığın bir insan hakkı olarak sunulması olduğunun farkında olan hekimler yetiştirmek için yeniden dizayn etmesi gerektiğini iddia etmiştir (Roemer, 1980:264).

Sağlık hizmeti sunan hekimler ile tipik iş adamı arasındaki temel farklar şu şekilde belirtilebilir. 1) Reklam ve açık fiyat rekabeti hekimler arasında elimine edilmiştir. 2) Hastalıklar ile ilgili olarak hekimler tarafından verilen tavsiyeler kendi çıkarlarından tamamen ayrılmaktadır. 3) Tedavi, finansal şartlar tarafından

¹¹ Bkz. Giffin, K. (1967) The Contribution Of Studies Of Source Credibility To A Theory Of Interpersonal Trust In The Communication Department. Psychological Bulletin, 68: pp. 104-120.

sınırlanmaksızın durumun objektif ihtiyacı tarafından belirlenir. 4) Hekimlerin hastalık ve yaralanmalar ile ilgili olarak uzman kişiler oldukları kabul edilir ve toplumsal olarak hekimlerin doğru bilgiyi kullanacakları ve hastaların memnuniyetini kendi memnuniyetinin üzerinde tutacağı inancı hakimdir (Arrow, 1963:950). Hekimlerin davranışlarına ilişkin böyle bir beklenti güven ilişkisini ve hastalar açısından belirli risklerin üzerine alınmasını zorunlu kılmaktadır. Hekimler açısından ise piyasadaki satıcıdan farklı olarak, mesleki açıdan ahlaki davranması beklenmektedir.

2.1.2.2. Arz Koşulları

Rekabetçi bir piyasada bir malın üretimine ilişkin kararı etkileyen unsurların başında fırsat (alternatif) maliyeti gelmektedir. Söz konusu malın üretimine ayrılan kaynak nedeniyle vazgeçilen, kaynak ayrılamayan malın üretimi, arz eden açısından alternatif bir maliyettir ve karar sürecini doğrudan etkilemektedir. Bu süreçte arz eden açısından malın üretimi ile elde edilecek olan net karın, fırsat maliyeti konumundaki maldan elde edilecek net kar ile karşılaştırılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri arzı rekabetçi teoriden kesin çizgilerle ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerini bu teoriden ayıran birçok etmen vardır. En önemlisi, uzmanların girişi lisans ile sınırlandırılmıştır ve bu şekilde sağlık hizmetlerinin maliyeti artar. Sağlık hizmetlerinden asgari standartları sağlamak için bu gereklidir (Arrow, 1963:952). Lisans uygulaması hem iyi hem de kötü sonuçlar ortaya çıkarabilecektir. Sağlıkta lisans uygulaması, hastalara zarar verilmesinin önlenmesinde ve kalitenin devam ettirilmesinde “iyi” bir rol oynamaktadır. Ancak piyasaya girişi engelleyerek rekabeti düşürdüğü ve lisans belgesine sahip olan kişilere monopol kazancı ortaya çıkardığı için “kötü” sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (Phelps, 2003:234). Lisans uygulaması sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin belli bir kalite standardı belirlemesi, hastaların bu standarda sahip olanlara ilişkin bilgi eksikliğini gidermesi bakımında oldukça etkin ve önemli bir rol oynamaktadır. Ancak diğer yandan sağlık hizmetlerinin sunulmasında monopolleşme eğilimlerini arttırmakta ve lisans belgesi sahibi olanların monopol karı elde etmesine zemin hazırlamaktadır.

İkinci faktör ise sağlık eğitimleri ile ilgilidir. Sağlık eğitimlerinin¹² maliyeti çok yüksektir ve bunun çok az bir kısmı öğrenciler tarafından karşılanır. Bu şekilde öğrencilerin elde ettiği özel fayda, maliyetlerin oldukça üzerindedir. Bu teşvik nedeniyle prensip olarak sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düşmesi beklenir, ancak bunun yanı sıra bu okullara girişteki sınırlandırmalar ve sağlık kariyeri yapan öğrenciler arasındaki eliminasyon nedeniyle belli bir dengede kalır. Bu kısıtlamalar temelde asgari sağlık standartlarına ulaşılması ve gereksiz ve yetersiz lisans sayısının sınırlandırılmasını amaçlamaktadır (Arrow, 1963:952).

Sağlık eğitimine ilişkin maliyetlerin ortaya konmasının önünde iki büyük problem vardır. Öncelikle sağlık eğitimleri yalnızca fakülte üyeleri tarafından verilen eğitimleri kapsamamaktadır. Staj döneminde hekimlerden alınan eğitimler de hesaplanarak, sağlık eğitiminin toplam maliyetleri içine dahil edilmesi gerekir. İkinci olarak bazı kaynaklar geri ödenebilir nitelikte değildir. Gönüllü fakülteler tarafından öğrencileri ve hekimleri aracılığıyla ödemesiz şekilde sunulan sağlık hizmetlerinin, eğitim ve tedavi olarak ayrıştırılması ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Lee ve diğerleri, 1987:675). Sağlık hizmetleri arzında en belirleyici faktör olarak hekimlerin eğitim maliyetlerinin hesaplanmasındaki karmaşıklık, yüksek sağlık eğitim maliyetleri ile birlikte sağlık piyasasına giriş için lisan belgelerinin zorunluluğu, sağlık piyasasının arz koşullarını rekabetçi piyasalardan farklılaştırmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetleri arzına ilişkin olarak alternatif maliyetler değil, sağlık arzının kendi maliyetleri önem taşımaktadır.

2.1.2.3. Her arz kendi talebini yaratır.

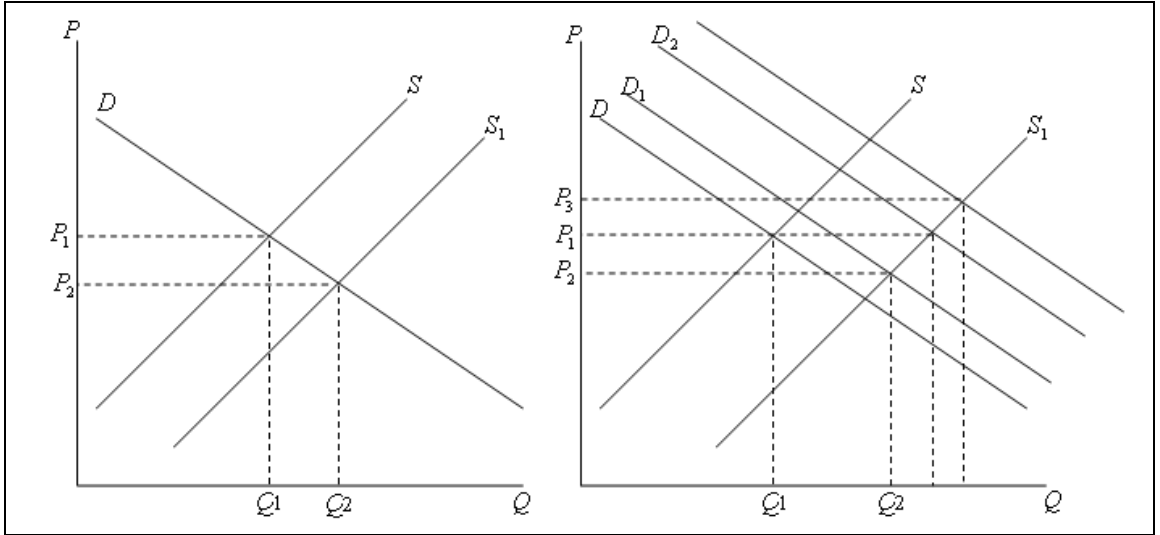
Klasik iktisadi düşüncenin temel prensiplerinden birisi, Say Kanunu olarak bilinen “her arz kendi talebini yaratır” iddiasıdır. Jean Baptiste Say’ın “A Treatise on Political Economy¹³” isimli kitabına dayandırılarak oluşturulan bu ilke, klasik iktisadi düşüncenin temel ilkelerinden olmasının yanı sıra, temel eleştiri noktalarından birini oluşturmuştur. Esasen J. Baptiste Say “her arz kendi talebini

¹² Sağlık eğitimleri, yalnızca Tıp Fakülteleri benzeri eğitim kurumları tarafından verilen, sağlık hizmetleri alanından uzman hekim yetiştiren eğitimleri kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin toplumsal eğitimler başta olmak üzere, topyekün sağlığın geliştirilmesi yönündeki eğitimler, bahsi geçen sağlık eğitimi kapsamı içinde yer almamaktadır.

¹³ Bkz. Say, Jean B. (2001) *Treatise on Political Economy; or the Production, Distribution, and Consumption of Wealth*. Batoche Books: Canada.

yaratır” cümlesini kitabında kullanmamıştır, bu cümle Keynes tarafından, kendi yorumuyla oluşturulmuştur. J. Baptiste Say belirli bir ticari mala ilişkin olarak arz fazlasının veya kıtlığının olabileceğini, ancak bunun ekonomide genel bir üretim fazlası oluşturmayacağını, fazla üretimin olduğu mallara ilişkin fiyat düşmeleri ile müdahale olmaksızın arz talep dengesinin tekrar dengeye geleceğini belirtmiştir (Younkins, 2006:1). Buna göre arz fazlası sebebiyle ortaya çıkan yetersiz talep durumu, fiyat sisteminin işlemesi ile giderilecek ve arz talep dengesi tekrar sağlanacaktır. Sağlık sektöründe de benzer bir işleyişi görmek mümkündür. Sağlık hizmetleri arzında yaşanan her artış, beraberinde talebi de sürüklemekte ve arz fazlası oluşmamaktadır (Şekil 9).

Şekil 9: Sağlık Hizmetleri Arzındaki Artışın Talebe Etkisi



“The Dartmouth Atlas” tarafından 1992 ve 1993 yılları sağlık istatistiklerine göre oluşturulan, Amerika’yı 9 bölge halinde ele alan proje, yatak başına hekim sayısı, hasta sayısı, hastaların hastaneye gelme sıklığı ve tedavi süreleri vb. birçok farklı veri seti oluşturmuştur¹⁴. Wennberg, “The Dartmouth Atlas” tarafından yapılan projenin sonuçlarına dayanarak, hekim sayısında ve hastanenin ameliyat dışındaki tıbbi muayene şartlarında sağlanan her artışın, sağlık sigortasına sahip hastaların hastaneye gelme sıklığında artışa neden olduğu sonucuna varmıştır (Wennberg, 2005:7). Genelleştirilmiş biçimde, arz ile talep arasında bu yöndeki bir ilişki, sağlık hizmetlerindeki arz artışlarının beraberinde talep artışlarını getirmesi bakımından

¹⁴ Bkz. http://www.dartmouthatlas.org/atlas/atlas_series.shtm.

oldukça önemlidir. Bu ilişkinin temelinde acaba Say Kanunu'nda belirtildiği gibi fiyat sisteminin kendiliğinden bir ayarlaması var mıdır?

Sağlık hizmetlerinde ikame olasılığının olmaması ve talebin üretici tarafından belirlenmesi nedeniyle diğer mal ve hizmetlerin aksine, piyasa fiyat dengeleme görevini üstlenemez (Güney, 1998:36). Gerçek hayatta, fiili arz miktarı fiili talep miktarına eşit olmak zorundadır. Genel arz ve talep kanununa göre beklenen arz miktarı, beklenen talep miktarını aşarak bir arz fazlası oluşturursa, arz fazlasını bitirmek için fiyatlar düşecektir. Hastane hizmetlerinde ise talep edilen miktar her zaman önceden belirlenmiş olan fiyatlarda arz edilen miktara uyum sağlamaktadır. Fiyatlar düşmemekte, hatta artan arz miktarının marjinal maliyetlerinin yüksekliği sebebiyle yükselebilmektedir. Bu anormallik, “inşa edilen yatak, doldurulmuş yataktır” şeklinde söylenen “Roemer Yasası” olarak bilinir (Roemer, 1981:36-42). Roemer yasasının işleyebilmesinin en temel kuralı, sağlık hizmeti talebinde bulunanların sağlık sigortasıdır. İnsanların sağlık hizmetlerinin maliyetinin tamamını kendileri karşılamak durumunda olmaları, Roemer yasasını belli bir noktadan sonra geçersiz kılacak ve her arz artışı talep artışını sağlamayacaktır. Sağlık sigortası sebebiyle üçüncü tarafın sağlık hizmeti maliyetlerinin karşılanması Roemer yasasının geçerliliğini sağlamaktadır.

Roemer'in oluşturduğu kanun ile Say Kanunu arasında, talebin arza uyması bakımından benzerlik bulunmakla birlikte, bu ilişkiyi sağlayan mekanizmalar bakımından farklılık bulunmaktadır. Say Kanunu bu ilişkide fiyat sistemini öne çıkarırken, Roemer Kanunu bireylerin sağlık sigortalarını, daha geniş anlatımla üçüncü taraf yoluyla sağlık hizmetleri maliyetlerinin ödenmesine vurgu yapmaktadır.

2.1.2.4. Fiyatlama

Tam rekabet piyasasında refah maksimizasyonu, fiyatın marjinal maliyete eşit olduğu noktada sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde piyasa fiyatı birçok sebeple marjinal maliyetten ayrılmaktadır. Bunlar tüketimde dışsallığın varlığı, üretilen malın merit mal olması ve adalet düşüncesinin göz önünde tutulmasının zorunluluğu olarak belirtilebilir (Bitran, 1994:11). Aşılama vb. sağlık hizmetleri çok fazla pozitif dışsallığa sahiptirler. Bu sebeple söz konusu sağlık hizmetlerinin marjinal maliyetin altında ve hatta ücretsiz sunulması tercih edilmektedir. Fiyatın marjinal maliyete

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması ile ilgili en çok başvurulan yöntem ön ödemeli yöntemdir. Sağlık uzmanları, gelire bağlı fiyat ayırıştırmasına inanmakta ve ön ödemeli sistem yerine sağlık sigortası siteminde güçlü bir şekilde ısrar etmektedir. Ön ödemeli sisteme karşıtlığı, onunla birlikte yürüyen kapalı panel¹⁶ planına karşıtlığı da güçlendirmektedir (Arrow, 1963:954). Kapalı panel planında hasta, anlaşma dışında kalan kuruluşlara gitme şansına sahip değildir. Oysa kapalı panel sistemi kaldırıldığında hasta, sahip olduğu sağlık sigortası sistemi ile bütün kurumlardan hizmet alma şansına sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde fiyatlamaya ilişkin olarak en büyük farklılık fiyat rekabeti ile ilgilidir. Sağlıkta fiyat rekabetine soğuk bakılmaktadır. Bunun yanı sıra fiyat sabitleme de içsel ve dışsal birçok probleme sahiptir. Eğer hekimler çok fazla boş zamana sahip iseler, sağlık genel fiyat düzeyi düşecektir, eğer sağlık talebinin zamanı kısıtlı ise, bu durumda yükselecektir. Sağlık piyasasındaki fiyat rekabetinin ahlaki boyutu, fiyatların bu esnekliğini düşürebilir, ancak büyük oranda bu şekilde gerçekleşecektir (Arrow, 1963:954). Hekimlerin boş zaman tercihleri, gelir düzeyleri vb. faktörler fiyat rekabetini kısmi de olsa mümkün kılmaktadır. Ancak hekimlerden beklenen davranış ve ahlaki boyut, fiyat rekabetinin sınırlarını daraltmakta ve sağlık genel fiyat düzeyinin sabit düzeyde tutulmasına yardımcı olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde fiyatlama, ödeme, fiyatlamada rekabet gibi konular sebebiyle, sağlık sektörü diğer piyasalardan ayrılmaktadır. Teknoloji, uzmanlık, kişi başına gelirin yükselmesi, sağlık hizmet talebinde arza bağlı olarak çeşitliliğin artması, sağlık sektöründeki fiyatlama ve ödeme sistemlerini değiştirirse de, hala diğer piyasalar ile çok büyük farklılık göstermektedirler.

2.1.2.4. Sağlık Hizmetleri Arzı Bütünleşik Yapıyı Gerektirir

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması içinde yer alan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin birbiri ile bütünleşik (entegre) biçimde sunulmasının yanı sıra, başta çevre, beslenme, giyim, barınma olmak üzere

¹⁶ Kapalı panel (closed-panel) planı, sağlık hizmeti veren organizasyonun hekimleri işe alarak veya sağlık kuruluşları ile anlaşma yaparak, sigortalı olarak yer alan herkese, bütün tedaviler ile ilgili hizmetlerin sunulmasını ifade etmektedir. Bu sistemde sigortalılar anlaşma dışında yer alan kuruluşlardan aldıkları hizmetlerin tamamını kendileri ödemek durumundadır. Anlaşmalı sağlık kuruluşunda ise, tedavi ile ilgili bütün masraflar sağlık hizmeti veren organizasyon tarafından karşılanır.

arzu etkileyen tüm faktörlerin ve bütün bunlar içinde yer alan aktörlerin birbirleri ile entegre biçimde davranışlarını belirlemesini gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetleri arzı mekânsal yaygınlığı sebebiyle ülke içindeki tüm bireylere ulaşan, birbiri içine girmiş karmaşık faaliyetler bütünüdür.

Mekansal yaygınlığın yanı sıra farklı uzmanlık alanları sebebiyle sağlık hizmetlerinin sunumu bir ekip halinde birbirini tamamlayıcı hizmetler sunan uzmanlık birimlerinin birlikteliğini gerektirmektedir. Cooper (1973)¹⁷ sağlık hizmetleri arzını hekim, hemşire ve diğer yardımcı sağlık işgücü tarafından sunulan; hastane vb. fiziki sermayenin ve ilaç, temizlik hizmetleri gibi ara mal ve hizmetlerin kullanılmasıyla oluşturulan hizmetler olarak ifade etmektedir (aktaran: Balbay, 1997:34). Sağlık hizmetleri arzını oluşturan bütün bu unsurlar birbirini tamamlayıcı nitelik göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteli ve üst düzeyde hizmet üretilebilmesi, sağlık hizmeti arzı içinde yer alan bütün unsurların kendi alanlarında uzmanlaşmış kişilerden oluşması ve bunların birlikteliği ile mümkün olabilmektedir (Tokgöz, 1981:502). Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yaşanan süreçlerin herhangi birinde görev alanların kişisel bilgi ve yeteneklerinin yanı sıra, belli bir yönetim düzeni ve tam bir bütünleşme içinde olmaları gerekmektedir (Tengilimoğlu, 1993:26). Sağlık hizmetleri arzı, sağlık alanında uzmanlaşmış hekim, hemşire, laborant vb. sağlık personelinin yanı sıra, teknolojik gelişmelere de bağlı olarak teknik eleman, bilgisayar donanım ve yazılım uzmanı, hastane işletmecileri, mühendisler, mimarlar vb. mesleki uzmanlıkların birbiri ile iç içe geçmiş karmaşık birlikteliğinin bir ürünüdür.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin girdiler olarak tamamlayıcı nitelikteki bu hizmetlerin, birbirlerinin yerine ikame edilebilmeleri mümkün değildir (Kurt, 1999:109). Sağlık hizmetleri talebinin zorunlu bir mal niteliği taşıması, piyasaya giriş açısından sınırlamaların bulunması, mesleki uzmanlık gerektirmesi vb. nedenlerden dolayı sağlık hizmeti sunan birimler arasında girdi ikamesinin olması mümkün değildir. Ancak “hizmet karşılığı ödeme”¹⁸ şeklinde hekimlere ödeme

¹⁷ Cooper, M. ve Culyer, A.. J. (1973) *Health Economics: Selected Readings*. England: Penguin Books Ltd.

¹⁸ Hekimler açısından üç türlü ödeme biçimi bulunmaktadır. Hizmet karşılığı ödeme, kişi başına ödeme ve maaş. Hizmet karşılığı ödeme, hekimlerin üretmiş oldukları sağlık hizmetine göre ödeme alması şeklindedir. Buna göre hizmet türleri (teşhis, tedavi vb.) ayrı ayrı listelenmekte ve bedelleri

yapılması durumunda, hekimlerin girdi ikamesine giderek, hemşirelerin de işini kendisi üstlenerek daha fazla gelir elde etmeye çalışmaları mümkündür. Belli şartların oluşması halinde ortaya çıkabilecek bu girdi ikamesinin varlığına rağmen sağlık hizmetleri genel olarak birbirini tamamlayıcı hizmetlerin birlikteliğini zorunlu kılmakta ve girdi ikamesine izin vermemektedir.

2.1.2.6. Sağlık Hizmetleri Arzı Teknoloji ve Bilgi Yoğundur

Sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecinde en etkin rol, başta hekimler olmak üzere sağlık personeline aittir. Bu sebeple sağlık hizmetleri emek yoğun hizmet alanlarından biri olarak görülmektedir. Ancak özellikle ilaç üretimi alanında başta olmak üzere, sağlık hizmetlerinde kullanılan ekipmanlar ve aygıtlar, hastanelerin mühendislik ve mimarlık teknolojilerindeki en son gelişmelerden yararlanmasına ilişkin yaşanan teknolojik gelişme süreci, sağlık hizmetlerinin teknoloji yoğun bir alana yakınlaştırmıştır.

Tıbbi teknoloji sektörü, makine, elektrik elektronik, kimya, metalurji ve bilgisayar mühendislikleri gibi birçok mühendislik disiplinini içermektedir. Bütün bu alanlarda yaşanan gelişmeler, tıbbi teknoloji ürünlerine de yansımaktadır (TÜBİTAK, 2003:1; Sargutan, 2005:115). Sağlık hizmetleri alanında yaşanan bu teknolojik süreç temelde iki olumlu sonucu ortaya çıkarmaktadır. Teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetlerinde kullanımının artması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına yardımcı olmakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sunulmasına ilişkin maliyetlerin azaltılmasına destek sağlamaktadır (Tokgöz, 1981:502). Teknolojinin sağlık hizmetlerinde kullanımının artması, hizmetlerin yapısını teknoloji yoğun hale getirmiş olsa dahi, uzmanlık gerektiren, hekimlik başta olmak üzere diğer sağlık personeli tarafından sunulan hizmetlerin bilgi ve emek niteliğinin göz ardı edilmesi düşünülemez. Sağlık hizmetlerinde piyasaya giriş için gerekli olan lisans belgesi, bilgi emek düzeyine ilişkin en önemli göstergiyi oluşturmaktadır. Ancak özellikle hekimler açısından teknolojiyi kullanan ve kullanmayan düzeyinde ayrışma olduğu bir gerçektir. Bu süreç içinde sağlık hizmetleri teknoloji ve bilgi yoğun bir nitelik kazanmış, aynı zamanda genel olarak

belirtilmektedir. Kişi başına ödeme uygulaması, hizmetin türünden bağımsız olarak, hekime bağlı hasta sayısı üzerinden bedel ödenmesidir. Maaş ödemesinde ise hizmetin türü, hizmetin sunulduğu kişi sayısı gibi faktörlerden bağımsız olarak hekimlere harcadıkları zaman karşılığında yapılan ödemelerdir.

rekabetin olmadığı varsayılan sağlık hizmetleri arzının daha rekabetçi bir piyasa içinde işlerlik kazanmasına katkı sağlamıştır.

2.1.2.7. Sağlık Hizmetleri Arz Esnekliği Düşüktür

Kısa dönemde sabit sayılan arzın, malın fiyatındaki değişimler karşısında gösterdiği duyarlılık arz esnekliği ile ölçülür. Arz esnekliği, malın fiyatındaki nisbi değişim sonucu ortaya çıkan arz miktarındaki nisbi değişmeyi ortaya koymaktadır.

$$e_a = \frac{\Delta Q}{Q} / \frac{\Delta P}{P}$$

Arzın fiyat esnekliği 1'den küçükse arz esnek değildir, bu durumda arz fiyat değişmelerine benzer şekilde cevap verememektedir. Esneklik 1'e eşit ise arz birim esnektir, 1'den büyük olduğu durumlarda ise arz esnektir. Arz esnekliği (e_a) sağlık hizmetleri açısından kısa dönemde 0'a yakındır. Fiyatta ve arzı etkileyen diğer unsurlarda büyük bir değişim olsa dahi sağlık hizmetlerinde arzın kısa dönemde artırılması oldukça zordur. Uzun dönemde arz eğrisinin daha esnek bir yapıya sahip olmasına rağmen sağlık hizmetlerinin miktarının artırılması açısından oldukça uzun bir zamana ihtiyaç vardır.

Sağlık hizmetlerinde arzın fiyat esnekliğinin düşük olmasının nedenleri sağlık hizmetlerinin emek (bilgi)-yoğun nitelik taşıması, sağlık hizmetleri ihraç etmenin zorluğu ve verimlilik artışlarının yavaş olmasıdır (Normand, 1991:1574). Sağlık hizmetleri teknoloji ve bilgi yoğun bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetlerinin emek tarafındaki en önemli faktör olan hekimlerin sayısının artırılması uzun ve maliyetli bir süreçtir. Benzer şekilde teknolojinin geliştirilmesi ve yaygınlaşarak sağlık hizmetleri arz artışına olumlu katkıda bulunabilmesi, araştırma geliştirme faaliyetleri, sağlığa uyarlanması ve kullanımının yaygınlaşması gibi uzun dönemli süreçleri zorunlu kılmaktadır. Bu süreçte hekimlerin mesleki bilgi düzeylerinin dışında, teknolojiyi kullanma ile ilgili bilgi eksikliklerini gidermek amacıyla gerekli olan eğitim, sağlık hizmetlerinin arz esnekliğini azaltan faktörlerden biridir.

Esasen Normand (1991) tarafından belirtilen verimlilik artışının yavaşlığı, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerine ilişkindir. Kamu sektöründe verimlilik artışlarının, kamu yönetim sistemi içindeki yapısal sorunlar sebebiyle sağlanabilmesi

veya bunun kısa dönemde ortaya çıkarılabilmesi mümkün değildir. Özel sektör açısından sağlık hizmetlerinde verimlilik artışlarının sağlanabilmesi, kamu sektöründen farklılık göstermektedir. Özel sektörün yapısal ve yönetsel anlamda sahip olduğu esneklik verimlilik artışının sağlanmasında olumlu rol oynayabilmektedir.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

İktisat teorisinde talep, belli bir zaman dilimi içerisinde tüketicilerin almak istediği mal miktarı olarak tanımlanmaktadır. Buradaki “alma isteği” iktisadi anlamdaki talebi belirleyen temel faktördür. Tüketici talebine ilişkin ekonomik modeller fayda fonksiyonu ile başlar. Tüketicinin aynı fayda düzeyinde kalmak kaydı ile farklı mal kombinasyonlarını gösteren noktaların birleşmesi ile oluşan farksızlık eğrilerinin, tüketicinin bütçe doğrusu ile teğet olduğu noktada gerçekleşen denge noktası, bütçe kısıtı altında en yüksek faydayı sağlayan mal bileşimlerini ifade etmektedir.

Tüketici talebi bireyin tercihlerinin yanı sıra, gelire, malın fiyatına, ikame ve tamamlayıcı malların fiyatlarına ve beklentilerine göre değişmektedir. Tüketici talebini etkileyen bütün bu faktörler içinde en önemlisi malın fiyatıdır. Fiyatı düşen bir malın talebi artar, fiyatı yükselen bir malın talebi azalır şeklindeki talep kanunu, talep eğrisi üzerindeki kaymaların diğer şartlar sabitken malın fiyatındaki değişimler nedeniyle oluştuğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetleri talebi, rekabetçi piyasalar varsayımı ile ortaya konan talep modellerinden farklıdır. Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez niteliği nedeniyle talep yasasının sağlık hizmetleri talebinde işleyebilmesi olanaksızdır.

Sağlık hizmetleri talebi genellikle sağlığın kaybolması ile ortaya çıkan ihtiyaca bağlı olarak gelişmektedir. DSÖ’ nün yapmış olduğu sağlık tanımıyla “bireyin iyi olma hali” vurgulanmaktadır. Bu durum, bireylerin kendi içinde tasarladığı sağlık ve sağlıklı olma halinin birbirlerinden çok farklı olabileceği ve bu bakış açısıyla zihinlerde tasarlanan sağlık tanımının gereği olarak sağlık hizmetleri taleplerinin de farklılaşacağı bir ortamı var etmektedir. Bu anlamda sağlık hizmetleri talebi, sağlığın kaybolması ile ortaya çıkan bir durumdan çok, bireylerin ve onların

oluşturduğu toplumların kendileri için tasarladıkları “iyi olma hali” kavramının içini doldurmaya yönelik ihtiyaçlarından kaynaklanmaktadır.

2.2.1. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler

Bireylerin sağlıklı olma kavramına bakış açısındaki farklılıklar sebebiyle, sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörler de çok geniş bir alanda incelenebilmektedir. Bireylerin sağlık hizmetleri talebi yaş, cinsiyet, eğitim vb. kişisel nitelikler başta olmak üzere, sağlık hizmetlerine ulaşmanın kolaylığı, resmi prosedürler (sevk zinciri vb.), hekimlerin davranışı, çevre gibi birçok değişken tarafından belirlenmekte ve sağlık hizmetleri talebi olarak ortaya konmaktadır.

Sağlık hizmetleri talebinin genellikle sağlığın kaybolması, yokluğu ile ilişkili olması, hastalığı oluşturan faktörlerin, sağlık talebini etkileyen faktörler içinde yer alması sonucunudoğurmaktadır. Örneğin, kalp rahatsızlıklarına neden olan bütün faktörler, buna ilişkin sağlık hizmetleri talebinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri talebi, kişisel özellikler dışında hastalığı oluşturan her faktörden etkilenmektedir. Bu karmaşık ilişkiler ağı, belli bir düzen ve kategori içinde sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörleri belirlemeyi zorlaştırmaktadır.

2.2.1.1. Bireylerin Gelir Düzeyleri

Sağlık hizmetlerinin temel niteliklerinden birisi talebin gelir esnekliğinin oldukça düşük olmasıdır. Sağlık hizmetleri talebi genel olarak gelir değişimlerinden bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak gelişen teknoloji ve sağlık hizmetleri talep yapısındaki değişim, sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin sağlık hizmetlerinin türleri bakımından ayrıştırılması sonucunu ortaya çıkarmıştır. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlere ilişkin talebin gelir esneklikleri birbirinden oldukça farklıdır.

Sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin en düşük olduğu hizmet türü tedavi edici sağlık hizmetleri ve tıbbi rehabilitasyon gerektiren sağlık hizmetleridir. Özellikle bireyin gelir faaliyetini engelleyici boyuttaki tedavi edici sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği sifıra yakındır. Koruyucu sağlık hizmetleri çoğunlukla kamu otoritesi tarafından ücretsiz olarak sunulduğu için gelirden bağımsız sağlık hizmetleridir.

Daha geniş bir bakış açısı ile, kişisel milli gelir bağlamında incelendiğinde, ekonomik gelişme ile beraber kişi başına düşen milli gelirdeki artışların sağlık hizmetleri talebini arttıracığını söylemek mümkündür. Bu artış sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin tamamının veya bir kısmının bireyler tarafından karşılandığı durumlarda çok daha belirgindir. Gelir ile tüketim arasındaki ilişkiyi esneklik katsayıları ile açıklayan “Engel Kanunları”¹⁹ gelir artışlarına bağlı olarak sağlık hizmetleri talebini artacağı sonucunu ortaya koymaktadır. Buna göre gelir arttıkça yiyecek, içecek maddeleri gibi birincil tüketim mallarının kullanımı azalacak, giyecek ve barınma gibi ikincil tüketim mallarının tüketimi sabit kalacak, hijyen, kültür, öğrenim ulaşım vb. üçüncül tüketim mallarının kullanımı ise artacaktır (Kurtulmuş, 1998:156). Sağlık hizmetleri açısından üçüncül tüketim malı olarak sayılabilecek olanlar, maliyetlerinin tamamı veya büyük bir kısmı bireyler tarafından karşılanan diş protezleri, plastik cerrahi vb. sağlık hizmetleridir.

2.2.1.2. Bireylerin Eğitim Düzeyleri

Sağlık hizmetleri talebini etkileyen bir diğer faktör bireylerin eğitim düzeyleridir. Eğitim ile sağlık hizmetleri talebi arasındaki ilişki çok karmaşık bir yapıya sahiptir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, sağlık bilincinin arttığı ve başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere bireylerin sağlık hizmetlerini etkin kullanma oranlarının yükseldiği genel olarak kabul edilmektedir. Eğitim seviyesinin yüksekliği ile birlikte bireylerin düzenli sağlık kontrolleri oranları da yükselmektedir. Bu ilişki içinde eğitim ile sağlık hizmetleri talebi arasında doğrusal bir ilişkinin olduğunu söylemek mümkündür. Eğitim ile mesleki yeterlilik ve gelir arasındaki ilişki daha güçlüdür: bu değişkenler arasındaki güçlü ilişki, gelir değişimlerine bağlı olarak sağlık hizmetleri talebini dolaylı biçimde etkilemektedir.

Eğitim düzeyi bireyin sağlığını etkileyebilir. Çünkü eğitim, bireyin gelir, tüketim, yaşam stili, karar verme kabiliyeti, mesleki riskler ile ilişkilidir. Bütün bu ilişkiler sarmalında daha eğitilmiş olanın daha sağlıklı olacağı hiç kimse için sürpriz değildir (Taubman ve Rosen: 1982:121). Eğitim düzeyi yükseldikçe, bireylerin sağlıklı yaşam ile ilişkili olarak kendilerine yaptıkları yatırımları ifade eden “sağlık

¹⁹ Bkz. Engel, E. (1857) Die Produktions und Consumptions Verhältnisse des Königreichs Sachsen. Zeitschrift des Statistischen Bureau des Königlich Sächsischen Ministerium des Innern, 22, Transl: The relations of production and consumption in the Kingdom of Saxony.

stoğu” artmaktadır (Malhan, 1997:31; Kurt, 1999: 116). Eğitimli insan, daha iyi bir sağlık düzeyinin kendisine sağladığı faydaların farkında olacak, yararlı besinleri yemek ve spor egzersizleri yapmaktan ve bunlar sonucunda iyi görünmekten çok daha fazla hoşlanacaktır (Folland, Goodman ve Stano, 2003:135). Bu yatırımlar sonucu bireylerin sağlıklı yaşam kalitesi yükselmekte ve hastalık risklerinin azalması ile birlikte sağlık hizmetleri talebi de azalmaktadır. Eğitim düzeyinin sağlık hizmetleri talebini azaltıcı bir diğer etkisi ise sağlığın hane halkı üretimi ile eğitim arasındaki doğrusal ilişkidir. Eğitimli bireyler sahip oldukları sağlık bilinci ile, sağlığın korunması ve tedavi edilmesi sürecini çok daha etkin kullanacaklar ve hastalık risklerini ve sağlığın yıpranma düzeyini azaltarak, hastalık nedeniyle ortaya çıkması muhtemel sağlık hizmetleri talebini düşüreceklerdir.

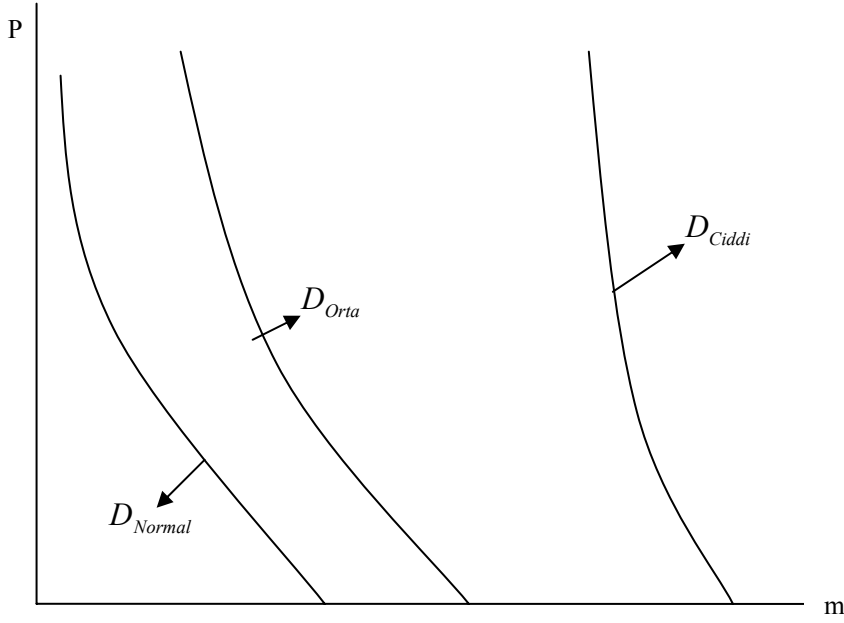
2.2.1.3. Sağlığın Yıpranma Oranı ve Hastalığın Risk Düzeyi

Bireylerin yaş ve eğitim düzeyi, bireyin sağlığının yıpranma oranlarını etkilemektedir. Yaş arttıkça bireyin sağlık hizmetleri talep eğrisi sağa kaymaktadır (Kurt, 1999:119). Yaş ile sağlığın yıpranma oranı arasındaki bu doğrusal ilişki kadar güçlü olmasa da, eğitim ile sağlık yıpranma oranı arasında ters yönlü etkileşim içinde olan bir ilişki vardır. Genel olarak eğitim düzeyi yükseldikçe sağlığın yıpranma oranı ve hızının yavaşladığı kabul edilmektedir. Sağlığın yıpranma oranında yaşanan azalma, muhtemel hastalanma risklerini azaltmakta veya hastalığın risk düzeyinin düşük tutulmasına katkı sağlamaktadır.

Sağlık durumundaki sapmaları ifade eden hastalığın, birey açısından taşıdığı riskin düzeyi, bireyin sağlık hizmetleri talebini etkilemektedir. Rutin sağlık hizmetlerine olan talep ile ciddi risk taşıyan sağlık hizmetlerine olan talep arasındaki en önemli fark, esneklik ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliği, hastalığın risk düzeyine bağlı olarak değişebilmekte ve sağlık hizmetleri talebini etkileyebilmektedir.

Önemli riskler taşımayan, rutin sağlık hizmetleri talebi fiyatta meydana gelen değişimlere bağlı olarak talep yasasının öngördüğü biçimde yanıt verebilir. Buna karşın insanların para kazanma yetilerine zarar veren hastalıkların talebi fiyat değişimlerinden etkilenmemekte ve talep yasası işlememektedir.

Şekil 11: Sağlık Hizmetleri Talebinin Fiyat Esnekliği



Şekil 11’de farklı risklere sahip olan hastalıkların bireylerin sağlık hizmetleri talebini nasıl etkilediği görülmektedir. Rutin sağlık kontrolleri vb. ihtiyaçlardan oluşan talep eğrisi normal bir malın talep eğrisine benzer bir nitelik göstermektedir. Hastalık riski arttıkça esnekliğin azalması ile beraber talep eğrisi de daha dik hale dönüşmektedir. Hastalığın, bireyin “iyi olma hali” olarak belirtilen sağlık algılaması üzerinde sahip olduğu risk düzeyi, bireyin sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır.

2.2.1.4. Sağlık Hizmetinin Türü

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet türleri bakımından ele alındığında bireylerin bu hizmet türlerine ilişkin talepleri de farklılık gösterecektir. Koruyucu sağlık hizmetlerine olan talep, bedavacılık problemi nedeniyle çoğu kez bireyler tarafından açıklanmaz ve kamu otoritesi tarafından zorla sunulmak durumunda kalınır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki pozitif dışsallığın diğer hizmet türlerine göre çok belirgin olması, bedavacılık problemi ile birlikte sağlık hizmetleri talebinin de gizlenmesine neden olmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise bireyin sağladığı faydanın çok belirgin olması ve ortaya çıkan sağlık kaybı nedeniyle bireyin “iyi olma halinin” genel düzeyinin bozulması, tedavi edici sağlık hizmetlerine ilişkin talebin ortaya çıkmasına yardımcı olmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin talep, eğitim, sağlık bilinci, okuma-yazma oranı vb. faktörlere de bağlı olarak çok yüksek esnekliğe sahip olabilmektedir. Bu durumda kamu otoritesinin koruyucu sağlık hizmetlerini zorunlu ve ücretsiz sunma ve hatta cezalandırma yoluna gitmeyi tercih edecektir. Tedavi edici sağlık hizmetlerine ilişkin talep ise, hastalığın riskine de bağlı olarak birey tarafından açıklanmakta ve sağlık hizmetleri arzı ile buluşmaktadır.

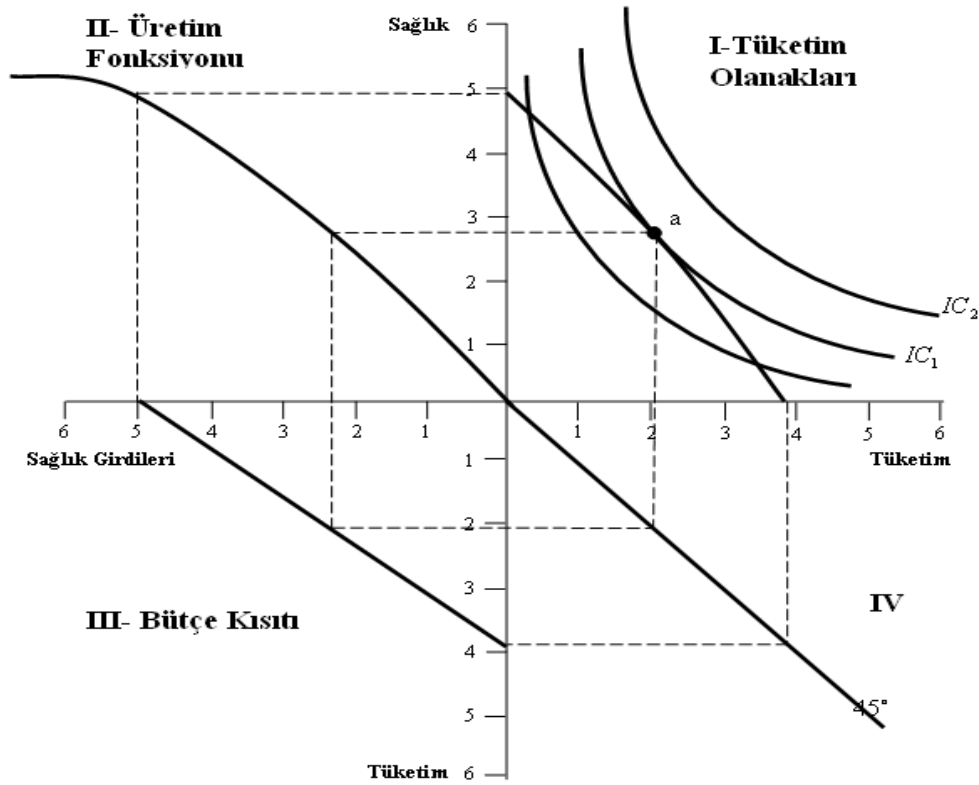
2.2.1.5. Sağlığın Hane Halkı Üretim Düzeyi

Sağlık hizmetleri talebi bir türev taleptir. Türev talep, ekonomik birimlerin mallara olan taleplerinin, dolaylı olarak bu malların üretiminde kullanılacak kaynakların kullanımına ilişkin oluşturdukları taleptir (Özer, 2005:213). Sağlığın türev talep niteliği, sağlığın oluşturulmasında kullanılacak olan mallara ilişkin talebi etkilemesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Bu noktadan hareketle, tüketim ve üretimin yapay ayırımının kaldırılması doğrultusundan yeni teoriler geliştirilmiş, fiyat ve gelirin hane halkı tüketim fonksiyonuna temel bağımsız değişkenler olarak dahil olmasına olanak sağlamıştır (McGuier, Henderson ve Mooney, 1988: 130). Buna göre tüketiciler, tüketim aktivitelerine olduğu kadar üretim aktivitelerine de dahil olmaktadır. Tüketiciler (hane halkı) geleneksel firma teorisinin maliyet minimizasyonu kuralı uyarınca, zaman ve mal girdilerini birleştirerek üretim yaparlar. Mallar, bütçe kısıtı ve fiyatlara bağlı olarak malın fayda fonksiyonunun maksimizasyonu ile belirlenen miktarda üretilir (Becker, 1965: 516). Tüketiciler kendi zamanları ve piyasa malları ile mal ve hizmet üretirler. Örneğin, dinlenme, istirahat için spor ekipmanlarını ve zamanlarını kullanırlar, ziyaret için yolculuk zamanı ve ulaşımı kullanırlar ve gönül rahatlığı, kendi ile barışık olabilmek için Pazar günlerini ve kilise hizmetlerini kullanırlar. Bu şekilde mal ve hizmetler temel mal ve hizmetlerin üretimi için girdi niteliğini taşımaktadır (Grossman, 1972: 224). Sağlığın temel mallardan olması ve sağlık malının üretilmesinde kullanılan girdiler için sağlığın türev talep olması, sağlığın hane halkı (tüketiciler) üretiminin ve bu nedenle sağlık hizmetleri talebinde oluşan değişimin temel çıkış noktasıdır.

şekil 12’de, türev talep olarak sağlığın hane halkı tüketim fonksiyonu, gelir ve fiyat bağımsız değişkenlerinin analize dahil edilmesiyle bütçe kısıtı altında ortaya çıkan üretim fonksiyonu ile birlikte dörtlü diyagramda gösterilmektedir. Grossman

Modeli olarak isimlendirilen bu diyagramda, gelir ve fiyat değişkenlerinin, bütçe kısıtı altında sağlığın hane halkı üretimini nasıl etkilediği görülmektedir (Grossman, 1972; Grossman, 1999). Tüketici, “a” noktasında, maksimum faydayı sağlayan sağlık ve tüketim dengesini kurarken, sağlık girdilerinin fiyatlarına ve bütçe kısıtına bağlı olarak hane halkı sağlık üretim fonksiyonunu oluşturmaktadır. Şekil 13’te tüketicinin gelirindeki düşme nedeniyle tüketim fonksiyonu ve üretim fonksiyonunda meydana gelen değişim gösterilmektedir. Buna göre gelirdeki azalma, tüketici için maksimum fayda noktasını gösteren “a” noktasının (I. Bölge), daha az tüketim ve sağlık düzeyini gösteren “b” noktasına kaymasına neden olmaktadır. Tüketicinin gelirindeki azalma nedeniyle bütçe doğrusu sağa doğru kaymakta (III. Bölge) ve hane halkı sağlık üretim fonksiyonu üzerinde daha az sağlık girdisi ve sağlık malını işaret eden noktada denge sağlanmaktadır (II. Bölge).

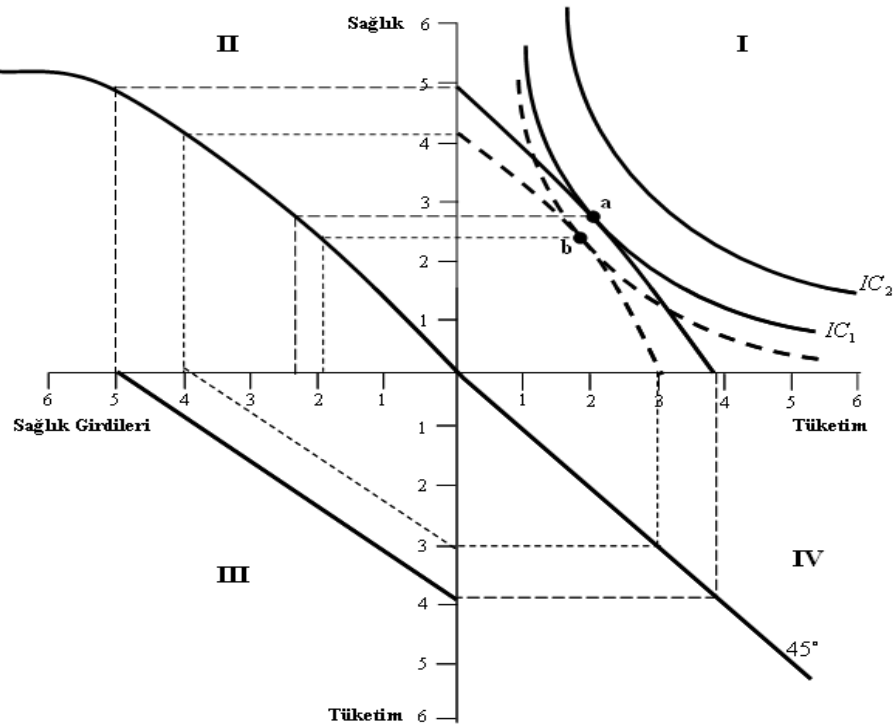
Şekil 12 Sağlık Hizmetleri Hane Halkı Üretimi-Dörtlü Diyagram



Kaynak: McGuire, Henderson ve Money, 1988:132

Hane halkı sağlık üretimindeki değişim, beraberinde sağlık hizmetleri talebini de etkilemektedir. Hane halkı sağlık üretiminde meydana gelen artışlar sağlık hizmetleri talebinde azalmaya, hane halkı sağlık üretimindeki azalışlar ise hizmet talebinde artışlara neden olmaktadır. Gelirdeki azalışlar sebebiyle sağlık hizmetleri talebi artarken, sağlık girdilerinde yaşanan fiyat düşmeleri sonucu bütçe doğrusunun sola kayması ve üretim fonksiyonunun, daha yüksek bir sağlık üretim düzeyini işaret eden noktada oluşması nedeniyle sağlık hizmet talebi azalmaktadır.

Şekil 13: Tüketicinin Gelirindeki Değişimin Hane Halkı Sağlık Üretimine Etkisi



McGuire, Henderson ve Money, 1988:133

Hane halkı sağlık üretim miktarı, gelir ve fiyat dışında eğitim düzeyi, diğer malların fiyatları gibi değişkenlere de bağlı olarak artış ve azalışlar gösterebilmektedir. Yüksek eğitim düzeyi, aynı sağlık girdileri ve bütçe kısıtı altında, daha etkin kaynak kullanımı ile daha yüksek miktarda hane halkı sağlık üretimine olanak sağlayabilmekte ve bunun sonucu olarak sağlık hizmetleri talebinin azalması sonucunu doğurabilmektedir.

2.2.1.6. Sağlık Hizmetleri Arzı, Fiyatı Ve Ulaşılabilirliği

Arzın talep yaratması veya “Hekim kaynaklı talep hipotezi”, sağlık hizmetlerindeki arz artışlarının, sağlık hizmetleri talebini uyaracağını ve artan arz kadar ve hatta daha fazla talep yaratacağını ortaya koymaktadır. Bu hipoteze göre, hekimlerin hastalardan çok daha fazla sağlık bilgisine sahip olması gerçeğine dayanarak, hekimler çok daha agresif tedavi (yoğun tıbbi kaynak kullanımlı tedavi) konusunda hastaları etkileyebilmektedir (Izumida, Urushi ve Nakanishi, 1999:11). Hekim kaynaklı talep hipotezi temelde hekim ile hasta arasındaki asimetrik bilgi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Hekimler sahip oldukları bu avantajı kullanarak, hastanın, hekimin sahip olduğu bilgi ve bilimin aynısına sahip olması durumunda uygulamayacağı tedavileri hastalara kabul ettirebilmektedir (Stensland ve Winter, 2006:120). Sağlık hizmetleri arzının talebi uyarma, talep yaratma niteliği birçok teorik ve ampirik çalışmada ele alınmış ve sağlık hizmetleri arzının talebi etkileme süreci nedenleri ile araştırılmıştır (Auster ve Oaxaca, 1981; Fuchs, 1978; Sloan ve Feldman, 1978).

Sabit talebe karşılık hekim arzının artması, hekim başına düşen hasta yükünü ve hekimlerin gelirlerini azaltacak, bunun sonucu olarak hekimler daha fazla hasta çekebilmek için gereksiz talep yaratacaklardır. Bu noktadan hareketle literatürde sağlık arzının talep yaratması ile ilgili yapılan araştırmalar temel olarak hekim yoğunluğu ile sağlık hizmetleri kullanımı ve hekim gelirleri arasındaki doğrusal ilişkinin boyutları ve etkinliği üzerine yoğunlaşmaktadır (Erdem ve Yıldırım, 2003: 18). Wilensky ve Rossiter, hekim sayısının nüfusa oranındaki artışların, ayakta tedavi gibi bazı sağlık hizmetlerinin kullanımını biraz arttırdığı, fakat cerrahi müdahaleler üzerinde etkide bulunmadığı sonucunu elde etmişlerdir (Wilensky ve Rossiter, 1983). Cromwell ve Mitchell, cerrah sayısının nüfusa oranındaki artışların, cerrahi müdahalelerin ücretlerini arttırdığı ve özellikle hayati tehlikenin olmadığı ameliyatların sayısında çok fazla artış olduğu sonucunu elde etmişlerdir (Cromwell ve Mitchell, 1986). Teorik ve ampirik araştırmalar sağlık hizmetleri arzında, özellikle hekim sayısında sağlanan artışın, hekim kaynaklı talep hipotezi uyarınca sağlık hizmetleri talebinde artışa neden olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetlerinin fiyatının talep üzerindeki etkisi, sağlık hizmetlerinin finansmanının nasıl sağlandığına bağlı olarak değişmektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerinin maliyetini cepten karşıladığı doğrudan finansman yönteminin uygulanması durumunda fiyat direkt olarak sağlık hizmetleri talebini etkileyecektir. Dolaylı finansman yöntemlerinin uygulandığı sağlık sistemlerinde ise sağlık hizmetlerinin fiyatı ile sağlık hizmetleri talebi arasında güçlü bir ilişki kurmak olanaksızlaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin parasal fiyatı dışında, bireyin katlandığı en önemli maliyet zaman fiyatıdır. Bireyin hekima gitme ve tedavi olma sürecinde kaybettiği her türlü zaman birey açısından fiyatlandırılır ve sağlık hizmetleri talebini dolaylı olarak etkiler. Parasal fiyatın aksine zaman fiyatı, finansman yöntemlerine bağlı değildir. Ancak bireyin kaybettiği zaman ile ilgili fırsat maliyeti, her birey için farklı olmakta ve dolayısıyla her bireyin sağlık hizmetleri talebine etkisi farklılaşmaktadır.

2.2.1.7. Sosyal Zaman Tercihi ve Riskten Kaçınma

Sosyal zaman tercihi kavramı, toplumun bugünkü tüketimle gelecekteki tüketim arasındaki tercihlerini, gelecekteki tüketim yerine bugünkü tüketime atfettiği değeri ifade etmek üzere kullanılan bir kavramdır (Ünsal, 2004:1; Çelik, 2005:36). Riskten kaçınma ve zaman tercihi, bireylerin mallar arasındaki tercihinin belirlenmesinde ayırıcı ve belirleyici niteliğe sahiptir ve bu niteliği sebebiyle özellikle sağlık alanında kullanılmaktadır (Gafni ve Torrance, 1984:440). Bireyler ve karar vericiler, yaşam beklentisindeki ve sağlık hizmetlerinin maliyetindeki değişimlerde olduğu gibi, gelir ve yaş sebebiyle yaşam kalitesindeki değişimleri de hesaplamalı ve yılların yaşam değerini iskonto etmelidir. Çünkü bireylerin, gelecekteki yıllara atfettikleri yaşam değeri ile bugünkü yılların yaşam değerleri birbirinden farklıdır (Fuchs ve Zeckhauser, 1987:264).

Sağlıkta zaman tercihi ve riskten kaçınma analizlerinin ilk kullanıldığı çalışmalar Breyer ve Fuchs(1982)²⁰ ve Eraker ve Sox(1981)²¹ tarafından yapılan çalışmalardır. Bireylerin zaman tercihleri bireylerin eğitimine, ailelerin gelir yapılarına, dinsel inançlarına ve daha birçok karakteristik niteliğe bağlı olarak

²⁰ Breyer, F. Ve Fuchs, V. (1982). Risk Attitudes in Health. *National Bureau of Economic Research-NBER Working Paper* 875.

²¹ ERAKER, S. A. AND Sox, H. C. (1981). Assessment of Patient's Preferences for Therapeutic Outcomes. *Med. Decision Making*. 1:29-39.

değişmektedir (Fuchs, 1982:95). Bireyler tüm bu değişkenlere bağlı olarak, bugünkü sağlığın değeri ile gelecekteki sağlığın değerini karşılaştıracak ve buna göre sağlık hizmetleri talebini ortaya koyacaktır. Gelecekte küresel ısınma, nükleer silah tehdidi gibi faktörler sebebiyle, sosyal zaman tercihi açısından bugünkü yaşam değerinin daha yüksek olması, bugünkü sağlık hizmetleri talebini arttıracaktır.

Bireylerin risk algılaması, muhtemel sağlık kayıplarına bağlıdır. Bireyin yılın başında sağlık seviyesi “ H_0 ” ile ifade edilir. Eğer yıl esnasında sağlık stokunu etkileyen herhangi bir şey olmaz ise, bu durumda yaşa bağlı olarak yavaş yavaş sağlık stoku azalacaktır. Ciddi bir hastalık veya yaralanma dolayısıyla ortaya çıkan kayıplar“ ℓ ”, bunun iyileştirilmesi ve sağlık stokunun dengelenmesi için yapılacak tıbbi tedavinin alınması ise “ $g(m)$ ” ile edilmektedir. Bu durumda yılın sonunda bireyin sağlık stoku şu şekilde formüle edilir (Phelps, 2003:30).

$$H = H_0 - \ell + g(m)$$

Zaman tercihi, bireylerin riskten kaçınma davranışları ile de ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Bireylerin gelecekteki sağlığın değerine ilişkin risk algılamaları, zaman tercihlerini etkileyecek ve sağlık hizmetleri talebini yönlendirecektir. Bireylerin risk algılaması esasen belirsizliğe bağlı olarak değişmektedir. Bireylerin belirsizlik altında seçim yapma durumlarını açıklamak için psikologlar ve ekonomistler çok fazla çalışma yapmışlardır (Breyer ve Fuchs, 1982:1). Bireylerin risk algılaması ve riskten kaçınma davranışları, bugünkü ve gelecekteki sağlık arasındaki zaman tercihlerini değiştirecek ve sağlık hizmetlerini talebinin miktarını etkileyecektir.

2.2.1.8.Finansman Yöntemlerinin Etkisi

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin hangi yöntemle, kimden ve nasıl karşılandığına bağlı olarak sağlık hizmetleri talebi de değişkenlik gösterecektir. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri temelde iki başlık altında incelenmektedir. “Doğrudan finansman yöntemi” ve “dolaylı finansman yöntemi”, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerine ilişkin en temel ayrımı göstermektedir. Bu başlıklar altında çok farklı finansman yöntemlerinin, modellerinin uygulanması mümkündür. Doğrudan (cepten) finansman yönteminde sağlık hizmetlerinin

maliyeti, bizzat hizmetten yararlananın kendi cebinden finanse edilmektedir. Sağlık hizmetini sunan birimin özel veya kamu niteliğine bakılmaksızın, hizmetin tüm bedeli hizmetten faydalanan kişiden tahsil edilir. Dolaylı finansman yöntemi, temelde sağlık hizmetlerinin bedelinin tamamının veya tamamına yakınının, sağlık hizmeti sunan ve hizmeti alan taraflar dışında üçüncü taraf aracılığıyla finanse edilmesi prensibine dayanır. Üçüncü taraf başta devlet olmak üzere, özel sigortalar, sosyal güvenlik sigortaları vb. araçlardan oluşmaktadır.

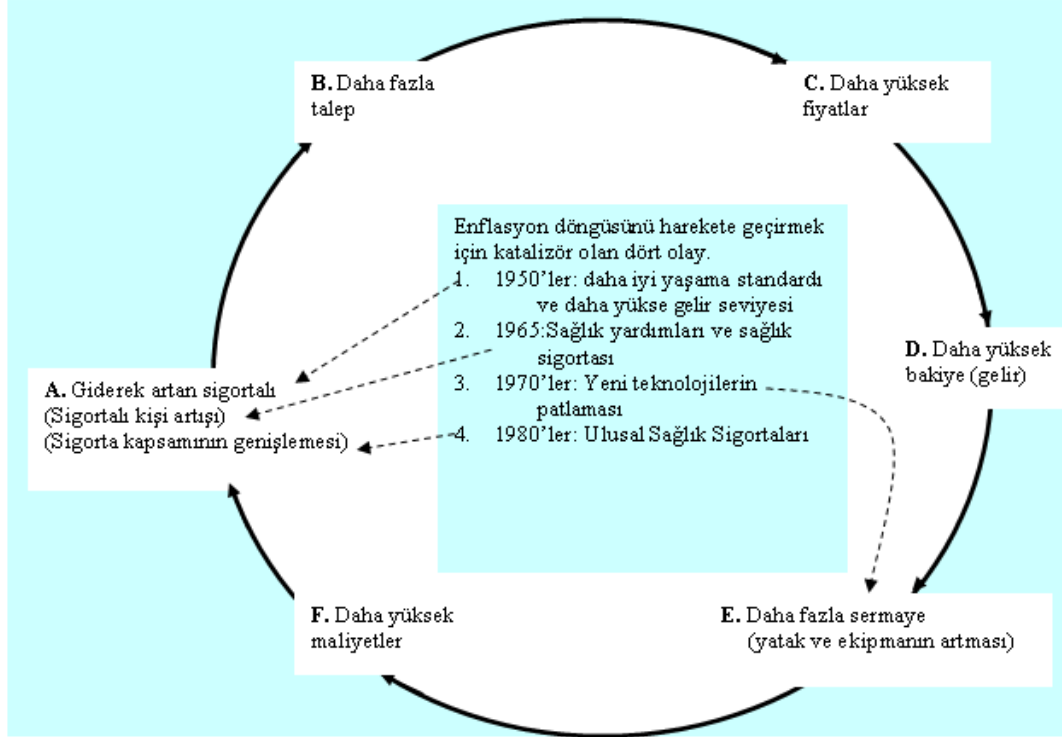
Doğrudan finansman yönteminin uygulandığı bir sağlık sisteminde, sağlık hizmetleri talebini belirleyen temel faktör bireyin kullanılabilir geliridir. Geliri yüksek olan kişilerin sağlık hizmetleri talebi de yüksek olacaktır. Hastalanma riski sağlık hizmetleri talebini etkileyen bir faktör olmasına rağmen, doğrudan finansman yönteminin uygulandığı bir sağlık sisteminde, bu riskin sağlık hizmetleri talebini arttırabilmesi, gelir ile desteklenmesine bağlıdır. Bireyin sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılayamadığı durumlarda, hastalanma riskinin yüksekliğine rağmen sağlık hizmetleri talebi fiili talebe dönüşmeyecektir. Bireyin diğer tüketim malları talebini düşürerek, sağlık hizmetleri talebini arttırması yine bireyin geliri ile sınırlı olacaktır.

Dolaylı finansman yönteminde ise sağlık hizmetleri talebini belirleyen faktör, bireyin geliri değil, bireyin hastalık riskini algılama düzeyidir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin üçüncü taraf marifetiyle ödenmesi, bireylerin hastalanma riskine ilişkin kendi algılamalarını ön plana çıkarmakta ve sağlık hizmetleri talebini etkilemektedir. sağlık hizmetlerinin finansmanının tamamının devlet veya özel sigorta şirketleri tarafından karşılandığı durumlarda sağlık hizmetleri talebi çok fazla artabilmektedir. Bu nedenle dolaylı finansman yönteminde, hizmetten faydalanan tarafından katkı payı niteliğinde bir ödeme yapılması uygulaması sıklıkla kullanılmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinden yararlanan kişinin ödediği payın miktarı, sağlık hizmetleri talebindeki değişim üzerinde etkili olacaktır.

Dolaylı finansman yöntemleri içinde yer alan sosyal güvenlik sistemi uygulaması, sağlık hizmetleri talebini arttıran en önemli faktörlerden biridir. Eastaugh (1981) tarafından oluşturulan “sağlık maliyet enflasyonist döngüsü”, özellikle 1980’li yıllardan sonra sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki sigortalı

bireylerin sayısının artması sonucu ortaya çıkan maliyet-enflasyon sarmalını göstermektedir(Şekil 14).

Şekil 14. Sağlık Maliyet Enflasyonist Döngüsü



Kaynak: Eastaugh, 1981:11

Ülkelerin gelir dağılımındaki bozulmaları engellemeye ilişkin olarak kamu otoriteleri, sosyal güvenlik sistemi içinde yer alan sigortalı sayısını arttırmaktadır. sigorta kapsamı içine dahil olan her bir kişi için sağlık hizmetlerinin maliyetinin sıfır veya sıfıra yakın olması, bu kişilerin sağlık hizmetlerine ilişkin taleplerini arttıracaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin olarak kullanılan yöntem, sağlık hizmetleri arzını, maliyetini ve fiyatını etkilemekte ve bu etki her bir yöntem açısından farklı sonuçlar ortaya koyabilmektedir.

2.2.1.9. Diğer Faktörler

Belirtilen faktörler dışında, talep teorisinde belirtilen tüm değişkenleri sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörler arasında saymak mümkündür. Teknolojik değişiklikler sonucu yeni tedavi tekniklerinin gelişmesi, buna ilişkin sağlık talebini arttıracaktır. Ülkedeki nüfusun yapısı ve genel olarak bebek ölüm oranı, yaşam

beklentisi, doğum oranı gibi değişkenler sağlık hizmetleri talebini direkt olarak etkilemektedir. Nüfusun genel yaş ortalamasının yükselmesi, ortalama yaşam beklentisindeki azalmalar genel sağlık talebini arttırırken, bebek ölüm oranlarının yükselmesi, doğurganlığın artması gibi faktörler yeni doğan ve çocuk birimlerine ilişkin sağlık talebini arttırmaktadır.

Bütün bu faktörlerin yanı sıra, şehirleşme ve sanayileşme oranları, sosyo-ekonomik gelişmişlik, alternatif tıp uygulamalarının yaygınlığı ve toplum tarafından kabul edilebilirlik oranı şeklinde sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörleri genişletmek mümkündür. Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine de bağlı olarak değişiklik gösteren tüm bu faktörler, sağlık hizmetleri talebini farklı yönlerde ve farklı ölçülerde etkilemektedir.

2.2.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri talebi gerek sağlık arzının sahip olduğu nitelikler, gerekse sağlık hizmetinin ikame edilemez niteliği sebebiyle, diğer mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temelde sağlık arzı tarafından belirlenmesi, sağlık hizmetleri talebinin gelir ve fiyat esnekliklerinin düşük olması, sağlık hizmetleri talebini sağlık arzına bağımlı kılmaktadır.

Sağlık hizmetleri talebinin sahip olduğu belirsizlik, talebin türev olma niteliği, gelir ve fiyat esneklikleri vb. birçok faktör sağlık hizmetleri talebini diğer mal ve hizmetlerden ayırmaktadır.

2.2.2.1. Sağlık Hizmetleri Talebi Belirsiz Ve Düzensizdir.

Bireyin gelecekteki sağlık durumu belirsizdir ve sağlığın bu belirsizliği sağlıkta piyasa başarısızlığının en önemli nedenidir (Morris, Devlin ve Parkin,:149). Çok az hastalık tahmin edilebilir ve hastalıklara neden olan faktörler çok çeşitlidir. Bireylerin bu etkenlere bağlı olarak riskleri azaltmaları mümkündür (sigara içmemek vb.), ancak, her zaman iyi sonuç elde edilmez, çünkü bütün riskleri sıfırlamak ve kesin sonuç elde etmek mümkün değildir (McPake, Kumaranayake ve Normand, 2002:19). Sağlık hizmetlerinde yaşanan en temel belirsizlik, sağlığın ne zaman bozulacağına bilinmemesi ve çoğu zaman öngörülememesidir. Bunun dışında sağlık hizmetlerini talep eden açısından kullanılacak olan tedavi araçlarının, sürelerinin ve etkisinin belirsizliği gibi faktörler belirsizlik açısından öne çıkmaktadır. Özellikle

tedavi yöntemi, süresi ve etkisi gibi faktörler asimetric enformasyon sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Bireyin hastalığa yakalanma ve tedavi ile tekrar sağlığına kavuşmaya ilişkin öngörülerini, hekimlere göre oldukça zayıftır.

Sağlık hizmetlerinde ürünün kalitesi ile ilgili olarak belirsizlik, muhtemelen diğer önemli mallarda olduğundan çok daha fazla belirgindir. Bu belirsizlik hastalığa yakalanma ve hastalıktan kurtulma ile ilgili öngörülerini kısıtlamaktadır. Hafif ve orta düzeydeki hastalıkların çoğunda, kişinin kendi tecrübesinden veya başkalarının tecrübelerinden öğrenme olasılığı güçlüdür, çünkü söz konusu mala ilişkin olarak yapılan denemelerin sayısı yeterlidir. Ancak ciddi, ağır hastalıklar için bu doğru değildir, tecrübesizlikten kaynaklanan belirsizlik yapısal olarak zor olan öngörebilmeyi daha da zorlaştırmaktadır. Ciddi hastalıklara ilişkin olarak ortaya çıkan sağlık hizmetleri için belirsizliğin düzeyini, çok nadir harcamalardan olan ev, araba gibi mallara göre çok daha fazladır (Arrow, 1963:951). Sağlık hizmetlerinde tecrübenin imkânsızlığı, bir hastalığın farklı bireyler açısından farklı tedavi yöntemlerini gerektirmesi, sağlık hizmeti talep edenler arasında, özellikle ciddi hastalıklar ile ilgili olarak tecrübe paylaşımını engellemekte belirsizliği arttırmaktadır.

Belirsizlik sağlık hizmeti alan ve satan açısından çok farklıdır. Çünkü sağlık bilgisi oldukça karmaşıktır, tedavi olasılıkları ve sonuçlarına ilişkin olarak hekimler tarafından sahip olunan bilgi ile hastanın sahip olduğu bilgi arasında oldukça büyük fark vardır ve her iki tarafta bu bilgi eşitsizliğinin farkındadır (Arrow, 1963:951). Bu eşitsizlik sağlık hizmetlerini talep eden açısından belirsizliği daha da arttırmaktadır.

Sağlık hizmetleri endüstrisinde var olan belirsizlik, bireylerin sağlık hizmetleri talebinin düzensiz ve öngörülemez olmasına neden olmaktadır (Koç, 2004:41; Mortan ve Tokgöz, 1984:11). Sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetleri bir kenara koyarsak, normal durumdan sapmalar ve hastalık durumunda yardım etmektedir. Buna ek olarak, sağlık hizmetleri talebi, kişisel bütünlüğe yönelik taarruzlarla ilişkilendirilmiştir. İnsan için ölüm riski ve bundan çok daha fazla önemli olan vücudun tüm fonksiyonlarında bozulma riski vardır. Bu riskler tek başlarına, rakipsiz değildirler; yemekte bir gerekliliktir, fakat yiyecek eksikliğinin önlenmesi yeterli gelir ile mümkün olabilmektedir, hastalıklardan kaçınmak için aynı şey

söylenemez (Arrow, 1963:949). Bireyler, hastalığa yakalanmaya ilişkin riskleri azaltmanın yanı sıra, sağlık hizmetlerine yönelik taleplerinin düzensiz ve öngörülemez olması dolayısıyla, özellikle gelir kazanmaya yönelik fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin azalmasına engel olmak için sağlık sigorta sistemini kullanmaktadırlar.

2.2.2.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Fiyat Esnekliği Düşüktür

Talebin fiyat esnekliği, fiyatta meydana gelen değişme sebebiyle, talep miktarında meydana gelen değişikliği ele almaktadır.

$$e_p = \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P}$$

Talebin fiyat esnekliğine ilişkin eşitlik, fiyatın talep üzerindeki etkisinin görülmesi açısından önemlidir. Esnekliğin yüksek olduğu durumlarda, fiyatta meydana gelen değişimler sebebiyle talep miktarında çok büyük değişimlerin olması beklenir.

Genel olarak sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin çok düşük olduğu ve fiyatlardaki değişimin sağlık hizmetleri talebini çok küçük miktarlarda etkilediği kabul edilmektedir (Gertler ve diğerleri, 1987:16; Creese, 1991:312). Sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin düşük olmasının temelde iki nedeni bulunmaktadır. İkame edilemezlik ve asimetric enformasyon, sağlık hizmetleri talebinin fiyata karşı duyarlılığını azaltmaktadır.

Sağlık mal ve hizmet talebinin fiyat esnekliği, bireylerin yüksek veya düşük gelir gruplarında olmalarına bağlı olarak değişebilmektedir. Getrler (1987) kullanıcı ücretlerinin talep üzerindeki etkilerini incelediği çalışmasında, yüksek gelir gruplarında sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin çok düşük olduğu, daha düşük gelir gruplarında ise sağlık hizmetleri ile ilgili olarak fiyata karşı duyarlılığın daha yüksek olduğu sonucunu elde etmişlerdir (Getrler ve diğerleri, 1987:16). Sağlığın fiyat esnekliği sağlık hizmetlerinin türüne göre de farklılık gösterebilecektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde esneklik daha yüksek iken, özellikle bireyin gelir getirici faaliyetlerini ve yaşam kalitesini etkileyen hastalıkların tedavisine ilişkin sağlık hizmetlerinde esneklik çok daha düşüktür.

Sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliği, bireyler arasında gelir durumuna ve sağlık hizmetlerinin türüne göre farklılık göstermekle beraber, genel olarak diğer mal ve hizmetlere göre oldukça düşük seviyelerdedir.

2.2.2.3. Sağlık Hizmetleri Talebi Beşeri Sermaye Yatırımıdır

Sağlık ve beşeri sermaye arasında doğrudan bir ilişki vardır. Bu ilişkiyi ilk analiz eden iktisatçılardan Mushkin (1962), sağlık ve eğitimin birer yatırım olduğunu ve bu yatırımlar dolayısıyla bireylerin hem üretici, hem de tüketici olarak çok daha verimli olduğunu belirtmektedir. Hatta sağlığa yapılan yatırımların getirisini eğitime bağlamıştır (Mushkin, 1962:130). Sağlık, eğitim ve beşeri sermaye birbirini tamamlayıcı niteliğe sahiptir (Becker, 2007:379; Zhao, 2008:159). Eğitim beşeri sermayenin en temel unsurlarından biridir ve sağlık bu ilişkiye müdahil olmaktadır. İyi bir sağlık, beşeri sermayenin gelişmesine katkıda bulunurken, eğitim düzeyinin yüksekliği de sağlığın gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Keeley, 2007:97). Söz konusu tamamlayıcılık ilişkisi, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak ortaya çıkan talebin, aynı zamanda bir beşeri sermaye yatırımı olmasına neden olmaktadır.

Beşeri sermaye, eğitim ve tecrübe ile oluşan yeteneklerin, tutum, davranış ve güdülenme ile oluşan motivasyonun ve fiziksel ve mental kapasiteyi ifade eden sağlığın bir fonksiyonudur (Gardner ve Lynch, 2008:3). Sağlık hizmetleri, bireyin yaşam beklentisini, gücünü ve kuvvetini, enerjisini ve yaşama gücünü etkilemektedir (Schultz, 1961:9). Sağlık düzeyinin düşük olması, yaşam beklentisini düşürecek ve bu durumda bireylerin beşeri sermayenin maliyetlerini karşılayabilmek için gerekli zaman tercihlerinin çok kısa olması sebebiyle beşeri sermaye yatırımlarının miktarı azalacaktır. Sağlık doğrudan beşeri sermaye yatırımlarını etkilemektedir (Markle, Fisher ve Smego, 2007:271). Sağlık hizmetlerinin, beşeri sermaye fonksiyonunda bağımsız değişken olarak yer alan tecrübe, eğitim, tutum ve istek gibi faktörler üzerindeki etkisi, sağlık ile beşeri sermaye arasındaki ilişkiyi güçlendirmektedir.

Gelecekte gelir elde yetilerinin korunması amacıyla yapılan sağlık hizmetleri talebi, özellikle serbest meslek erbabı için oldukça önemlidir. Serbest meslek sahibi olanlar, doğal nedenlerden kaynaklanan hastalık durumları dışında, gelecekte gelir sağlama statüsünün korunması amacıyla sağlık hizmeti talebinde bulunurlar (Karaibiş, 1990:30; Ocakçıoğlu, 1979:123). Sağlık hizmetleri talebinin tüketim ve

yatırım niteliği taşıyan kısmının birbirinden ayrılarak ortaya konması çok olanaklı değildir. Sağlık hizmetleri talebinin, gelecekte elde edilecek olan gelir ile ilişkili biçimde yatırım niteliği taşıyan kısmının etkinliğini ve düzeyini bilmek ve beşeri sermaye yatırımları içinde ele almak oldukça zordur.

Bireylerin sağlığını kaybetmeleri nedeniyle gelir kazanma yetilerinin azalması, sağlık hizmetleri talebinin tüketim yanında beşeri sermaye yatırımı niteliği kazanmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinin bir kısmı, bugün karşılaşılan sağlık sorunlarının çözümlenmesinin yanı sıra, gelecekte sağlık durumlarının gelir sağlamaya uygun olmasını garanti etmek amacıyla yapılan yatırımları ifade etmektedir.

2.2.2.4. Sağlık Hizmetleri Talebinin Gelir Esnekliği Pozitifdir

Bireyler gelir düzeyleri arttıkça, satın alma güçleri artmaktadır. Bireyler artan gelirleri dolayısıyla bazı mallardan daha fazla talep ederken, bazı mallardan daha az talep etmektedirler. Talebin gelir esnekliği, gelirdeki değişimlere bağlı olarak, talep edilen mal miktarındaki değişimin yönünü ve derecesini göstermektedir (Bitran ve McInnes, 1993:14).

$$e_y = \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta Y}$$

Talebin gelir esnekliği pozitif veya negatif olabilir. Pozitif esnekliğe sahip olan mallar “normal mal”, negatif esnekliğe sahip olan mallar ise “düşük mal” olarak tanımlanır (McPake ve Normand, 2007:25). Pozitif esnekliğe sahip mallarda gelirdeki artış, talep edilen mal miktarında artışa neden olurken, negatif esneklik değerine sahip olan mallarda ise talep edilen mal miktarında azalışlara neden olmaktadır. Talebin gelir esnekliğinin 1’den büyük olduğu mallar ise “lüks mal” biçiminde tanımlanır.

Sağlık hizmetleri normal mal olduğu için, gelirdeki artışlar sebebiyle sağlık hizmetleri talebi de artacaktır. Gelişmiş endüstri yapısına sahip ülkelerde yapılan çalışmaların çoğunda, sağlık hizmetlerinde talebin gelir esnekliğinin “1” civarlarında olduğunu ve dolayısıyla sağlık hizmetleri talebindeki oransal artışın, gelirdeki oransal artıştan fazla olduğunu ortaya koymaktadır (McConnel, Brue ve Campbell, 2004:433). Buna göre sağlık hizmetleri lüks mal sınıfında yer almaktadır.

Esasen sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğini etkileyen temel unsur, sağlık sigortasının kapsamıdır. Ringel ve diğerleri, teorik olarak, sigorta kapsamının çok geniş olduğu durumlarda gelir esnekliğinin neredeyse 0'a yakın olduğunu belirtmektedirler. Bireyin artan sağlık hizmetleri talebi ile ilgili olarak ödeme yapmasının gerekli olmaması, bireyin sağlık hizmetleri talebinin gelirden bağımsız olarak ortaya çıkması sonucunu ortaya koymaktadır (Ringel ve diğerleri, 2002:27). Eğer bir birey, sigorta ile korunuyorsa, sağlık hizmetleri için herhangi bir bedel ödemeyecek ve bu nedenle sağlık hizmetleri talebinin gelir elastikiyeti sıfır veya sıfırdan daha da aşağıda olacaktır. Esasen sigortanın amaçlarından birisi, bireyin gelir esnekliğini düşürmektir (Stahl, 2003:242). Sağlık sigortası kapsamının genişliği, talebin gelir esnekliğini doğrudan etkilemektedir. Kapsam ne kadar geniş olursa, gelir esnekliği de o kadar sıfıra yakın ve hatta negatif olacaktır.

Gelir esnekliğini belirleyen bir diğer etmen ülkelerin gelişmişlik düzeyleridir. Schieber ve Maeda (1997), Dünya Bankası'nın 1994 verileri işığında sağlık hizmetleri talebinin gelir elastikiyetlerini hesapladıkları çalışmalarında, gelir elastikiyetinin dünya ortalamasını 1,13, yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler için 1,47, orta gelir düzeyine sahip ülkeler için 1,19, düşük gelir düzeyine sahip ülkeler için ise 1,00 düzeyinde olduğunu ortaya koymuşlardır (Schieber ve Maeda, 1997:8; Merson, Black ve Mills, 2006:620). Buna göre kişi başına gelir düzeyi düşük lkelerdeki sağlık harcamaları artışları, gelirdeki artışlara orta ve yüksek kişi başına gelir düzeyine sahip ülkelere göre daha az cevap verebilmektedirler.

Talebin gelir esnekliğine bağlı olarak yapılan mal sınıflamasının sağlık hizmetlerine uygulanabilmesi, ülkelerin kişi başına düşen gelir düzeylerinin ve sigorta kapsamının genişliğinin göz önünde tutulmasını zorunlu kılmaktadır. Gelir düzeyi çok yüksek ve sigorta kapsamının genişliği çok fazla olan ülkelerde talebin gelir esnekliği pozitif olmakla birlikte, sıfıra yakın olacak ve sağlık hizmetleri normal mal statüsünde değerlendirilecektir. Ancak belirtmek gerekir ki, genellikle sigorta kapsamı dışında kalan estetik, diş vb. sağlık hizmetlerine ilişkin talebin gelir esnekliği 1'den büyüktür ve bu sebeple lüks mal sınıfında yer almaktadır.

Sağlık hizmetleri talebi hem sağlık hizmetlerinin genel özellikleri, hem de sağlık hizmetleri arzının sahip olduğu nitelikler sebebiyle, diğer mal ve hizmetlere

ilişkin talepten oldukça farklıdır. Özellikle sağlık hizmetleri talebinin fiyat ve gelir esneklikleri ve bu esneklikleri etkileyen faktörler, sağlık hizmetleri talebini farklılaştırmakta ve sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansman yöntemlerine ilişkin olarak ortaya konan alternatifleri yönlendirmektedir. Sağlık hizmetleri talebinin esasen arza bağımlı olması, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin alternatifleri ve bu alternatiflerin etkinlik sorgulamasını önemli kılmaktadır.

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE ALTERNATİF YÖNTEMLER

2.3.1. Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlıkta yaşanan piyasa aksaklıkları ve bu aksaklıklara ilişkin devletin müdahale süreci, sağlık hizmetlerinin “kamusal mal” niteliğini güçlendirmekle birlikte, sağlık piyasasında yaşanan teknolojik gelişmeler ve sağlık yönetim sistemine ilişkin olarak ortaya çıkan değişimler sebebiyle kamusal mal niteliği zayıflamış ve piyasa aktörlerinin sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin rollerin yeniden belirlenme teşebbüslerini hızlandırmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak kullanılan en temel iki yöntem sağlık hizmetlerinin devlet tarafından ve özel sektör tarafından sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak yöntemi belirleyen temel etmen sunulacak olan sağlık hizmetinin hangi sınıflandırmaya dahil olduğudur. Bu bağlamda pozitif dışsallığın çok yüksek olduğu koruyucu sağlık hizmetlerinde, devlet tarafından sağlık hizmetlerinin sunumu ön plana çıkarken, dışsallığın nispeten daha düşük olduğu tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde piyasa tarafından hizmetin sunumu belirginleşmektedir.

Dışsallık dışında sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin bir diğer belirleyici de finansman yöntemidir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ile doğrudan ilişkilidir. Finansmanı daha çok kullanıcısı tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinin, özel sektör tarafından sunulması daha uygun görülmektedir. Finansmanının çoğu veya tamamı devlet tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinin ise devlet tarafından sunumu çok daha fazla kabul görmektedir.

2.3.1.1. Devlet Tarafından Sunumu

Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunumuna ilişkin temel gerekçe sağlık hizmetleri sektöründe var olan piyasa aksaklıklarıdır. Özellikle sağlık hizmetlerine

ilişkin olarak belirgin biçimde ortaya çıkan pozitif dışsallıklar, başta sağlık hizmetlerinin sunumu olmak üzere sağlık sektörünün tümüne devletin müdahalesini zorunlu kılmaktadır. Sağlıklı bireylerin sosyal faydaya ilişkin katkılarının oldukça yüksek olması, toplumsal sağlığı koruyucu hizmetlerin, devlet tarafından sunulmasını kaçınılmaz kılmaktadır (Altay, 2007:35-36).

Esasen sağlık hizmetlerine “kamu malı” niteliğini veren dışsallık faktörü, bütün sağlık hizmetlerinde var olmakla birlikte, bazı sağlık hizmetlerinde belirginleşmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin, çevreye yönelik olarak ortaya çıkan aşılama, beslenme, sağlık eğitimi gibi pozitif dışsallığı belirgin ve çok yüksek olan sağlık hizmetlerini kapsamaması, sağlık hizmetlerinin “kamu malı” olma niteliğini güçlendirmektedir.

Özel sektörün sosyal faydası yüksek olan bu alanı çok karlı görmeyeceği için, toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun devlet olduğunu söylemek mümkündür (Altay, 2007:36). Koruyucu sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallığını fiyatlandırmanın mümkün olmaması, bunun yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin gelecekteki riskleri kapsamaması ve hizmetlerinin sunulmaması durumunda ortaya çıkacak olan maliyetlerin ve negatif dışsallıkların toplum tarafından gerçekçi biçimde tahmin edilememesi sebebiyle ortaya çıkan bireylerin bedavacılık dürtüleri, özel sektörün bu alanda faaliyette bulunmaktan kaçınmasına yol açmakta ve koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusu olarak devleti ön plana çıkarmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunumu, ülkelerin siyasal sistemine bağlı olmakla birlikte, temelde iki kategoride ayrıştırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde devletin müdahalesinin sonucu olan merkeziyetçi yöntem ve globalleşme ve teknolojik değişimle beraber ortaya çıkan yerelleştirme yöntemi, sağlık hizmetlerinin “kamu malı” niteliğine bağlı olarak devlet tarafından sunumuna ilişkin temel kategorileri oluşturmaktadırlar.

2.3.1.2. Merkeziyetçi Yöntem

Merkeziyetçi yöntem, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunumu ile ilgili olarak ilk akla gelen yöntemdir. Sağlık sektöründeki piyasa başarısızlıkları, esasen merkeziyetçi yöntemin gerekçesini oluşturmaktadır. Merkeziyetçi yöntem, pazar

gücü, bilgi ve karar alma sorunları, dışsallıklar ve kamusal mal kavramları etrafında yoğunlaşan piyasa aksaklıklarının giderilmesi amacıyla, planlama, yönetim ve kaynak dağılımı ile ilgili sorumlulukların merkezi bir otorite tarafından yürütüldüğü bir süreci ifade etmektedir.

Bu yöntemde merkezi idare planlama sürecini bizzat kendi yürütmekle birlikte, yetki genişliği kapsamında özellikle hizmetin sunumuna ilişkin bazı işlevler için yerel yönetimlere yetki izni vererek hizmetin sunulmasını sağlamaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin merkeziyetçi yöntem doğrultusunda sunumu, daha çok koruyucu sağlık hizmetlerinde değerlendirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin vergiler ile finanse edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin kamusal mal niteliği, fiyatlandırma problemleri ve en önemlisi dışsallık faktörleri sebebiyle merkeziyetçi yöntem belirgin bir şekilde bu hizmetlerin sunumunda tercih sebebi olmaktadır.

2.3.1.3. Yerelleştirme Yöntemi ve Türleri

Küreselleşme sürecinde merkezi yönetimin sahip olduğu planlama, istikrar, denge gibi niteliklerinde yaşanan aşınma, ulus devlet yapısına müdahale etmiş ve ulus devlet içindeki merkezi-yerel dengesini, yerel hükümetlerin lehine yeniden düzenlemiştir (DPT, 2001:79). Son yüzyılda çoğu iktisadi, sosyal ve siyasi gelişmenin temel sebebi olarak küreselleşme, yerelleşmeye yön veren sürecin en önemli unsurlarından biridir.

Yerelleşme kavramı, yetkinin ve gücün yerel yönetimlere devrini ifade etmektedir. Bu devir ekonomik, mali, siyasal ve yönetsel bakış açlarına sahiptir (Litvack, 1999:2). Yerelleşme, etkin ve sorumlu performansa uygun biçimde, faaliyet programlarının uygulanması ve kararların alınması sürecinin halka en yakın seviyedeki birime devrini ifade etmektedir (Ink ve Dean, 1970:60). Yerelleştirmenin boyutu yalnızca yönetsel bir yetki devrini değil, halka en yakın birim olarak yerel yönetimlere ekonomik, mali ve siyasal yetki devrini ifade etmektedir.

Dünya Bankası yerelleşmeyi, kamusal fonksiyonlarla ilgili olarak otoritenin ve sorumluluğun merkezi yönetimden yerel yönetimlere, yarı bağımsız devlet kuruluşlarına ve/veya özel sektöre devrini ifade eden çok yönlü karmaşık bir kavram olarak tanımlamaktadır (World Bank,2008:1). Bu bağlamda yerelleştirme yöntemi

yalnızca yerel yönetimlere değil, yarı bağımsız devlet kuruluşları ve hatta özel sektöre yetki devrini de kapsamaktadır.

Yerelleşmeyi oluşturan nedenlerin temelinde, çoğu ülkede uygulanan ekonomi politikalarına yön veren liberal iktisadi politikalar ve bunun yanı sıra gelişen demokrasi ile birlikte aktif, yapıcı ve katılımcı demokratik taleplerde meydana gelen artış yatmaktadır (Çoban, 2008:263). Yerelleşmenin makro ekonomik istikrar ve yerel yönetimler arasında yatay mali dengesizlikler gibi riskler taşımaya rağmen yerelleşmeye olan ilginin artışının temelinde, onun devlet harcamalarının etkinliğini arttırmada en etkin araçlardan biri olduğuna ilişkin genel kanı bulunmaktadır (Vazquez, McNab, 2001:1). Etkinlik yerelleşmenin en temel gerekçelerinden biridir. Özellikle hizmetlerin sunumu ile ilgili kararların alınması ve uygulamaya konulması sürecinde, yerelleşmenin çok yüksek düzeyde etkinlik ve verimliliğe sahip olduğu kabul edilmektedir. Ancak 1970 ve 1980'li yıllarda yaşanan yerelleşme sürecinin birincil amacı etkinlik değildi, çoğu ülke için o dönemde yaşanan süreç, kapsamlı ulusal programların başarısızlıkları, makroekonomik gelişim programlarının zayıflığı gibi teknik başarısızlıklara reaksiyon olarak ortaya çıkmıştır (Rondinelli, Nellis ve Cheema, 1983:10).

Yerelleşme, hizmet sunanların insanlarla daha yakın ilişkiler kurması ile birlikte demokratikleşme ve katılımcılığa katkıda bulunur. Katılımcılık, kurumların hesap verebilirliğini ve şeffaflığını arttırarak verimliliği yükseltir ve sunulan hizmetin kalitesini arttırır. Hizmetlerin kalitesinin ve etkinliğinin artışı, mükelleflerin hizmetlerin karşılığı olarak ödedikleri vergi ile ilgili olarak gönüllülük düzeyini yükseltir ve sonuçta devletin hizmet sunumuna ilişkin maliyetleri azalır (Smith, 2001). Yerelleşme, bireylerin hizmetlere ulaşma düzeyini arttırdığı ölçüde vergi ödeme isteğini, vergi gayretini arttıracak ve hizmet sunumunda etkinlik düzeyi yükselecektir (Bahl, 1999:60). Yerelleşmenin demokratik katılım sürecine yaptığı katkı ile başlayan süreç, kamu yönetiminde iyi yönetim ilkeleri etrafında yoğunlaşarak kamu hizmetlerinde etkinliği ve verimliliği arttırmakta ve maliyetlerin düşmesine katkıda bulunmaktadır.²²

²²Kamu sektöründe iyi yönetim ilkeleri için bkz.: Aktan, C. C. ve Çoban, H. (2006) "*Kamu Sektöründe İyi Yönetim İlkeleri*", içinde AKTAN C.C., Kurumsal Devlet Yönetimi-İyi Devlet

Yerelleşme çok farklı anlamlarda kullanılmasına bağlı olarak farklı kategorilere de ayrılabilir. Öncelikle, en çok kullanılan sınıflandırmalardan birisi fonksiyonel ve bölgesel yerelleşme şeklinde yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırma özellikle sağlık sistem organizasyonları ile yakından ilişkilidir (Watson ve Ovseiko, 2005:57; Mills, 1990:15; Rondinelli, 1981). Fonksiyonel yerelleşme, belli bir fonksiyona ilişkin yürütme otoritesinin, o konuda uzmanlaşmış yerel birimlere bırakılmasıdır. Bölgesel yerelleşme ise, kamusal fonksiyonlara ilişkin geniş sorumlulukların, coğrafi sınırları tanımlanmış yerel organizasyonlara devredilmesidir (Mills, 1990:16). Sağlık hizmetleri organizasyonu her iki şekilde de yerelleştirilebilir, ancak sağlık hizmetlerinin sunumunun uzmanlık gerektirmesi ve coğrafi sınırlamaların çok mümkün olmaması, etkinlik bağlamında fonksiyonel yerelleşmeyi sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi açısından bir adım öne çıkarmaktadır.

Yerelleşmeye ilişkin olarak uygulamada en çok kullanılan sınıflandırma, dekonsantrasyon, devölüsyon, delegasyon ve özelleştirme şeklinde yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırma 1983 yılında Rondinelli, Nellis ve Cheema tarafından, gelişmekte olan ülkelerin yerelleşme süreçlerinin değerlendirildiği çalışmada ilk kez ortaya konmuş ve ardından bu yaklaşım Dünya Sağlık Örgütü taslak çalışmasında yer alan sağlık sistemlerinin yerelleştirilmesi kısmında ele alınmıştır (Rondinelli, Nellis ve Cheema, 1983:14; Mills, 1990:16). Esasen bu sınıflandırma, hem merkezi yönetimlerin yerelleşme derecelerine, hem de yerelleşmeye ilişkin olarak ortaya konan farklı yaklaşımlara bağlı olarak yapılan bir sınıflandırmadır. Bu dört yerelleşme türü arasındaki ayrım, yerelleşmenin yasal yapısı ile ilişkilidir.

2.3.1.3.1. Dekonsantrasyon (İdari Desantralizasyon)

Dekonsantrasyon, idari sorumlulukların ve yetkilerin, merkezi bakanlıklar veya kurumların daha alt seviyesindeki idari birimlerine devrini ifade etmektedir (Rondinelli, Nellis ve Cheema, 1983:14). Yasal bakış açısına göre dekonsantrasyonun anahtar niteliği, kendilerine ek sorumluluk ve yetki verilen kişilerin merkezi bakanlığın bir parçası olmaları ve merkezi idarenin denetimi altında

Yönetimi İçin Kurallar ve Kurumlar, Sermaye Piyasası Kurulu Kurumsal Araştırmalar Serisi No:5, Yayın No: 197,SPK Yayınları, Ankara, ss. 17-53.

faaliyetlerini sürdürmeleridir (Florestal ve Cooper, 1997:2). İdari yerelleştirme olarak da isimlendirilen dekonsantrasyon, daha açık bir şekilde sadece kaynakların ve faaliyetlerin devrini ifade eder, çünkü güç merkezi idare de kalmıştır ve devir merkezi idarenin alt seviyelerdeki birimlerine veya denetimi altındaki birimlere yapılmaktadır (Rabin, 2005:74). Dekonsantrasyon, siyasi olarak gücün, otoritenin devrinden çok, merkezi idareye bağlı birimlere sorumluluk devrini ifade eden yetki genişliği kavramı içinde ele alınmalıdır. Buna göre idari sorumlulukları üstlenen kişi veya kurumlar, merkezi idarenin planlaması içinde ve onların denetimi altında sorumluluklarını yerine getirmeye çalışacaklar ve dikey otorite yapısı içinde merkezi idare ile etkileşim içinde olacaklardır.

Yerel yönetimler, dekonsantrasyon uygulaması altında iki farklı şekilde yapılandırılabilir. Birincisi yerel idarenin dikey yapılanma şeklindedir. Buna göre her bakanlığın yerel memuru kendi bakanına karşı sorumludur. Birbirinden tamamen bağımsız çalışmayan çeşitli bakanlık organizasyonlarının koordinasyonunu sağlamak için bölgesel koordinasyon komitesi bulunmaktadır. Bu komitede yerel bakanlık memurlarının yanı sıra yerel partilerin memurları ve yerel parlamento üyeleri bulunmaktadır. Bu koordinasyon komitesi, her devlet fonksiyonunun ayrı ayrı fonlanması sebebiyle halkın istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasındaki zorlukları aşmak için çalışmaktadır (Mills, 1990:17). Bölgesel koordinasyon komitesi bünyesinde kurulan bazı fonlar, sorumluluk açısından birbirinden bağımsız, faaliyetler ve sonuçları bakımından birbirine bağımlı olan merkezi idarenin yerel amirleri arasında yaşanacak sorunları gidermede etkin rol üstlenerek, dekonsantrasyon uygulamasının yerel yönetimlerdeki yapılanmasına katkıda bulunacaktır.

Bir diğer yapılanma şekli ise, entegre olmuş, bütünleşmiş yapıdır. Bu yapılanmada, kendi bölgesindeki bütün devlet fonksiyonlarından sorumlu olan merkezi idarenin yerel yetkilisi (vali, başkan) vardır. Bu yetkili kişi, yerel yönetimin bakanı gibi merkezi idareye karşı sorumludur. Devlet bakanlıklarının yerel sorumluları, bütün günlük sorunlar için yetkili kişiye karşı sorumludur ve devlet bakanlıklarının kendi yerel memurları üzerindeki denetim yetkisi teknik denetimle sınırlıdır (Mills, 1990:17). Bu yapıda yetkili kişi, koordinasyon niteliğinden çok bölgesel anlamdaki en üst yetkili konumundadır ve kendi bölgesindeki tüm devlet

faaliyetleri için merkezi idareye direkt olarak sorumludur. Merkezi bakanlıkların kendi yerel memurları üzerindeki denetim yetkisinin teknik denetim ile sınırlandırılması, yerelleşmenin boyutları ve otorite devri açısından oldukça önemlidir.

Esasen dekonsantrasyon uygulaması tam anlamıyla yerelleştirmeden daha çok, merkezi idarenin hizmetlerinin etkinliğini sağlayabilmek, merkezi idarenin hizmetleri ile ilişkili olarak yerel düzeyde yaşanacak koordinasyon ve bilgi eksikliğini giderebilecek bir yapıyı oluşturmaktadır. Dekonsantrasyonun dikey yapılanma veya entegre olmuş yapılanma biçimindeki uygulamaları arasındaki temel farklılık, sorumluluğun paylaşımı ve denetim şekli ile ilgili olarak gerçekleşmektedir. Dekonsantrasyonun koordinasyon ve etkinlik amaçlarına ulaşmaya yönelik katkılarının, merkezi idarenin yoğun vesayeti ve denetimin etkinsizliği gibi nedenlerle ortadan kalkması ihtimali, bu uygulamanın en önemli çıkmazlarından biridir.

2.3.1.3.2. Devolüsyon (Politik Desantralizasyon)

Devolüsyon, belirlenmiş fonksiyonların uygulanması bakımından büyük ölçüde merkezi idarenin denetimi dışında yer alan, yerel yönetimler veya yerel otorite olarak isimlendirilen kurumların yasal ve finansal olarak güçlendirilmesi veya yeniden oluşturulmasıdır (Rondinelli, Nellis ve Cheema, 1983:24; Mills, 1990:19). Devolüsyon, yeni yerel otoriteler kurulması veya mevcut yerel otoriteye ilişkin güçlendirmeleri yasal ve finansal olarak ele almakta ve söz konusu yerel otoriteye devredilen fonksiyonlara ilişkin olarak merkezi idarenin denetimini kaldırmaktadır. Merkezi idarenin denetimi dolaylı bir denetim ile sınırlı kalmaktadır. Devolüsyonda yerel otorite özerk ve bağımsızdır ve yasal mevzuat bu birimleri yerel yönetimlerden kesin bir şekilde ayırmaktadır.

Devolüsyon, yetki ve sorumluluğun, yasal ve anayasal sınırlar içinde (White, Merrick ve Yazbeck, 2006:166), kamu yönetimi içinde yer alan yapılara (Bossert, 1998:1515) devredilmesidir. Karar verme yetkisinin daha alt politik kademelere devrini öngören devolüsyon, bu anlamda yerelleşmenin siyasal yönünü oluşturmakta ve politik yerelleşme olarak isimlendirilmektedir (Yıldız, 2007). Devolüsyonda yetki

ve sorumluluk devri yasal olarak kamu yönetimi içinde yer alan yerel otoritelere devredilmektedir.

Devolüsyon uygulaması, yerel otoritenin belirli bir kamusal faaliyetin, yasal olarak belirlenmiş coğrafi sınırlar içinde yerine getirilmesi ile ilgili sahip olduğu avantajına önem vermektedir. Devolüsyon uygulamasındaki en önemli sorun ise, yasal statünün kesin olarak ortaya konmasına karşın, finansal genişlemenin sağlanamamasıdır. Özellikle sağlık hizmetleri gibi çok yüksek maliyetlere sahip hizmetlerin sunulması, finansman sıkıntısı sebebiyle çok büyük sorunlara yol açmaktadır. Finansal genişleme olmadan, hizmetlerin sunulmasına ilişkin karar verme yetkisinin yerel otoriteye devri, yerelleşmede devolüsyon uygulamasından beklenen faydanın sağlanmasını engelleyecektir.

2.3.1.3.3. Delegasyon

Delegasyon, belirgin bir şekilde ortaya konmuş olan yönetsel sorumlulukların, merkezi idare tarafından sadece dolaylı olarak kontrol edilen organizasyonlara devrini ifade etmektedir (Rondinelli, Nellis ve Cheema, 1983:19). Devletler delegasyonu, doğrudan devlet müdahalesinin etkisizliğini ortadan kaldırmanın, artan maliyetleri düşürmenin ve organizasyonun cevap verebilirlik ve esneklik niteliğini geliştirmenin bir yolu olarak görmektedirler (Mills, 2005:63). Delegasyon ile devletler, dolaylı olarak kontrol ettikleri özerk organizasyonlara belirli bir işin, fonksiyonun yerine getirilmesi için yetki devri yapmaktadır. Bu şekilde söz konusu faaliyet ile ilgili olarak merkezi idarenin sahip olduğu etkisizlik kaynakları azalacak, belli bir faaliyetin yürütülmesi ile sorumlu olan organizasyon, sahip olduğu esneklik ile düşük maliyetle etkin hizmet sunumunu sağlayabilecektir.

Delegasyon uygulamasında nihai sorumlu merkezi idaredir, fakat kendisine yetki ve sorumluluk devri yapılan kurum, üstlendiği faaliyetlere ilişkin olarak çok geniş takdir hakkına sahiptir (Mills, 2005:63; Mills, 1990:22). Merkezi idare, yetki ve otorite devrine rağmen, dolaylı olarak kontrolünde bulunan özerk organizasyonun faaliyetlerine ilişkin olarak nihai sorumluluğu üzerinde taşımaktadır. Buna karşın özerk organizasyon, kendisine devredilen yetki ve otorite uyarında faaliyetlerini yürütme konusunda idari ve mali özerkliğe sahip bulunmakta ve bunların kullanımlarına ilişkin tasarruflarda çok geniş takdire yetkisine sahip olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde daha çok eğitim hastanelerinin işletilmesinde uygulanan bu sistem (Mills, 2005:63; 2005:63; Mills, 1990:22), sağlık hizmetlerinin özerk, mali ve idari bağımsızlığa sahip organizasyonlar tarafından yürütülmesi şeklinde gerçekleşmektedir (Yıldız, 2007). Sağlık hizmetlerinin delegasyon uygulamasında özerklik, dolaylı kontrol ve merkezi idarenin nihai sorumluluğu, desentralizasyon uygulamasını tehdit etmekte ve tam tersine daha merkeziyetçi bir yapının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Merkezi idarenin nihai sorumluluğu üzerinde olan bir faaliyete ilişkin olarak dolaylı kontrolleri yeterli bulmaması, direkt kontrol mekanizmalarını genişletmekte ve özerkliğe aykırı sonuçlara neden olabilmektedir.

2.3.1.3.4. Özelleştirme

Özelleştirme, genellikle bir sözleşme ile fonksiyonel, operasyonel sorumlulukların ve bazı durumlarda sahipliğin özel sektöre devridir. Sözleşme, kamu kaynaklarının devir karşılığındaki beklentilerinin açıklanmasıdır (Bossert, 1998:1515). Yetki ve sorumlulukların özel sektöre devri, devlet ile özel organizasyon arasında bir sözleşmenin varlığını gerektirmektedir. Bu sözleşme şartları çerçevesinde sorumlu olan özel organizasyon, devletin doğrudan veya dolaylı denetimi altında değildir. yetki ve sorumluluk devrinin kapsamı açısından özelleştirme, desentralizasyon uygulamaları içinde en uç noktada olanıdır. Farklı uygulama biçimlerine bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte, özelleştirme uygulamaları planlama, kaynak dağılımı, gelirler ve yönetim konusundaki fonksiyonların devrini de içine alan çok geniş bir etkileşim alanına sahiptir. Özelleştirme, ekonomik gelişmenin, mal ve hizmetlerin üretim ve dağıtımının, devlet yapısının modernizasyonunun, devlet tarafından yönetilen ve kontrol edilen sektörlerin canlandırılmasının sağlanması için devletler tarafından kullanılan önemli bir araçtır ve giderek yaygınlaşmaktadır (Rondinelli ve Iacono, 1996:247).

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak piyasa mekanizmasının başarısızlığına neden olan dışsallık, asimetrik enformasyon vb. faktörler sebebiyle sağlık hizmetlerinin sunumunu devletin bizzat üstlenmesi rasyonel kabul edilmiştir. Ancak sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunumunda yaşanan politik çıkar ve güç ilişkileri, finansal kaynakların bulunmasına ilişkin zorluklar, yerel ve ulusal anlamda yaşanan bütçe kısıtlamaları, devletin ağır ve yoğun bürokrasi sebebiyle yönetsel

anlamda zafiyet göstermesi, sağlık sigorta sistemi kapsamının sürekli genişlemesi gibi faktörler devletin bizzat hizmeti sunması yerine, yetki ve sorumluluğunu farklı biçimlerde özel sektöre veya gönüllü kuruluşlara devredilmesi sürecini hızlandırmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yaşanan dönüşümün temel dinamiklerinden bir diğeri küreselleşmedir. Küreselleşme veya piyasa tabanlı kalkınma modeli, bütün toplumların ekonomik ve sosyal ilke ve normlarını etkilemiş, küreselleşmenin temel dinamiklerinden biri olan özelleştirme uygulamaları ile rekabet, esneklik, kalite ve verimlilik gibi işletme uygulamalarına ilişkin değerleri toplumsal yaşamı etkileyen tüm alanlara etkin ve hızlı biçimde dahil etmeyi başarmıştır (Yıldız, 2008:31). Sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri, hizmet sunumunda yaşanan etkisizlikler, esneklik ve hizmet kalitesi açısından kamu sağlık sunumunda yaşanan sorunlar, kamusal organizasyonların rekabet, etkinlik, kalite gibi kavramlar doğrultusunda değerlendirilmesini ve beraberinde özelleştirme uygulamalarını ön plana çıkarmıştır.

Sağlık alanında küresel düzeyde üretim hizmet sunumu yapan çokuluslu şirketlerin egemen güç olarak sağlık sektöründeki şekillendirici güçleri, buna bağlı olarak artan küresel sermaye ve hareket hızı, sağlık sektöründe özelleştirme çabalarını arttırmıştır. Bu süreçte kamu kurumlarının özelleştirilmesinden daha çok, sağlık sektörünün piyasaya açılması amaçlanmaktadır (Altay, 2007:39-40).

Gelirlerin erimesi ve artan maliyetler ile karşı karşıya kalan kamu hastanelerinin, performanslarını arttırmak ve maliyetleri azaltmak için gerekli olan yatırımlara zaman ve kaynak ayırabilmeleri çok mümkün olmamaktadır. Yerel ve ulusal bütçelerdeki kısıtlamalar, hastane ekipmanları ve yeni teknolojiler için gerekli yeni yatırım kaynaklarının, diğer kamusal programlarla doğrudan rekabete girmesini zorunlu kılmaktadır (Melese ve Balaker, 2005:3). Bu rekabet, bir taraftan politik çıkar ilişkilerini ortaya koyarken, diğer taraftan özellikle finansman kaynaklarının temini, yeni teknolojilerin kullanımı ve esneklik ile ilgili özel sektörün sahip olduğu avantajların sorgulanmasına olanak sağlamaktadır.

Özellikle II. Dünya Savaşı sonrası yaşanan süreçte daha iyi yaşama standardı ve daha sonraki dönemde sağlık yardımları ve sağlık sigortasının yaygınlaşması,

bunun yanı sıra 1970’li yıllardan sonra sağlık alanında yaşanan teknolojik devrimler, sigortalı sayısının artmasına ve teknolojik gelişmeler sebebiyle yatak ve ekipmanın nitelik ve niceliğinin gelişmesine neden olmuştur. 1980’li yıllar ile birlikte tüm toplumlarda Ulusal Sağlık Sigortaları uygulamaları yaygınlaşmış ve sigortalı kişi sayısının yanı sıra, sigortanın kapsamı da genişletilmiştir (Eastaugh, 1981:11). Talep, gelir ve maliyetler arasındaki bu doğrusal ilişki, sağlık hizmetlerinin kapsamının ve maliyetlerinin genişlemesine neden olmaktadır. Bu etkileşimin sonucu olarak ortaya çıkan etkinsizlik kaynaklarını bertaraf etmek için yoğun bir şekilde uygulanan yerelleştirme uygulamaları, sağlık hizmetlerini daha özerk, hizmeti alan ve sunan arasındaki mesafenin kısaldığı, planlama ve yönetim anlamında etkinliğin sağlandığı, daha esnek bir yapı içinde sunulmasına ilişkin faaliyetler olarak karşımıza çıkmıştır. Yaşanan bu süreçte sağlık hizmetlerine olan talebin genişlemesine paralel olarak maliyetlerin artması, buna karşın yerel gelir kaynaklarının kazanımı ve kullanımına ilişkin her türlü kısıtlar, yerel yönetimlerin sağlık alanındaki yetki ve sorumluluklarını gönüllü veya özel kuruluşlara devretmesi sürecini hızlandırmıştır. Gönüllü ve özel kuruluşlara yetki ve sorumluluk devrine doğru giden bu süreçte yerel idarelerin en büyük avantajı, yönetim ve karar alma süreçleri açısından esnek bir yapıya sahip olmalarıdır.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, devletlerin;

- Sağlık hizmetinin sağlanması için ödemeleri durdurması, ödeme yapmaması,
- Ödeme yapmaya devam etmesi, fakat hizmetlerin sunumunu kar amaçlı özel sektöre devretmesi,
- Ödeme yapmaya devam etmesi, fakat maliyetlerin bir kısmını veya tamamını hastadan karşılaması,
- Sağlık hizmetini sunması ve ödemeyi yapması, fakat bu hizmeti sunarken ve yönetirken özel sektör metotlarının kullanılması

şeklinde gerçekleşmektedir (Armstrong, Armstrong ve Fuller, 2000:4). Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, sadece sağlık hizmetlerinin sunumunda özel ve kamu alanlarının sınırlarının belirlendiği yerelleştirme uygulaması değildir. Ülkelerin kamu

ve özel sektöre yönelik sınırlarına bağılı olarak sağıık hizmetlerinin sunumuna ilişkin çok farklı uygulama alanı bulabilmektedir. Buna göre zelleştirme;

- deme yükümlülüğünün bireylere kaydırılması ile sağıık hizmetlerinin maliyetlerinin özelleştirilmesini,
- Kar amacı güden sağıık hizmet sunucuları ve özel sektör için alternatiflerin genişletilmesiyle sağıık hizmeti sunumunun özelleştirilmesini,
- Hizmetlerin kamusal organizasyonlardan toplumsal kökenli organizasyonlara ve hane halkına devredilmesiyle sağıık hizmetlerinin özelleştirilmesini,
- Sağıık hizmetlerindeki kamu çalışanlarından ödemesiz bakıcılara doğru hastabakıcıların özelleştirilmesini,
- Yönetim stratejilerinin, özel sektör firmalarının yönetim sistemine adapte edilmesiyle sağıık sistemindeki yönetim alişkanlıklarının özelleştirilmesini içine almaktadır (Willson ve Howard, 2000:3).

Sağıık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinde yaşanan en önemli sorun eşişsizlik ve sağıık hizmetlerine ulaşılamazlık ile ilgilidir. Bunun yanı sıra sağıık hizmetlerinde zelleştirme uygulamaları sonucu maliyetler yükselmekte, demokratik hesap verebilirlik (seçimler vb.) ortadan kalkmaktadır (Armstrong, Armstrong ve Fuller, 2000:18-19). Sağıık hizmetlerinin özelleştirilmesi sebebiyle ortaya çıkması muhtemel sorunların önlenmesi, uygulanan zelleştirme yöntemine, derecesine, kamunun toplam sağıık hizmetleri içindeki payına, kişi başına gelir ve kişi başına sağıık harcaması düzeylerine bağılı olarak değişmektedir. Özellikle zelleştirme yönteminin seçimi, ortaya çıkabilecek piyasa aksaklıklarının bertaraf edilebilmesi, hizmeti sunan ve hizmetten faydalanan açısından uyumunun sağlanabilmesi gibi faktörler sebebiyle oldukça önemlidir.

2.3.2. Yerelleşme ve zelleştirme Bağlamında Alternatif Sunum Yöntemleri

Piyasa aksaklıklarına ilişkin gerekçeler, zaman içinde teknolojik değişim, finansman yöntemlerindeki gelişmeler vb. faktörler sebebiyle aşınmiş ve devlet

sağlık hizmetleri sektöründeki tek sunucu olma gücünü kaybetmeye başlamıştır. Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliğin sağlanması, teknolojik yeniliklerin adaptasyonu, maliyetlerin düşürülmesi, rekabetin tesisi, yatırıma yönelik finansman sıkıntısının aşılması gibi amaçlarla yerelleştirme ve bu bağlamda gelişen özelleştirme uygulamalarına gidilmiştir. Bu uygulamalar, ülkelerin ekonomik ve sosyal yapılarının yanı sıra, sağlık hizmeti sunan kamu organizasyonlarının yönetim yapısına, kanunsal düzenlemelerin sınırlarına, devlet ve özel kuruluş arasında yapılacak olan sözleşmenin içeriğine, özel sektörün finansal ve yönetsel anlamdaki kapasitesine ve en nihayetinde siyasal karar alma otoritesinin inisiyatifine bağlı olarak farklılık gösterecektir.

Yerelleşme bağlamında ele alınan özelleştirme uygulamaları, alternatif sunum yöntemleri açısından oldukça önemlidir. Alternatif sunum yöntemleri arasında hangi yöntemin kullanılacağı, yerelleşme ve özelleştirmenin tanımlanması ve özelleştirmenin kapsamının ve genişliğinin belirlenmesinin ardından planlama, program geliştirme ve yapısal reformlar sonucunda, avantajları ve riskleri göz önünde tutularak karar verilebilecek uzun bir süreci kapsamaktadır (Rondinelli ve Iacono, 1996:249). Bu bağlamda alternatif sunum yöntemleri, yerelleşme ve özelleştirmenin dar veya geniş anlamda tanımlanmasına, seçilmiş devlet kurumlarının veya topyekün bir sektörün özel sektöre bırakılmasına, özelleştirmenin amacına, organizasyonun yönetim biçiminin seçimine, yapısal düzenlemelerin yapılmasına bağlı olarak belirlenecektir.

Esasen alternatif sunum yöntemleri sözleşmeye dayalı olan, sözleşmeye dayalı olmayan ve gönüllü sunum yöntemleri olmak üzere üç ayrı grupta incelenebilmektedir. Sözleşmeye dayalı olan alternatif sunum yöntemleri, sorumluluğun devri, satın alma ve işbirliği bağlamında ortaya çıkmakta, bu farklı yaklaşımların etrafında sunum yöntemleri uygulama alanı bulmaktadır.

2.3.2.1. Sözleşmeye Dayalı Alternatif Sunum Yöntemleri

Sözleşme uzman ve hasta arasında yapılan bir anlaşmadır (Helgeson ve Berg, 1985:199; Herje, 1980:30). Sözleşme iki kişi veya iki organizasyon arasında yapılan, sözleşmedeki taraflar açısından bağlayıcı niteliği olan anlaşmalardır (Helgeson ve Berg, 1985:199; Hayes ve Davis, 1980:83). Sözleşmeye dayalı sunum yöntemleri,

gelişmiş ve gelişmekte olan bütün ülkelerde, sağlık sisteminin geliştirilmesi, etkinliğin artırılması, yüksek maliyetlerin düşürülmesi amacıyla yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Sözleşme çok farklı içeriklerde ve farklı yöntemlerde uygulanabilmektedir. Sözleşmeler yalnızca hizmetlerin alımına ilişkin olmayıp, hizmetlerin sunumuna ilişkin sorumluluğun devri, özel-kamu işbirliği gibi farklı içerik ve yöntemlere de sahip olabilmektedir.

Sağlık hizmet sunumunun, sözleşmeye dayalı olarak özel sektör kuruluşlarına bırakılması çok farklı gerekçelere sahip olabilmektedir. Bu gerekçeler, ülkelerin içinde bulunduğu ekonomik ve sosyal yapıya, ülkedeki sağlık sisteminde hizmet sunumu, finansman yöntemi ve mevzuat açısından yaşanan sorunlara ve son olarak siyasal karar vericilerin iradesine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin sözleşme ile özel sektöre devri, yönetimin yükünü hafifletmek, sağlık hizmetlerinin daha ucuz sunulabilmesini sağlamak, israf ve yolsuzlukları azaltmak, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, devlet tarafından fon kaynaklarının bulunması ve onaylanması sürecinde yaşanan gecikmelerden ve zorluklardan kaçınmak ve yönetsel anlamda yaşanan boşluğu gidermek gibi farklı gerekçelere sahiptir (Mills, 1998:34). Sözleşmeler, sağlık sektörünün amaçlarına ulaşmak için özel sektör kaynaklarının işlerliğinin artırılmasını sağlayacaktır (Harding, 2001:10).

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin sözleşmeye dayalı alternatif hizmet sunumu yöntemleri, çok etkileyici potansiyel avantajlara sahiptir (Loevinshon, 2000:1).

- Ölçülebilir sonuçlara ulaşmaya, daha fazla odaklanmanın sağlanması
- Sık sık kaynakların etkin kullanımının engellenmesine neden olan ve sağlık hizmet sistemini bozan, hizmetme kapasitesine²³ ilişkin sınırların ortadan kaldırılması
- Hizmetlerin geliştirilmesi için daha yüksek içgüdüye ve çok büyük esnekliğe sahip olan özel sektörü kullanmak

²³ Hizmetme kapasitesi (absorptive capacity), yeni teknolojilerin farkında olma, tanıma, yeni teknolojileri özümseme ve ticari sonuçlara dönüştürebilme yeteneğidir (Gupta & Govindarajan, 2000:476; Cohen ve Levinthal, 1990:128; Erensal ve Albayrak, 2006)

- Yöneticilerin karar alma bağımsızlıklarını sağlamak ve yönetimlerin özerkliğini genişletmek
- Etkinlik ve verimlilik arttırmak için rekabeti kullanmak
- Devletin diğer fonksiyonlara odaklanmasına zemin hazırlamak

Son zamanlarda sağlık sistemi organizasyonları sürekli olarak değişmektedir. Ülkelerin çoğu sağlık sistemindeki performans düşüklüğüne çare bulmak için, sağlığın ve yönetiminin yerelleştirilmesi, kamu hizmet sağlayıcılarının özelleştirilmesi, hizmet sağlayıcılarının ve finansman birimlerinin özelleştirilmesi, sağlık finansman kaynaklarının genişlemesi ve kar amacı taşıyan ve taşımayan özel sektörün gelişmesini içeren temel yönetim reformlarına yönelmiştir (Perrot, 2006:859). Bu reformlar, yönetim ve hizmetlerin sağlanmasına ilişkin özelleştirme uygulamalarının gelişmesine, sağlık piyasası içinde faaliyette bulunan birimlerin çeşitlendirilmesine neden olmakla birlikte, sağlık hizmet sunumu içinde yer alacak olan aktörler ile sözleşmeye dayalı ilişkilerin genişlemesi ve çeşitlenmesi sonucuna katkıda bulunmuştur.

Bu çeşitlenme içinde sözleşmeye dayalı olarak gelişen sunum yöntemleri üç farklı biçimde ortaya çıkmaktadır. Bazı sözleşmeler sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin sorumluluğun devrini içermekte iken, bazıları satın alma sözleşmesi şeklinde oluşturulmaktadır. Son olarak sözleşmeye dayalı sunum yöntemlerinin bir diğer ise işbirliğine dayalı olarak gerçekleştirilen sözleşmelerdir (Perrot, 2006:859).

2.3.2.1.1.Sorumluluğun Devrine Dayalı Sözleşmeler

Sorumluluğun devrine dayalı olarak oluşturulan sözleşmelerden doğan ilişkiler, sağlık hizmeti sunun birimlerin hizmetlerini doğrudan kendileri sunmak yerine, hizmet sunumuna ilişkin sorumluluğu başka bir kuruma devrini içermektedir. Bu bağlamda ele alınan sözleşmeler neticesinde yerel veya özel idare, sağlık hizmeti sunma sorumluluğunu farklı yöntemler kullanarak devretmektedir.

2.3.2.1.1.1. Sorumluluğun Özel Sektöre Devrine İlişkin Sözleşmeler

Sorumluluğun özel kuruma devrine ilişkin olarak yapılan sözleşmeler uyarınca, özel kurum kamu adına kendisine devredilen sorumluluklar bağlamında sağlık hizmeti piyasasında farklı şekillerde faaliyette bulunacaktır. Bu sözleşmeler

yalnızca yönetim devrini içeren sözleşmelerin yanı sıra, kiralama, ihale gibi farklı sorumluluk devri uygulamalarını da içermektedir.

2.3.2.1.1.1.1. İhale Yöntemi

Özelleştirme yöntemleri içinde en çok kullanılan yöntemlerden biri olan ihale yönteminde devlet, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak özel firma ile sözleşme yapar ve bu hizmetin sunulması karşılığında özel kuruluşa sözleşmede belirtilen şartlar dahilinde ödeme yapar (Aktan, 2007:16). İhale yöntemi ile genellikle yerel yönetimler, finansmanı ve denetimi kendi sorumluluğunda kalmak üzere hizmetin sunumunu yerel yönetimlere devrederler. İhale anlaşmalarında, özel firma sözleşme çerçevesinde sunduğu hizmetlerin kalitesi ve uygunluğu bakımından denetlenmektedir (Price, 2006:14). Karşılıklı sözleşme gereği hizmetin sunumuna ilişkin sorumluluk özel firmaya devredilmiş olsa dahi, devlet (merkezi veya yerel idare) sözleşmedeki şartlar uyarınca özel firmaya ödeme yapmak ve aynı zamanda denetlemek sorumluluğunu üzerinde taşımaktadır.

Sunumu ihale yöntemi ile yapılacak olan hizmetler, hizmetin sunulması için rekabetin sağlanması ve hizmet kalitesinin ölçülebilirliğine göre belirlenebilmektedir. İhale yönteminin en iyi uygulaması, hizmet sunumuna ilişkin olarak özel firmalar arasında rekabet düzeyinin sağlanmış olduğu ve hizmetin kalitesine ilişkin değerlendirmelerin kolaylıkla yapılabildiği durumda gerçekleşmektedir (Markle, Fisher ve Smego, 2007:287).

Sağlık sektörüne ilişkin ihaleler, klinik hizmetlerle ilgili olanlar ve olmayanlar bakımından irdelenebilir. Klinik hizmetler daha çok radyoloji, laboratuvar gibi hizmetleri, klinik olmayan hizmetler ise temizlik, yemek, güvenlik, çamaşır gibi hizmetleri içine almaktadır (Taylor ve Blair, 2002:3). Özellikle klinik olmayan hizmetlerin ihale süreci sonundan özel sektöre devredilmesi, sağlık hizmetlerinde en çok kullanılan yöntemlerden biridir. Klinik olmayan hizmetlerin ihale sürecinde fiyat birim başına değil, toplu olarak sözleşmede yer almaktadır. Klinik hizmetlerde ise ihale sözleşmesinde belirtilen fiyat genellikle birim fiyat olmakta ve vakıa başına devlet tarafından ücret ödenmesi şeklinde kullanılmaktadır.

İhale yöntemi, rekabetin sağlanması ve hizmet kalite standartlarının belirlenmesi ve maliyet ve finansmana ilişkin olarak ortaya çıkacak olan sorunların

çözümüne ilişkin olumlu sonuçlar ortaya koymakta iken, ihale sürecinde yaşanması muhtemel olan rüşvet sorunu, belli bir firmanın tüm ihaleleri kazanması sonucu tekel konumuna geçmesi, ihaleyi alan firmadaki çalışanların iş koşullarının kötülüğü gibi sorunlar olumsuz sonuçlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.3.2.1.1.1.2.Yönetim Devri Yöntemi

Yerel yönetimlere ait hastanelerin, yoksul ve yoksula yakın kişilere yönelik sağlık hizmetleri ile ilgili olarak çok yüksek taleple karşı karşıya kalmaları ve bu hizmetlerin karşılanması için gerekli kaynakların sağlanmasında yaşadıkları yetersizlikler, bu hastanelerin sahiplik ve yönetimlerinin birbirinden ayrılmasını zorunlu kılmaktadır (Shonick ve Roomer, 1982:182). Yönetim sözleşmesi, literatürde faaliyetlerin kontrolüne ilişkin sorumlulukların belli bir dönem boyunca, sabit bir ücret karşılığı başka bir kuruma devredilmesidir (Burton ve Hammoutene, 1991:78). Yönetim sözleşmesi, mülkiyet hakkı kamu idaresinde kalmak üzere kuruluşun sadece yönetiminin özel kesime devredilmesini ifade etmektedir (Aktan, 2002:141). Yönetim sözleşmesi mülkiyeti yine ilgili kamu idaresine kalmaktadır. Mülkiyete sahip olan kurum, devredilen hizmetin yürütülmesi ile ilgili işlemlerde sözleşme şartlarına uymak durumundadır. Hizmet sunumunu devreden kurum, hizmetin sunulmasına ilişkin olarak sözleşmedeki şartlara uymak kaydı ile denetleme ve kontrol etme yetkisini kendisinde saklamaktadır.

Yönetim devri, kamu kurumlarının tamamen özelleştirilmesi sebebiyle oluşabilecek tekelleşme benzeri uygulamaların ve rasyonel olmayan personel istihdamının önlenmesinin yanı sıra, kaynak kullanımında etkinliğin sağlanması ve kamu giderlerinin azaltılmasına ilişkin doğru çözümler üretebilecektir (Güner, 2006:34). Yönetim devri, özelleştirilmesi uygun görülmeyen kamu kurumlarının yönetimlerinin özel sektöre bırakılarak, devlete maliyet olma noktasından, etkin ve verimli hizmet sunan birimler olmasına katkıda bulunması, bunun yanında kamu kurumunun özelleştirilmesine ilişkin sorunların ortadan kaldırılarak özelleştirmeyi kolaylaştırması bakımından oldukça önemli bir rol oynamaktadır.

Yönetim devri, kamu hastanelerinin özelleştirilmesine ilişkin olarak yaşanması muhtemel sorunların giderilmesine, kamu hastanelerinin kamu mülkiyeti, kontrolü ve denetimi altında olmak koşulu ile piyasa kurallarında etkin ve verimli

hizmet sunan kuruluşlar olarak faaliyet bulunabilmelerine olanak sağlamaktadır. Özel sektör kuruluşlarında uygulanan yönetim tekniklerinin kamu sağlık kuruluşlarında uygulanabilmesi, kamu sağlık kuruluşlarının, sağlık hizmet sunumundaki payını her geçen gün arttıran özel sektör ile rekabet edebilme gücünü yükseltecek, teknolojik gelişmelerin kamu hastanelerinde içselleştirilmesine, personel istihdamında liyakat ölçüsünün belirginleşmesine ve sağlık hizmet kalite standartlarının yükselmesine yardımcı olacaktır.

2.3.2.1.1.1.3. İmtiyaz Yöntemi

İmtiyaz yöntemi, belli coğrafi alanlardaki hizmetlerin kapsamı ve niteliğine ilişkin yetersizliklerin giderilmesi amacıyla, o bölge ile sınırlı yetki ve sorumluluğun özel sektöre kiralanması, devredilmesini ifade etmektedir (Perrot, 2006:860). İmtiyazı alan özel kurum açısından tekelci durum söz konusudur. Özel kurum, genellikle belli bir coğrafi alanda imtiyaz sahibidir ve yatırımları o bölge ile sınırlıdır. Buna karşın özel firmaya, yatırımlarının karşılığını alabilmesi için belli bir coğrafi alanla sınırlı olarak teminat tekeli verilmektedir (Levrat, 1995:34). İmtiyaz sözleşmesinde genellikle bir doğal tekel durumu söz konusudur. Belli bir coğrafi alanda belli bir faaliyetin yürütülmesine ilişkin olarak tekel konumuna sahip olan kamu kurumu, yalnızca belli bir faaliyete ilişkin yetki ve sorumluluğunu, coğrafi alanlar ile sınırlı kalmak koşulunda özel kuruma devretmektedir.

İmtiyaz (lisans) sözleşmeleri genellikle bölgesel sınırlamalara dayalı olarak oluşturulmaktadır. Ancak bununla birlikte hizmet ile ilgili sınırlamaları içeren sözleşmelerde yaygın olarak yapılmaktadır. Buna göre belli bir hizmetin sunulmasına ilişkin olarak özel kuruma imtiyaz hakkı verilmektedir. Bölgesel imtiyaz ve hizmet imtiyazı uygulamaları birbirinden farklı niteliklere, gerekçelere ve amaçlara sahiptir. Bölgesel imtiyaz hakkının verilmesinde bölgesel anlamda hizmetin sunumunda yaşanan yetersizliklerin giderilmesi, bölgesel yatırımların arttırılması ve buna bağlı olarak teminat hakkı olarak belli bir coğrafi alanda teminat tekelinin verilmesi söz konusudur. Hizmet imtiyazında ise temel amaç, sunulacak olan hizmetlerin minimum kalite standartlarına sahip olmasının sağlanmasıdır. Hastaların güvenli bir şekilde tedavilerinin sağlanması amacıyla minimum standartların belirlenmesi ve bu standartlara sahip olan özel kuruluşlara imtiyaz hakkının verilmesi hizmet

imtiyazının temel açılımını oluşturmaktadır (Afifi, Buse ve Harding, 2003:256). Hizmet imtiyazında, teminat tekeli olarak belli bir faaliyet ile ilgili hizmet sunma hakkı, özel firmaya verilmektedir. İmtiyaz sözleşmeleri, özel kurum tarafından yapılan yatırımın niteliği ve büyüklüğü ile ilgili olmak üzere çok uzun süreli olarak yapılabilmektedir. Sözleşme süresince sözleşmede belirlenmiş olan şartlara uyulması esastır. Özellikle hizmet imtiyazlarında hizmetin minimum standartlarda sunulması, sözleşmedeki en önemli şartlardan birisidir. Özel firma sözleşme boyunca tüm risk ve somluluğu üstlenmekte, fakat bunun yanı sıra hizmetin sunulmasına ilişkin fiyatlamayı da garanti altına almaktadır. Esasen imtiyaz yönteminin uygulanmasına ilişkin en önemli zorluk fiyatlandırmanın yapılabilmesidir.

Sağlık hizmetlerinde imtiyaz yöntemi, belirli bir coğrafi alandaki birincil sağlık hizmetlerinin sunulması kapsamında veya çok büyük yatırım gerektiren ve hizmet sunumu süresince teknolojik gelişmeler bağlamında çok yüksek düzeyde esnekliği zorunlu kılan hizmetler kapsamında uygulanabilmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin bölgesel farklılıklara neden olmayacak şekilde sunumu, özel nitelikli bazı hastalıklarının tedavisi için sivil toplum kuruluşlarının katkısının artırılması, çok yüksek yatırım gerektiren sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması ve sağlık hizmet sunumunda minimum standartların oluşturulması sağlık hizmetlerinde imtiyaz uygulamasından beklenen sonuçlar arasında sayılabilir.

İmtiyaz yöntemi ile ilgili olarak yaşanması muhtemel en büyük sorun, imtiyazı elinde bulunduran özel kuruluşun, teminat tekeli kullanarak fiyatlar, hizmet sunumu gibi konularda toplumsal faydayı öteleyen bir anlayışa sahip olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu pozitif dışsallığın, imtiyaz hakkının özel fayda ekseninde kullanılması sebebiyle negatif dışsallığa dönüşmesi ve bu sürecin toplumsal fayda düzeyini olumsuz etkilemesi, sağlık hizmetlerinde imtiyaz sözleşmesinin kullanımını zorlaştırmaktadır.

2.3.2.1.1.1.4. Kamu Özel Sektör Ortaklığı ve İşbirliği

Ortaklık kelimesi çok farklı ve geniş kullanım alanına sahiptir. Ortaklık, sinerji potansiyeli taşıyan ve toplamın paçalardan büyük olduğu tezine dayanan, her bir aktörün sürecin bütün aşamalarında eşit olarak katkıda bulunmadığı bir işbirliğini ifade etmektedir (McQuaid, 2000:11). Devlet ve sivil toplum kuruluşları ve kamu-

özel sektör arasındaki geleneksel sınırların kaldırılmasına olan ihtiyaç, özellikle liberizasyon sürecinin hızlandığı dönem ile ilgili olarak bu işbirliğinin önemini giderek arttırmıştır. İşbirliği, toplumlardaki yönetimin bütün seviyelerinde var olan sektörler arasında eşit muamelenin yapılmasını ve yeni ortaklıkların oluşturulmasını gerekli kılan önemli bir kavramdır (Thomas ve Curtis, 2003:3).

Kamu özel sektör ortaklığı (PPP)²⁴ ve işbirliği (PPC)²⁵, risklerin ve kazançların paylaşımı yanında ortak amaçların paylaşımını ifade eden, topluma hizmetlerin etkin bir şekilde ulaştırılması amacıyla oluşturulmuş bir sözleşmedir. Özel sektör bu uygulamada projenin bir bölümünü üstlendiği gibi tamamını da üstlenebilmekte ve benzer şekilde projenin finansmanı da özel veya kamu sektöründen karşılandığı gibi, her ikisinin katkısı ile de sağlanabilmektedir (Nikolic ve Maikisch, 2006:1). Kamu özel sektör ortaklığı ve işbirliği, kamu hizmeti olarak nitelendirilen, devletin imtiyaz hakkını elinde bulundurduğu, devletin tamamen çekilmek istemediği ve özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetler ile ilgili olarak özel sektörün katılımını sağlamak ve devletin finansman, yönetim gibi alanlarda yaşadığı sıkıntıyı aşmak için geliştirilen modellerin üst başlığıdır (Eker, 2007:60). Kamu özel ortaklıkları bir tür imtiyazdır. Sistem, kamuya ait gayrimenkuller üzerinde özel firma tarafından bir hizmet biriminin oluşturulması, belirli bir süre boyunca özel firma tarafından işletilmesi, sürenin sonunda işletmenin her türlü varlığıyla kamu idaresine devredilmesini (Eryılmaz ve Eken, 1990:67; Eken, 1995:40), kiralanmasını veya özel firmanın bünyesinde devam etmesini içeren bir sözleşmenin devlet ve özel firma arasında imzalanması şeklinde işlerlik kazanmaktadır.

Kendi kaynağını kendisinin oluşturması bakımından kamu idaresine herhangi bir mali külfeti olmayan bu yöntem bir tür imtiyazdır. Sistemin yapısında kamuya ait gayrimenkuller üzerinde özel kişi ya da kişiler tarafından bir hizmet birimi oluşturulması, sözleşmede belirlenen süreler içinde özel kişilerce işletilmesi ve süre bitiminde işletmenin her türlü varlığıyla karşılıksız olarak kamu idaresine geçmesi esası yer almaktadır

²⁴ PPP: Public Private Partnership

²⁵ PPC: Public Private Collaboration

Kamu özel ortaklıkları, yabancı kaynak girişi ile çok yüksek bütçeli yatırımlara ilişkin finansman yetersizliklerini ortadan kaldırması, kar anlayışı ile mal ve hizmetin sunumu sayesinde yüksek standartlarda etkin hizmet sunumuna imkan sağlaması, devlet tarafından yapılacak ödemelerin inşaatın tamamlanması ve faaliyete başlaması sonrasında yapılacak olması sebebiyle bina yapım maliyet ve sürelerinde etkinliğin sağlanması yönünde önemli avantajlara sahiptir (Tekin, 2007:11-12). Kamu özel sektör ortaklığı ve işbirliği, mal ve hizmetin sunumuna ilişkin sorumluluğunu tek taraflı olarak kamu sektörüne veya özel sektöre devretmek yerine, kamu ve özel sektörün birlikte ve ortak katılımını içeren farklı uygulama modellerinin ortak adıdır. Bu yönüyle kamu özel sektör ortaklıkları, devletin tek hizmet sunucusu olduğu hizmet üretim modelinden ve devletin hizmet sunumuna ilişkin tüm yetkilerini özel sektöre devrettiği üretim modelinden farklı olarak, her iki kesimin mal ve hizmet üretimine ortak ve eşit olmayan biçimde katılımını öngören üretim modellerini işaret etmektedir.

Kamu özel ortaklıklarında uygulanacak modeller, kamu ve özel sektörün hizmet sunum sürecine katılım derecelerine, uygulanacak olan projenin niteliğine ve risk dağılımına bağlı olarak ortaya çıkacaktır (Tekin, 2007:10). Kamu özel ortaklığı ve işbirliğine yönelik modeller temel çıkış noktaları aynı olmakla birlikte, süre, yönetim biçimi ve sahiplik açısından birbirinden ayrılmaktadır.

Tablo 21. Kamu-Özel İşbirliği Modelleri

	Yap, işlet, devret	Yap, sahip ol, kirala	Yap, sahip ol, işlet	Dizayn et, yap, finanse et, işlet
Mülkiyet	Devlet	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör
Yapım	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör
İşletim/yönetim	Devlet	Devlet	Özel Sektör	Özel Sektör
Finansman	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör

Yap, İşlet, Devret (Built, Operate, Transfer-BOT) : bu model, özel firma ile yapılan sözleşme çerçevesinde, hizmetin sunulmasına ilişkin bütün yatırımların yapılması karşılığında, özel firmaya makul bir kar oranı içinde mal ve hizmeti sunma

hakkının devredilmesini ve sözleşmede belirtilen süre sonunda söz konusu yatırımın mülkiyeti ve işletmesinin devlete bırakılmasını ifade etmektedir.

Yap, Sahip ol, Kirala (Built, Operate, Lease: BOL) : Modelde özel firma ile yapılan sözleşme çerçevesinde hizmetin sunulmasına ilişkin bütün yatırımların yapılması karşılığında, özel firmaya devlet tarafından tekrar kiralanacağı taahhüdü verilir. Mülkiyeti özel firmada kalacak olan yatırımın yönetimi ise devlete aittir.

Yap, Sahip ol, İşlet (BOO) : Özel firma ile yapılan sözleşme çerçevesinde, hizmetin sunulmasına ilişkin bütün yatırımların yapılması karşılığında, özel firmaya çok uzun bir süre ürettiği mal ve hizmetin devlet tarafından alınacağı taahhüdü verilir. Özel firma sözleşmedeki süre boyunca imtiyaz hakkına sahip olacaktır. Sözleşmede belirtilen süre sonunda mülkiyet özel sektörde kalacaktır.

Dizayn et, Yap, Finanse Et, İşlet (Design, Built, Finance, Operate) : Esasen bu model, Yap, Sahip ol, İşlet modelinden çok farklı değildir. Özel firma hizmetin sunulmasına ilişkin bütün yatırımları yapacak, daha sonra mülkiyeti ve yönetimi kendine ait olmak üzere hizmet sunmaya devam edecektir. Devlet tarafından bu hizmetin uzunca bir süre alım taahhüdüne bağlanması söz konusudur. Diğer modelden farkı ise, devlet tarafından dizayn edilmiş bir projenin özel sektör tarafından yapılması değil, yatırımın dizaynı başta olmak üzere bütün süreçlerinin özel sektör tarafından ele alınması ve yapılmasıdır. Bu sistem, yatırımı bir bütün olarak ele alabilme konusunda özel sektöre avantaj sağlaması sebebiyle tercih edilebilmektedir.

Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı ve işbirliği, kamu sektörünün sağlığın finansmanı, sunumu ve yönetimi ile ilgili olarak karşılaştığı sorunlar göz önünde tutulduğunda oldukça güncel ve önemli bir konudur. Çoğu devlet mali kısıtlamalarla karşı karşıya olduğu için kamu harcamalarının önceliklere göre sıralanması ile ilgili çok dikkatli davranmak durumundadır. Bunun yanı sıra sağlık hizmet sistemleri nüfusun yaşlanması, hizmet kalitesinin artırılması ve tedavi hizmetlerine ilişkin teknolojik gelişmelerin oldukça maliyetli yatırımlar gerektirmesi sebebiyle çok fazla borçlu hale gelmekte ve mali baskılarla yüzleşmektedir (Nikolic ve Maikisch, 2006:1). Sağlık sektöründeki kamu özel ortaklığı modelleri, hizmet sunumundan

etkinliğin sağlanması, hizmet kalitesinin artırılması, maliyet ve riskin paylaşılması gibi çok belirgin amaçlara sahiptir.

Bu model, devlet ve özel sektör arasından imzalanan bir sözleşme ile hastanelerin inşa edilmesi ve işletilmesi sorumluluğunun özel sektöre devredilmesini ifade etmektedir (McKee, Edwards ve Atun, 2006:891). Kamu özel ortaklığının sağlık sektöründeki uygulaması kapsamında özel firmanın kamu hastanesini inşa etmesi, yapım sonunda sahip olması, işletmesi ve tekrar devlete kiralaması mümkün olabilmektedir (Top ve Gider, 2004:71). Kamu özel ortaklığı modellerinin, sağlık hizmeti sunacak birimlerin yapılması aşamasından başlayarak, işletilmesi sürecini de içine alması, sözleşmelerin genellikle çok uzun süreli olarak imzalanması, özel firma ile imzalanacak olan sözleşmelerin şartlarının çok iyi oluşturulmuş ve risklerin çok iyi öngörülmüş olmasını zorunlu kılmaktadır.

Kamu özel ortaklıklarına ilişkin sözleşmeler, modellerin taşıdığı riskler ve sağlık hizmetinin bireyler ve toplum açısından önemi sebebiyle belli anahtar nitelikleri içermek durumundadır. Kamu özel ortaklığına ilişkin sözleşmelerin anahtar nitelikleri, kamu özel ortaklıklarının çok ayrıntılı ve özenli ve çok geniş kapsamlı olarak ele alınması gerektiğini çok açık bir şekilde göstermektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Kamu Özel Ortaklığı Sözleşmesinin Anahtar Kavramları

<ul style="list-style-type: none">• Proje aşamalarının tanımlanması<ul style="list-style-type: none">• İnşaat• İşletim• Transfer• Zaman çizelgesi ve proje kilometre taşları• Hizmetlerin nitelikleri<ul style="list-style-type: none">• Hizmet seviyesi• Hizmet Kalitesi• Denkleştirme Ölçütü<ul style="list-style-type: none">• Sabit denkleştirme• Değişken denkleştirme (maliyetler, yönetici ücretleri, performans bonusu, kullanıcı ücretleri)	<ul style="list-style-type: none">• Finansman<ul style="list-style-type: none">• Özkaynak• Borçlanma• Garantiler• Ayarlama Mekanizmaları<ul style="list-style-type: none">• Tetikleyiciler• Otomatik ayarlayıcılar• Düzenli bilgi ve denetim maddeleri• Organizasyon<ul style="list-style-type: none">• Danışma kurulu• Proje yönetim ofisi• Haklar ve Sorumluluklar• Düzenli toplantı	<ul style="list-style-type: none">• Fikri mülkiyet hakları• Hizmetin devam süresi ve bitimi• Çıkış Stratejileri<ul style="list-style-type: none">• Nedenler• Tazminatlar• Bölünebilirlik maddesi• İlgili mevzuat ve çözüm yerleri<ul style="list-style-type: none">• Tarafsız bilirkişiler• Yargılama• Hakemlik
--	---	--

Kaynak: Nikolic ve Maikisch, 2006:9.

Kamu özel ortaklığı modelleri, yeni finans kaynaklarının bulunması, doğrudan yabancı sermaye girişlerini teşvik etmesi, maliyetlerin özel sektöre devredilmesi ile riskin paylaşılması, etkin hizmet sunumu gibi faktörler sebebiyle oldukça ekonomik bir yaklaşım olarak görülmektedirler. Bunun yanı sıra sözleşmelerin çok uzun süreli ve hizmet alımını da içine alan geniş kapsamlı maddelerden oluşması, kamu özel ortaklığı modellerinin hukuki yönünü de ön plana çıkarmaktadır. Hangi modelin uygulanacağı çok iyi hesaplanmış ekonomik değerlendirmeleri ve oldukça kapsamlı şekilde düşünülmüş ve hazırlanmış, hukuki metinleri gerekli kılmaktadır.

2.3.2.1.1.2. Kamu Sağlık Kurumu Sözleşmeleri

Kamu sağlık kurumu sözleşmeleri, daha çok vakıf ve dernekler tarafından kurulan hastaneleri ifade etmektedir. Buna göre özel firma, kendi tesislerini, kendi finansman kaynaklarını kullanarak, kamu hizmeti misyonuna sahip bir kurumla işbirliği içinde devlet ile sözleşme imzalar ve kamu hizmeti sunma imtiyazına sahip olur (Perrot, 2006:860). Sivil toplum kuruluşları, toplumun hizmet kalitesi ile ilgili tercihlerine cevap verme konusunda, çok farklı yöntemleri kullanabilme sebebiyle oldukça yaygın olarak hizmet sunmada görev almaktadırlar (Carin, Jancloes ve Perrot, 1998:513). Özel firma kurumun kamusal hizmet misyonundan yararlanarak, kamusal hizmet sunma imtiyazını elde ederken, kamu hizmet kurumu, bir sivil toplum kuruluşu olarak yüklenmiş olduğu kamu hizmeti amacını, kendi kaynaklarını kullanmadan ve finansal açıdan çok büyük sıkıntı yaşamadan yerine getirebilmiş olacaktır.

Gana Hristiyan Sağlık Kurumu (Cristian Health Association of Ghana), 1967 yılından itibaren, kilise faaliyetleri ile Sağlık Bakanlığı arasında çok yakın ilişki kurarak insanlara sunulan toplam sağlık hizmetlerinin yeterli şekilde sunulabilmesini sağlamak için faaliyetlerde bulunmaktadır (CHAG, 2003:4). Gana Hristiyan Sağlık Kurumu, kiliselerin sağlık programlarını ve Hristiyan kuruluşların sağlık aktivitelerini düzenleyen, koordine eden şemsiye bir organizasyondur (Perschon, 2005:14). Malawi Hristiyan Sağlık Kurumu (Cristian Health Association of Malawi), 1966 yılında kurumsal hale gelmiştir. Kurum, sağlık hizmetlerinin optimal seviyede sağlanabilmesi için üyeleri arasında karşılıklı işbirliğini geliştirmenin yanı sıra,

Malawi halkının refah ve faydasını arttırabilmek için devlet ve kurum üyeleri arasında işbirliğini geliştirmeyi amaç edinmiştir (Beattie ve diğerleri, 1997:132). Kamu sağlık kurumu sözleşmeleri, sivil toplum kurumlarının, özel sektörün finansman imkânları ve tesislerini kullanarak kendi faaliyetlerini toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi doğrultusunda kullanılmasına olanak sağlayan bu yöntem, sağlık sektöründe kar amacı gütmeyen sivil toplum kuruluşlarının gönüllü katkısını etkinleştirmesi bakımından oldukça önemlidir.

Sivil toplum kuruluşlarının gönüllü çabası, tedavi hizmetinden daha çok toplumsal sağlık bilincinin arttırılması, gönüllülüğün geliştirilmesi, özellikle akıl hastalıkları, lösemi, AIDS gibi hastalıkların iyileştirme süreçlerine katkıda bulunması şeklinde gerçekleşmektedir.

2.3.2.1.1.3. Devlet ve Özerk Kurumları Bağlayan Sözleşmeler

Kamu yönetimine yönelik reform çalışmaların özü, liberizasyon sürecinin etkilerine bağlı olarak özerkliğe doğru kaymaktadır. Özerkliğe yönelik açılımlar, tüm kamu yönetimi içinde farklı düzeylere tartışılmakta ve uygulama alanı bulabilmektedir. Hizmet sunma esnekliğinin ve hizmet kalitesinin yüksekliğine bağlı olarak özerk kurumların kaynakların etkin kullanımına ilişkin sağladıkları başarı, merkezi idareye her anlamda bağımlı biçimde hizmet üreten kamu kurumlarının yerine bu kurumların kullanılmasına neden olmaktadır.

Sağlık sektöründe özerk niteliğe sahip kurumlara ilişkin en iyi örnek İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service) bünyesinde, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde sunumuna ilişkin olarak kullanılan yöntemdir. İngiltere’de hastane hizmetleri “trust” adı verilen birimler tarafından yönetilir ve yürütülür. Bir tür vakıf olarak tanımlanabilecek bu birimlerin, kaynakların verimli kullanımı ve yüksek kalitede hizmet sunumu konusunda oldukça güvenilir oldukları kabul edilmektedir (Karakoç, 2008). Buna göre İngiltere’de kamu hastaneleri vakıf statüsü elde edebilmekte ve hizmet alıcılar (devlet otoritesi) ile sözleşme imzalayabilmektedir. Vakıflar (trustlar), kamu mülkiyetinde olan ve Ulusal Sağlık Hizmetleri otoritesinin direktiflerine uymak zorunda olan sivil toplum kuruluşlarıdır (Perrot, 2006: 860). Farklı hizmet türlerine bağlı olarak birbirlerinden ayrılan vakıflar, yönetim

bakımından da farklılık göstermektedir. Vakıflar, acil sağlık hizmetleri, ruhsal sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri gibi farklı hizmet türlerine göre ayrılmaktadır.

Vakıflar, sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde sunulmasını kolaylaştırmasının yanı sıra, farklı sağlık hizmet türlerine göre uzmanlaşmış birimlere ayrılması sonucu sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin etkinlik ve kalite seviyesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır. Vakıfların sahip oldukları özerklik yerel düzeyde sağlık hizmeti talep edenlere olan yakınlıkları ile kaynakların yerel düzeyde etkin ve verimli şekilde kullanımı ve sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi konusunda oldukça faydalı olabilmektedirler.

2.3.2.1.1.4. Performansa Dayalı Sözleşmeler

Performansa dayalı sözleşmeler, kamu sağlığı için yapılan işlemlerin, davranışların performans değerlendirmesini kolaylaştıran, kamu sağlık organizasyonlarının yönetiminde bir araç olarak kullanılan bir yöntemdir (Halverson ve Mays, 2005:283). Bu sözleşmeler, her ikisi de kamu sektörü içinde yer alan organlar, kurumlar arasındaki anlaşmaları ifade etmektedir (Davies, 2001:27). Performansa dayalı sözleşmeler, yetki ve sorumluluğun özel sektöre devrinden farklı olarak, sözleşme sonucu yetki ve sorumluluğun benzer yasal statüye sahip olan kamu kurumlarına da devredildiği kamu hizmetleri yönetim araçlarından biridir.

Performansa dayalı sözleşmeler, yüklenicinin performansını ölçmek için gerekli göstergelerin ve amaçların çok açık bir şekilde belirlenmesini, yüklenicilerin tanımlanmış olan hizmetleri başarılı bir şekilde yerine getirdiğini değerlendirebilmek için gerekli olan performans göstergelerine ilişkin verilerin toplanmasını ve performans sonuçlarına göre yükleniciye ceza veya ödül verilmesini kapsayan anlaşmalardır (Loevinshon, 2008:11). Bu anlaşmalar, organizasyonun amaçları ve sorumlulukları ile ilgili verimlilik düzeylerinin arttırılmasına odaklanmıştır (Wagstaff ve Claeson, 2004:98). Performans kriterlerinin açık, anlaşılabilir ve ölçülebilir biçimde ortaya konmaması, sözleşmede yer alan şartlar çerçevesinde değerlendirmeler yapabilmek için gerekli olan verilerin toplanmasını ve buna bağlı sözleşme hükümlerinin ifa edilmesini zorlaştıracaktır.

Kamu sağlık sektöründe performansa dayalı sözleşmeler, temelde iki düzeyde yapılmaktadır. Birincisi ödenekleri dağıtan kurumun (hazine, maliye bakanlığı vb.)

merkezi idare ve yerel idarelere ayrılacak ödenekleri ve yapılacak ödemeleri, bu idareler ile yapacağı performansa dayalı sözleşme maddelerine bağlı olarak kullanmasıdır. İkincisi ise, merkezi idare ve yerel idarelerin diğer sağlık organizasyonları ile performansa dayalı sözleşme şartlarına uygun olarak hizmet alım işlemi yapmasıdır (Halverson ve Mays, 2005:283). Birincisi merkezi idare içinde, devlet birimleri ve ona bağlı kurumlar arasında yapılan çerçeve anlaşmalarını, hazine ve devlet birimleri arasında yapılan Kamu Hizmet Anlaşmalarını kapsamaktadır. İkincisi ise, ulusal sağlık sistemi içinde hizmet alıcılar ve sunucular arasında yapılan anlaşmaları, yerel otoriteler ile onların direkt hizmet sağlayıcıları arasında yapılan anlaşmaları kapsamaktadır (Davies, 2001:27). Performansa dayalı sözleşmeler kamu kurumlarının arasında özellikle ödeneklerin dağıtımı ile ilgili konuların çözümü ve kamu hizmeti sunanların performanslarının değerlendirilmesi sürecini kapsayan sözleşmeler ve kamuya hizmet sağlayıcı durumunda olanlara yapılacak ödemelerin belirlenmesi ile ilgili değerlendirmeleri kapsayan sözleşmeler olmak üzere iki farklı kategoride ele alınmaktadır. İkinci kategoride ele alınan sözleşmeler, kamu kurumlarının sağlık hizmeti sunumuna ilişkin yetki ve sorumluluklarını özel sektöre devretme ile birlikte, sağlık hizmeti üreten özel kurumların ortaya çıkması sonucu, bu kurumlara hizmet alımı karşılığında ödenecek miktarın performansa dayalı olarak belirlenmesini içermektedir.

Performansa dayalı sözleşmelerin başarısı, çok iyi belirlenmiş, açık ve anlaşılabilir performans göstergelerine, şeffaf, hesap verebilir veri alışverişine ve bu bilgiler ışığında verimliliği, etkinliği teşvik edecek ödül ve ceza sistemine bağlıdır. Performans göstergelerinin yanlış belirlenmesi, gereksiz ve pahalı tedavi süreçlerinin artmasına, şeffaf olmayan veri alışverişi yolsuzluklara, yanlış bilgiler ışığında değerlendirilen ve işletilen ödül ve ceza mekanizmaları, hizmet maliyetlerinin artması ve etkinlik kaybına neden olabilecektir.

2.3.2.1.1.5. Satın Alma Faaliyetine Dayalı Sözleşmeler

Satın almaya dayalı sözleşmeler, yetki ve sorumluluğun yapılan ödeme karşılığında bir ortağa devredilmesinin, hizmeti kendi başına üretmekten daha iyi olduğu gerekçesine dayanmaktadır. Fon sahipleri, faaliyetlere ilişkin sorumluluklarını, en iyi teklifi veren ortağa devrederek, kaynakların kullanımında en

iyiye ulaşmaya çalışmaktadırlar (Perrot, 2006:860). Bu tür sözleşmeler, hizmetlerin sunulmasına ilişkin sorumlulukların devrini ve hizmetlerin bedelinin fon sahipleri tarafından ödenerek satın alınmasını ifade etmektedir.

Satın alma faaliyetine dayalı sözleşmeler, fon sahiplerinin sağlık hizmet sunucularında sağlık hizmeti satın alması ile ilgili sözleşmeler ve sağlık hizmet sunucularının üretim süreçleri ile ilgili sözleşmeler olmak üzere iki ayrı başlık altında ele alınabilir.

Sağlık hizmeti satın almaya yönelik olarak oluşturulmuş fonları ellerinde bulunduranlar, sağlık hizmeti üretenlerden hizmet talep ederek sağlık hizmeti satın alabilmek için bu fonu kullanabilmektedirler. Söz konusu fonlar, bireysel olarak elde tutulabileceği ve kullanılabilmesi gibi, daha sonra sağlık hizmeti satın almak üzere belli bir kuruma yapılan ödemeler karşılığında, aracı kurumun birey adına sağlık hizmeti satın alması şeklinde de kullanılabilir.

Fon sahibi olarak bireyin, sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmetini satın aldığı durumlarda birey ile kurum arasında bir sözleşme imzalanmasına gerek yoktur. Bunun yanı sıra birey, kendisi hizmeti satın almak yerine, fonlarını bir aracı kuruma devredebilir. Bu durumda kurum, hizmetin kendisi tarafından mı sunulacağı veya bir hizmet sunucudan mı alınacağına karar verir (Perrot, 2006:861). Bireyin fonlarını aktardığı kurum, hem birey ile hem de birey adına sağlık hizmeti satın alacağı sağlık hizmet üreticileri ile sözleşme imzalamak durumundadır. Birey ile yapılan sözleşme, kuruma aktarılan fonun niteliği, süresi, hizmetten yararlanma şartları ve sınırları gibi her iki taraf açısından hak ve yükümlülükler içeren maddeleri içermektedir.

Bireyler ellerindeki fonları sağlık hizmeti satın alabilmek için zorunlu olmayan sigorta sistemindeki kurumlara, gönüllülüğe dayalı olarak aktarabilecekleri gibi, zorunlu sigorta sistemi içinde var olan kurumlara, mecburiyete dayalı olarak da aktarabileceklerdir (Perrot, 2006:861). Liberizasyon süreci ve beraberinde para ve sermaye piyasalarında yaşanan değişim, hem piyasada rekabet şartlarında faaliyet gösteren sigorta kurumlarına bireylerin gönüllü katılımlarını, hem de tekel konumunda faaliyet gösteren ve vergiye benzer şekilde zorunluluk gösteren, devlet tarafından kurulan ve işletilen sosyal güvenlik kuruluşlarının niceliksel ve niteliksel gücünü arttırmıştır. Bu süreçte, devletin sağlık hizmetlerinin tek sunucusu olma

niteliğini kaybetmesi, özel sektörün farklı yöntemler kullanarak, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili yetki ve sorumluluğu devralması, devlet açısından etkinlik ve verimlilik kriterleri etrafında, hizmet sunumundan satın almaya doğru geçişin hızlanmasına ve buna ilişkin modellerin genişlemesine neden olmuştur.

Sağlık sektöründe piyasalaşma sürecinin hızlanması, sermaye piyasalarının gelişmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinlik ve verimlilik ilkesinin ön plana çıkarılması gibi faktörler sebebiyle, sağlık sektöründe satın alma kavramı pasif satın alma modelinden, stratejik satın alma modeline doğru gelişim göstermiştir.

Pasif satın alma, önceden belirlenmiş olan bütçeye uygun hareket edilmesi veya faturaların, ödemelerin basit bir şekilde geriye yönelik olarak yapılmasıdır (Robinson, Jakubowski ve Figueras, 2005:3). Stratejik satın alma ise, sağlık hizmetleri için satın alınan malların yalnızca parasal değeri ile ilgilenmez, sağlık hizmetlerinde girdi olarak kullanılan uzman personelin, ekipmanın, araçların etkinlik ve verimlilik değerlerine odaklanır (WHO, 2000:XVII). Stratejik satın alma, toplumsal ihtiyaçlar ve öncelikler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesini, bireyler arasında dağılımını, hizmetlerin karşılanma biçimini içine almaktadır (England, 2000:6). Stratejik satın alma, toplumun sağlık ihtiyaçlarının ve bu ihtiyaçlar içindeki önceliklerinin belirlenmesini, bu değerlendirmelerin sonucu olarak ihtiyaçların nasıl karşılanacağını, yalnızca parasal ve bütçesel değer olarak ele almadan, daha geniş ve kapsayıcı perspektifle etkinlik, kalite ve verimlilik kriterleri olarak ele alan bir hizmet satın alma modelidir.

Stratejik satın alma, hizmet üretenlerin kaynaklarının harcanması, finansal risk yönetimi ve kaynakların toplanmasına ilişkin konuları ve sınırlamaların ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Stratejik satın alma etkinlik ve verimliliğe ulaşmak, daha geniş bir tanımlama ile kıt kaynakların akıllıca kullanımını, dağılımını sağlamak amacıyla birçok farklı kısıtlar ile uğraşmak durumundadır (Preker ve Langenbrunner, 2005; Preker, Langenbrunner ve Belli, 2007:55).

Kimin için alınacak: Hizmetten faydalanacak grupların belirlenmesi için iyi bir veri setinin yokluğu.

Ne alınacak: Maliyet etkinliğe ilişkin iyi verinin yokluğu.

Kimden alınacak: genellikle ayakta tedavi hizmetlerinde özel sektörün, yataklı tedavi hizmetlerinde kamu hastanelerinin ağırlığı sebebiyle seçeneklerin azlığı.

Ne kadar ödenecek: Hem kamu hem de özel sektörde sağlık hizmeti üretenlerin maliyet verilerinin yokluğu.

Nasıl Ödenecek: Yönetim ve kurumsal kapasitenin zayıflığı.

Stratejik satın alma, bütün bu sorular ve bu sorulara ilişkin sınırlamalar ışığında, satın alınacak hizmete ilişkin olarak doğru, güvenilir veri setlerinin oluşturulması, fayda maliyet analizleri başta olmak üzere çok farklı değerlendirme tekniklerinin kullanılması, yönetim ve kurumsal yapının güçlendirilmesi gibi faktörleri içinde barındıran bir modeldir. Stratejik satın alma ile, devletin sağlık sektöründe giderek artan ölçüde söz sahibi olan özel sektörden yaptığı hizmet alımlarında, bütçe ve ödenek temelli bir yaklaşımdan uzaklaşarak, hizmetin kalitesi, etkinliği, verimliliği, açıklığı ile ilgili analizlerin kullanımının yaygınlaşması sağlanacak ve kaynakların etkin kullanımının sağlanması ile beraber toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkı oluşturulabilecektir.

2.3.2.1.2. İşbirliğine Dayalı Sözleşmeler

İşbirliği, birlikte çalışmaktan fazlasını ifade eden bir kavramdır. İşbirliği, ortak amaçlar doğrultusunda, ortak kaynakları kullanarak, taraflar arasında imzalanan sözleşme şartlarına dayalı olarak ortaya çıkan birliktelikleri, ortaklıkları ifade etmektedir. Sözleşmede belirtilen şartlar, tarafların yükümlülükleri, ortak amaçlara ulaşma ve ortak kaynakları kullanma düzeylerine bağlı olarak işbirliğine dayalı sözleşmeler zayıf ve güçlü organizasyonel birliktelik içeren anlaşmalar biçiminde ele alınabilir.

2.3.2.1.2.1. Zayıf Organizasyonel Birliktelik İçeren Sözleşmeler

Zayıf organizasyonel birliktelik içeren sözleşmeler, işbirliğinin amaç ve araçlardan oluşan çerçevesi üzerinde varılan anlaşmaları içermektedir. Bu sözleşmelerde sözleşmenin her bir aktörünün özerklik derecesi oldukça yüksektir (Perrot, 2006:862). Her bir aktör, organizasyonel birliktelik gereği sorumlu olduğu alanlarda çok yüksek özerkliğe sahiptir (Perrot, Carin ve Evans, 2005:3). Buna göre

organizasyonel birliktelik içindeki her bir aktör, belirlenen amaçlar doğrultusunda yapılan sözleşme gereği işbirliğine dahil olmaktadır. Organizasyonel birliktelik içinde aktörler kendi özerk alanlarını oluşturarak kendilerine düşen faaliyetleri, sözleşmedeki amaçlar çerçevesinde yerine getirmektedirler.

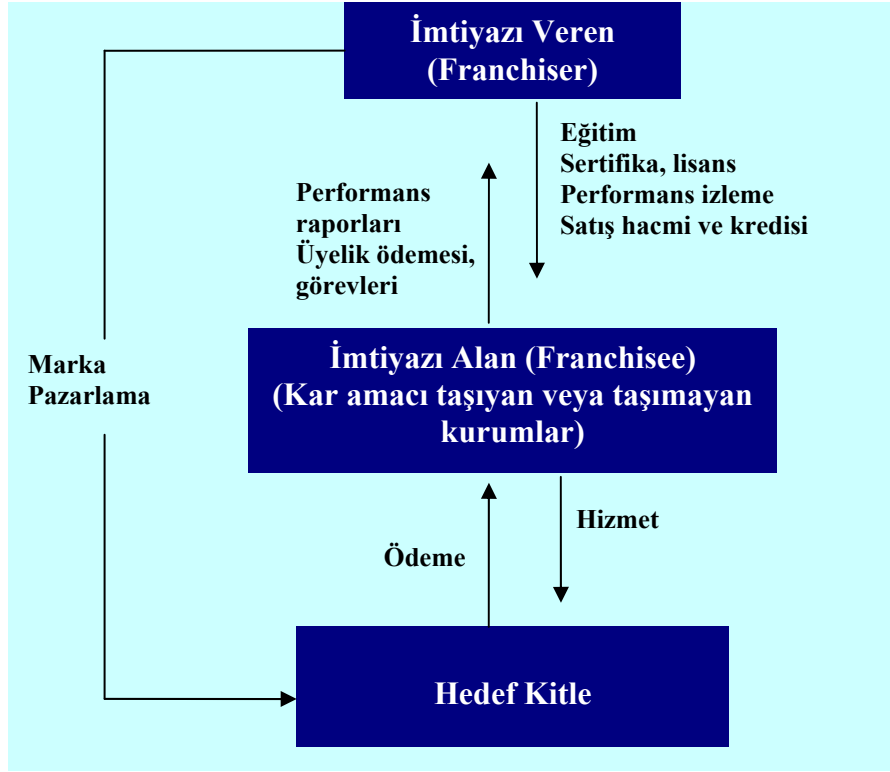
Zayıf organizasyonel birliktelik içeren sözleşmelere ilişkin en bilinen uygulamalar imtiyaz anlaşması (franchising) ve sağlık hizmet kurumları ile gönüllü organizasyonlar arasındaki işbirlikleridir.

2.3.2.1.2.1.1. İmtiyaz Anlaşması (Franchising)

İmtiyaz anlaşması, hem uluslararası pazarlamada, hem de perakendecilikte var olan iki tarafın sözleşmeye dayalı olarak yaptıkları anlaşmalardır (Stahl, 2006:219). İmtiyaz anlaşması, bir firmanın (franchiser) kendi marka ismi altında faaliyette bulunması için bağımsız bir işletmeye (franchisee) imtiyaz hakkını verdiği bir tür işletme modelidir (Ruster, Yamamoto ve Rogo, 2003:1). Sistemin temeli, üst otoritenin ortak bir amacı paylaşan tüzel kişilik ağı oluşturma arzusuna dayanmaktadır. İmtiyazı veren (franchiser) tüzel kişilik ağının koordinatörüdür ve birlikteliği, yeknesaklığı sağlamaya çabalamaktadır (Perrot, 2006:862; Perrot, 2004:24).

Sağlık hizmetlerinde franchising sistemi, genellikle uluslararası organizasyonlar veya sivil toplum kuruluşları tarafından desteklenir. İmtiyazı veren firma, imtiyazı alan firmaya personelin eğitimi, performans izlemeleri, sertifikaların nitelikleri ve marka pazarlaması ile ilgili olarak destek vermektedir. İmtiyazı alan firma hedeflenen kitleye hizmeti sunmakta ve karşılığında hizmetin bedelini tahsil etmektedir (Ruster, Yamamoto ve Rogo, 2003:1). Franchising, hizmet kalitesi ve bilgi yönünden eksikliğin yaşandığı, hizmete yönelik talebin gizlendiği ve hizmetin çok pahalı olması sebebiyle talep eksikliğinin yaşandığı süreçte, hizmet kalitesini arttırarak, hizmetten yararlanan müşteri hacmini genişleterek sorunların çözümüne katkıda bulunmaktadır (Montagu, 2002:122).

Şekil 15. İmtiyaz Anlaşması (Franchising) İşleyişi



Kaynak: Ruster, Yamamoto ve Rogo, 2003:1

Sağlık hizmetlerinde franchising uygulaması, hizmet etkinliğinin sağlanması ve hedeflenen kitleye doğru biçimde ulaşılması ile ilgili süreçte, uluslararası tecrübelerin, marka değerinin, personel eğitiminin, performans izleme ölçütlerinin topyekün başarısına bağlı olarak toplumsal fayda düzeyini arttırmakta, ölüm ve hastalık oranları gibi istatistiklerin düzelmesine katkıda bulunmaktadır.

2.3.2.1.2.1.2. Sağlık Hizmet Kurumları Ve Gönüllü Organizasyonlar Arasındaki İşbirliği

Özel ve kamu sağlık kurumları ile gönüllü organizasyonlar arasında işbirliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerine ilişkin faaliyetlere gönüllü organizasyonların dahil olabilmesinin yolunu açması açısından oldukça önemlidir. Gönüllü organizasyonlar sağlık hizmetlerinin sosyal adalet duygusu içinde, ayrıcalıklı sınıfın olmadığı bir düzen içinde sunulmasını sağlamaya yönelik faaliyetlerde bulunmaktadır (VHAI, 2008). Gönüllü organizasyonlarla yapılan işbirliği, kamu sağlığının güçlü bir şekilde savunulmasını, toplumsal bilgi paylaşımının işbirliği içinde sağlanmasını etkin bir şekilde düzenlemektedir.

Gönüllü organizasyonlar ile yapılan işbirliği ile toplumsal denetim, gözetim, hizmet kalitesi, hizmetin adil sunumu ile ilgili olarak etkin bir rol üstlenmekte ve toplumsal adalet ve eşitlik duygularını olumlu şekilde yönlendirmektedir.

2.3.2.1.2.2. Güçlü Organizasyonel Birliktelik İçeren Sözleşmeler

Güçlü organizasyonel birliktelik içeren sözleşmelerde işbirliğinin genel çerçevesi üzerinde anlaşılan aktörler, işin tamamında olmasa da çoğunda birlikte hareket etmektedirler (Joshi ve Chandra, 2006). Bu sözleşme çerçevesinde aktörlerin özerkliği çok daha fazla sınırlıdır. Birliktelik sözleşmesinde yer alan aktörler, sözleşmede belirtilen amaçlara ilişkin özerk şekilde çalışmak yerine, işin çoğunu birlikte yürütmektedirler.

Bu tip sözleşmelere örnek olarak müşterek yönetimler ve stratejik ortaklıklar gösterilebilir (Perrot, 2004:27).

2.3.2.1.2.2.1. Müşterek (Ortak)Yönetim (Joint Management)

Ortak yönetim makro temelde ele alındığında, işveren ve ticari birliklerinin ortak yönetim içinde sosyal güvenlik kurumlarını yönetmesi örneğinde olduğu gibi, yetki ve sorumluluğun aktörler arasında paylaşıldığı bir sistemi ifade etmektedir (Perrot, 2006:862). Ortak yönetim, sözleşmede yer alan aktörlerin özerk hareket etmediği, sözleşmede belirtilen amaçlar doğrultusunda yönetim yetkisini ve sorumluluğunu paylaştıkları bir yönetim biçimidir.

Mikro temelde ele alındığında ise ortak yönetim komitesi tarafından yönetilen sağlık hizmetleri kurumlarını veya hem sosyal kurumların temsilcileri hem de sağlık personeli tarafından oluşturulmuş olan yönetim kurullarını ortak yönetim'e örnek gösterebiliriz (Perrot,2006:862). Bu anlamda ortak yönetim, toplumsal katılımı da içine alan bir yönetim biçimini ifade etmektedir. Özellikle daha yerel düzeyde hizmet veren sağlık kuruluşlarının ortak yönetim komitesi veya yönetim kurulu marifetiyle yönetilmesi ve bu komite ve kurullar içinde sağlık personelinin yanı sıra sosyal kurumların temsilcilerinin yetki sahibi olması, ortak yönetimin varlığı için gerekli temel şartlardandır.

Sağlık hizmetlerinde ortak yönetim, sağlık kurumları tarafından üstlenilen kamu hizmetinin sağlanmasını temin etmekten sorumlu olan sağlık yönetimi ile

finansal katkılarının nasıl kullanıldığını kontrol eden toplum arasında dengenin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır (Perrot, 2004:28). Ortak yönetim ile toplum sağlık hizmetlerinin sunulabilmesine ilişkin olarak, sosyal güvenlik kuruluşları veya farklı yollarla katkıda bulunduğu sağlık hizmetlerinin sunumunun kontrolünü yapabilecek, bunun yanı sıra sağlık hizmetleri yöneticileri, topluma sağlık hizmetlerini sunma görev ve sorumluluğunu üstlenen sağlık kurumlarının denetimini sağlayabilecektir.

2.3.2.1.2.2.2. Stratejik ortaklıklar

Ortaklık (alliance), geniş anlamda, süregelen ilişkileri bağlamak için, sorumlulukların ve çıktıların paylaşıldığı, benzer amaçlara sahip kurumlar arasındaki ilişkiler bütünü ifade etmektedir. Ortaklıklar, belirli bir amaç veya amaçların gerçekleştirilmesi için oluşturulduklarında stratejik nitelik kazanırlar (Bailey ve Koney, 2000:4).

Stratejik ortaklık, bağımsız kurumların stratejik amaçlar doğrultusunda birlikte hareket etmesidir (Luke, Olden ve Bramble, 1998:81). Stratejik ortaklıkların kurulabilmesi için iki veya daha fazla firmanın anlaşmaya varılan ortak amaçlara ulaşılması için birleşmeleri, ortak firmaların ortaklığın faydalarını ve yüklenilen sorumlulukların yerine getirilmesinin kontrolünü paylaşmaları ve ortak firmaların stratejik alanlardan en az birinde katkıda bulunması durumunda gerçekleşebilmektedir (Yoshino ve Rangan, 1995:4-5). Stratejik ortaklıklar, fayda ve maliyetlerin ortaklar arasında bölüşüldüğü, bağımsız kurumlar şeklindeki ortakların finansman, teknoloji gibi stratejik alanlardan en az birinde katkı sağladığı birleşmelerdir.

Stratejik ortaklıklar iki kategoride incelenebilir. İlk olarak “yatay” stratejik ortaklıklar, benzer türdeki organizasyonların, ölçek ekonomilerinin faydalarından yararlanmak için benzer amaçlar doğrultusunda oluşturdukları birlikteliklerdir. İkinci olarak “bütünleyici” stratejik ortaklıklarda ise organizasyonlar, rekabet avantajını ve stratejik konumunu korumak için büyük ölçüde piyasa ile ilgili amaçlar doğrultusunda birliktelik oluşturmaktadırlar (Kalunzy, Zuckerman ve Ricketts, 2002:8). Yatay stratejik ortaklıklar, birbirinden bağımsız fakat büyüklük, finansman gibi nitelikler bakımından benzer olan organizasyonların, yan yana gelerek ortak

amaçlar doğrultusunda birleşmeleridir. Ortakların birleşmeden beklentileri, ölçek ekonomisi sebebiyle ortaya çıkan maliyet, pazarlama gibi avantajlardan yararlanmaktır. Bütünleyici stratejik ortaklıklar ise, farklı alanlarda ve farklı türlerde faaliyet gösteren organizasyonların, sahip oldukları rekabet gücünü sürdürebilmek, sektördeki stratejik konumunu güçlendirmek amacıyla işbirliği yapmaktadırlar.

Stratejik ortaklık, ortaklığın teknolojinin ve finansal performansın geliştirilmesi ile ilgili beklenen getirileri veya faydaları ile, stratejik ortaklığın alternatif maliyeti ve organizasyonel maliyeti arasında denge kurmalıdır (Shortell ve Kalunzy, 1997:331).

Sağlık sektöründe stratejik ortaklıklar daha çok bütünleyici kategoride ele alınmaktadır. Aynı türde hizmet sunan sağlık birimlerinin yan yana birleşmeleri şeklinde değil, stratejik konumları güçlü, kendi alanlarında rekabet gücü yüksek sağlık kurumlarının ortaklık sözleşmesi imzalayarak güçlerini birleştirmeleri, sağlık sektörünün çoğu alanında rekabet gücü yüksek olan, stratejik konumunu güçlendirmiş birleşmeler şeklinde oluşturulmaktadır.

Sağlık sektöründe stratejik ortaklıklar, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin finansman kaynaklarının geliştirilmesi, teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetleri sektöründeki yansımalarının etkin şekilde uygulamaya alınabilmesi, farklı türdeki sağlık hizmetleri talebinin zaman ve mekan açısından etkin bir şekilde karşılanması gibi hem sağlık hizmetleri arzına, hem de sağlık hizmetleri talebine yönelik olumlu katkılar ortaya koyabilmektedir. Buna karşın, stratejik ortaklıkların en önemli dezavantajı, rekabet gücü çok yüksek, stratejik konumlarını güçlendirmiş ve farklı türdeki hizmet alanlarını kendi bünyesinde bütünleştirebilmiş ortaklıkların, piyasada sahip olacakları tekel güç ve bu gücün kullanımına ilişkin sorunlardır.

2.3.2.2. Sözleşmeye Dayalı Olmayan Alternatif Sunum Yöntemleri

Sözleşmeye dayalı alternatif hizmet sunma modelleri, temelde hizmetin devrine ilişkindir. Sözleşme uyarınca devlet üstlendiği hizmetleri yerel idarelere, özel sektöre veya gönüllü kuruluşlara devretmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak ortaya konan alternatif sunum yöntemlerinin çoğu bir sözleşmeye dayalı olarak yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmetleri arzının sahip olduğu nitelikler sözleşmeye dayalı yöntemleri gerekli kılmaktadır.

Sözleşmeye dayalı olmayan yöntemler, daha çok devletin sağlık hizmetlerinin arz ve talep yönüne ilişkin olarak sunduğu vergisel teşvikler ve bunlara ilişkin düzenlemelerdir. Sağlık hizmetlerinde talep tarafına yönelik yapılan desteklemeler kupon yöntemi, arz tarafına yönelik yapılan desteklemeler ise sübvansiyon yöntemi başlığı altında toplanabilir.

2.3.2.2.1. Kupon Yöntemi

Devlet sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak, sağlık hizmeti sunucularını desteklemenin yanı sıra, hizmet sağlayıcılardan talepte bulunan tüketicileri de sübvansiyon etmektedir. Bu yöntemde devlet söz konusu mal ve hizmeti talep eden tüm tüketicileri değil, genellikle gelir düzeyi düşük olan belli bir toplumsal kesimi sübvansiyon etmektedir. Belli kriterlere bağlı olarak belirlenen kişilere, devlet tarafından verilen ve söz konusu hizmete ilişkin satın alma hakkı taşıyan belgeler kupon (makbuz) olarak tanımlanır ve bu belgeler ile bireyler, yapılmış olan anlaşmalar çerçevesinde hizmetleri istediği kurumdan alabilme serbestisine ve hizmet bedelinin tamamını veya bir kısmını bu belgeler ile ödeyerek hizmet satın alma hakkına sahip olur.

Kupon, toptan veya taksitler halinde kısıtlı bir mal alım aracı olarak kullanılabilen bir değişim aracı, bir bağlanmış nakittir(Yazbeck, 2007:11) . Kupon sisteminde üretici genellikle özel bir firmadır ve tüketici elinde kupon ile ödeme yaparken, devlet kupon bedelini firmaya nakit olarak ödemektedir (Ulusoy ve Vural, 2003:126). Kuponlar hizmet bedelinin tamamını karşılayabildiği gibi, yalnızca önceden belirlenmiş olan bir kısmını da karşılayabilir (Acartürk, 2001:53). Bireyler tarafından alınan hizmet karşılığı verilen kuponların hizmetin bedelinin tamamını karşılamadığı durumlarda, aradaki fark hizmetten yararlanan birey tarafından ödenir.

Kupon yöntemi, tedarikçilerine yapılacak ödemeleri hizmet çıktısına bağlayan, müşterilere seçme ve rekabet şansını tanıyan, özel hastalıklar ve şartlara odaklanan ve gerçek ihtiyaç sahiplerine ulaşabilmek için hedeflenmiş sübvansiyonları içeren ve sağlık sisteminin güçlülüğüne katkı yapan bir hizmet sunum yöntemidir (Anschütz, 2008:5). Kupon yöntemi, talep yönlü bir sübvansiyondur ve bu nedenle hizmeti sunan birimlere yapılacak ödemeler, kupon kullanılarak verilen hizmetlerin karşılığı olarak yapılacaktır. Hizmet sunucuların

kupon karşılığı hizmeti sunduktan sonra ödemeyi alabilmeleri, kupon kullanıcılarına istediği kurumdan hizmet satın alabilme serbestisi sağlayacak ve benzer hizmeti sunan kurumlar arasında, kupon kullanıcılarına hizmet sunabilmek için bir rekabet oluşacaktır.

Sağlık hizmetlerinde kupon yöntemi, gelir düzeyi düşük olanların hizmetten yararlanmasına katkıda bulunmakla beraber, devletin sağlık hizmeti sunmak yerine, hizmetin özel sektör ve gönüllü kuruluşlar tarafından sunulmasına ve bu kuruluşların hizmetlerinden yararlanacak olan bireylerin finanse edilmesine katkıda bulunmaktadır (Aktan, 2007:17).

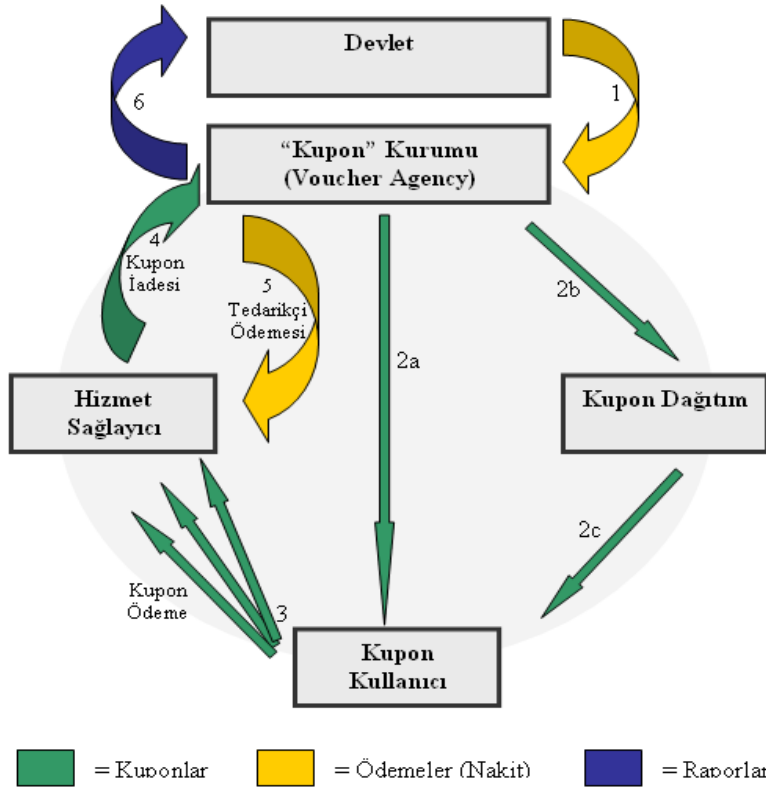
Kupon yöntemi, toplumun çok küçük bir kısmını doğrudan ilgilendiren, fakat negatif dışsallıkları çok yüksek olan bazı sorunların çözümünde kullanılabilir. Nikaragua’da kurulan kupon sisteminde, seksle bulaşan hastalıkların önlenmesi ve tedavisine yönelik hizmetler, nüfusun yüksek risk altındaki seks işçileri, onların partnerleri ve müşterileri üzerine odaklanmıştır (Sandiford, Gorter ve Salvetto, 2002:1). Kupon yönteminin bu şekilde kullanımı genellikle aracı bir sivil toplum kuruluşunun, bağışçı kurumun varlığını gerektirmektedir. Kullanılacak kaynakların etkinliğini sağlayabilmenin en temel faktörü hedeflenen kitleye en kısa sürede ve en doğru şekilde ulaşabilmektir.

Sağlık sisteminde kupon sisteminin işleyişi devletin kendi alt birim olarak veya özerk bir yapıda oluşturduğu kuruma, birime nakit aktarımı ile başlar(1). Daha sonra bu kurum tarafından üretilen kuponlar, kurum tarafından belirlenen hedef kitleye dağıtılır(2a). Kupon kurumu bu dağıtma işlemini bir başka organizasyon aracılığı ile de yapabilir(2b). Bu durumda kuponlar tüketicilere iki aşamalı olarak ulaşacaktır(2c). Kuponları kullanacak olanlar istedikleri sağlık kuruluşundan (devlet, özel sektör, vakıflar) hizmet satın alacaklar ve karşılığında kuponları hizmet sunucuya vereceklerdir(3). Sağlık hizmeti sunanlar kupon karşılığı sundukları hizmetlerin bedellerini kupon kurumuna sunarlar(4) ve karşılığında kupon bedeli kadar olan kısmı devletten nakit olarak alırlar(5). Son olarak kupon kurumu, bütün bu süreç sonunda raporunu devlete sunar(6) (World Bank, 2005:18).

Kupon sistemi gerçek hak sahiplerinin hedeflenmesini sağlayan, toplum devlet tarafından desteklenmesini beklediği ve toplum tarafından çok tercih

edilmeyen aşılama, aile planlaması, rehabilitasyon hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı gibi hizmetlerin kullanımının cesaretlendiren, paket fiyatlandırma veya tahmin edilebilir maliyetler için en iyi uygulama şekli olan, müşteri memnuniyetini arttıran, yönetilmesi oldukça kolay bir hizmet sunum yöntemidir (World Bank, 2005:19-21). Kupon sistemi çıktıya dayalı izleme ve değerlendirmeye, hedeflemeye ve kanıta dayalı uygulamalara önem veren, uygulanması kolay ve yönetimi ucuz, üretkenliğe dayalı bir hak ediş sistemidir (Yazbeck, 2007:6-7). Kupon sistemi, sağlık sisteminde sağlaması muhtemel bu faydalarının yanı sıra, özellikle hedefe ulaşma yönünde yaşanan zorluklar sebebiyle eleştirilmektedir. Hedefin belirlenmesinde zaman ve seçim açısından yapılan yanlışlıklar sistemin etkinliğini azaltabilecektir.

Şekil 16: Kupon Sisteminin İşleyişi



Kaynak: World Bank, 2005:18

Kupon sistemi, hedef kitlenin belirlenmesinde ilgili sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapılması, hedef kitlenin belirlenmesinde ölçütlerin açık ve anlaşılabilir şekilde ortaya konması, kupon ile ödenen hizmetlerin kullanımının aşırılığını önleyici mekanizmaların geliştirilmesi durumunda sağlık hizmetlerinin sunumunda oldukça etkin bir şekilde kullanılabilir, piyasanın rekabet içinde işleyişi

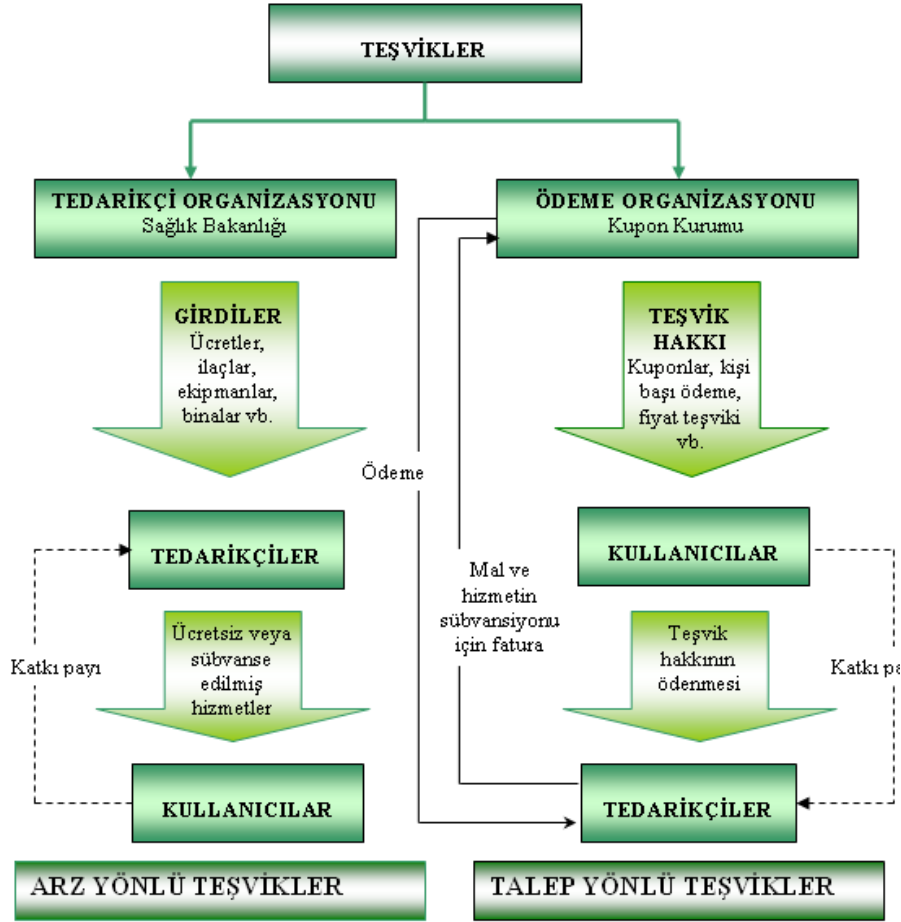
bakımından üreticilere, müşteri memnuniyetini arttırması bakımından tüketicilere önemli avantajlar sağlayacaktır.

2.3.2.2.2. Sübvansiyon Yöntemi

Bu yöntemde devlet, kupon yönteminin tersine hizmetin alıcısını değil, hizmetin satıcısını, tedarikçisini desteklemektedir. Devlet bizzat kendisi hizmet sunmak yerine, hizmet sunumuna ilişkin yetki ve sorumluluğu özel sektöre devretmekte ve bu süreçte hizmet tedarikçilerini de desteklemektedir (Aktan, 2007:17). Sübvansiyon ile temel amaç, devletin hizmet sunumunda tedarikçi olarak bulunmadığı durumlarda, özel sektör yatırımlarının attırılması, arz eksikliği nedeniyle oluşabilecek sorunların azaltılmasıdır.

Kupon yöntemi talep yönlü bir teşvik mekanizması iken, sübvansiyon yöntemi arz yönünü teşvik eden bir mekanizmadır. Sübvansiyon yönteminin bağlantı noktası girdilerdir ve ücretler, ekipmanlar, binalar gibi girdilere yönelik sağlanan teşvik mekanizmalarını içinde barındırır. Kupon yönteminin bağlantı noktası ise çıktılardır ve çıktılara yönelik olarak ortaya konan teşvik mekanizmasını ifade etmektedir (World Bank, 2005:6).

Şekil 17. Arz Yönlü ve Talep Yönlü Teşviklerin İşleyişi



Kaynak: World Bank, 2005:7.

Sağlık hizmetlerinde sübvansiyonlar direkt, karşılıksız nakit sübvansiyonlar şeklinde olabileceği gibi, vergi sübvansiyonları, aynı sübvansiyonlar ve garanti sübvansiyonları şeklinde de olabilmektedir (Aktan, 2007:17). Vergi teşvikleri ve benzeri idari düzenlemeler, sağlık hizmeti sunan özel kurumların sağlık piyasasındaki varlığını genişletecektir (Eryılmaz ve Eken, 1990:69). Böylece devlet kendisi sağlık hizmetlerini sunmak yerine, değişik teşvik mekanizmaları uygulayarak özel kurumların piyasada daha fazla tedarikçi olmalarını desteklemektedir.

Sübvansiyondan yararlananlar özellikle maliyetler açısından önemli avantajlar sağlamaktadırlar. Sağlık hizmetleri sunucusunun maliyetlerinin büyük bir kısmını oluşturan ekipman, bina ve ücretlere ilişkin olarak sağlanan sübvansiyonlar, sağlık hizmetlerinin sunumunun fiyatının azalmasına, dolayısıyla devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleri üzerindeki yoğunluğun azaltılarak, devlet açısından etkin hizmet sunumunun sağlanmasına katkıda bulunmaktadır.

Sübvansiyonlara ilişkin olarak yaşanan en önemli sorunlardan birisi, sübvansiyon edilecek olan hedefin tam ve doğru biçimde belirlenmesi sürecinde yaşanan karmaşıklık ve yolsuzluklardır. Özellikle dar kapsamlı olarak planlanan sübvansiyonlarda kapsamın net bir şekilde ortaya konması ve takip edilmesi çok zor olabilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmet sunucularına yönelik sübvansiyonlar sebebiyle maliyetlerin düşmesi, hizmet sunucularının etkin ve verimli hizmet sunma kaygısını azaltacaktır (World Bank, 2005:7-8). Sağlık hizmetleri sübvansiyonları arttıkça çoğu kez hizmetlerin verimli sunumu azalmaktadır. Özel kurumların sağlık hizmet sunumunda etkinlik ve verimlilik kaygılarının artırılması, devlet tarafından sunulan hizmet sübvansiyonlarının azaltılmasını gerekli kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde faaliyet gösteren özel kurumlar için sabit maliyetlerin çokluğu, devletlerin giderek sağlık hizmetleri piyasasında hizmet sunucu rolünü azaltarak, daha fazla düzenleyici bir yapıyı tercih etmeleri sağlık piyasasında hizmet sunucu olarak var olacak olan özel firmaların vergi teşvikleri, aynı veya nakdi ödemeler ile desteklenmesini gerekli kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak ortaya konan alternatif yöntemler, sağlık hizmetlerinin özel niteliği sebebiyle genellikle sözleşmeye dayalı olarak ortaya konmaktadır. Sözleşmeler sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallığını korumak, etkin ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, sağlık hizmet kalite standartlarını ortaya koymak, yer, zaman farkı olmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak ve en nihayetinde özel ve özerk kurumların sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin sürece dahil olmasını sağlamak amacıyla farklı biçimlerde uygulama alanı bulmaktadır. Sözleşmeye dayalı olmayan alternatif sunumlar, temelde özel sektör ve gönüllü kuruluşların sağlık piyasasında hizmet sunucu olarak var olmalarını ve kamu yönetiminin sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin her türlü maliyetlerinin azalmasını amaç edinmekte ve bu yönde hem talep cephesine, hem de arz cephesine yapılan teşvikleri içine almaktadır.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE ALTERNATİF YÖNTEMLER

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, belirsizlik altındaki hizmet talebini karşılamaya yönelik olarak ortaya çıkan sağlık hizmetleri arzına ilişkin fon ihtiyacını

ifade etmektedir. Ortaya çıkan fon ihtiyacının karşılanması, ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte GSMH'nin önemli bir oranının sağlık hizmetleri finansmanına ayrılması sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Sağlık hizmetleri finansmanı, sahip olduğu çeşitlilik itibarıyla, yalnızca kamu maliyesini değil, özel sektör fonlarını da etkileyen bir güce sahiptir. Özellikle sağlık hizmetleri finansmanına yönelik alternatif sunum yöntemlerinin genişlemesi, özel fonların sisteme etkin bir şekilde dahil olması, sağlık hizmetlerinin finansmanının alternatif sunum yöntemleri açısından değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Önemi

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin belirsiz ve sınırsız talebinin karşılanmasına yönelik ortaya konan sağlık hizmet sistemlerinin sürdürülebilmesi için gerekli şartlardan birini oluşturmaktadır. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilmesi, bina ve ekipmanlarına yönelik yatırımların yapılabilmesi, personelin ücretinin ödenmesi ve eğitiminin sağlanması, ilaçlar ve diğer tüketilebilir maddelerin tedarik edilebilmesi için gerekli olan ödemelerin yapılabilmesine ihtiyaç duymaktadır (Mossialos ve diğerleri, 2002:1). Sağlık hizmetlerine yönelik yapılacak bina ve ekipman yatırımlarının karşılanabilmesi, sürekli ve yüksek miktarlarda finansmanı gerekli kılmaktadır. Özellikle teknolojik gelişmeler ve beraberinde sağlık hizmetleri arzının kullanım alanı içine dahil olan ve yüksek teknoloji içeren ekipmanlar, finansman kaynaklarının önemini arttırmaktadır.

Sağlık hizmetleri harcamalarının GSMH içindeki oranı 1948'de % 3 iken, 1997'de % 7,9 düzeylerine yükselmiştir (WHO, 2000:95). Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin kaynakların sınırlı olması, buna karşın sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların sürekli olarak artması, sağlık politikaları içinde sağlık hizmetlerinin finansmanının önemini ve önceliğini arttırmaktadır (Yıldırım, 2004:1). Sağlık hizmetleri talebi, sağlık hizmetlerine yönelik yaşanan teknolojik değişimlerden oldukça yoğun bir şekilde etkilenmekte, buna bağlı olarak sağlık hizmet talepleri sürekli olarak artmaktadır. Özellikle teknolojik değişime bağlı olarak artan hizmet talebi, finansman kaynaklarına olan ihtiyacı arttırmaktadır.

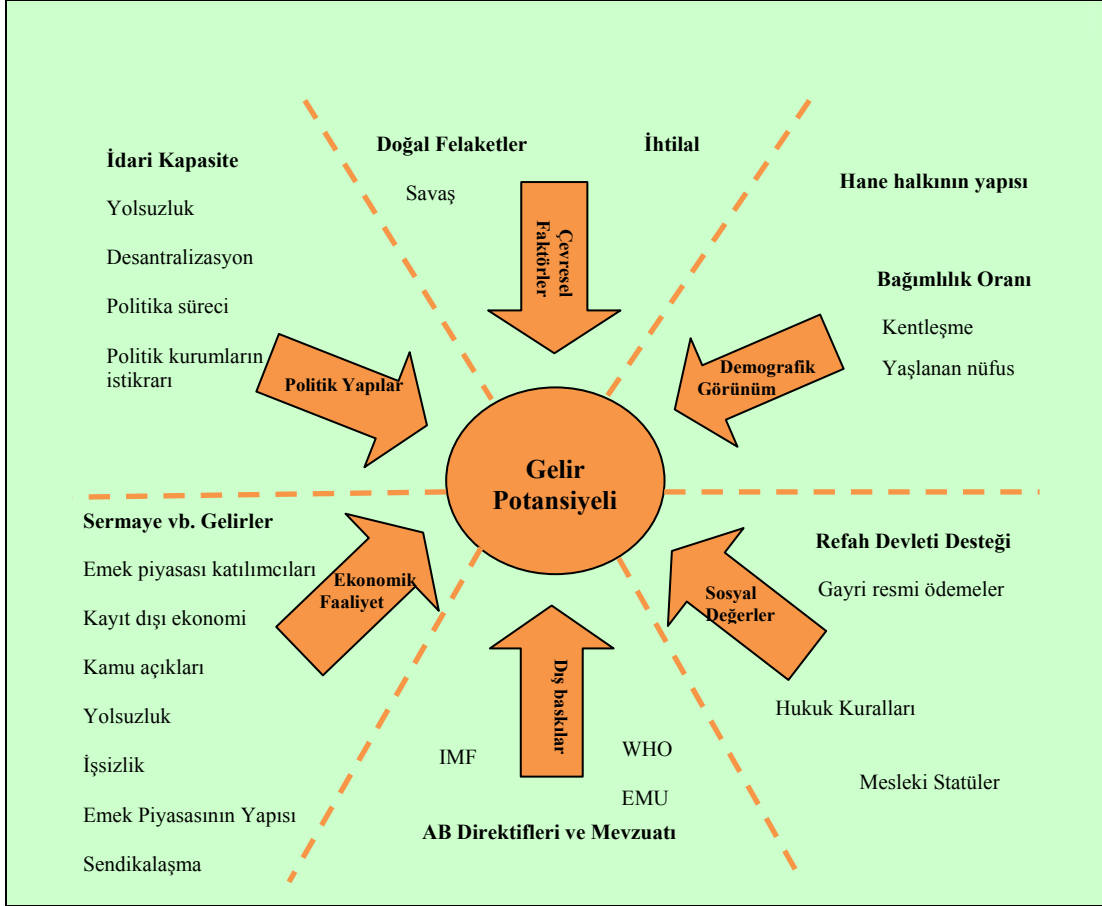
Sağlık hizmetleri talebi, sağlık hizmetleri sınıflandırması içinde yer alan hizmet türleri için farklı şekilde gerçekleşmektedir. Negatif dışsallığın oldukça fazla

olduğu koruyucu sağlık hizmetleri benzeri hizmetler, sağlık malının kamusallık özelliğini artıran ve bedavacılık probleminin ortaya çıktığı hizmetlerdir. Kamusalılık sebebiyle bu tür hizmetlerin karşılanması ve finansmanı devlet tarafından yürütölmektedir. Hemen hemen tamamı devlet tarafından karşılanan bu tür sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması, ortaya çıkacak negatif dışsallıkların önlenebilmesi, toplumdaki tüm bireylere ulaşabilecek şekilde geliştirilebilmesi açısından önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanı sosyal güvenlik sistemi ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık hizmetleri finansmanının, sosyal sigorta kavramı içinde sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak ele alınması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin finansman boyutunun sosyal güvenlik politikalarından bağımsız olarak irdelenmesi mümkün değildir (Aktan ve Işık, 2007:22). Sosyal güvenlik, sağlık hizmetleri talebinin belirsizlik özelliğinin bir sonucudur. Bireylerin istek ve iradeleri dışında oluşan ve buna bağlı olarak bireyin malvarlığında ve özellikle gelir kazanabilme yetisinde ortaya çıkabilecek kayıpların telafisine yönelik alınan önlemler bütünü ifade etmektedir. Sosyal güvenlik, sosyal politikaların ve gelişmiş ölkelerdeki refah devleti anlayışın ulaştığı en önemli zirvelerden biri olarak kabul edilmektedir (TUSİAD, 1997:27). Sosyal güvenlik, belirsizlik içinde ortaya çıkabilecek sağlık hizmetleri talebi nedeniyle, bireylerin yaşaması muhtemel ekonomik ve sosyal problemlerin en aza indirilmesi ve ekonomik ve sosyal anlamda ortaya çıkabilecek zararların karşılanması açısından oldukça önemlidir.

Esasen sağlık hizmetlerinin finansmanına, gelir potansiyeli ve bu gelir potansiyelini etkileyen faktörler çerçevesinde bakıldığında oldukça geniş bir kapsamda ele alınmasının gerekliliği çok daha net biçimde ortaya çıkmaktadır. Şekil 18'de, sağlık hizmetlerinin finansmanın belirleyicileri, potansiyel geliri etkileyen faktörler ortaya konmaktadır. Buna göre sağlık hizmetlerinin finansmanı yalnızca ekonomik faktörler tarafından değil, politik ve demografik yapı, sosyal değerler, çevresel faktörler ve uluslararası baskılar tarafından da etkilenen, sosyal ve ekonomik anlamda kapsamı oldukça geniş olan bir öneme sahiptir.

Şekil 18. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Belirleyicileri



Kaynak: Gottret ve Schieber, 2006:67.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, negatif veya pozitif dışsallığı oldukça belirgin olan ve kamusal niteliği ağır basan sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması, sosyal güvenlik sisteminin kapsamı nedeniyle ortaya çıkan maliyetlerin karşılanması, sağlık hizmetleri talebindeki belirsizliğin ortaya çıkardığı gelir ve gelir kazanma yetisinde oluşacak zararların telafi edilmesi ve sağlık hizmetleri arzına katkıda bulunan her bir faktöre ödemenin yapılabilmesi için oldukça önemlidir.

2.4.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Fonksiyonları

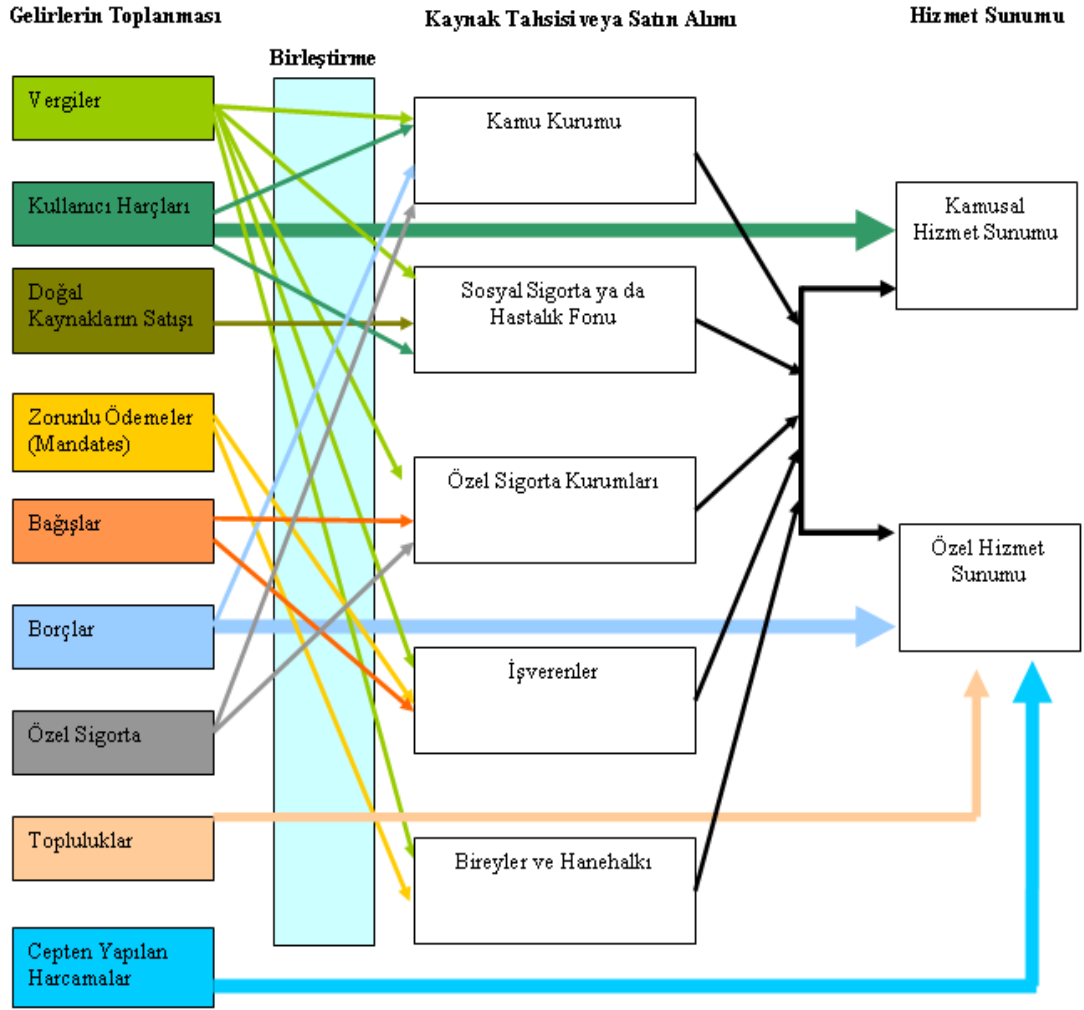
Sağlık hizmetlerinin finansmanı çok farklı kaynaklara ve çok farklı alternatiflere sahip olması nedeniyle, fonksiyonları açısından farklılık arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının ve yöntemlerinin çeşitliliği, bilinen fonksiyonları dışında dolaylı etkilere de sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Finansman, genel olarak toplama, dağıtma, fonları birleştirme ve mal hizmet satın alma şeklinde dört fonksiyonla ele alınır (Preker, Scheffler ve Bassett, 2006:345). Sağlık hizmetlerinin finansmanı gelirlerin toplanması, kaynakların(risklerin) birleştirilmesi ve mal ve hizmetlerin satın alınmasını içeren temel fonksiyonlara sahiptir (WHO, 2000:95). Bütün bu fonksiyonlar kendi aralarında ilişkiler açısından çok karmaşık bir yapıya sahiptirler.

Gelirlerin toplanması, hane halkı, firmalar ve dış kaynaklardan finansman sağlayarak sağlık sistemlerinin finansmanını arttırmayı ifade etmektedir (Gottret ve Schieber, 2006:46). Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamaya yönelik gelirler, farklı gelir kaynaklarından ve farklı gelir türlerinden toplanmakta ve finansman miktarının artmasına katkıda bulunmaktadır.

Birleştirme, toplum adına sağlık hizmetine ilişkin ön ödemeli gelirlerin biriktirilmesini ifade etmektedir (Kutzin, 2001:177). Gelirlerin toplanması ve risklerin birleştirilmesi, sağlık çıktılarını geliştirmek için dizayn edilen temel sağlık hizmetlerine bütün bireylerin ulaşabilmesini güvence altına almak için, yeterli ve sürdürülebilir gelirlerin toplanması ve yönetilmesini ifade etmektedir (Fleisher ve diğerleri, 2008:9). Sağlık hizmetlerinin finansmanının sahip olduğu işlevlerin temelinde, gelirlerin toplanması ve bu gelirlerin havuzlama şeklinde birleştirilerek sağlık hizmetleri satın alma sürecine dahil edilmesi yatmaktadır. Havuzlama, kaynakların birleştirilmesini ifade etmenin yanı sıra riskin birleştirilmesi, ortaklanması ve bu şekilde toplumun tüm bireylerinin temel sağlık hizmetlerinden yararlanmasını da içermektedir.

Şekil 19. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları ve Fon Akımı



Kaynak: Schieber ve Maeda, 1997:18.

Farklı kaynaklardan toplanan ve birleştirilen gelirler, sağlık hizmetleri talebine yönelik olarak etkin ve verimli bir şekilde sağlık hizmetlerinin satın alınması sürecinde kullanılacak ve sağlık hizmetler sunumunun yeterli ve sürdürülebilir düzeyde yapılabilmesine olanak sağlayacaktır.

Farklı finansman kaynaklarından elde edilen gelirler, başta kamu kurumları olmak üzere, sosyal sigorta, özel sigorta, işveren ve bireyler üzerinde havuzlanarak sağlık hizmeti alım sürecine dahil edilecektir. Bazı finansman kaynaklarının söz konusu araçlar olmaksızın sağlık hizmetleri alım sürecini gerçekleştirmeleri, doğrudan sağlık hizmetleri sunan birimlerden sağlık hizmeti satın alabilmeleri mümkündür. Bu süreçte havuzlama, birleştirme fonksiyonunun atlanması, riskin birleştirilerek dağıtılması sürecini sekteye uğratmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu bu fonksiyonlar, sağlık sisteminin performansına yönelik olarak önemli kriterlere bağlıdır (Gottret ve Schieber, 2006:47). Buna göre sağlık hizmetleri finansmanının fonksiyonları:

- Toplum için, temel sağlık hizmetlerinin sağlanması ve finansal koruma ile ilgili olarak, bugün ve gelecekte *ulaşılabilir fonların* oluşturulmasına
- Sistemi finanse eden kaynaklardaki artış ile birlikte *adaletin* sağlanmasına
- Ekonomide aşırı vergi yükü vb. ekonomik kayıplar veya bozulmaların oluşturulması ile ilgili olarak gelir arttırma çabalarının *ekonomik etkinliğine*
- Havuzlamanın ve ön ödemenin seviyesine
- Tüketilen ve satın alınan sağlık hizmetlerinin *maliyet etkinliği ve dağıtım etkinliğine*
- Hizmet üretiminin *teknik etkinliğine*(her hizmetin minimum maliyetlerde üretilmesi)

bağlı olarak değerlendirilecek ve bu amaçlara ulaşma yolunda yönetimini belirleyecektir.

2.4.3. Finansman Yöntemleri

Ortaçağ Avrupası'nda zanaatçıların hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan sistemlerin kurulmasından önce, sağlık hizmetleri bireyler tarafından cepten ödeme şeklinde veya hayır kurumlarınca finanse edilmiştir. 19. yüzyılın sonlarına doğru işçi işveren primleri ile finanse edilen sosyal sigortacılık sistemi ve daha sonra 20. yüzyılın ilk çeyreğinde vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmetlerinin sistemlerinin gelişmesi ile sağlık hizmetlerinin kamu boyutu genişlik kazanmıştır (Yaşar, 2007:15). Sağlık hizmetlerinin finansmanının bireysel ödeme sistemlerinden sosyal sigortacılık sistemlerine doğru yol alması, finansman yöntemlerinde de değişime yol açmıştır.

Daha önce belirtildiği üzere sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler veya sağlık ekonomisinin belirleyicileri ekonomik, sosyal, politik, demografik, çevresel ve uluslararası etkenler olarak ortaya konabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının bu kadar geniş bir kapsam içinde ele alınması, finansman

yöntemlerinin ortaya konması sürecinde de etkili olmakta ve sağlık hizmetlerinin finansmanını belirleyici faktörler açısından ülkeler arasında farklılıklar ortaya çıkarmaktadır.

Örneğin kişisel gelir açısından çok düşük düzeylerde yer alan bir ülkede, sağlık hizmetlerinin cepten ödeme şeklinde finanse edilmesi etkin bir yöntem olarak ortaya konulamaz. Bunun yanı sıra siyasi yapılanması içinde merkezileşme eğiliminin oldukça yüksek olduğu bir ülkede, yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinin finansmanına etkin ve önemli bir katkıda bulunması beklenemez. Sağlık hizmetlerinin finansmanının belirleyicileri açısından farklı yapılara sahip ülkelerde, finansman yöntemleri de değişmekle birlikte, genel olarak ortak yönetim modellerinin ortaya konması da mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerine yönelik olarak yapılan sınıflandırmalar farklı şekillerde oluşabilmektedir. Sağlık hizmeti satın alanların yaptığı ödemenin şekline göre doğrudan ve dolaylı finansman yöntemleri şeklinde sınıflandırılabilir gibi, finansmanın kaynağına göre kamu ve özel finansman kaynakları şeklinde de sınıflandırılabilir.

Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların, almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Dolaylı finansman yönteminde ise, hizmet sunumunu gerçekleştiren ile hizmeti talep eden arasında üçüncü bir taraf vardır ve ödeme kısmen veya tamamen bu taraf aracılığı ile yapılır (Aktan ve Işık, 2007: 25).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerine ilişkin bir diğer ayırım ise kamu ve özel finansman kaynakları şeklinde yapılmaktadır. Buna göre kamusal birimler tarafından toplanan kaynaklar kamu, özel kişi ve kurumlar tarafından toplanan kaynaklar ise özel sınıflandırma içinde yer alacaktır.

2.4.3.1. Kamu Finansman Yöntemleri

Kamu finansman yöntemleri, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin karşılanması amacıyla kamu birimleri tarafından kaynakların birleştirilmesi sürecinde kullanılan yöntemleri ifade etmektedir.

2.4.3.1.1. Dolaylı ve Dolaysız Vergiler

Şüphesiz vergiler diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi, hemen her ülke açısından sağlık hizmetlerinin karşılanmasında da en önemli finansman yöntemlerinden birini oluşturmaktadır. Vergilerin farklı kriterler çerçevesinde farklı sınıflandırmaya tabi tutulabilmesi mümkündür. Vergilerin yansımalarına, ekonomik etkinliğine, adalet algılamasına bağlı olarak farklı vergi sınıflandırmaları yapılabilmektedir. Vergilerin yansımalarına bağlı olarak yapılan sınıflandırma dolaylı ve dolaysız vergilendirme şeklinde olmaktadır (Seligman, 2004:537; Tresch, 2002:422).

Kazanç, ücret, servet veya kurumlar üzerinden alınan yerel veya ulusal düzeydeki bütün kaynaklardan toplanan vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunmak için kullanılmaktadır. Kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının büyük bir bölümü vergiler yoluyla yapılmaktadır.

Genel olarak düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı % 50 dolaylarında iken, yüksek gelir düzeyine sahip olan ülkelerde % 70 düzeylerine yükselebilmektedir (Gottret ve Schieber, 2006:42). Vergiler toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir kalem olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinden yalnızca vergi mükelleflerinin faydalanması veya vergi mükellefi olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının sınırlandırılması şeklinde uygulamalar bulunmamaktadır (Roemer, 1971:1159). Vergilerle finanse edilen sağlık hizmetleri açısından bireyler arasında ayırım yapmak, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı vergi ödeme ön şartına bağlamak mümkün değildir.

2.4.3.1.2. Kullanıcı Harçları

Kamu hizmetlerinden yararlanmanın karşılığında kullanıcılar tarafından ödenen paralar, kamu kurumları tarafından toplanır ve kamusal mal ve hizmetlerin sunumunda kullanılmak üzere satın alma sürecine dahil edilir. Kullanıcı harcı, ücreti olarak isimlendirilen bu bedeller çoğu kez alınan kamu hizmetinin parasal olarak tam karşılığını ifade etmemektedir.

Kullanıcı harçları, kamusal hizmetler için özel kişiler tarafından yapılan ödemeleri ifade etmektedir. Bu açıdan sağlık hizmetleri finansman yöntemleri içine

yer alan bireysel ödemeler ile benzerlik göstermektedir. Ancak hizmeti sunan birimin kamu kurumu olması nedeniyle, kullanıcı harçları kamusal finansman içinde irdelenmektedir (Schieber ve Maeda, 1997:33). Vergiler ile kullanıcı harçları arasındaki en önemli fark, harçların kamusal hizmetlerin karşılığında ödenmesine rağmen vergilerde herhangi bir karşılık bulunmamasıdır.

Kullanıcı harçları kamu kurumları tarafından sağlanan hizmetler karşılığı ödenecek, hizmetten yararlanmayanlar için böyle bir bedel söz konusu olmayacaktır. Söz konusu hizmeti kullanmayarak kullanıcı harcından kaçınmak mümkündür (NRC, 1993:426). Bunun yanı sıra bazen devlet, kamusal kaynaklarını bütünleştirebilmek için kamusal hizmetlere ulaşımın sınırlandırılmasında kullanıcı harçlarını etkin bir şekilde kullanır (Schieber, 2006:79). Kullanıcı harçları, toplam finansmana katkısı açısından vergilere göre oldukça küçük miktarlarda kalmaktadır. Ancak harçların, talebin sınırlandırılması gibi fonksiyonlara sahip olması, ekonomi üzerindeki etkinliği açısından oldukça önemlidir.

2.4.3.1.3. Sosyal Sigorta

Zorunlu sağlık sigortacılığı ilk kez Almanya'da 1883 yılında, Otto Van Bismarck tarafından yasal olarak başlatılmıştır (Yaşar, 2007:32). Buna göre belirli endüstrilerde belli bir miktarın altında kazanca sahip olanların hastalık fonuna katılması zorunlu kılınmış ve bununla ilgili finansmana işçi ve işverenin katkıda bulunması kararlaştırılmıştır (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:8; Yaşar, 2007:32). Sosyal sigorta (güvenlik) toplumun hastalık, iş kazası, işsizlik, yaşlılık ve ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal kayıplara karşı kamusal önlem mekanizmaları ile korunmasıdır (Güvercin, 2004:89). Sosyal sigorta, beklenmedik sağlık problemleri sebebiyle ortaya çıkan ekonomik ve sosyal kayıpların en az zararla kapatılması amacıyla zorunlu katkı payları toplanarak oluşturulmaktadır. Sosyal sigorta sistemine ilişkin katkılar işçi ve işverenden toplanmakta ve riskin ve maliyetlerin dağıtılarak azaltılması sağlanmaktadır.

Ülkeler arasındaki sosyal, demografik ve ekonomik farklılıklar, sosyal sigorta uygulamasının farklı biçimlerde yorumlanmasına yol açmıştır. Örneğin sağlık hizmetlerinin sunumunda yetersizlikler yaşayan ülkeler, yalnızca sağlık kuruluşlarının üyelerinin yararlanabileceği hastaneler kurmuş ve sigorta

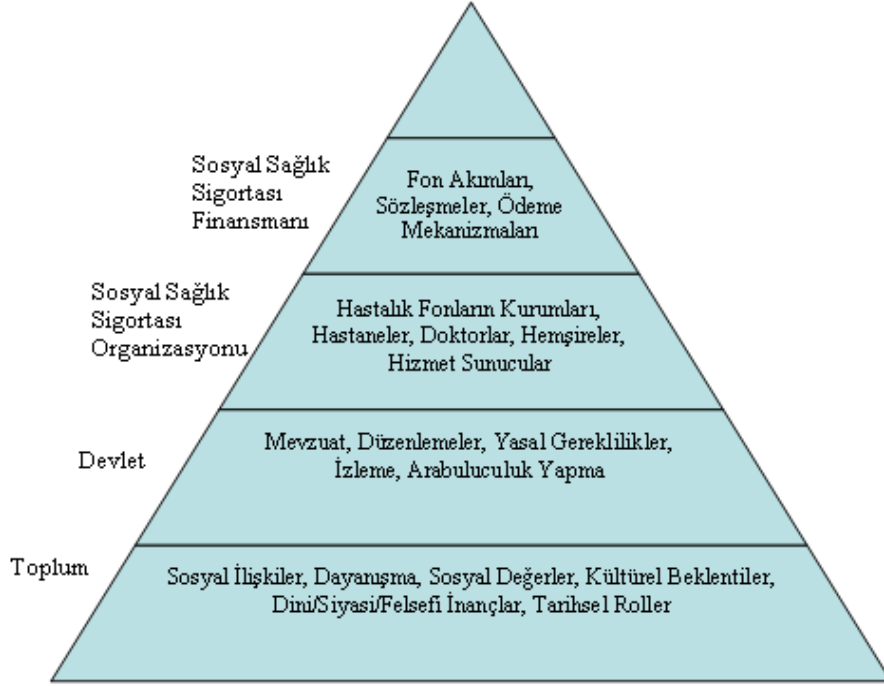
kapsamındaki bireylerin sağlık hizmetleri yetersizliklerinden etkilenmesinin önüne geçmeye çalışmıştır (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:14-15; Yaşar, 2007:34-35). Sağlık sigorta sisteminin kapsamının genişlemesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün etkin rol alması ve beraberinde sağlık hizmetlerinde yaşanan yetersizliklerin azalması, en önemlisi sağlık sigorta sistemlerinin birleşmesi ile birlikte sadece üyelere hizmet veren hastane uygulamaları azalmıştır.

Sağlık sigorta sisteminin temelinde yatan en önemli nitelikler zorunluluk ve işçi, işveren ve devletin finansmana yaptığı katkıdır. Riskin ortaklanması ve kaynakların birleştirilmesi ile birlikte belirsizliklerin ortadan kalkması ve belirsizlikler nedeniyle ortaya çıkan ekonomik ve sosyal maliyetlerin önlenmesi mümkün olabilmektedir.

Sosyal sigorta sistemi toplumun değerlerine, dayanışmasına, inançlarına bağlı olarak devlet tarafından düzenlenen yasal mevzuatı, düzenlemeleri ve toplumsal değerler ile yasalar arasındaki uyumu ifade etmektedir. Toplumsal yapı ve kültürel beklentiler doğrultusunda oluşturulan sosyal sigorta kuruluşları, sağlık hizmetinin sunucusu olan birimlerle birlikte sosyal sigorta organizasyonlarını oluşturmakta ve tüm bu süreçlerin sonunda sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin fon akımı, ödeme teknikleri ve sözleşmeler ortaya konmaktadır.

Bu sistemin kaynakların tahsisinden sağladığı etkinlik, sistemin aktörlerinin yetkilerinin tanımlaması ve hizmetin kalite standartlarının belirlenmesi bakımından oldukça olumlu sonuçlar ortaya koymakta iken, yüksek personel maliyeti, yönetim anlamında yaşanan karmaşıklık ve maliyet kontrolü problemi nedeniyle olumsuz sonuçlara sahiptir (Cichon ve Normand, 1994:324-328).

Şekil 20. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Piramit Modeli



Kaynak: Saltman, 2004:17.

Sosyal sağlık sigortası, işçi, işveren ve devlet tarafından yapılan katkı ve primlerle sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlandığı, bu şekilde belirsizlikler nedeniyle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal maliyetlerin en aza indirildiği bir sistem için çaba sarf etmektedir.

2.4.3.2. Özel Finansman Yöntemleri

Sosyal sağlık sigortası benzeri sistemler kurulmadan önce sağlık hizmetleri bireylerin kişisel ödemelerinden ve hayır kurumlarının yaptığı katkılardan oluşmaktaydı. Sonrasında gelişen sosyal sağlık sigortası benzeri sistemler ile işçi, işveren ve devletin sağlık hizmetlerinin finansmanına katkısı arttırılmış, fakat saha sonraki süreçte ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişmişlik düzeylerindeki değişimler, alternatif finansman modellerdeki artışlar özel finansman yöntemlerini öne çıkarmıştır.

2.4.3.2.1. Cepten Yapılan Ödemeler

Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetlerinin kullanımı için doğrudan kendi bütçelerinden yaptıkları ödemeleri ifade etmektedir. Cepten yapılan ödemeler

sigorta sistemi gibi hastalık risklerine karşı koruma sağlamamaktadır (Yaşar, 2007:16). Cepten yapılan ödemeler hizmet arzının sınırlı olduğu ve sosyal güvence kapsamında yer alamayan hizmetler için yapılan *doğrudan ödemeler*, sosyal güvence kapsamında olup sosyal sigorta tarafından sağlık hizmetinin bedelinin tamamının ödenmediği durumlarda hizmet kullanıcısı tarafından yapılan *kullanıcı katkıları* ve başta hekimler olmak üzere sağlık hizmeti sunanlara “bıçak parası”, “teşekkür hediyesi” gibi isimler altında yapılan *enformel ödemeler* şeklinde üç başlıkta incelenebilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002:22).

Sosyal sağlık sigorta sistemlerinin veya genele olarak hastalık risk koruma sistemlerinin gelişmediği dönemlerde, toplam sağlık harcamaları içinde bireylerin kendi bütçelerinden yaptıkları ödemeler daha ağırlıklı olarak yer almaktadır. Ancak sağlık harcamalarının savaşlar, bulaşıcı hastalıklar vb. sebeplerle sürekli olarak artması, hastalık risklerine karşı koruma sistemlerinin ve sosyal sigorta sistemlerinin gelişmesi zaman içinde bu ağırlığı azaltmıştır.

Cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde oldukça fazladır (Schieber, 2005:61). Gelişmekte olan ülkelerde kamu kaynaklarının yetersiz olması, sosyal sigorta sistemlerinin çok gelişmemiş olması gibi faktörler, düşük gelir düzeyine sahip gelişmekte olan ülkelerde cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payının artmasına neden olmaktadır. Cepten yapılan ödemeler yalnızca düşük gelirli ülkelerde değil, gelişmiş ülkelerde de sürekli olarak artmaktadır. Özellikle 1980’li yıllardan sonra teknoloji vb. faktörlere bağlı olarak sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin tekniklerin gelişmesi, gelir artışlarına bağlı olarak plastik cerrahi, özel diş tedavileri gibi sağlık hizmet türlerinin genişlemesi bireylerin sağlık hizmetleri için kendi bütçelerinden doğrudan ödeme şeklinde yaptıkları sağlık harcamalarının artışına neden olmuştur.

2.4.3.2.1.1. Doğrudan Ödemeler

Bireyler sosyal sigorta kapsamı içinde yer almayan veya sağlık hizmetinden faydalanmanın zaman ve mekan bakımından sınırlı olduğu durumlarda, sağlık hizmetinin bedelinin tamamını kendi bütçesinden karşılamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002:22). Doğrudan ödemeler en çok ayakta tedavi hizmetleri, dış sağlık

hizmetleri ve ilaç alımlarında kullanılmaktadır (Roemer, 1971:1158). Bireyler tarafından yapılan doğrudan ödemeler, devlet veya özel sigorta kapsamı dışında kalan diş sağlık veya estetik gibi hizmetlerden yararlanılması durumunda veya sigorta kapsamına girmekle beraber zaman kaybı, hizmetten memnun olmama gibi faktörlerin varlığı durumunda kullanılmaktadır.

Doğrudan ödeme yönteminde, hizmet daha çok bağımsız sağlık hizmet sunucuları tarafından karşılanmaktadır ve hizmeti sağlayan kuruluş doğrudan hastasına karşı sorumludur. Bu yöntem gelişmekte olan ülkelerde bilimsel niteliği zayıf olan (araştırma, buluş) hekimlerin desteklenmesine, gelirlerinin arttırılmasına da katkıda bulunmaktadır (Roemer, 1971:1158). Bu sistem daha çok gelişmekte olan ülkelerde yoğun olarak kullanılmaktadır (Markle, Fisher ve Smego, 2007:275). Doğrudan ödeme yöntemi yalnızca tedavi hizmeti veren ve araştırma, geliştirme faaliyetlerinden uzak, daha çok küçük bölgelerde hizmet sunan hekimlerin gelir açısından desteklenmesini sağlamaktadır.

2.4.3.2.1.2. Kullanıcı Katkıları

12 Eylül 1978 yılında Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata kentinde toplanan Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, DSÖ'nün, toplumların gelişmiş veya gelişmekte olan ülke ayrımı yapmaksızın sağlık hizmetlerinden genel olarak memnuniyetsiz oldukları ve sağlık hizmetlerinin toplumların gelişmişlik düzeylerinin gerisinde kaldığı gibi saptamalarının çözümüne yönelik "uluslararası sağlık sözleşmesi" niteliği taşıyan öneriler paketinin sunulduğu bir konferanstır. Konferansta "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefine ulaşılabilmesi içine gerekli olan ilkelerden en önemlisi, temel sağlık hizmetlerinin başta kırsal kesimdeki vatandaşlar olmak üzere tüm vatandaşlara yaygınlaştırılması önerisidir.

Üye ülkeler tarafından taahhüde bağlanan bu madde uyarınca sağlık harcamalarını arttıracak olan ülkeler, gerekli finansmanın sağlanabilmesi yönünden büyük sıkıntıya düşmüş ve yeni finansal kaynak arayışı içine girmiştir. Daha sonra 1987 yılında Dünya Bankası tarafından yayınlanan "Financing Health Services in Developing Countries" isimli çalışmada, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olarak ortaya konan dört temel politika içinde kullanıcı katkıları sayılmıştır.

Kullanıcı katkıları, herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda ortaya çıkan parasal bedelin bir kısmının sağlık güvencesi olan kişilere ödettirilmesidir(Yıldırım, 2004:2). Kullanıcı katkıları doğrudan ödemedi farklı olarak sigorta kapsamında olan sağlık hizmetlerine yönelik talepte kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra hizmeti sunanlar, kamu veya özel sigorta şirketi ile sözleşme yapmış olmalarından dolayı yalnızca hastaya karşı değil, sigorta şirketine veya kurumuna karşıda sorumlu olmaktadır.

Kullanıcı katkılarının en temel faydası gelirlerin artmasıdır. Gelirlerin artması uzun dönemde temel sağlık hizmetlerini sunan devletin fonlarını arttıracak ve bu hizmetlere ilişkin etkin bir fonlama imkanını sağlayacaktır. Bunun yanı sıra kullanıcı katkıları, hizmet talep edenlere seçim şansını tanıyarak, ayrıca gereksiz sağlık hizmeti taleplerini azaltarak etkin ve kaliteli hizmet sunumuna katkıda bulunacaktır(World Bank, 1999:33). “Arka Kapıdan Özelleştirme” olarak isimlendirilebilecek olan kullanıcı katkıları, ilave gelir imkanı sağlaması, elde edilen gelirler yoluyla sağlık hizmetlerinin sunumunun yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerinin aşırı ve gereksiz kullanımını azaltması gibi gerekçelere sahiptir (Yalçın ve Yıldırım, 2001:1694). Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetleri sektörüne özel sektörün dahil olmasının kaçınılmaz sonuçlarından birisini oluşturmakta ve bu sebeple bir özelleştirme yöntemi şeklinde de algılanabilmektedir.

Kullanıcı katkıları fakirlerin ve sağlık yardımına ihtiyacı olanların sağlık ve gelirleri üzerinde önemli etkilere sahiptir. Kullanıcı katkıları bu grupların gerekli veya gereksiz sağlık hizmetleri kullanımlarını azaltmaktadır (Merson, Black ve Mills, 2006:633). Kullanıcı katkıları ile ilgili eleştirel olarak ortaya konan en önemli maddelerden birisi adalet algılamasıdır. Sigorta kapsamındaki düşük gelirli bireylerden sağlık hizmetlerinden yararlanmaları karşılığında katkı payı alınması, bu kişilerin bazı sağlık hizmetlerinden yararlanma taleplerini azaltacaktır.

Kullanıcı katkılarının adaletle yönelik eleştirisine karşı Dünya Bankası, kullanıcı katkılarının düşük gelir grubu üzerinde yarattığı adaletsizlik algılamasının aldatıcı olduğunu belirtmektedir. Buna göre şehir hastanelerinden hizmet görenlerin çoğunluğunu fakirler değil orta sınıf gelir düzeyine sahip olanlar oluşturmaktadır. Bu hastanelerin kullanıcı katkısını ödeyemeyecek olanlara ücretsiz hizmet sunması,

ayrıca kullanıcı katkılarından elde edilen gelir ile daha yerel düzeyde yaşamını sürdüren fakir gruplara hizmetin götürülmesi mümkün olacaktır (World Bank, 1999:33). Kullanıcı katkıları, çok düşük miktarlarda olması, kullanıcı katkılarından toplanan gelirin temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde kullanılması, kullanıcı katkısını ödeyemeyecek durumda olanlara sağlık hizmetinin ücretsiz sunulması durumunda oldukça önemli katkılar sağlayacaktır.

2.4.3.2.1.3. Enformel Ödemeler

Enformel ödemeler, sağlık hizmeti sunucularına (özellikle hekimlere) genellikle tedavi öncesi yapılan ödemeleri ifade etmektedir. “Bıçak parası” gibi isimler altında yapılan bu ödemeler tedavi öncesinde olduğu gibi, tedavi sonrasında da yapılabilmekte ve ödemeyi yapan ve alan açısından farklı gerekçelere dayandırılmaktadır.

Enformel ödemeler, genellikle kamu sağlık sistemi içinde ücretsiz olarak sunulan hizmetler için hastalar tarafından yapılan direkt ödemelerdir (Alin, Davaki ve Mossialos, 2006:63). Enformel ödemeler, hem çeşitlilik (farklı ödeme şekilleri) bakımından, hem de yaygınlaşması (sağlık hizmetleri türleri) bakımından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemi gittikçe artan bir ödeme biçimleridir (Gaal ve diğerleri, 2006:251).

Tedavi öncesi ödemelerden, tedavi sonrası hediyelere kadar geniş bir yelpazede incelenen enformel ödemeler, kamu sağlık sistemindeki finansal kaynakların kıtlığı, özel sağlık hizmetlerinin yetersizliği gibi ekonomik, devlete olan güvenin azalması gibi sosyal birçok faktörden etkilenmektedir (Alin, Davaki ve Mossialos, 2006:63; Mossialos ve Dixon, 2002:24).

Enformel ödemelerin gizli ve nakit olarak yapılması ve sağlık hizmetinden yararlananların içinde bulunduğu zor durum sebebiyle ülkeler açısından toplam sağlık harcamaları içindeki payını ortaya koyabilmek mümkün değildir.

2.4.3.2.2. Özel Sağlık Sigortaları

Özel sağlık sigortaları, kamu sağlık sigortalarına benzer işleyişe sahiptir. Bireylerin, hastalık talebinde belirsizlik sonucu oluşabilecek gelir kayıpları ve hastalığın finansal riskini azaltma amacıyla, özel sigorta şirketlerine prim ödemesi

yapmalarını ifade etmektedir. Özel sağlık sigortaları özellikle kişi başına gelir düzeyi yüksek olan gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Özel sağlık sigortaları, kamu sağlık sigortasına göre sahip olduğu bir çok avantaj nedeniyle tercih edilmektedir.

Özel sağlık sigortaları kamu sağlık sigortalarından farklı olarak gönüllü yapılan ödemelerdir. Bunun yanı sıra özel sağlık sigortaları emeklilik, sakatlık gibi fonksiyonları içermeyen, sigorta prim bedeli riske bağlı olarak değişen sigorta sistemleridir. Kamu sağlık sigortaları ise risk düzeyi ile ilgilenmeksizin maaş gibi ölçülere bağlı olarak prim toplamaktadır.

Özel sağlık sigortaları ikame edici, bütünüleyici ve seçenek arttırıcı olmak üzere üçlü bir sınıflandırmaya tabi tutulabilir. İkame edici sağlık sigortaları, bireyin sağlık kamu sağlık sigortası kapsamında yer alan sağlık hizmetlerine daha çabuk ulaşması ve hizmet sunucu seçeneklerini arttırması işlevini gören sigortalardır (Mossialos ve Thomson, 2002:129). İkame edici sağlık sigortaları zorunlu sağlık sigortalarına bir alternatiftir (Mossialos ve Dixon, 2002:20). Bireyler kamu sağlık sigortası kapsamında yer almasına rağmen, sağlık hizmetlerinden daha hızlı yararlanabilmek, zaman tercihi açısından ulaşılabilirliğini arttırmak ve hizmet sunucu seçeneklerini arttırmak için ikame edici özel sağlık sigortaları tercih edebilmektedir.

Bütünüleyici özel sağlık sigortaları ise, tamamı veya bir kısmı kamu sağlık sigortası kapsamında yer almayan sağlık hizmetlerinden yararlanmak için yapılan özel sağlık sigortalarıdır. Bütünüleyici özel sağlık sigortaları en düşük gelir seviyelerinde dahi astın alınabilmekte ve bu nedenle sağlık hizmetlerinin kullanımında sigortaya rağmen katkı payı ödenebilmektedir(Mossialos ve Dixon, 2002:20). Seçenek arttırıcı özel sağlık sigortaları, özellikle cerrahi operasyonlar gibi uzun tedavi sürecini gerektiren hastalıklara ilişkin olarak özel oda imkanı, hizmete ulaşılabilirlik ve hizmet sağlayıcı seçeneklerini arttıran, farklı sağlık hizmetlerinden yararlanmayı sağlayan özel sağlık sigortalarıdır (Mossialos ve Thomson, 2002:131).

Özel sağlık sigortaları fakir veya zengin olmayan insanların sağlık altyapılarının sağlanabilmesi için ek kaynakların sağlanmasına ve fakirler açısından sağlık maliyetlerinin düşürülmesine katkıda bulunmaktadır (Gottret ve Schieber, 2006:228). Bunun yanı sıra özel sağlık sigortaları tüketici tercihlerindeki seçenekleri

arttırarak, etkinlik ve yeni teknolojilerin gelişmesini cesaretlendirmektedir (Maynard ve Dixon, 2002:111). Özel sağlık sigortaları özel sektörün hizmet sunum sürecine katkısını arttıracak, kamu otoritesinin düşük gelirli gruplarına yönelik temel sağlık hizmetlerine odaklanmasını kolaylaştıracak, kamu sağlık sigortası üzerindeki riski azaltarak riskin ortaklanmasına katkıda bulunacak ve etkin ve teknolojiye dayalı sağlık hizmetlerinin sunumunu genişletecektir.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yöntemlerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı, ülkelerin gelişmişlik düzeyi, sosyal ve kültürel yapısı, sermaye piyasalarının derinliği gibi faktörlere bağlı olarak ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

Çalışmanın bu bölümünde ele alınan sağlık hizmetlerinin arz ve talep yapısına bağlı olarak oluşan farklı sunum ve finansman yöntemleri, ülkelerin gelir, eğitim, teknoloji gibi birçok faktör ile birlikte, topyeküm gelişmişlik seviyesi ile doğrudan ilişkilidir. Bu bölümde ortaya konan alternatifler, üçüncü bölümde ele alınacak olan sağlık hizmetlerinin Türkiye'deki mevcut durumu ve bu bağlamda yapılan korelasyon ve ampirik analizler ile birleştirildiğinde, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına ilişkin önerilerin ortaya konması mümkün olabilecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARININ MEVCUT DURUMU, SORUNLARI VE AMPİRİK ANALİZLER ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANDIRILMASINA İLİŞKİN ÖNERİLER

3.1. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ YÖNETİM VE ORGANİZASYON YAPISI

Türkiye’de sağlık sistemi yönetim ve organizasyonu, Sağlık Bakanlığı altında teşkilatlanmış, örgütlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve uygulanması yetkisini elinde bulunduran Sağlık Bakanlığı, Anayasa ve yasalardan aldığı yetki ile her düzeyde teşkilat yapısını oluşturarak, sağlık hizmetlerine ilişkin yetki ve sorumluluklarını yerine getirmeye çalışmaktadır.

3.1.1. Anayasal ve Yasal Çerçevde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Devletin Rolü

2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın, Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması başlığı altında 56. maddesinde sağlık hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, süreçlere ilişkin denetimlerin yapılması ve maliyetlerin karşılanması için finansman kaynaklarının sağlanması devletin sorumluluk alanları içinde belirtilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. maddesi şu şekildedir:

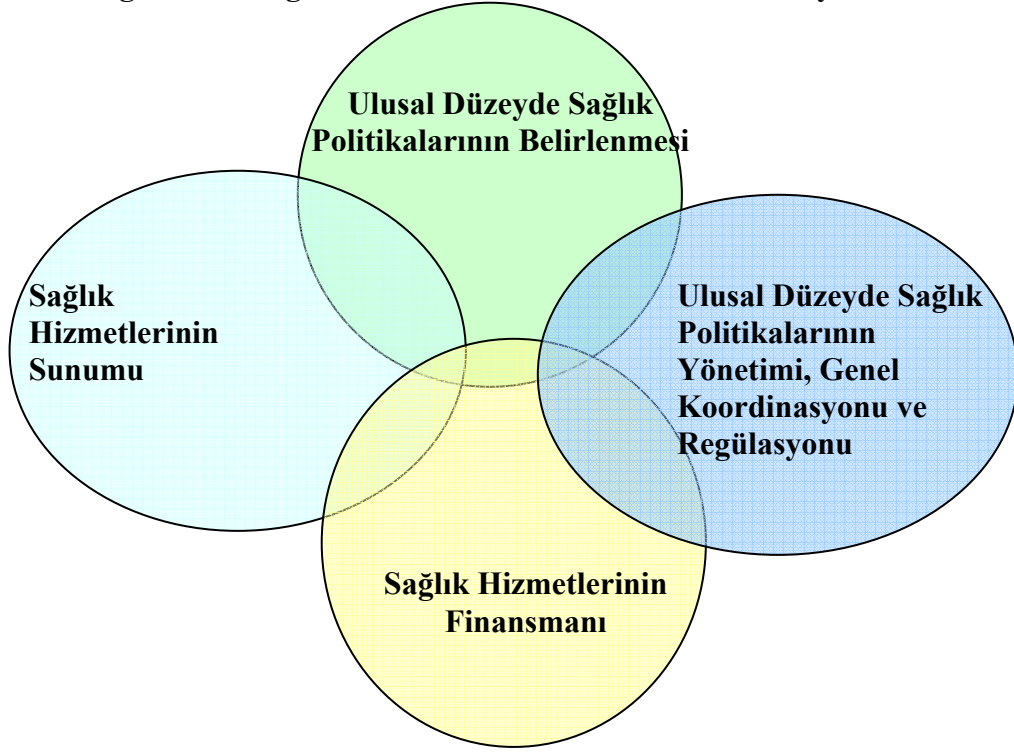
- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.
- Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.
- Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

- Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.
- Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması ile ilgili olarak belirtilen sorumluluk alanları, 1983 tarih 181 sayılı ve 1989 tarih ve 386 sayılı “*Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*” ile devlet adına Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Bu kararnamenin 4. maddesinde Sağlık Bakanlığı’nın görevleri tek tek sayılmıştır. Kanun hükmünde kararnamede belirtilen görevler 4 başlık altında ele alınabilir.

- Ulusal sağlık hizmetlerinin belirlenmesi doğrultusunda, tüm toplumun sağlık açısından tam iyilik halini sürdürebilmesi için, toplumun tümünü kapsayıcı plan ve programlar yapmak ve bu plan ve program doğrultusunda teşkilatlanıp uygulanmasını sağlamak görevi Sağlık Bakanlığı’na verilmektedir.
- Ulusal düzeyde belirlenen politika ve programların uygulanması, yönetimi, makro planlama çerçevesinde koordinasyonun sağlanması ve takip edilmesi görevi Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluk alanları içindedir.
- Makro plan ve programlar çerçevesinde çevre sağlığından ana ve çocuk sağlığına kadar tüm toplumu kapsayıcı sağlık hizmetlerinin sunumu, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek, gıda kontrolü gibi alanlarda farklı idari birimlerle koordinasyon içinde hizmetler yürütülecektir.
- Sağlık hizmetlerinin makro plan ve programlarının yapılması, uygulanması, yönetilmesi ve özellikle sunumu ile ilgili olarak ortaya çıkan finansman ihtiyacını karşılanması görevi de Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluk alanları içine dahil edilmiştir.

Şekil 21. Sağlık Bakanlığı'nın Temel Sorumlulukları ve Fonksiyonları



Kaynak: Aktan, 2007: 687.

Sağlık Bakanlığı, sayılan bu fonksiyonlar çerçevesinde ulusal düzeyde sağlık politikalarına ilişkin makro plan ve programların yapılmasından; bu planların uygulanması, yönetimi ve özellikle farklı idari birimler ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek koordinasyon ihtiyacının yerine getirilmesinden; sağlık hizmetlerinin sunumundan ve tüm bu faaliyetlere ilişkin finansmanın sağlanmasından birinci derecede sorumludur.

Türkiye’de sağlık sistemi yönetim ve organizasyon yapısı içinde yürütme ve uygulama yetkisine sahip olan Sağlık Bakanlığı, 1920’li yıllardan itibaren güçlü merkeziyetçi yapısını sürdürmüştür. Yönetim ve organizasyon yapısı, tarihsel süreç içinde farklı odaklanmalar içinde reform çabalarının etkisiyle değişikliğe uğramış olsa da, merkeziyetçi yapı gücünü ve etkisini koruyarak süreç içinde yerini almıştır.

3.1.2. Tarihsel Süreç İçerisinde Türk Sağlık Yönetimi

Türkiye’de, Anayasa düzeyinde yürütme ve uygulama yetki ve sorumluluğu belirlenmiş olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na (Sihhiye ve Muavenet-i İhtimaiye Vekaleti), ilk kurulduğu 2 Mayıs 1920 tarihinden itibaren ülkedeki tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görev ve yetkisi verilmiştir(Gürsel, 1998:27; SSYB,

1973:29). Sağlık Bakanlığı'nın kurulduğu tarihten bugüne, sağlık politikaları belli tarihsel dönemler itibariyle ayrıştırılmaktadır. Dönemler itibariyle sağlık politikalarının yönü ve ağırlığı, Sağlık Bakanlığı'nın yönetim ve organizasyon yapısının genetik şifrelerini bize sunmaktadır.

1920-1923 yılları arasındaki yapılanma döneminin ardından sağlık politikaları, 1923-1946 yılları arasındaki dönem itibariyle “koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliği”, 1946-1960 yılları arasındaki “milli sağlık politikaları çalışmaları”, 1960-1980 dönemindeki “sosyalizasyon çalışmaları” ve 1980 sonrası dönemde yaşana “sağlık politikalarında reform çalışmaları” şeklinde sınıflandırılabilir(Hülür, 2008:3). Farklı bir sınıflandırma ile aynı dönemdeki sağlık politikaları, Refik Saydam'ın Sağlık Bakanı olarak görev yaptığı 1923-1937 dönemi, İkinci Dünya Savaşı ve sonrasında içine alan 1938-1960 dönemi, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sürecinin hız kazandığı 1961-1982 dönemi ve sağlık reformu çalışmalarının yoğunluk kazandığı 1983 ve sonrası dönem biçiminde de sıralanması mümkündür(Fişek, 1985:159-166; Özdemir, 2001:259).

1920 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ülkedeki sağlık şartlarını düzeltme, kişisel ve toplumsal sağlığı bozacak etkenlere karşı savaş verme, gelecek kuşakların sağlıklı yetişmesini sağlama ve halka sağlık ve sosyal yardım ulaştırma ile ilgili konularda kanunların kendisine verdiği yetki ve sorumluluklar içinde hareket etmektedir(Gürsel, 1998:33). 1920 yılında kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ellerinde hiçbir kayıt ve bilginin olmaması, savaş sonrası yaşanan bulaşıcı hastalık riskleri ve göçmen işlerinin ve öksüz yurtlarının Bakanlığa devredilmesi nedeniyle, 1920-1923 yılları arasında Bakanlık örgütlenme, istatistik, yurtlar ve göçmenler üzerine odaklanmıştır(SSYB, 1973:29). Toplumsal anlamda sağlık ve sosyal yardımların geniş çapta yürütülmesi görevinin merkezi planlama içerisinde bir bakanlığa verilmesi, savaş sonrası dönemin etkilerine, sağlık hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin yerel düzeyde yaşanan yetersizliklere bağlı olarak gerçekleşmiştir. Esasen 1920-1923 dönemi, ulusal bir sağlık politikası geliştirilmesinden çok, örgütsel yapılanma kaygıları ve çabaları ile geçmiştir.

1920-1923 yılları arasında, günün şartlarına bağlı olarak Bakanlık tarafından yürütülen sağlık politikası çalışmaları alanında, Cumhuriyet'in kurulmasının

ardından çok hızlı ve önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu bağlamda 1925 yılında Bakanlık tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Programı” çalışmasında sağlık hizmetlerine ilişkin sorunlar temel başlıkları itibariyle şu şekilde tespit edilmiştir(SSYB, 1973:38).

- Devlet Sağlık Örgütü’nün genişletilmesi
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevlerinin açılması
- Sıtma, verem, kuduz gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi
- Sağlığa ilişkin kanunların yapılması
- Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha okulunun kurulması

19323-1937 yılları arasında 14 yıl bakanlık görevinde bulunan Dr. Refik Saydam, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuştur. Sınırlı kaynakların, görülme sıklığı, ölüm ve sakatlık oranları yüksek hastalıkların kontrolü ve önlenmesine yönelik olarak kullanılmasına özen göstermiştir (Hayran ve Sur, 1998:224; Savaş, Karahan ve Saka, 2002:16). Bu dönemde sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadeleye yönelik programlar başlatılmıştır. Program çerçevesinde gerekli kanunlar çıkartılmış dikey örgütlenme modeli içerisinde her biri için ayrı özel örgütler kurulmuştur (Öztürk, 1999:38). Koruyucu sağlık hizmetlerinin, merkezi yönetim bünyesinde programlar dahilinde ele alınarak, dikey örgütlenme anlayışına uygun biçimde özel örgütler eliyle yürütülmesi, savaş sonrası dönemde ortaya çıkan ve yakalanma sıklığı ve ölüm oranı yüksek olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi açısından önemli sonuçlar ortaya çıkarmıştır.

Dr. Refik Saydam döneminde tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi yerel yönetimlere bırakılmış ve bu amaç doğrultusunda önemli şehirlerde “Numune Hastanesi” açılması sağlanmıştır (Hayran ve Sur, 1998:224). Bu amaçla başlangıçta Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da numune hastaneleri açılmıştır (Yeğinboy ve Sayın, 2008:2). Bu dönemde sağlık hizmetlerine ilişkin olarak merkezi idare, koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmış, tedavi edici hizmetlerin mahalli idareler tarafından yürütülmesi daha uygun bulunmuştur. Merkezi idare rehberlik ve

koordinasyon görevini üstlenerek, mahalli idarelerde yürütülecek tedavi edici sağlık hizmetlerinin belli bir koordinasyon içinde yapılmasını sağlama amacına ulaşma gayreti içinde olmuştur.

Dr. Refik Saydam dönemindeki önemli gelişmelerden bir diğeri, sağlık insan gücü ihtiyacının karşılanması için, tıp eğitimi teşvik edici hizmetlerin sunulması olmuştur. Tıp eğitimi alan öğrencilerin barınma ve giyinme giderlerinin karşılanması ile birlikte 1923 yılında 554 olan hekim sayısı, 1940'lı yıllara gelindiğinde 2387'ye ulaşmıştır (Hayran ve Sur, 1998:224; Savaş, Karahan ve Saka, 2002:16). Sağlık insan gücü ihtiyacının karşılanması amacıyla, tıp eğitimine ilişkin ortaya konan teşvik edici politikalar, hekimlerin ve hemşirelerin özlük haklarında sağlanan iyileştirmeler ile devam etmiş ve özellikle ekim başına düşen kişi sayısında olumlu ilerlemeler sağlanmıştır.

1937-1960 yılları arasında, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi bakımından Dr. Refik Saydam dönemindeki yapı korunmuştur. Bu dönemde yaşanan en önemli gelişme II. Dünya Savaşı olmuştur. Savaşa girmeyen ülke olarak Türkiye dolaylı olarak savaşın sonuçlarından etkilenmiş ve özellikle salgın hastalıkların artması ile birlikte ülkedeki genel sağlık durumu bozulmuştur (Öztürk, 1999:38). Daha önceki dönemde bulaşıcı hastalıklara ilişkin özel örgüt kurulması uygulaması devam etmiş ve 1949 yılında kentlerde “Verem Savaş Dernekleri” kurulmuştur (Hayran ve Sur, 1998:225). Cumhuriyetin kurulmasından sonra Dr. Refik Saydam ile başlayan sağlık örgütlenmesi, bu dönemde de korunmuş ve devam ettirilmiştir.

1937-1960 dönemine ilişkin olarak sağlık hizmetlerinde yaşanan en önemli gelişme, Dr. Refik Saydam döneminde tedavi edici sağlık hizmetlerin yerel yönetimlere bırakılması uygulamasından vazgeçilmiş ve yerel yönetimlere bırakılan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın tedavi edici hizmetleri üstlenmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde merkezi idarenin ağırlığı artmış ve özellikle 1960 sonrası dönemde ortaya çıkan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine doğru önemli bir adım atılmıştır.

1960 sonrası döneme ilişkin en önemli değişim, 1963 yılında 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile başlayan kalkınma planları olmuştur. 1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un kabul edilmesiyle

birlikte, Cumhuriyet döneminin başından itibaren, kırsal bölgelere sağlık hizmetlerinin götürülmesi ile ilgili yaşanan sorunların azaltılması ve bütün vatandaşlara sağlık hizmetlerinin eşit şekilde ulaştırılması amacına yönelik gayretler artmıştır. Cumhuriyet döneminin başından itibaren koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde yaşana gelişmeler, kentlerde olumlu sonuçlar vermesine karşın, daha kırsal bölgelerdeki insanların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmasına katkı sağlayamamıştır.

1961 yılında kabul edilen 224 sayılı kanun ve 1960'lı yıllar ile başlayan planlı dönem, sağlık kurumlarının taşra birimlerde örgütlenerek, herkesin eşit ve sürekli sağlık hizmeti alabilmesini, taşra birimler ve merkezi birimler arasındaki entegrasyonun sağlanmasını, dikey örgütlenme biçimi içinde kademeli ve öncelikli hizmetlerin nüfusa göre belirlenmiş taşra örgütleri yoluyla vatandaşlara uygun sağlık hizmeti sunulmasını amaçlayan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine önemli katkılar sağlamıştır.

Sağlık politikalarının tarihsel süreç içinde gelişimi, özellikle 1980 sonrası sağlık reformu çabaları ile hız kazanmıştır. Özellikle 1990 yılında DPT tarafından yürütülen “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt” çalışması, bu dönemde yaşanan sağlık reformları sürecinin başlangıcını oluşturmaktadır. 1992 ve 1993 yıllarında yapılan “Ulusal Sağlık Kongreleri” ile birlikte sağlık reformlarının teorik çerçevesi tartışılmış, 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası” ile sağlık hizmetlerinde reform çabalarına hız kazandırılmıştır.

1990'lı yıllarda Sağlık Reformu'na ilişkin çalışmalar, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, aile hekimliğinin etkin kullanımı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık kurumlarına dönüştürülerek, Sağlık Bakanlığı'nın önceliğini koruyucu sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetlerinin planlama ve koordinasyonuna ayırması temel ilkeleri etrafında şekillenmiştir.

1983 ve 2003 yılları arasındaki reform çabalarının ardından, 2003 yılında Acil Eylem Planı'nın hemen ardından açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık politikalarına ilişkin reform hareketi ivme kazanmış ve bu

dönem Cumhuriyet sonrası sağlık politikalarının tarihsel süreci içerisinde önemli kilometre taşlarından birini oluşturmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde belirlenen temel hedefleri şu şekilde sıralanabilir (Akdağ, 2008:20).

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılması
- Genel sağlık sigortası kapsamına tüm vatandaşların dahil edilmesi
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk yapıya kavuşturulması
- Aile hekimliğine geçilmesi
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması
- Sağlık alanındaki özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesi
- Yetki devrinin sağlanması
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel gerekçelerinden birisi, kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaştığı ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu yönündeki tespitlerdir. Bu gerekçeler doğrultusunda neo-liberal politikalara uygun olarak, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, devletin sağlık hizmetlerini bizzat sunma yerine, hizmet satın alma ve hastanelerin özerkleştirilmesi gibi ademi merkezîyetçi bir yapının ortaya konması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçlarını oluşturmaktadır (Elbek ve Adaş, 2009:35). Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde belirlenen hedefler, temelde sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin alandan devletin çekilmesi, yetkilerin sağlık hizmetlerinin her alanından alt kademelere devredilerek, merkezi idare olarak Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyon ve denetim görevini üstlendiği, kamu-özel ortaklığı, hizmet satın alma gibi yöntemlerin kullanıldığı bir yapının kurulmasına katkı sağlamaktadır.

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık hizmetlerinde yaşanan süreç, dönemler itibariyle ele alındığında, iki dönem diğerlerinden önemli biçimde ayrılmaktadır. Bunlardan ilki, savaş sonrası dönemde özellikle bulaşıcı hastalıklara ilişkin koruyucu sağlık hizmetlerinin yoğun biçimde sunulduğu ve bu kapsamda tedavi edici hizmetlerin yerel yönetimlere devredildiği, dikey örgütlenme içerisinde riski yüksek hastalıklara ilişkin özel sağlık kurumlarının kurulduğu ve büyük başarı sağlandığı 1923-1937 yılları arasındaki dönemdir. Diğer dönem ise, dünyada yaşanan küresel dönüşüm ve neo-liberal politikalara uygun olarak, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanının ayrıştırılarak sağlık hizmetleri sunum alanından devletin çekilmeye başladığı, sağlık örgütlenmesi içinde ademi merkezîyetçi bir yapının yerleşmeye başladığı, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanına ilişkin alternatif yöntemlerin yoğun bir şekilde kullanıldığı, hastanelerin idari ve mali açıdan özerkliklerini sağlayarak özel sektörün sağlık hizmet sunumuna girişinin teşvik edildiği 2003 yılı sonrası uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'na ilişkin dönemdir. Tarihsel süreç içerisinde, belirlenen sağlık politika hedefleri doğrultusunda sağlık sektörü örgütlenmesini sürekli değiştirmiş ve geliştirmiştir.

3.1.3. Türk Sağlık Sektörü Örgütlenmesi

Türkiye'de sağlık sektörü, iç içe geçmiş çok fazla aktörün bulunduğu bir yapıya sahiptir. Politika oluşturma bakımından merkezîyetçi bir yapı içerisinde örgütlenmiş olan yapı, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi açısından ele alındığında finansman ve sunuma ilişkin olarak daha genişletici bir yapıya kavuşmaktadır.

Sağlık sektörü içinde üstlendiği fonksiyonlar açısından ele alındığında, Türkiye'de sağlık sektörü Politika Oluşturma, İdari Karar Alma, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu şeklinde sınıflandırılabilir(Sağlık Bakanlığı, 2004:29).

Politika oluşturma fonksiyonu, Anayasa ile uygulama ve yürütme yetki ve sorumluluğunu üzerinde bulduran Sağlık Bakanlığı ile, uzun dönemli ekonomik ve sosyal planlama süreçlerini düzenleyen Devlet Planlama Teşkilatı ve sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde etkin rol oynayan üniversite hastanelerini düzenleyen Yüksek Öğretim Kurumu arasındaki işbirliği ile

gerçekleştirilmektedir. TBMM aşaması, sağlık politikalarına yasal gücün kazandırılması biçiminde dahil olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, uygulama ve yürütme yetkisini yerel düzeyde İl Sağlık Müdürlükleri aracılığı ile gerçekleştirmektedir. Sağlık politikalarının il düzeyinde planlanması ve uygulanmasından Sağlık Bakanlığı adına İl Sağlık Müdürlükleri sorumludur.

Tablo 4. Sağlık Hizmetleri Organizasyon Yapısı

POLİTİKA OLUŞTURMA	SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU
<ul style="list-style-type: none">• Türkiye Büyük Millet Meclisi• Devlet Planlama Teşkilatı• Sağlık Bakanlığı• Yüksek öğretim Kurumu• Anayasa Mahkemesi	<u>Kamu</u> <ul style="list-style-type: none">• Sağlık Bakanlığı• Üniversite Hastaneleri• Savunma Bakanlığı
İDARİ KARAR ALMA <ul style="list-style-type: none">• Sağlık Bakanlığı• İl Sağlık Müdürlükleri	<u>Özel</u> <ul style="list-style-type: none">• Özel Hastaneler• Vakıf Hastaneleri• Azınlık Hastaneleri• Özel Çalışan Hekimler• Ayakta Tedavi Klinikleri• Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri• Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI <ul style="list-style-type: none">• Maliye Bakanlığı• Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı)• Özel Sigorta Şirketleri• Kendi Kendini Finanse Eden Kurumlar<ul style="list-style-type: none">• Uluslararası Ajanslar	<u>Sivil Toplum Örgütleri</u> <ul style="list-style-type: none">• Kızılay• Vakıflar, Dernekler

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2004:29

Hizmet finansmanı kaynakları açısından Maliye Bakanlığı vergilerin yanı sıra, katkı paylarını da içinde barındırmaktadır. Tablo 3.1’de belirtilmemiş olmakla birlikte, bireylerin cepten yaptığı ödemeler ve enformasyon ödemeleri şeklinde yapılan ödemelerde sağlık sektörünün örgütlenmesi içinde yer alan finansman kaynaklarındandır. Özel sağlık sigortalarının kullanımının yaygınlaştırılmasına ilişkin teşvik edici politikalar, sağlık hizmetlerinin finansmanında öze sigorta şirketlerinin payını arttırmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumları nedeniyle ortaya çıkan finansman açığının yanı sıra, özel sigorta şirketlerinin yetersizliği gibi nedenler, sağlık hizmetlerinin finansmanında Maliye Bakanlığı’nı ön plana çıkarmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu, temelde ikili bir yapı içerisinde kamu ve özel hizmet sunucuları tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan hastaneler birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin sunumunda aktif rol almaktadır. Sağlık Bakanlığı yerel düzeyde hizmet sunumuna ilişkin olarak nüfusa bağlı örgütlenme içinde sağlık ocağı, sağlık evi, ana çocuk

sağlığı, verem savaş dispanserleri ve hastaneler olmak biçiminde örgütlenmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan sağlık hizmet sunucularının bütün finansmanı Maliye Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. Bunun dışında çok küçük miktarlarda dahi olsa Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan kamu hastanelerinde alınan katkı payları, söz konusu hizmetlerin sunumuna ilişkin finansman kaynaklarından birini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu açısından diğer önemli kurum üniversite hastaneleridir. Üniversite hastaneleri Sağlık Bakanlığı hastanelerine benzer şekilde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde aktif rol üstlenmektedir. Üniversite hastaneleri cepten yapılan ödemeler dışında, Sağlık Bakanlığı ile yapılan anlaşmalar doğrultusunda Sosyal Güvenlik Sistemi içinde yer alan herkese sağlık hizmeti sunmaktadır. Üniversite hastaneleri Döner Sermayeli kuruluşlar şeklinde örgütlenmektedir. Bu hastaneler doğrudan hizmet sunumu, sosyal sigorta sistemi aracılığı ile hizmet sunumu yapmalarının yanı sıra, bütçeden de pay almaktadırlar ve bu nedenle farklı finansman kaynaklarına sahip olmaktadır.

Özel hastaneler, sağlık hizmeti sunan özel birimler içerisinde en önemli paya sahip olan hizmet sunucularıdır. Özel hastaneler doğrudan hizmet satımı karşılığında bireylerin cepten yaptıkları ödemeler, özel sigorta şirketlerinin müşterilerine yaptıkları sağlık hizmet sunumuna ilişkin aldıkları ödemeler ve Sağlık Bakanlığı ile imzalanan protokol çerçevesinde kamu sağlık sigortaları kapsamındaki bireylere sundukları hizmete ilişkin ödemeler olmak üzere farklı finansman kaynaklarına sahiptir. Özel hastanelerin özellikle kuruluş aşamalarındaki en önemli finansman kaynaklarından birisi de, borçlanmalardır. Hastane kuruluş maliyetlerinin çok yüksek olması, özel hastanelerin borçlanma ile finansmanını zorunlu kılmaktadır.

Sağlık sektörünün Türkiye'deki örgütlenmesi, merkezi planlama içinde farklı finansman kaynaklarının ve farklı hizmet sunucu birimlerin iç içe olduğu bir yapı ortaya koymaktadır. Bu yapı içerisinde politika oluşturma, karar alma ve sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı oldukça etkin ve güçlü bir konumda iken, sağlık hizmetlerinin finansmanında Maliye Bakanlığı belirgin olarak sorumluluğu üstlenmektedir.

3.2. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İNSAN GÜCÜ YAPISI

Sağlık hizmetlerinin sunumu için insan kaynakları vazgeçilmez unsurlardan birisidir. DSÖ tarafından ortaya konan “2000 Yılında Herkese Sağlık” doğrultusunda, başta kırsal kesimler olmak üzere bütün vatandaşlara sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi, yetkin ve eğitilmiş sağlık insan gücü planlamasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık sektöründeki insan gücü planlamasına ilişkin en önemli alan hekimler olmasına rağmen, hemşire, ebe ve eczacılara yönelik planlamalar, sağlık hizmetlerinin kalite ve verimlilik açısından gelişimi, yaygınlığı ve etkinliği açısından büyük bir öneme sahiptir.

Türkiye’deki sağlık personeli hekim, diş hekimi, hemşire, sağlık memuru, ebe ve eczacılardan oluşmaktadır. 1969-2006 yılları arası sağlık personeline ilişkin veriler Tablo 3.2’de verilmiştir. Yıllık değişim oranları açısından en büyük değişim hemşire sayılarında yaşanmıştır.

Tablo 5 Türkiye'deki Sağlık Personeli Değişimi (1969-2006)

Yıl	Hekim	% Değişim	Diş Hekimi	% Değişim	Hemşire	% Değişim	Sağlık Memuru	% Değişim	Ebe	% Değişim	Eczacı	% Değişim
1969	15203	-	3025	-	8110	-	9461	-	10251	-	2546	-
1970	15856	4	3245	7	8796	8	9954	5	11321	10	3011	18
1971	16514	4	3517	8	9436	7	10285	3	12176	8	3477	15
1972	16290	-1	3789	8	11358	20	10426	1	13056	7	3981	14
1973	18511	14	4279	13	13401	18	11025	6	13567	4	4781	20
1974	20868	13	4269	0	12641	-6	8479	-23	12228	-10	4715	-1
1975	21714	4	5046	18	14806	17	11021	30	12975	6	7002	49
1976	23388	8	5379	7	16566	12	11517	5	13873	7	7828	12
1977	23920	2	5954	11	19859	20	11183	-3	16785	21	10572	35
1978	25230	5	6826	15	20966	6	11141	0	16219	-3	11280	7
1979	26298	4	7021	3	23797	14	11606	4	15904	-2	11865	5
1980	27241	4	7077	1	26880	13	11664	0	15880	0	12059	2
1981	28411	4	6790	-4	29459	10	12226	5	13890	-13	11610	-4
1982	30956	9	7625	12	29243	-1	11830	-3	13454	-3	11428	-2
1983	32263	4	7763	2	29316	0	10704	-10	14570	8	11527	1
1984	34195	6	8133	5	30261	3	10456	-2	15536	7	11586	1
1985	36427	7	8305	2	30854	2	10525	1	17987	16	11602	0
1986	37142	2	8410	1	32392	5	11684	11	19127	6	12866	11
1987	38829	5	8589	2	34855	8	12352	6	21982	15	13668	6
1988	42502	9	9639	12	38903	12	18831	52	25665	17	14567	7
1989	46708	10	10132	5	43374	11	18869	0	27805	8	15201	4
1990	50639	8	10514	4	44984	4	21547	14	30415	9	15792	4
1991	53264	5	10623	1	47540	6	23813	11	33724	11	16002	1
1992	56985	7	10703	1	50456	6	24160	1	35096	4	16593	4
1993	61050	7	11069	3	54268	8	28776	19	36263	3	17696	7
1994	65832	8	11457	4	56280	4	30811	7	35604	-2	18366	4
1995 ⁽⁵⁾	69349	5	11717	2	64243	14	39342	28	39551	11	19090	4
1996 ⁽⁵⁾	70947	2	12406	6	64526	0	39075	-1	38945	-2	19681	3
1997 ⁽⁵⁾	73659	4	12737	3	67265	4	39658	1	40230	3	20557	4
1998 ⁽⁵⁾	77344	5	13421	5	69246	3	41461	5	41059	2	21441	4
1999 ⁽⁵⁾	81988	6	14226	6	70270	1	43032	4	41271	1	22065	3
2000	85117	4	16002	12	71600	2	46528	8	41590	1	23266	5
2001	90757	7	15866	-1	75879	6	45560	-2	41158	-1	22922	-1
2002	95190	5	17108	8	79059	4	49324	8	41513	1	22322	-3
2003	97763	3	18073	6	82246	4	50432	2	41273	-1	23757	6
2004	104226	7	18363	2	82616	0	57723	14	42649	3	24615	4
2005	106698	2	18771	2	83411	1	58599	2	43429	2	21344	-13
2006	114583	7	18213	-3	87327	5	67649	15	43301	0	24612	15
Toplam		654		502		977		615		322		867

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK

Not:Devlet hesabına ve serbest çalışan tüm sağlık personelinin kapsar. Milli Savunma Bakanlığı'nda görevli sağlık personeli kapsamıştır.

(1) Mütahassis, pratisyen ve asistan hekimlerin toplamıdır.

(2) Hemşirelik yüksekokulu mezunu hemşire ve hemşire yardımcılarını da kapsar.

(3) Sağlık memuru, sağlık koleji, sağlık meslek lisesi ve köy enstitüleri sağlık bölümünü bitirenleri kapsar.

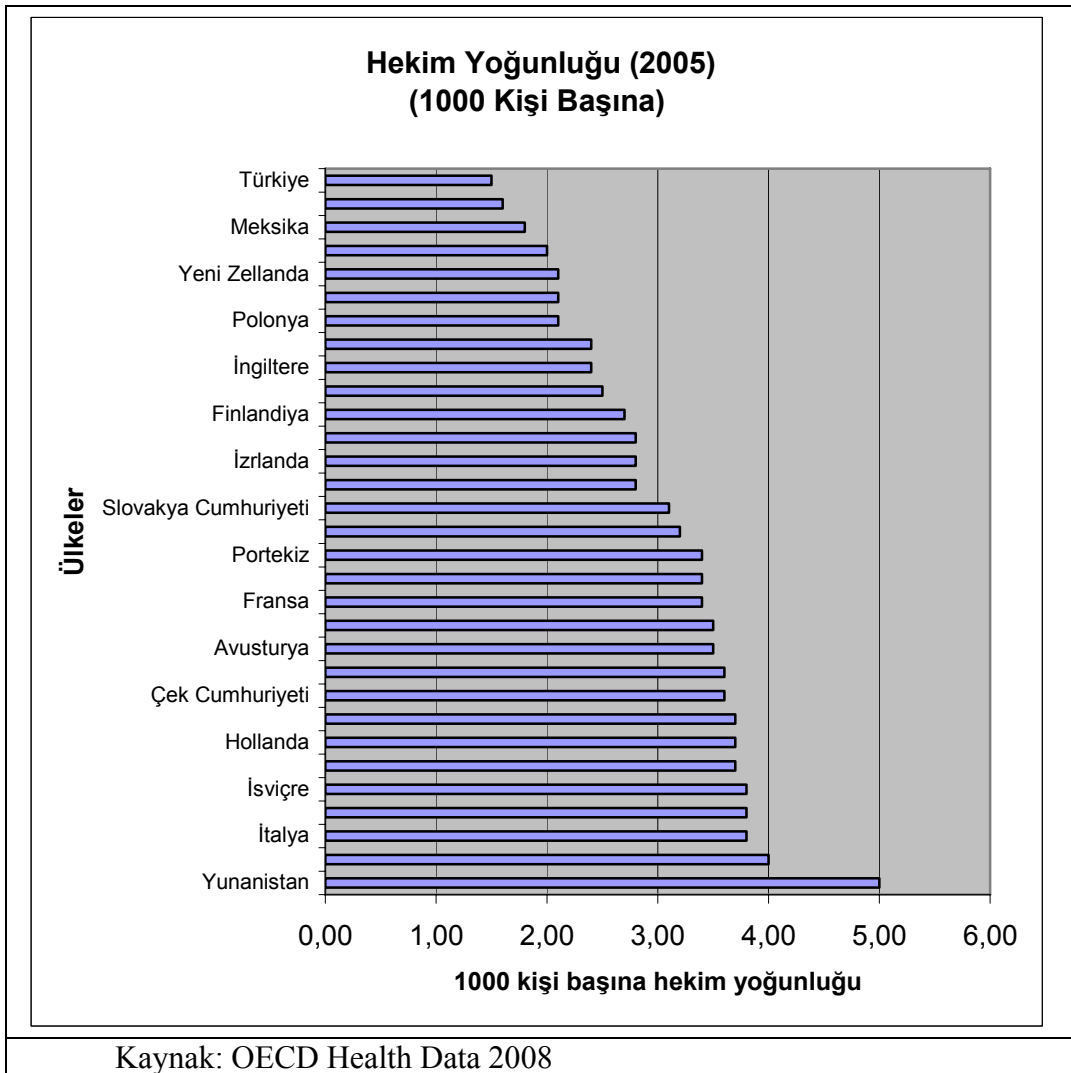
(4) Köy ebesini de kapsar.

(5) 1988 yılından itibaren Milli Savunma Bakanlığı'nda görevli eczacılar da dahil edilmiştir.

1963-2006 yılları arasında sağlık sektörü insan gücü açısından en önemli değişim 977 kat ile hemşirelerde yaşanmıştır. En az değişimin yaşandığı ebelerde temel belirleyici, sezaryen ile doğum sayısındaki artış olduğu tahmin edilebilir. Ebe sayısındaki değişim, uluslararası sağlık göstergeleri karşılaştırmalarında en çok kullanılan verilerden biri olan bebek ölüm oranlarındaki değişimi belirlemesi açısından oldukça önemlidir.

Ülkedeki faal hekim sayısının 1000 kişi başına yoğunluğu açısından Türkiye, 30 OECD ülkesi içinde en az yoğunluğa sahip ülkedir. OECD ortalaması 2005 yılı itibariyle 3,2 iken, aynı yıl Türkiye’de oran 1,5 dolaylarındadır (Şekil 22).

Şekil 22: OECD Ülkelerinde Hekim Yoğunluğu (1000 Kişi Başına)



Hekim sayısının nüfusa yoğunluğunun çok düşük olmasının en temel sebebi nüfus artış hızıdır. Nüfus artış hızının yanı sıra tıp fakültelerinde eğitim almış olan

hekim kamu veya özel hastanelerinde iş bulmalarının zorluğu ve eleme sınavı niteliğinde merkezi bir sınavın yapılması da hekim yoğunluğunun düşük olmasının nedenleri arasında gösterilebilir. Ancak buradaki hekim yoğunluk oranlarının, sadece çalışan hekim sayılarını kapsaması, nüfus artış hızını ve hekimlerin faaliyette bulunabileceği kamu ve özel sağlık kuruluşların yetersizliğini öne çıkarmaktadır. Özellikle sağlık teknoloji alanlarındaki gelişmeler, hekimlerin ekipman eksikliği nedeniyle sağlık kuruluşları dışında faaliyette bulunabilmelerini zorlaştırmaktadır.

Türkiye’deki sağlık personelinin sayısı bölgeler itibariyle oldukça büyük bir dengesizlik içermektedir. Güneydoğu Anadolu’da uzman hekim başına 4800 nüfus düşerken, Marmara’da bu sayı 1196’dır. Sağlık insan gücü açısından yaşanan dengesizlik, özellikle personel başına düşen nüfus sayısı ile açıkça görülebilmektedir. Bölgeler arasında yaşanan ekonomik ve sosyal farklılıklar, iklim şartları ve sağlık personelinin, personel başına nüfusun yoğun olduğu bölgelerde hizmet etmekten kaçınması bölgeler arasında sağlık insan gücü açısından yaşanan dengesizliğin temel nedenlerindedir.

Tablo 6: Bölgeler İtibariyle Sağlık Hizmetleri Personeli

	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Marmara Bölgesi	1.196	1.455	2.894	2.665	2.143	987	2.116
Ege Bölgesi	1.332	1.137	3.189	2.389	1.438	727	1.180
Akdeniz Bölgesi	2.197	1.658	5.770	3.380	1.582	973	1.386
İç Anadolu	1.372	1.042	3.397	2.682	1.041	753	1.709
Karadeniz	2.479	1.514	6.866	4.209	1.179	812	1.459
Doğu Anadolu	3.823	1.765	12.952	7.845	1.845	1.236	1.846
Güneydoğu Anadolu	4.800	2.633	14.969	5.897	2.700	1.752	3.121
TÜRKİYE	1.689	1.423	4.258	3.213	1.554	927	1.699
(1) Personel Başına Nüfus Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2004 (2003 İstatistikleri)							

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesine ilişki en önemli sürükleyici faktör başta uzman hekimler olmak üzere sağlık personelidir. Sağlık personelinin azlığı bebek ölüm oranı benzeri verilerin olumsuz yönde gelişmesine neden olmaktadır. Sağlık personeli başına düşen nüfus ile, bebek ölüm oranları arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğu varsayılabilmektedir.

Sağlık personellerinin dağılımı açısından en belirgin sonuç, pratisyen hekim sayısında gözlemlenmektedir. Pratisyen hekim sayısı, uzman hekim sayısından fazladır. Tıp eğitimi veren fakültelerin ve beraberinde mezun sayısının artması, bunun yanı sıra sağlık hizmeti arz cephesinde yaşanan yetersizlikler ve merkezi sınav sistemi içinde eleme yöntemi ile uzmanlıkların dağıtılması, pratisyen hekim fazlalığının temel nedenlerindedir.

3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK DÜZEYİ

Sağlık düzeyi, genel olarak sağlık hizmetlerinin yoğunluğu, bireylerin sağlıklı yaşama ilişkin davranışları vb. konularla ilgili durumu ifade etmektedir. Sağlık düzeyine ilişkin veriler temelde yaşam beklentisi, üreme sağlığı, hastalık, ölüm ve ruh sağlığı ile ilgilidir.

3.3.1. Yaşam Beklentisi

Yaşam beklentisi, genellikle yaşam süresi ile karıştırılan bir kavramdır. Yaşam süresi, hastalık, kaza vb. nedenlerle kişinin sağlığını tehdit edecek faktörler olmadığında kişinin ortalama yaşam süresidir. Biyolojik olarak belli bir yaştan sonra kişinin doğal ölümü gerçekleşecektir. Yaşam süresi genel olarak sabittir. Ancak yaşam beklentisi, kişinin hastalık, kaza vb. faktörler göz önünde bulundurulduğunda elde edilen yaşama beklentisidir.

Ortalama yaşam beklentisinin yüksek olması, sağlık hizmetlerinin etkinliği için temel göstergelerden biridir. Hastalık gibi riskler yaşam beklentisini düşürmektedir ve beklentilerdeki düşüşü engelleyecek olan, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde işlerliğinin sağlanmasıdır. Genel olarak toplam sağlık harcamaları ve GSMH düzeyi yüksek olan yerlerde ortalama yaşam beklentisi de yüksek olmaktadır.

Türkiye'de doğumda ortalama yaşam beklentisi OECD Health Data 2008 verilerine 2007 yılı itibarıyla 71,8'dir. Bu oran OECD ülkeleri içindeki en düşük orandır. 2007 yılında OECD ortalaması 78,9 olarak hesaplanmıştır. 2005 yılı satın alma gücü paritesine göre kişi başı GSMH ve doğumda yaşam beklentisi açısından bakıldığında Türkiye yine tüm OECD ülkelerinin altında görülmektedir. Kişi başı GSMH ile ortalama yaşam beklentisi arasında pozitif bir ilişkinin varlığı gözlemlenebilmektedir(OECD, 2007:21). Bu ilişki çok basit bir korelasyonu

göstermektedir. Ancak GSMH ile doğumda yaşam beklentisi arasındaki ilişki ile ilgili daha kapsamlı ve derin analizlerin yapılması gerekmektedir.

3.3.2. Kaba Doğum ve Doğurganlık Hızı

Ülkedeki sağlık düzeyi ile ilgili olarak en önemli verilerden birisi doğuma ilişkin istatistiklerdir. Sağlık göstergesi olarak en çok kullanılan doğum göstergeleri kaba doğum hızı ve doğurganlık hızı istatistikleridir.

$$\text{Kaba Doğum Hızı} = \frac{\text{Bir yıl içindeki canlı doğum sayısı}}{\text{Yıl Ortası Nüfus}} \times 1000$$

$$\text{Doğurganlık Hızı} = \frac{\text{Bir yıl içindeki canlı doğum sayısı}}{\text{15 - 49 Yaş Arası Kadın Nüfusu}} \times 1000$$

Kaba doğum hızı ve doğurganlık hızı sosyo ekonomik gelişmişlik ile doğrudan ilişkili olmakla birlikte, sağlık hizmetleri açısından özellikle aile planlaması hizmetlerinin yeterliliği konusunda önemli göstergelerden birini oluşturmaktadır.

OECD ülkeleri açısından bir karşılaştırma yapıldığında OECD Health Data 2008 verilerine göre Türkiye, 1980’li yıllarda 25-30 arasındaki kaba doğum hızını, 2000’li yıllarda 20’nin altına çekebilmiştir. Kaba doğum hızına ilişkin 2007 OECD ortalaması 11,1 iken, Türkiye’de 18,7 olarak gerçekleşmiştir (OECD, 2007:). OECD ülkeleri içinde tüm yıllar itibariyle en yüksek kaba doğum hızına sahip ülke Türkiye’dir. Belli bölgelerde sayıca çokluğun ekonomik anlamda güçlü olmanın gereklerinden biri olduğu algısı, aile planlamasına ilişkin sağlık hizmetlerinde yaşana yetersizlikler sebebiyle kaba doğum hızı yüksek çıkmaktadır.

Doğurganlık hızı bakımından Türkiye, 1960 yılında Meksika’nın ardından ikinci sırada iken, 1980 yılından itibaren OECD ülkeleri içinde en yüksek doğurganlık oranına ulaşmıştır. Ancak Türkiye’de, doğurganlık hızı zaman içinde düşmüş, OECD ortalamasına yaklaşmıştır. 2005 yılında doğurganlığa ilişkin OECD ortalaması 1,6 iken, Türkiye’de doğurganlık hızı 2,2 olarak belirlenmiştir (OECD,

2007:15). Türkiye'deki doğurganlık hızının 1960 ve 1980 yıllarına nazaran OECD ortalamasına yaklaşmasına ilişkin temel gerekçeler, kadınların aktif iş yaşamında faaliyette bulunması, kısa aralıklar ile doğumların azalması ve aile planlaması vb. konularda sağlık bilincinin yerleşmesi gibi faktörlerdir.

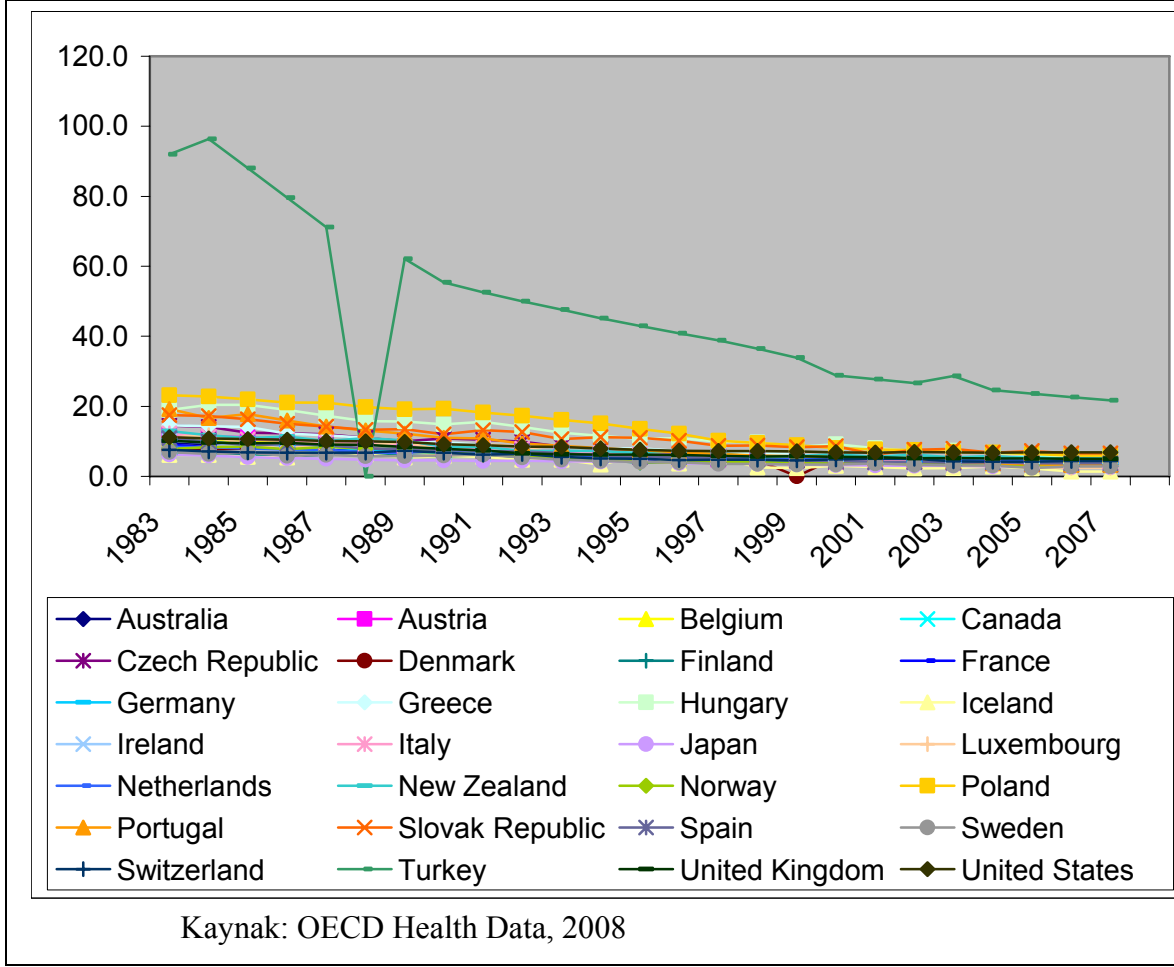
Kaba doğum hızı ve doğurganlık hızı, bir başka önemli sağlık göstergesi olan bebek ölümüne ilişkin istatistikleri doğrudan etkilemektedir. Çok yüksek doğum ve doğurganlık düzeyine sahip olan ülkelerde, bebek ölüm oranlarının yüksek olması beklenmektedir.

3.3.3. Bebek Ölüm Oranları

Bebek ölüm oranları, sağlık harcamalarının etkinliği ve ülkedeki genel sağlık düzeyi ile ilgili olarak kullanılan en yaygın veri setlerinden biridir. Bebek ölüm oranı bir yıldan daha kısa sürede ölen bebekleri kapsamaktadır. Bebek ölümleri sağlık düzeyi ile ilgili olduğu kadar, ekonomik ve sosyal yapı ile de doğrudan ilişkilidir.

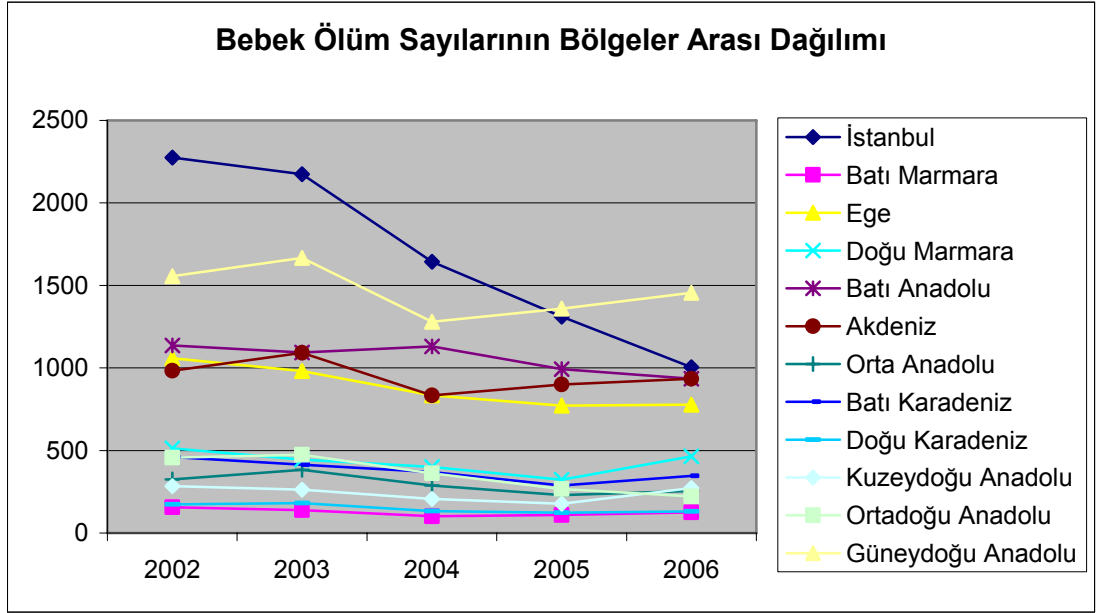
Grafikte doğan 1000 bebek başına ölen bebeklerin sayısı 1983 yılından itibaren gösterilmektedir. OECD ülkeleri içinde bebek ölüm oranları 10'un altında seyretmekte iken Türkiye'de 2007 yılında bu oran 21,7'dir.

Şekil 23. OECD Ülkelerinde Bebek Ölüm Oranları



Bölgeler itibariyle bebek ölüm sayıları incelendiğinde, bölgeler itibariyle sağlık personel sayısı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bölgeler itibariyle sağlık personeli başına en çok nüfusun düştüğü Güneydoğu Anadolu bölgesinde, bebek ölüm sayıları da en yüksek düzeyde oluşmaktadır. Özellikle 2003 yılından itibaren bebek ölüm oranları azalırken, Güneydoğu Anadolu'da yükselmektedir. Söz konusu bölge açısından oldukça önemli bir sorun olarak görülmektedir. Bölgeler arası sosyo-ekonomik gelişim farklılıkları, sağlık personeli başına nüfusun çokluğu gibi nedenler, bebek ölüm oranları üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (Şekil 23).

Şekil 24: Türkiye’de Bebek Ölüm Oranlarının Bölgeler Arası Dağılımı



Kaynak: TÜİK-Bölgesel İstatistikler

* Söz konusu veriler, TÜİK tarafından Düzey 1 sınıflandırması içinde yer alan bölgeler itibariyle ele alınmıştır.

Bebek ölüm oranları ile ilgili önemli sağlık göstergelerinden bir diğeri “neonatal” ve “postneonatal” bebek ölüm hızlarıdır.

$$\text{Postneonatal Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir yıl içinde ölen 29-365 günlük bebek sayısı}}{\text{Aynı yıldaki canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

$$\text{Neonatal Ölüm Hızı} = \frac{\text{Bir yıl içinde ölen 0-28 günlük bebek sayısı}}{\text{Aynı yıldaki canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

Neonatal (yenidoğan) ölüm hızının, o bölgedeki sağlık düzeyi ve hizmetler ile bağlantısı, postneonatal ölüm hızına göre daha azdır. Yenidoğan ölümlerinin, yani doğumdan itibaren 28 gün içinde gerçekleşen bebek ölümlerinin çoğunluğu en iyi şartlarda dahi önlenmesi ve iyileştirilmesi mümkün olmayan nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Postneonatal ölüm hızları ise, yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıklar, sosyo-ekonomik gelişmişlik anlamında geri kalmışlık vb. nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmakta ve sağlık hizmetlerinin düzeyi ile doğrudan ilgilidir.

Neonatal ölüm hızı OECD ortalaması 2007 yılı itibariyle 3,2'dir. Türkiye'de ise neonatal ölüm hızı OECD Health Data 2008 verilerine göre 17'dir. Benzer şekilde postneonatal ölüm hızı OECD ortalaması 2007 yılı itibariyle 4,8 iken, Türkiye'de postneonatal ölüm hızı 21,7 olarak gerçekleşmiştir. Hem neonatal, hem de postneonatal ölüm hızları açısından Türkiye OECD ülkelerine göre oldukça kötü durumdadır. Özellikle neonatal ölüm hızı, Türkiye'nin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin OECD ülkeler açısından oldukça geri olduğunun göstergelerinden biri olabilir. Bunun yanı sıra Türkiye'de kaba doğum hızı ve doğurganlık hızının oldukça yüksek olması, ebe sayısında yaşanan yetersizlikler neonatal ve postneonatal ölüm hızındaki yüksekliğin açıklanmasına yardımcı olabilir.

Sağlık düzeyinin belirlenmesi açısından en çok kullanılan doğum, bebek ölüm ve ortalama yaşam beklentisi verileri, Türkiye'de OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak bakıldığında oldukça kötü durumdadır. 2003 yılından itibaren yaşanan sağlıkta dönüşüm ile birlikte belli bir ilerleme sağlanmış olmasına rağmen, veriler bazında oldukça kötü durumdadır.

Bir ülkedeki sağlığın düzeyi, ruh sağlığı, hastalıklar, sağlık harcamaları gibi birçok farklı faktöre bağımlı olmakla beraber, bütün bu faktörlerin etkilerini doğum hızı, ortalama yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranları verilerinde görebilmek mümkündür.

3.4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Türk sağlık sektöründe sağlık hizmetleri kamusal ve özel organizasyonlar ve sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülmektedir. Sağlık sektörü içinde yer alan kuruluşlar, finansal gücü, teknolojik altyapısı, mekansal olarak yaygınlığı gibi faktörlere bağlı olarak farklı düzeylerde sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Türk sağlık sektörü içinde sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılabilir.

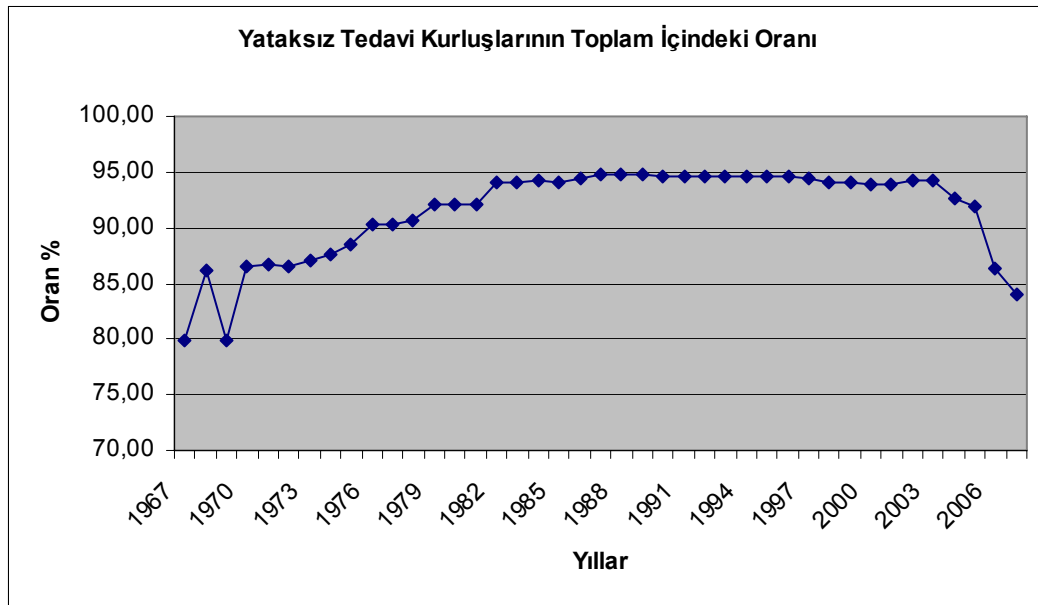
3.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (outpatient)

Sağlık hizmeti talebinde bulunan bireylerin genellikle ilk karşılaştıkları kuruluştur. Birinci basamak sağlık hizmeti sunanlar genellikle yataksız sağlık kuruluşlarıdır ve ayakta veya evde tedavi yaygın şekilde kullanılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözmeye yönelik tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini veren bir sistemdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri özellikle kırsal alanda sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin önemli görevler üstlenmektedir.

Sağlık ocakları ve merkezleri şeklinde örgütlenmeler, yalnızca ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine geçiş için kullanılan sağlık kuruluşları değil, ayakta tedavi hizmetlerinin ve birinci basamak hizmetler içinde yer alan ilaç tedavilerinin uygulandığı sağlık kuruluşlarıdır.

Şekil 25: Yataksız Tedavi Kuruluşlarının Toplam İçindeki Oranı



Kaynak: TÜİK, Sağlık İstatistikleri

Türkiye’de yataksız tedavi kurumlarının toplam sağlık kurumları içindeki payı oldukça yüksektir. Hizmet sunum sistemi içinde sayıca oldukça önemli bir yere sahip olan birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hizmetleri sunmadaki yetersizlikleri, tanı koyma konusundaki başarısızlıkları, farklı hekim dalları ile koordinasyonu sağlamadaki eksiklikleri göz önüne alındığında, etkin ve sağlam altyapıya sahip bir örgütlenme modelinin bu kuruluşlara uygulanmasının gerekliliği daha net ortaya çıkmaktadır. Bu amaçla 09.12.2004 tarihli 25665 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiş ve Düzce’de pilot uygulamasına başlanmıştır.

Aile hekimliği modelinin en önemli gerekçelerinden birisi öncelikler sorunu ile ilişkilidir. Türkiye’de artan ve yaşlanan nüfus, teknolojik ilerlemeler vb. nedenlerle artan sağlık hizmetleri talebine karşılık, arz yeterinde arttırılamamış ve kaynaklar ile talepler arasında büyük bir uçurum oluşmuştur. Bu uçurum adil, eşit, hakkaniyete dayalı, maliyet etkin bir öncelik planlamasını zorunlu kılmaktadır (Ata, 2007:19). Belirtilen nitelikler açısından öncelikli olarak ortaya konan aile hekimliği modelinin, hastalıkların başlangıçta belirlenmesi ve tanı ve tedavi sürecinin hızlandırılması, hastalık nedeniyle ortaya çıkması muhtemel olumsuz sonuçların en aza indirilmesi açısından olumlu katkılar sağlaması beklenmektedir.

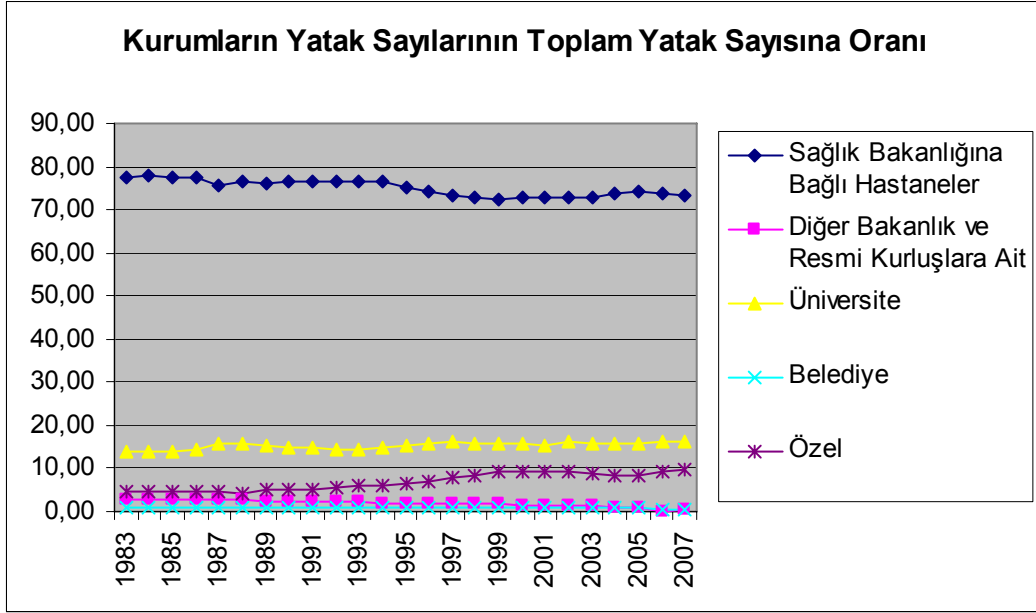
Aile hekimliği pilot uygulaması 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmış ve 33 ilde uygulamaya geçilmiştir. Toplam nüfusun %27,76’sına aile hekimliği hizmeti verilmekte olup, 2009 yılında planlanan iller dahil edildiğinde bu oran % 50’nin üzerine çıkmış olacaktır (Çom, 2008:30).

Aile hekimliği modeline ilişkin genişletme çabaları devam etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin adil, eşit, hakkaniyete dayalı biçimde sunulmasına katkıda bulunmak üzere ülke örnekleri göz önüne alınarak uygulanan modelin, tanı, tedavi ve süreklilik kavramlarının etkin bir şekilde yerine getirilmesi yolunda önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

3.4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri sunan hastanelerin yapımı, 1930’lu yıllarda yerel yönetimlerin yetkisi altında iken, 1940’lı yılların sonlarından itibaren bu yetki Sağlık Bakanlığı tarafından devralınmıştır(Savaş, 2001:117). İkinci basamak sağlık hizmetleri genellikle hastaların yatırılarak tedavi edildiği hastanelerdir. Türk sağlık sistemi içerisinde ikinci basamak hizmet sunan sağlık kuruluşları kamu hastaneleri, özel hastaneler gibi yataklı hastanelerdir.

Şekil 26: Kurumların Yatak Sayılarının Toplam Yatak Sayısına Oranı



Kaynak: TÜİK, Sağlık İstatistikleri.

İkinci basamak sağlık hizmeti sunan yataklı sağlık kuruluşları temelde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel hastaneler üçgeninde yürütülmektedir. Bular dışında yer alan yataklı sağlık kurumlarının, toplam yatak sayısı içindeki payı % 3'ün altındadır (Şekil 26).

Sağlık reformunun çokça tartışıldığı 1980'li yıllardan 2007 yılına kadar olan süreçte kamu hastanelerinin ağırlığı yine devam etmekle beraber, % 78'li düzeylerden % 73 dolaylarına gerilemiştir. Buna paralel olarak üniversitelerin ve özel sağlık kuruluşlarının payı artmış ve toplamda % 25 düzeyinin üstüne çıkmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının temel hedeflerinden olan yetkinin devri ve sağlık alanındaki özel yatırımların teşviki sebebiyle, özellikle 2003 sonrası özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin sayısında önemli bir artış gözlenmektedir (Şekil 26).

2003 yılındaki sağlıkta reform hareketinin ardından kamu yatak sayısında önemli artışlar sağlanmış olmasına rağmen, üniversiteler ve özel hastaneler toplam içindeki payını arttırmıştır. Bu dönemde özellikle özel sektörün sağlık hizmet sunumuna katılımını teşvik eden açılımlar sayesinde özel sektörün yatırımları artarak devam etmiştir.

3.4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, yüksek teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı, belli bir hastalığın tedavisi veya belli bir yaş grubuna ilişkin hastalıkların tedavisi ile ilgilenen özel dal merkezleridir. Bunlar onkoloji merkezleri, göğüs hastalıkları hastanesi, göz hastanesi gibi belli özel dallara ilişkin hizmet sunan sağlık kuruluşlarıdır.

Araştırma ve buluş alanında önemli faaliyetleri bulunan ve teknolojik değişimleri yakından takip eden üniversite hastaneleri de kendi bünyesinde özel dal merkezleri kurabilmektedir. Özellikle araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürüttüğü özel dallara ilişkin olarak, üniversiteler tarafından özel dal merkezleri kurulabilmektedir.

3.5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN AMPİRİK ANALİZİ

Sağlık sektörüne ilişkin ilerlemeler, yalnızca tıp eğitiminin geliştirilmesi, uzmanların nitelik ve nicelik olarak yüksek standartlara ulaştırılması ile mümkün olamayacaktır. Sağlık sektörü, kendi içsel dinamikleri dışında sosyo-ekonomik birçok faktörün bileşkesi olarak gelişmekte ve değişmektedir.

Bu bölümde daha önce tek istatistikî veri olarak verilen sayısal ilişkiler, çeşitli istatistikî ve ekonometrik analizlerle değerlendirilerek, sağlığı etkileyen faktörler sonuçları ile birlikte ortaya konulacaktır. İstatistikî analiz ile ilgili olarak, bir ülkedeki sağlık düzeyini gösteren bebek ölüm oranları, beklenen yaşam süresi ve diğer iktisadi göstergeler arasında korelasyon araştırılacak ve sağlık sektörünü etkileyen faktörler ortaya konmaya çalışılacaktır.

3.5.1. Araştırmanın Amacı

Bir ülkedeki sağlık sektörünün durumuna ilişkin olarak en çok kullanılan bebek ölüm oranları ve doğumda yaşam beklentisi gibi temel sağlık göstergeleri ile iktisadi ve idari göstergelerin etkileşimi ortaya koymak araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bebek ölüm oranları ve doğumda yaşam beklentisi verilerinin ilişki içinde bulunduğu iktisadi göstergelerin ortaya konması, sağlık politika yapıcıları için önemli ipuçlarını sunabilecektir.

3.5.2. Veri ve Yöntem

Sağlık göstergeleri ve iktisadi göstergeler arasındaki ilişki Korelasyon analizi ile ortaya konmaya çalışılacaktır. Korelasyon analizinde kullanılan veriler OECD Health Data 2008 ve TÜİK tarafından yayınlanan bölgesel istatistikler ve sağlık istatistiklerinden elde edilmiştir. Türkiye için OECD Health Data 2008 içinde 1983-2006 yılları arasında yer alan bebek ölüm oranları ve doğumda yaşam beklentisi verilerinin, yine aynı veritabanında elde edilen makroekonomik göstergeler ile olan ilişkisinin yönü ve değeri, Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları ile hesaplanarak değerlendirilecektir.

OECD Health Data 2008 ve TÜİK veritabanlarından elde edilen veriler, XLSTAT 2009 programında işlenerek sonuçları ortaya konmuştur. Sağlık göstergeleri ve iktisadi göstergeler arasındaki ilişki, kurulan hipotezlere uygun olarak değerlendirilerek, hipotezlerin kabulüne veya reddine ilişkin sonuçlar değerlendirilmiştir.

3.5.3. Kullanılan Değişkenler ve Hipotezler

Sağlık durumu istatistikleri ve iktisadi göstergeler arasındaki ilişkin yönünü ve gücünü görmek için, Türkiye'ye ait korelasyon çalışmasının hipotezleri şu şekildedir(Tekin, 2007:53-54).

1. H_0 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *doğumda yaşam beklentisi* ile *SGP' ye göre kişi başına GSYİH* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *doğumda yaşam beklentisi* ile *SGP' ye göre kişi başına GSYİH* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

$$H_0: p = 0$$

$$H_1: p \neq 0$$

2. H_0 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *doğumda yaşam beklentisi* ile *SGP' ye göre kişi başına sağlık harcaması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *doğumda yaşam beklentisi* ile *SGP' ye göre kişi başına sağlık harcaması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

$$H_0: p = 0$$

$$H_1: p \neq 0$$

3. H_0 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *postneonatal bebek ölüm hızı* ile *SGP' ye göre kişi başına GSYİH* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *postneonatal bebek ölüm hızı* ile *SGP' ye göre kişi başına GSYİH* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

$$H_0: p = 0$$

$$H_1: p \neq 0$$

4. H_0 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *postneonatal bebek ölüm hızı* ile *SGP' ye göre kişi başına sağlık harcaması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *postneonatal bebek ölüm hızı* ile *SGP' ye göre kişi başına sağlık harcaması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

$$H_0: p = 0$$

$$H_1: p \neq 0$$

5. H_0 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *ile SGP' ye göre GSYİH* ile *SGP' ye göre kişi başına sağlık harcaması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Türkiye'ye ilişkin kullanılan veriler doğrultusunda *ile SGP' ye göre GSYİH* ile *SGP' ye göre kişi başına sağlık harcaması* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

$$H_0: p = 0$$

$$H_1: p \neq 0$$

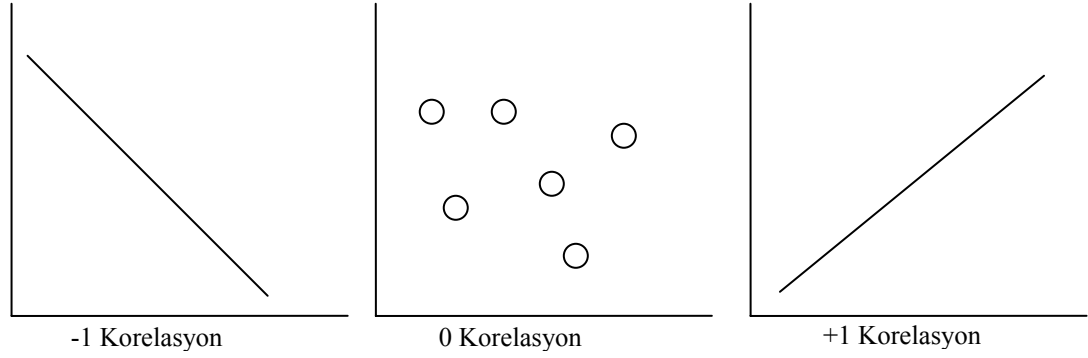
3.5.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde, iki değişken arasındaki ilişki hakkında genel olarak bilgi sahibi olmamızı sağlayan ve ilişkinin miktarını ortaya koyan korelasyon analizi kullanılmıştır. Basit korelasyon analizinde kullanılan iki değişkenin, bağımlı/bağımsız değişken olarak belirlenmesi, korelasyonun hesaplanması açısından önemli değildir. Basit korelasyon ile hedeflenen iki değişken arasındaki ilişkinin gücü ve yönünün ne olduğudur. Analizlerde, Microsoft Excel içinde çalışan, bir istatistik ve veri analiz programı olan XLSTAT 2009 programı kullanılmıştır.

Saçılım(scatterplot) grafikleri iki değişken arasındaki ilişki hakkında genel bir bilgi edinmemizi sağlar. Ancak, ilişkinin miktarı konusunda yorum yapabilmek için korelasyon katsayısının hesaplanması gerekmektedir. Korelasyon katsayısı (r), iki değişken arasındaki ilişkinin ölçüsüdür ve -1 ve +1 arasında değişim gösterir. Hesaplanan korelasyon değerini gösteren “r” değerinin 0,00 – 0,25 arasında olması ilişkinin “ok zayıf” bir ilişkinin, 0,90 ile 1,00 arasında olması ise “ok yüksek” bir ilişkin olduğunu göstermektedir. Sayıların mutlak büyüklüğü, belirlenen ilişkinin gücünü, işareti ise yönünü göstermektedir.

Korelasyon katsayısının pozitif olması, değişkenlerin aynı yönde arttığını veya azaldığını göstermektedir. Bir başka ifade ile değişkenlerden birindeki değişim durumunda, ilişkinin gücüne bağlı olarak diğeri de artış gösterecektir. Korelasyon katsayısının negatif olması durumunda ise, değişkenlerin farklı yönlerde değişim gösterdikleri ifade edilmektedir. Negatif işaret, değişkenlerden birindeki değişim durumunda, diğerinde ilişkinin gücüne göre ters yönde bir ilişki olacağını göstermektedir. Değişkenler arasındaki ilişkin yönüne bağlı olarak oluşan korelasyonlar grafikler ile gösterilmektedir (şekil: 23).

Şekil 27. Korelasyon Örnekleri



Kesikli/sürekli nicel değişkenlerin arasındaki ilişkinin belirlenmesinde iki farklı korelasyon katsayısı kullanılabilir. Bunlardan birisi, Karl Pearson tarafından aralıklı ve oranlı ölçekler için geliştirilen Pearson korelasyon katsayısı, diğeri Charles Spearman tarafından sıralı ölçekler için geliştirilen Spearman korelasyon katsayısıdır(Tekin, 2006:104).

Pearson Korelasyon katsayısı formülü şu şekildedir;

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n(\sum X^2) - (\sum X)^2] [n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2]}}$$

Spearman sıra korelasyon katsayısı, değişkenlerin aynı kurala göre dizildiği durumlarda kullanılmaktadır. Spearman korelasyon katsayısı formülü şu şekildedir;

$$r = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Pearson katsayısı analizde kullanılacak değişkenlerin tümünün normal dağılım gösterdiği durumda kullanılmaktadır. Değişkenlerden en az biri normal dağılım göstermiyorsa bu durumda Spearman katsayısının kullanılması daha uygun olmaktadır. Analizimizde kullanılan değişkenlerin normal dağılım göstermemesi sebebiyle çalışmada Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Analiz sonuçları 0,01 anlamlılık düzeyinde

3.5.5. Bulgular

Araştırma kapsamında 1983-2007 yılları arası Türkiye'ye ilişkin değişkenler, hipotezler doğrultusunda değerlendirilmiştir. Bu kapsamda ele alınan hipotezler ve sonuçları şu şekildedir.

Bir numaralı hipotezimiz doğrultusunda doğumda yaşam beklentisi ile SGP'ye göre kişi başına GSYİH değişkenleri ele alınmıştır.

Tablo 7. Doğumda Yaşam Beklentisi ile Kişi Başı GSYİH (SGP) (USD) Arasındaki Korelasyon

Spearman'ın Sıralı Korelasyon Katsayısı		Doğumda Yaşam Beklentisi	Kişi Başı GSYİH(SGP) (USD)
Doğumda Yaşam Beklentisi	Korelasyon Katsayısı	1,000	0,986**
	Anlamlılık (2-yönlü)	.	0,0001
	N	25	25
Kişi Başı GSYİH(SGP) (USD)	Korelasyon Katsayısı	0,986**	1,000
	Anlamlılık (2-yönlü)	0,0001	.
	N	25	25

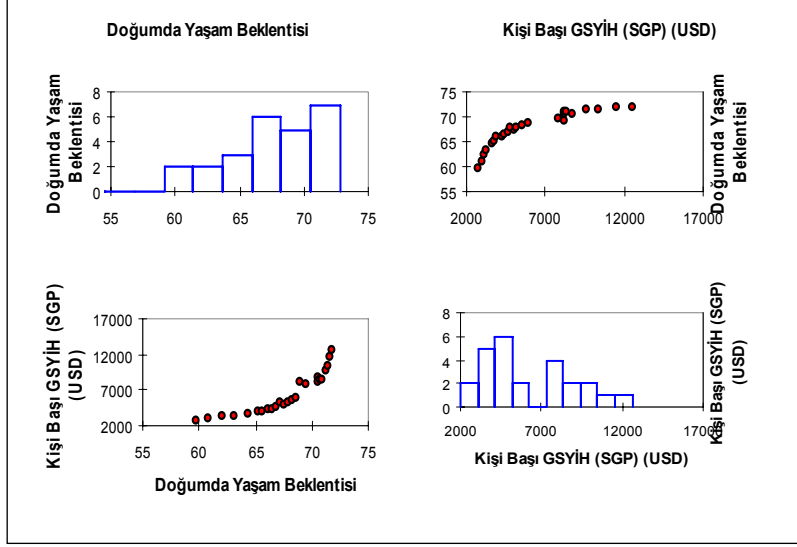
**Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlı

Yapılan analiz sonucuna göre doğumda yaşam beklentisi ile SGP'ye göre GSYİH arasında pozitif yönde, çok güçlü bir ilişki çıkmıştır. Buna göre doğumda yaşam beklentisi ile SGP'ye göre GSYİH arasında istatistiksel ilişki yoktur diyen sıfır hipotezi reddedilir.

Doğumda beklenen yaşam süresi ile kişi başı GSYİH arasındaki pozitif ve güçlü ilişki Şekil 28'de verilen serpilme diyagramında görülmektedir. Korelasyon sonuçlarına göre Türkiye'de, kişi başı GSYİH düzeyi, ortalama yaşam beklentisi ile aynı yönde ve çok güçlü bir biçimde hareket etmektedir. Türkiye'de daha yüksek kişi başı GSYİH düzeylerinde, ortalama yaşam beklentisinin yükselmesi beklenmektedir.

Serpilme diyagramında görüldüğü üzere, ortalama yaşam süresi, kişi başına GSYİH'nın 5000 dolar seviyelerine ulaştığı noktaya kadar çok hızlı bir şekilde artmakta, daha sonra değişkenler arasındaki ilişki zayıflamaktadır. Buna göre kişi başına GSYİH'nın 5000 dolar seviyesinde olması, ortalama yaşam beklentisini olumlu etkileyecektir.

Şekil 28. Doğumda Yaşam Beklentisi ile Kişi Başı GSYİH Arasındaki Serpilme Diyagramı



İki numaralı hipotezimiz doğrultusunda ortalama yaşam beklentisi ile kişi başı sağlık harcaması değişkenleri ele alınmıştır.

Tablo 8. Doğumda Yaşam Beklentisi ile Kişi Başı Sağlık Harcaması (USD) Arasındaki Korelasyon

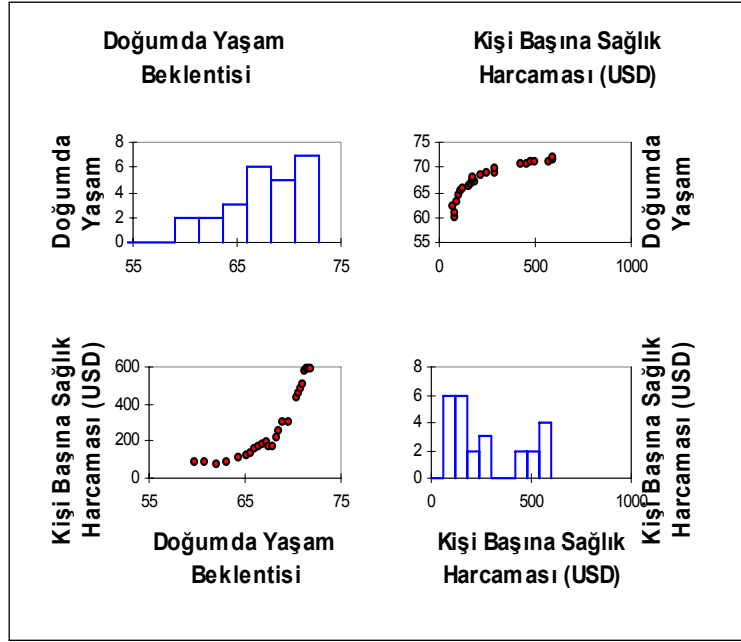
Spearman'ın Sıralı Korelasyon Katsayısı		Doğumda Yaşam Beklentisi	Kişi Başı Sağlık Harcaması (USD)
Doğumda Yaşam Beklentisi	Korelasyon Katsayısı	1,000	0,983**
	Anlamlılık (2-yönlü)	.	0,0001
	N	25	25
Kişi Başı Sağlık Harcaması (USD)	Korelasyon Katsayısı	0,983**	1,000
	Anlamlılık (2-yönlü)	0,0001	.
	N	25	25

**Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlı

Yapılan analiz sonucuna göre doğumda yaşam beklentisi ile kişi başı sağlık harcaması arasında pozitif yönde, çok güçlü bir ilişki çıkmıştır. Buna göre doğumda yaşam beklentisi ile kişi başına sağlık harcaması arasında istatistiksel ilişki yoktur diyen sıfır hipotezi reddedilir.

Doğumda yaşam beklentisi ile, kişi başına sağlık harcaması arasındaki pozitif ve güçlü ilişki şekil 29'da gösterilmektedir. Sağlık harcamaları sıfır düzeyinden itibaren arttıkça, başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin sunumu genişleyecek ve hastalık riskinin azalması ve korunma programlarının genişlemesi ile ortalama yaşam beklentisi yükselecektir.

Şekil 29. Doğumda Yaşam Beklentisi ile Kişi Başı Sağlık Harcaması Arasındaki Serpilme Diyagramı



Analiz sonuçlarına göre Türkiye’de kişi başı sağlık harcama miktarının 200 dolar düzeyine kadar ulaştığı süreçte, ortalama yaşam beklentisi hızlı bir şekilde artmakta, daha yüksek miktarlardaki sağlık harcaması düzeylerinde ise ortalama yaşam beklentisindeki artı yavaşlamaktadır. Türkiye’de 2007 yılında kişi başına sağlık harcamasının 593 dolar olduğu düşünüldüğünde, Türkiye’de temel sağlık hizmetlerinin sağlanması açısından olumlu bir seviyenin sağlanmış olduğu görülmektedir. Bunsan sonraki süreçte sağlık harcamalarının artışı ile ortalama yaşam beklentisi arasındaki ilişki zayıflamakla birlikte, pozitif yöndeki ilişki devam etmektedir.

Üç numaralı hipotezimiz postneonatal bebek ölümler ile kişi başı GSYİH (SGP) arasındaki ilişkinin analizini içermektedir. Yapılan analiz sonucuna göre postneonatal bebek ölüm hızı ile SGP’ye göre GSYİH arasında negatif yönde, çok güçlü bir ilişki çıkmıştır. Buna göre doğumda yaşam beklentisi ile SGP’ye göre GSYİH arasında istatistiksel ilişki yoktur diyen sıfır hipotezi reddedilir.

Elde edilen analiz sonuçlarına göre, postneonatal bebek ölüm hızı ile kişi başı GSYİH arasında ters yönlü, güçlü bir ilişki vardır. Bu ilişki sonucuna göre kişi başı GSYİH artarken, postneonatal bebek ölüm hızı azalmaktadır.

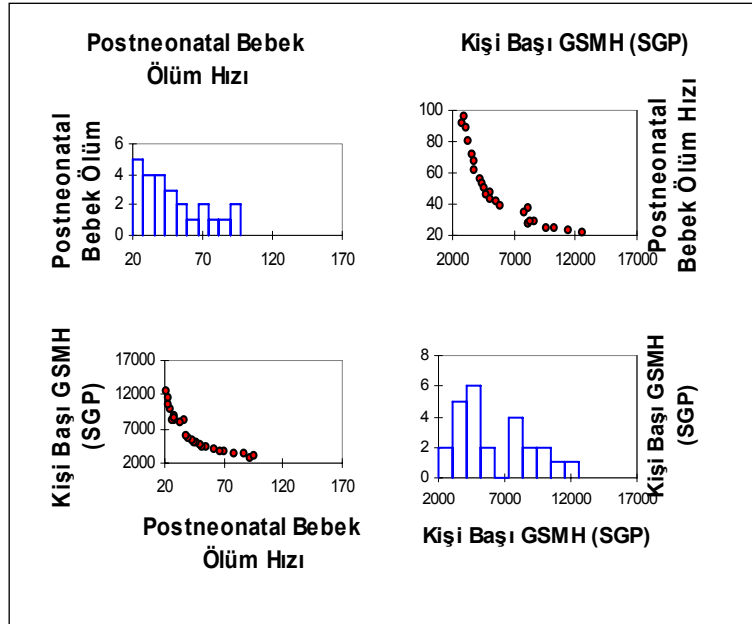
Tablo 9. Postneonatal Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başı GSYİH (SGP) (USD) Arasındaki Korelasyon

Spearman'ın Sıralı Korelasyon Katsayısı		Postneonatal Bebek Ölüm Hızı	Kişi Başı GSYİH(SGP) (USD)
Postneonatal Bebek Ölüm Hızı	Korelasyon Katsayısı Anlamlılık (2-yönlü) N	1,000 . 25	-0,989** 0,0001 25
Kişi Başı GSYİH(SGP) (USD)	Korelasyon Katsayısı Anlamlılık (2-yönlü) N	-0,989** 0,0001 25	1,000 . 25

**Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlı

Postneonatal bebek ölüm hızı ile kişi başına GSYİH arasındaki ters yönlü ilişki şekil 30'da görülmektedir. Buna göre kişi başına GSYİH'nın 7000 dolar seviyelerine ulaştığı süreçte postneonatal bebek ölüm hızı çok yüksek bir şekilde düşmekte, kişi başına GSYİH'nın bu seviyesinde sonra bebek ölüm hızındaki düşme yavaşlamaktadır.

Şekil 30. Postneonatal Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başı GSYİH (SGP) (USD) Arasındaki Serpilme Diyagramı



Dört numaralı hipotezimiz, postneonatal bebek ölüm hızı ile SGP'ye göre kişi başı sağlık harcaması değişkenleri arasındaki ilişkiyi ele almaktadır. Yapılan analiz sonucuna göre postneonatal bebek ölüm hızı ile SGP'ye göre kişi başı sağlık harcaması arasında negatif yönde, çok güçlü bir ilişki çıkmıştır. Buna göre doğumda yaşam beklentisi ile SGP'ye göre GSYİH arasında istatistiksel ilişki yoktur diyen sıfır hipotezi reddedilir.

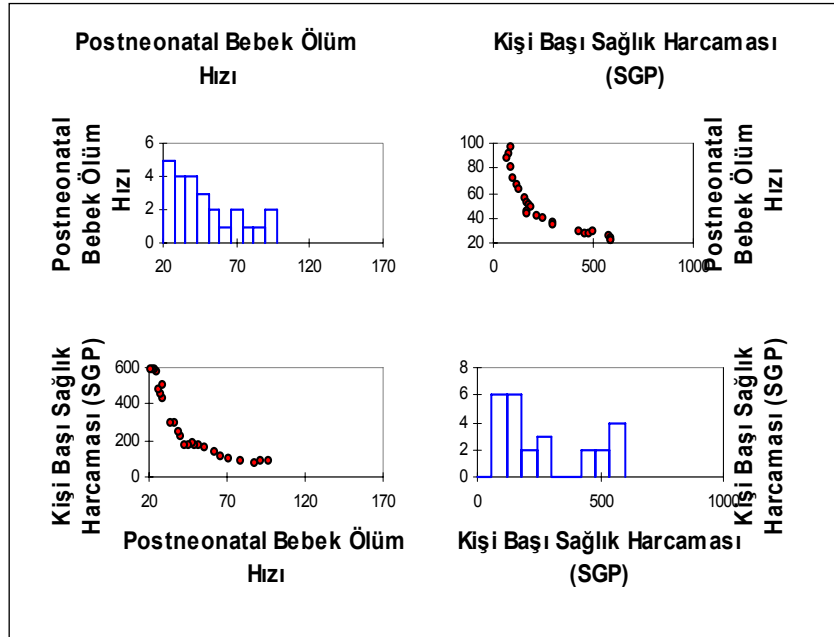
Tablo 10. Postneonatal Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP) Arasındaki Korelasyon

Spearman'ın Sıralı Korelasyon Katsayısı		Postneonatal Bebek Ölüm Hızı	Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP)
Postneonatal Bebek Ölüm Hızı	Korelasyon Katsayısı	1,000	-0,977**
	Anlamlılık (2-yönlü)	.	0,0001
	N	25	25
Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP)	Korelasyon Katsayısı	-0,977**	1,000
	Anlamlılık (2-yönlü)	0,0001	.
	N	25	25

**Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlı

Şekil 31'de negatif yönlü ilişki serpilme diyagramı şeklinde görülmektedir. Özellikle kişi başına sağlık harcamasının 200 dolara kadar arttığı süreçte bebek ölüm hızları çok hızlı bir düşüş göstermektedir. Bebek ölüm hızındaki bu düşme yavaşlamakla birlikte 500 dolar seviyelerine kadar sürmekte ve bu seviyenin üstünden hızı iyice yavaşlamaktadır.

Şekil 31. Postneonatal Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP) Arasındaki Serpilme Diyagramı



Beş numaralı hipotezimiz, SGP'ye göre kişi başı sağlık harcaması ile SGP'ye göre kişi başı GSYİH değişkenleri arasındaki ilişkiyi içermektedir. Yapılan analiz sonucuna göre, SGP'ye göre kişi başı sağlık harcaması ile, SGP'ye göre kişi başı GSYİH arasında pozitif, güçlü bir ilişki vardır ve bu nedenle sıfır hipotezi reddedilir.

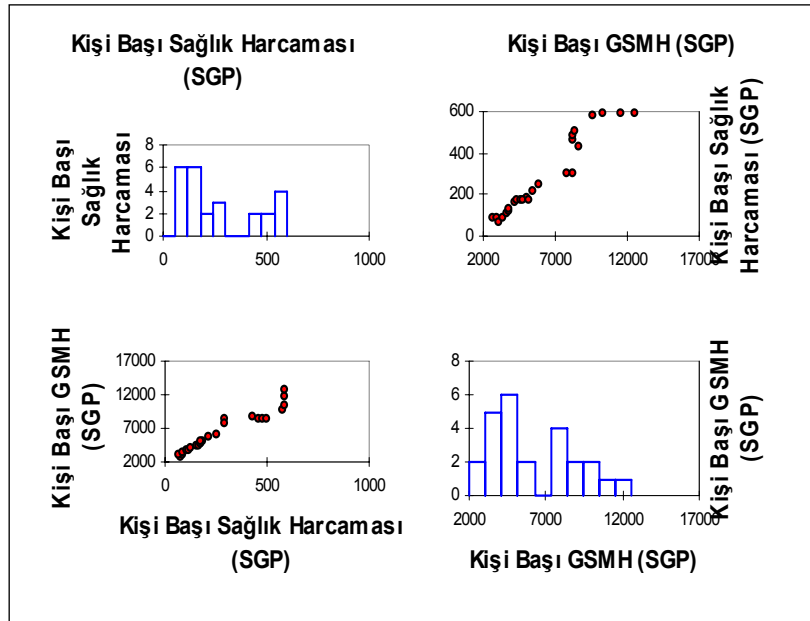
Tablo 11. SGP'ye Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması ile SGP'ye Göre kişi Başı GSYİH Arasındaki Korelasyon

Spearman'ın Sıralı Korelasyon Katsayısı		Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP)	Kişi Başı GSYİH(SGP) (USD)
Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP)	Korelasyon Katsayısı	1,000	-0,988**
	Anlamlılık (2-yönlü)	.	0,0001
	N	25	25
Kişi Başı GSYİH(SGP) (USD)	Korelasyon Katsayısı	-0,988**	1,000
	Anlamlılık (2-yönlü)	0,0001	.
	N	25	25

**Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlı

Şekil 32'de pozitif yönlü ilişki, serpilme diyagramı şeklinde görülmektedir. Kişi başına sağlık harcaması ile kişi başına GSYİH arasındaki pozitif yönlü ilişki, özellikle daha düşük seviyelerinde çok belirgin bir şekilde görülebilmektedir.

Şekil 32. SGP'ye Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması ile SGP'ye Göre kişi Başı GSYİH Arasındaki Serpilme Diyagramı



Türkiye için kullanılan veriler doğrultusunda sağlık göstergeleri ile temel iktisadi göstergelerden biri olan GSYİH arasında çok güçlü bir ilişki vardır. Bu nedenle GSYİH'nın artırılması, sağlık göstergelerinde amaçlarına iyileşmenin sağlanabilmesi açısından oldukça önemlidir.

3.6. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİRE DUYARLILIĞINA İLİŞKİN EŞ BÜTÜNLEŞME ANALİZİ

3.6.1. Yöntem

Çalışmada önce birim kök testleri yapılarak serilerin durağanlığına bakılmış ve ardından eşbütünleşme analizi çerçevesinde sonuçlar değerlendirilmiştir.

3.6.1.1. Birim Kök Testleri

Zaman dizilerinin kullanıldığı regresyon çalışmalarında değişkenlerin durağanlığı önemlidir. Durağanlık kullanılan birçok yöntem için gerekli şartlardan birini oluşturmaktadır. Zaman dizilerinin bir bölümü diğerine göre büyük dalgalanmalar gösteriyorsa durağan olmadığı söylenir. Zaman serilerinin modellenmesinde ve nedensel ilişkilerinin belirlenmesinde serinin durağan olması önemlidir (Kalyoncu, 2005:62). Bir zaman serisinin ortalaması ile varyansı zaman içinde değişmiyor ve iki dönem arasındaki ortak varyansı bu ortak varyansın hesaplandığı döneme değil de yalnızca iki dönem arasındaki uzaklığa bağlı ise seri durağandır (Gujarati 1999:713).

Ekonometrik testlerin çoğu için durağan seri varsayımı nedeniyle, durağan olmayan regresörlerin varlığı durumunda birçok standart testi geçersiz olacaktır. Bu nedenle çalışılacak serilerin öncelikle durağanlığının test edilmesi gerekmektedir.

Bir zaman dizisine ilişkin değişkenlerin, başka bir zaman dizisine ilişkin değişkenlere göre regresyonu hesaplanırken, anlamlı bir ilişki olmasa dahi belirleme katsayısı (R^2) yüksek bir değer olarak çıkabilir. R^2 değerinin Durbin-Watson d değerinden büyük olması durumunda bu regresyona düzmece regresyon denilmektedir. Düzmece veya sahte regresyon kavramı Granger ve Newbold tarafından ortaya atılmıştır. İki değişken, örneğin Y serisi I(d), başka bir X serisi I(d) ise ve d aynı değer ise bunlar eş bütünleşik olabilirler. Bu durumda iki değişkenin regresyonu düzmece regresyon değildir (Gujarati, 1999:726). Durağan olmayan serilerde, iki zaman serisi arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasına rağmen, yüksek bir açıklayıcılık gücünün ortaya çıkması durumunda sahte regresyon sorunu ortaya çıkabilecektir. Bu sorunun temel nedeni her iki zaman serisinin de güçlü genel eğilimlere sahip olmasıdır. Bu durumda ilişkinin gerçek mi yoksa sahtemi olduğunu anlamak için birim kök testi ile serilerin kaçınıcı dereceden durağan olduklarını belirlemek gerekir.

Zaman serisinin durağan olmaması durumunda, d sayıda farkı alınarak durağan hale getirilebilirler. Bir zaman serisinin durağan olup olmadığına ilişkin olarak en çok kullanılan yöntem, birim kök testleridir. Birim kökün varlığına ilişkin olarak Dickey Fuller(1979) ve Genişletilmiş Dickey Fuller(1981) (Augmented Dickey Fuller) testleri hata terimlerinin bağımsız ve aynı dağılıma sahip oldukları varsayımı üzerine kurulmuştur.

ADF testini açıklamada aşağıdaki denklem kullanılabilir (Gujarati 2005, 718):

$$Y_t = \rho Y_{t-1} + u_t$$

Burada u_t stokastik hata terimidir.

Denklemin her iki tarafından Y_{t-1} 'in çıkarılmasıyla aynı denklemi şu şekilde yazabiliriz:

$$\Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + u_t$$

Bu denklemde, $\delta = (\rho - 1)$, $\Delta Y_t = (Y_t - Y_{t-1})$ 'dir.

$(\rho - 1) = 0$ veya $\delta = 0$ durumunda Y_t serisi birim kök içermektedir. Ancak $|\rho| < 1$ durumunda seri durağan olur. Burada Dickey ve Fuller'in Monte Carlo uygulamasında ortaya çıkarılan ' τ ' (tau) istatistiği kullanılmaktadır (Kadılar 2000, 15).

Eğer hesaplanan τ istatistiğinin mutlak değeri Dickey-Fuller ya da MacKinnon Dickey-Fuller'in mutlak eşik τ değerinden büyükse, zaman serisinin durağan olduğu hipotezini reddedemeyiz. Diğer taraftan $|\tau|$, MacKinnon eşik değerinin altındaysa zaman serisi durağan değildir.

Dickey-Fuller'in ortaya koyduğu ve test ettiği üç denklem vardır:

Sabitsiz Dickey-Fuller denklemi $\Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + u_t$

Sabitli Dickey-Fuller denklemi $\Delta Y_t = \beta_1 + \delta Y_{t-1} + u_t$

Sabitli Trendli Dickey-Fuller denklemi $\Delta Y_t = \beta_1 + \beta_2 t + \delta Y_{t-1} + u_t$

Üç denklemin birbirinden farkı β_1 ve β_2 gibi deterministik öğeler içermesidir. Bu denklemlerde yer alan δ parametresinin sıfıra eşit olması Y_t 'nin birim kök içerdiğini göstermektedir. Birim kökün varlığının sınanmasında iki hipotez kullanılmaktadır. Bunlar:

$H_0 : \delta = 0 (\rho = 1)$ Seride birim kök vardır (seri durağan değildir)

$H_1 : \delta < 0 (\rho < 1)$ Seride birim kök yoktur (seri durağandır)

Phillips-Perron (PP) Testi:

Dickey-Fuller testi hata terimlerinin istatistiksel olarak bağımsız ve sabit varyanslı olduklarını varsayar. Bu yöntem kullanılırken hata terimleri arasında korelasyon olmadığına ve sabit varyanslı olduklarına emin olmak gerekir. Phillips ve Perron (1988), Dickey ve Fuller'ın (1979) hata terimleri ile ilgili varsayımını genişletmişlerdir.

$$Y_t = a_0^* + a_1^* y_{t-1} + \mu_t$$

(2.2.7)

$$Y_t = a_0^* + a_1^* y_{t-1} + a_2^* (t-T/2) + \mu_t$$

(2.2.8)

Burada T gözlem sayısını, μ_t hata terimini göstermekte olup bu hata teriminin beklenen değeri sıfıra eşittir. Fakat burada hata terimleri arasında içsel bağlantının (otokorelasyon) olmadığı veya homojenlik varsayımı gerekli değildir. Böylece Dickey-Fuller testinin bağımsızlık ve homojenlik varsayımları Phillips-Perron testinde terk edilmiş, hata terimlerinin zayıf bağımlılığı ve heterojen dağılıma sahip olabileceği kabul edilmiştir.

Çalışmada Genişletilmiş Dickey Fuller (ADF) ve Phillips-Perron testleri uygulanmış ve hipotezler E-Views 5.0 paket programı kullanılarak test edilmiştir.

3.6.1.2. Eşbütünleşme Analizi

Zaman serilerinin deterministik ve/veya stokastik trend içermesi durumunda yapılan regresyonlardan elde edilen t-istatistiklerinin ve diğer istatistiksel sonuçlar

aldatıcı olabilmektedir. Granger ve Newbold (1974) böyle bir durumda sonuçların sahte olabileceği görüşüne çözüm getirmek amacıyla eşbütünleşme kavramını geliştirmişlerdir. Eşbütünleşme, durağan olmayan zaman serilerinin doğrusal bileşimlerinin durağan olması olarak tanımlanabilir. Bu yöntem, stokastik trend içeren zaman serilerinin regresyon sonuçlarının sahte olabileceği görüşüne çözüm getirmek amacıyla geliştirilmiştir. İki ya da daha fazla durağan olmayan değişken arasında uzun dönemli bir ilişki varsa, bu uzun dönemli ilişkiye sapmalar durağan olacaktır. Böylece bu değişkenler “eşbütünleşik” olarak adlandırılmaktadır. Bunu ortaya çıkarmak için yapılan analize de “Eşbütünleşme Analizi” denir.

İki değişken arasında uzun dönemli bir ilişkinin analizinin yapılabilmesi için; her bir değişkenin en az birinci dereceden bütünleşik olması ve değişkenlerin bütünleşme derecelerinin de eşit olması gereklidir. Eşbütünleşme, durağan olmayan değişkenler arasında durağan uzun dönem ilişkisi tanımlar. Böylece hataların kısa dönem dengesizlik gösterdikleri durumda, zaman serisi değişkenleri arasındaki uzun dönem ilişkisi belirler. Eşbütünleşmiş sistemlerin tahmininde iki yöntem kullanılmaktadır: (i) Engle-Granger Yöntemi (1987); (ii) Johansen Yöntemi (1988)

3.6.1.2.1. Engle-Granger Eşbütünleşme Testi:

Durağan olmayan bir değişkene ait seri ile oluşturulan model SEKK yöntemi kullanılarak tahmin edilirse, herhangi bir şoktan sonra seri ortalamadan uzaklaşabilir. Böyle bir durum, fark alınarak durağanlaştırılan serilerde önemli derecede bilgi kaybına neden olacaktır ve uzun dönem denge ilişkilerini içermeyecektir. Bilindiği üzere iktisadi teoriler uzun dönem denge ilişkisi üzerine kurulmuştur. Kısa dönemli ilişkileri yansıtan modellerden, uzun dönem denge ilişkisi üzerine herhangi bir çıkarım yapılması mümkün değildir ve bu tür modellerden öngörü dönemi arttıkça kötü tahminler elde edilecektir. Engle-Granger eşbütünleşme analizi, Engle-Granger (1987) tarafından geliştirilen iki aşamalı bir test tekniğinden oluşmaktadır. Bu testte, denklem 2.2.9 ile ifade edilen regresyon modelinde yer alan durağan olmayan iki seriden biri diğeri ile regresyona tabi tutulur. Bu regresyondan elde edilen hata terimlerinin (RES) durağan olup olmadığına bakılarak eşbütünleşme testi gerçekleştirilir. Eğer hata terimleri durağan bulunmuş ise, iki seri arasında uzun

dönem ilişkisinin bulunduğu, diğer bir ifadeyle, iki serinin uzun dönemde birlikte hareket ettikleri sonucu elde edilir.

$$\log Y_t = \alpha + \beta \log X_t + RES_t \quad (3.6.1)$$

$$RES_t = \mu + \sum_{i=1}^k \gamma_i \Delta RES_{t-i} + \lambda RES_{t-1} + \varepsilon_t \quad (3.6.2)$$

3.6.1.2.2. Johansen Eşbütünleşme Testi:

Johansen (1988) tarafından geliştirilen bu yöntemin iki farklı kullanım amacı vardır: (i) Modelde yer alan değişkenler için maksimum eşbütünleşik vektör sayısının tespiti, (ii) eşbütünleşme vektörü ile buna ait parametrelerin en çok olabilirlik tahminlerinin elde edilmesidir. Bu yöntem, ikiden fazla değişken için eşbütünleşme ilişkisini belirlemede kullanılmaktadır. Bu yaklaşım, maksimum olabilirlik yöntemini kullanarak eşbütünleşme ilişkisinin sayısını ve bu ilişkinin parametrelerini tahmin ederek, durağan olmayan değişkenler arasındaki eşbütünleşik ilişkileri ortaya çıkarır. Bu yöntemde her değişken, sistemde yer alan tüm içsel değişkenlerin gecikmeli değerlerinin bir fonksiyonu olan bir VAR modeli şeklinde modellenir. Eşitlik (3.6.3)'de n değişkenli ve k gecikmeli VAR modeli gösterilmiştir.

$$Z_t = \sum_{i=1}^k A_i Z_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.6.3)$$

Yukarıdaki eşitlikte yer alan;

Z_t : n değişkenin t anındaki gözlem değerlerinden oluşan vektör,

A_i : i inci gecikme için katsayı matrisi,

ε_t : n değişken için hata terimi vektörünü ifade etmektedir.

Eşitlik (3.6.3)'de ifade edilen modeldeki tüm değişkenlerin aynı derecede eşbütünleşik olduğunu varsayalım. Eşitlik (3.6.3)'de bazı dönüşümler yapılarak aşağıdaki eşitlikle ifade edilen modele ulaşılır (Charemza ve Deadman, 1997):

$$\Delta Z_t = \Pi Z_{t-k} + \sum_{i=1}^{k-1} \Gamma_i \Delta Z_{t-i} + \varepsilon_t \quad k \geq 2 \quad (3.6.4)$$

Eşitlik (3.6.4)'nin elde edilmesinde kullanılan dönüşüme “eşbütünleşme dönüşümü” denir. Eşitlik (2.2.11)'de ifade edilen model, bilinen hata düzeltme modeli şeklinde de oluşturulabilir:

$$\Delta Z_t = \Pi Z_{t-1} + \sum_{i=1}^{k-1} \Gamma_i^* \Delta Z_{t-i} + \varepsilon_t \quad (3.6.5)$$

Eşitlik (3.6.5)'te bulunan Π matrisi, hata düzeltme katsayılarını ve eşbütünleşik vektörleri içermektedir. Böylece Π matrisi iki parçalı olarak ifade edildiğinde şu eşitliğe ulaşılır:

$$\Pi = \alpha\beta' \quad (3.6.6)$$

Burada, α hata düzeltme katsayılarına ait vektörü, β ise eşbütünleşme matrisini göstermektedir.

Eşitlik (3.6.6)'da ifade edilen Π matrisinin rankı $r(\Pi) = \min\{r(\alpha), r(\beta)\}$ 'ya eşit olacaktır. $r(\Pi) = 0$ ya da $r(\Pi) = n$ ise, değişkenlerin eşbütünleşik olmadığı, $1 \leq r(\Pi) \leq n-1$ ise $r(\Pi) = r$ tane eşbütünleşik vektör olduğu sonucuna ulaşılır. Böylece Π matrisinin rankı belirlendiğinde değişkenler arasında eşbütünleşik bir ilişkinin olup olmadığı, böyle bir ilişki varsa kaç tane eşbütünleşik vektörün var olduğu tespit edilebilir.

Johansen (1988) eşbütünleşme ilişkisini ortaya çıkarmada iki farklı olabilirlik oranı önermiştir. Birisi Maksimum Özdeğer Testi (Maximum Eigenvalue Test), diğeri ise İz Testi (Trace Test)'dir. Maksimum Özdeğer Testinde en fazla r tane eşbütünleşme vektörünün varlığı, $r+1$ tane eşbütünleşme vektörünün varlığını ifade eden alternatif hipoteze karşı test edilir. İz testinde ise, en fazla r tane eşbütünleşme vektörünün varlığı, en az $r+1$ tane eşbütünleşme vektörünün varlığını ifade eden alternatif hipoteze karşı test edilir. Eşbütünleşme testi yapılmadan önce, modelde yer alan tüm değişkenler için uygun gecikme uzunluğu AIC veya SC kriterlerine göre belirlenmiş olan VAR modeli oluşturulur.

3.6.2. Analizde Kullanılan Veriler

Analizde kullanılan veriler, OECD Health Data 2008'den alınmış verilerdir. 1983-2007 yılları arasında Türkiye'ye ilişkin veriler Eviews 5 programı kullanılarak

analiz edilmiştir. Kıymaz ve diğerleri²⁶ tarafından 2006 yılındaki çalışmalarında kullandıkları 1984-1998 yılları aralığına ait veri kümesi, 2007 yılına kadar genişletilerek tekrarlanmaktadır.

OECD Health Data 2008 veritabanından alınan GSYİH, kamu sağlık harcamaları, özel sağlık harcamaları verileri, Türkiye için 2000 yılı fiyatları ile elde edilen reel fiyatlardır. Analizde GSYİH, kamu ve özel harcamalar nüfus ile bölünerek kişi başı verilere ulaşılmış ve bu şekilde kullanılmıştır. Eşbütünlük analizinde kullanılan GSYİH, kamu ve özel harcamaların tümü kişi başı verilerdir.

3.6.2. Bulgular

Kullandığımız değişkenlere ilişkin seriler arasında eşbütünlük ilişkisine yönelik ilk adım serilerin durağanlığının tespit edilmesidir. Bu amaçla öncelikle ADF ve PP birim kök testleri yapılmış ve sonuçları olasılık değerleri ile birlikte tabloda sunulmuştur. Tablo 12 ve 13'te serilerin ADF birim kök test sonuçları ve olasılık değerleri verilmektedir. ADF birim kök testinde gecikme uzunluğu Schwartz Bilgi Ölçütü'ne (SCI) göre belirlenmiştir. Buna göre serilerin düzey değerlerinin çoğu durağanlık saptanamamıştır. Birinci farklarının kritik değerlerine bakıldığında sabitli, sabitsiz ve sabit+trend değerlerin neredeyse tamamı 0,05 anlamlılık düzeyinde durağan çıkmıştır.

Tablo 12. Serilerin Düzey ve 1. Farklarının ADF Birim Kök Test Sonuçları

Değişkenler ↓	Düzey Kritik Değer (ADF)			1.Fark Kritik Değer (ADF)		
	Sabitsiz	Sabitli	Sabit+Trend	Sabitsiz	Sabitli	Sabit+Trend
GSYİH	1.97	0.15	-2.56	-4.72*	-5.57*	-5.81*
Kamu Harcamaları	-2.06**	-0.77	-4.18**	-2.36**	-3.14**	-3.00
Özel Harcamalar	-0.66	-0.86	-2.43	-5.02*	-4.98*	-5.10*
Toplam Harcamalar	-2.21**	0.11	-3.38***	-3.74*	-4.49*	-4.47*
Nüfus	-2.88*	-0.06***	-2.34	-3.56*	-4.93*	-4.81*

* 0,01 anlamlılık düzeyinde

** 0,05 anlamlılık düzeyinde

*** 0,10 anlamlılık düzeyinde

²⁶ Bkz: Kıymaz, H., Akbulut, Y., ve Demir, A. (2006). Tests of stationarity and cointegration of health care expenditure and gross domestic product, European Journal of Health Economics. 7(4):285-2899.

Tablo 13. Serilerin Düzey ve 1. Farklarının ADF Birim Kök Test Sonuçlarının Olasılık Değerleri

Değişkenler ↓	Düzey Olasılık Değeri (p)			1. Fark Olasılık Değeri (p)		
	Sabitsiz	Sabitli	Sabit+Trend	Sabitsiz	Sabitli	Sabit+Trend
GSYİH	0.98	0.96	0.30	0.00*	0.00*	0.00*
Kamu Harcamaları	0.03**	0.80	0.02**	0.02**	0.03**	0.15
Özel Harcamalar	0.41	0.78	0.35	0.00*	0.00*	0.00*
Toplam Harcamalar	0.02**	0.11	0.08***	0.00*	0.00*	0.00*
Nüfus	0.00*	-0.06***	0.40	0.00*	0.00*	0.00*

* 0,01 anlamlılık düzeyinde

** 0,05 anlamlılık düzeyinde

*** 0,10 anlamlılık düzeyinde

Aynı serilerin PP birim kök test sonuçları ve bu değerlere ilişkin olasılık değerleri Tablo 14 ve Tablo 15’te gösterilmektedir. PP birim kök testlerinde Bartlett Kernel ve Newey-West Bandwidth yöntemleri kullanılmıştır. PP birim kök test sonuçlarının düzey değerlerinde, ADF birim kök testine benzer şekilde durağanlık tespit edilememiştir. Serilerin birinci farklarının kritik değerlerine bakıldığında ise, ADF birim kök test sonuçlarına benzer şekilde durağanlık bulunmuştur.

Tablo 14. Serilerin Düzey ve 1. Farklarının PP Birim Kök Test Sonuçları

Değişkenler ↓	Düzey Kritik Değer (PP)			1. Fark Kritik Değer		
	Sabitsiz	Sabitli	Sabit+Trend	Sabitsiz	Sabitli	Sabit+Trend
GSYİH	2.33	0.33	-2.50	-4.75*	-5.56*	-5.81*
Kamu Harcamaları	-2.70*	-0.29	-2.78	-2.38**	-3.09**	-2.93
Özel Harcamalar	-0.76	-0.76	-2.41	-5.04*	-5.04*	-5.23*
Toplam Harcamalar	-2.18**	0.11	-3.01	-3.78*	-4.50*	-4.48*
Nüfus	-2.89*	0.11	-2.34	-3.53*	-4.96*	-4.84*

* 0,01 anlamlılık düzeyinde

** 0,05 anlamlılık düzeyinde

*** 0,10 anlamlılık düzeyinde

Tablo 15. Serilerin Düzey ve 1. Farklarının PP Birim Kök Test Sonuçlarının Olasılık Değerleri

Değişkenler ↓	Düzey Olasılık Değeri (p) (PP)			1. Fark Olasılık Değeri (p)		
	Sabitsiz	Sabitli	Sabit+Trend	Sabitsiz	Sabitli	Sabit+Trend
GSYİH	0.99	0.98	0.32	0.00*	0.00*	0.00*
Kamu Harcamaları	0.01*	0.91	0.22	0.02**	0.04**	0.17
Özel Harcamalar	0.38	0.81	0.37	0.00*	0.00*	0.00*
Toplam Harcamalar	0.03**	0.96	0.15	0.00*	0.00*	0.01*
Nüfus	0.01*	0.96	0.40	0.00*	0.00*	0.00*

* 0,01 anlamlılık düzeyinde

** 0,05 anlamlılık düzeyinde

*** 0,10 anlamlılık düzeyinde

Yapılan birim kök testlerinin sonuçlarına göre bütün serilerin birinci farklarının durağan olduğu görülmektedir. Serilerin durağanlığına ilişkin tespitin ardından Johansen Eşbütünleşme analizine geçilmiştir. Johansen eşbütünleşme analizi E-Views 5.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Test sonuçlarında verilen kritik değerler MacKinnon-Haug-Michelis (1999) *p*-değerine göre hesaplanmış değerlerdir.

Johansen eşbütünleşme testine ilişkin sonuçlar Tablo 16'da yer almaktadır. Tabloda yer alan eşbütünleşme analiz sonuçları, kişi başına GSYİH olarak aldığımız gelirin, kamu, özel ve toplam sağlık harcamaları üzerindeki etkisini göstermektedir. Analizde nüfus artış hızı dahil edilmiş ve nüfus artış hızının olası etkileri belirlenmeye çalışılmıştır. İz testi sonuçlarına bakıldığında kullanılan modellerin üçünde de 0.01 anlamlılık seviyesinde birer eşbütünleşme vektörü bulunmuştur. Benzer şekilde maksimum özdeğer test sonuçlarında da her üç modelde 0.01 anlamlılık seviyesinde birer eşbütünleşme vektörü bulunmuştur. İz testi ve maksimum özdeğer testi sonuçları açısından ele alındığında, anlamlılık seviyesi de göz önüne alınarak, GSYİH ile, kamu özel ve toplam sağlık harcamaları arasında uzun dönemli bir ilişkinin varlığı öne sürülebilmektedir.

Tablo 16. Johansen Eşbütünleşme Testi (Kamu, Özel ve Toplam Sağlık Harcamaları)

H_0	H_1	İz (Trace) Testi	%5 Kritik değer	Olasılık	Maksimum Özdeğer Testi	%5 Kritik değer	Olasılık
Kamu							
$r=0$	$r=1$	50,65204*	35,19275	0,0005*	34,70602*	22,29962	0,0006*
$r \leq 1$	$r=2$	15,94601	20,26184	0,1769	9,87647	15,8921	0,3458
$r \leq 2$	$r=3$	6,069543	9,164546	0,1854	6,069543	9,164546	0,1854
Özel							
$r=0$	$r=1$	62,04*	35,19	0,00*	41,68*	22,30	0,00*
$r \leq 1$	$r=2$	20,36**	20,26	0,05**	16,80**	15,89	0,04**
$r \leq 2$	$r=3$	3,56	9,16	0,48	3,56	9,16	0,48
Toplam							
$r=0$	$r=1$	50,65204*	35,19275	0,0005*	34,70602*	22,29962	0,0006*
$r \leq 1$	$r=2$	15,94601	20,26184	0,1769	9,87647	15,8921	0,3458
$r \leq 2$	$r=3$	6,069543	9,164546	0,1854	6,069543	9,164546	0,1854

* 0,01 anlamlılık düzeyinde

** 0,05 anlamlılık düzeyinde

Sağlık harcamasının parametrelerine göre normalleştirilmiş eşbütünleşme ilişkisinin parametreleri, Tablo 17’de gösterilmektedir. Tablo 17’de görüldüğü üzere GSYİH ile bütün sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki vardır. Nüfus artışları açısından incelendiğinde ise yalnızca özel harcamalarda negatif bir ilişki olduğu görülmektedir. Nüfus artış hızı ile birlikte kamu sağlık harcamalarının pozitif etkilenmesi beklenen bir sonuçtur. Özel harcamalar açısından bakıldığında ise, nüfus artışı ile birlikte, sağlık hizmetlerine olan talebin kamu sağlık hizmetlerine doğru kaydığı söylenebilir.

GSYİH ile toplam sağlık harcamaları arasındaki ilişkiye baktığımızda, GSYİH’deki 1 birimlik artışın, toplam sağlık harcamalarını 2,98 düzeyinde arttırması, Türkiye’de 1984-2007 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin 1’den büyük olduğu göstermektedir. GSYİH ile özel ve kamu sağlık harcamaları arasındaki ilişkiye baktığımızda benzer bir sonuç ortaya çıkmaktadır.

Kamu, özel ve toplam sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki eşbütünleşme katsayıları incelendiğinde, analizimize dahil ettiğimiz 1984-2007 yılları arasındaki veri kümesine ilişkin olarak, gelir esnekliğinin 1’den büyük olması sebebiyle Türkiye’de sağlık malının lüks mal sınıfında yer aldığını söylemek mümkündür.

Tablo 17. Normalleştirilmiş Eşbütünleşme Katsayıları

	Sabit	GSYİH	Nüfus artışı
Toplam	-5,17	2,98 (0,78)	3,47 (0,49)
Özel	10,36	4,64 (0,36)	-2,16 (0,23)
Kamu	-10,35	7,15 (0,45)	4,75 (1,75)

Son olarak serilerin arasındaki nedenselliğin yönüne ilişkin olarak Granger Nedensellik testi sonuçları değerlendirilecektir. Nedensellik testinde hipotez, nedensellik yönünde belirtilen birinci serinin, ikinci serinin nedeni olmadığı şeklinde kurulmaktadır. Analizimizin sonuçları Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18. Granger Nedensellik Testi Sonuçları

Gecikme (Gözlem) →	1 (23)		2 (22)		3 (21)		4 (20)		5 (19)	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
GSYİH- Kamu Harcamaları	0,16	0,69	0,36	0,70	0,45	0,72	0,21	0,93	0,96	0,49
GSYİH-Özel Harcamalar	14,78	0,00*	7,58	0,00*	3,89	0,03**	3,96	0,03**	3,13	0,07***
GSYİH-Toplam Harcamalar	1,46	0,24	0,62	0,55	1,75	0,20	1,08	0,41	0,77	0,60
Kamu Harcamaları- GSYİH	4,11	0,06***	1,55	0,24	0,67	0,58	1,09	0,41	1,04	0,45
Özel Harcamalar-GSYİH	0,47	0,50	1,27	0,31	0,44	0,73	0,64	0,65	1,08	0,44
Toplam Harcamalar- GSYİH	3,22	0,09	0,89	0,43	0,64	0,60	0,86	0,52	0,69	0,65

* 0,01 anlamlılık düzeyinde

** 0,05 anlamlılık düzeyinde

*** 0,10 anlamlılık düzeyinde

Granger nedensellik testi sonuçlarına göre, gecikme sayısı 1 iken, GSYİH ile özel sağlık harcamaları arasında ve kamu sağlık harcamaları ile GSYİH arasında nedensellik olmadığına dair hipotez reddedilmektedir. Dolayısıyla GSYİH ile özel sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamaları ile GSYİH arasında nedensellik bulunmuştur. GSYİH'daki artışların, sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin 1'den büyük olduğu düşünüldüğünde özel sağlık harcamalarını arttırması beklenen bir sonuçtur.

Yapılan Johansen eşbütünleşme ve Granger nedensellik analizleri, sonuç olarak GSYİH ile sağlık harcamaları arasında var olan uzun dönemli ilişkinin derecesinin ve yönünün ortaya konmasına yardımcı olmaktadır.

SONUÇ

Sağlık ekonomisine ilişkin yaklaşımların temeli, sağlığın tanımlanması, niteliklerinin belirlenmesi ve değerinin ortaya konması süreci ile başlamaktadır. Bu süreç, ekonomik bir yaklaşım çerçevesinde sağlığın değerine yönelik olarak ortaya çıkan faktörleri, bu faktörlerin sağlığın birey ve toplum açısından algılanan değerine katkılarını irdeleyerek, tüm bu değerler ve nitelikler etrafında birey ve toplulaştırılmış şekilde toplumun, sağlık hizmetlerine ilişkin talebinin ortaya konmasına katkıda bulunmaktadır. sağlığın tanımına ilişkin olarak kabul edilen en genel tanımlama, DSÖ tarafından 1946 yılında “bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali” şeklinde yapılan tanımlamadır. Söz konusu tanımlama sağlık malına ilişkin üretim kararlarının verilebilmesine zemin oluşturacak önemli bir referanstır.

Temel ekonomi biliminin üretilen bir mala ilişkin olarak ne, ne kadar, nasıl üretileceği, topluma ilişkin çıktılarının nasıl bölüşüleceği ve toplum içindeki bireylere dağılımı gibi sorular, sağlık ekonomisi açısından farklı analizlerin kullanımını, adalet ve önceliklere ilişkin farklı yaklaşımları gerekli kılmaktadır. Bu açıdan sağlık ekonomisine ilişkin olarak ortaya konan talep ve arz yapıları, farklı biçimlerde ele alınarak değerlendirilebilmektedir.

Ekonomi biliminin kuralları içinde nitelikleri ve etkileşimleri ortaya çıkan arz ve talep yapılarının, sağlık hizmetleri ile ilişkisini geniş kapsamlı olarak ilk ele alan Kenneth Arrow’dur. Arrow, sağlık ekonomisi alanındaki referans kaynaklardan biri olan “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care” isimli çalışmasında, özellikle sağlık hizmetleri talebine ilişkin nitelikleri ortaya koymuş ve sağlık hizmetlerine ilişkin arz ve talep yapılarının, temel ekonomi bilimi içerisinde fakat kendi dinamiklerinden kopmadan irdelenmesine katkıda bulunmuştur.

Sağlık hizmetlerinin kendi dinamikleri göz ardı edilmeden arz ve talebe ilişkin analizlerin yapılması, karar alma sürecinin etkinliğini arttırabilmektedir. Sağlık, en temel insani haklardan biri olmanın yanı sıra, küreselleşme başta olmak üzere birçok faktörün etkisine bağlı olarak global bir nitelik kazanmıştır. Birey ile

doğrudan ilintili olan sağlının, sahip olduğu global nitelik, sağlık hizmetlerine ilişkin arz ve talep yapılarını da etkileyerek farklılık ortaya çıkarmaktadır.

Bireylerin sağlık hizmetlerini ikame edebilmeleri mümkün değildir. Tüketicilerin rasyonel tercihler ile kendileri için oluşturdukları mal sepeti içinde yer alan diğer mal ve hizmetlerinden farklı olarak, tüketicinin sağlık hizmetlerini rasyonel tercihlere bağlı olarak ortaya koyması olanaksızdır. Tüketicinin bütçesini mal ve hizmetler arasında dağıtırken, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak karşılaştığı bu kısıt, sağlık hizmetleri arz cephesinde yaşanan eksik rekabet şartları sebebiyle önemini daha fazla arttırmaktadır. Tüketici açısından eksik rekabet şartlarını ortaya çıkaran en önemli faktör bilgi eksikliğidir. Bilgi eksikliği nedeniyle tüketiciler, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak rasyonel karar verme durumunda olamamaktadırlar.

Sağlık hizmeti arz edenler ile talep edenler arasında yaşanan bilgi asimetrisi, sağlık hizmetleri arzının uzmanlık gerektirmesinin sonuçlarından birisidir. Sağlık hizmetlerinin arzına ilişkin uzmanlık kriteri, beraberinde eksik rekabeti ve sonuç olarak tekelleşme eğilimlerini arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin bu genel nitelikler, sağlık hizmetlerinin arz ve talep yapılarına ilişkin temel altyapıyı oluşturmaktadır.

DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımı çerçevesinde bireyin/toplumun sağlık hizmeti talebi yalnızca tedavi edici sağlık hizmetlerinden değil, hastalıklardan korunmayı ifade eden koruyucu sağlık hizmetlerini ve ruhsal anlamda iyiliği de içine alan rehabilitasyon hizmetlerini de kapsamaktadır. Bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak iyi olması, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yeterince iyi, kesintisiz ve zaman kaybetmeden sunulmasına bağlıdır.

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu niteliklerin yanı sıra, koruyucu sağlık hizmetleri gibi pozitif dışşallığı çok yüksek hizmetlerin sunulmasının gerekliliği, sağlık hizmetlerine ilişkin devlet müdahalesini kaçınılmaz kılmaktadır. Sağlık hizmetleri arz cephesinde yer alanların monopolleşme eğilimleri, pazar gücüne ilişkin olarak piyasa yapısının işlerliğini azaltmakta ve devlet müdahalesine zemin hazırlamaktadır. Başta sağlık hizmetleri arz ve talep cephesi arasında yaşanan bilgi asimetrisi olmak üzere, bilgi ve karar alma sorunlarına ilişkin yaşanan

olumsuzluklar, devletin sağlık hizmetlerinin ikame edilemezlik niteliğini de göz önünde bulundurarak müdahalesini gerekli kılmaktadır.

Devletin sağlık hizmetlerine ilişkin müdahalesinin en önemli gerekçesi, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan, sağlık hizmetlerinin sahip olduğu dışsallıklardır. Pozitif ve negatif dışsallıklar sebebiyle sağlık hizmetlerinin yeterince sunulmaması veya fiyatlandırma sorunlarının giderilmesi, devletin sağlık hizmetleri alanındaki müdahale alanını genişletmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu genel nitelikler ve sağlık hizmetlerine ilişkin devlet müdahalesi gibi faktörler sebebiyle sağlık hizmetleri arz ve talep yapısı, diğer mal ve hizmetlerden önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bu farklılık sebebiyle sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına ilişkin olarak kullanılan yöntemler de, diğer mal ve hizmetlerin sunumu ve finansmanında kullanılan yöntemlerden farklıdır.

Sağlık hizmetlerinin arzının en temel niteliklerinden birisi, “her arz kendi talebini yaratır” kuralının neredeyse kusursuz bir şekilde işlemesidir. Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak ortaya konan sağlık hizmet arzını arttırıcı her davranış, kendi talebini yaratacaktır. Bu nedenle sağlık hizmetleri alanında koruyucu sağlık hizmetleri hariç, aşırı üretim oluşması söz konusu değildir.

Sağlık hizmetleri arzının kendi içinde birbirinden farklı olan fakat hastalığın tedavi süreci boyunca bir bütün halinde sunulması zorunlu olan bütünleşik bir yapıyı gerektirmesi, sağlık hizmetleri arzının sahip olduğu temel niteliklerden biridir. Tedavi sürecinin bir zincir şeklinde farklı hizmet birimleri arasında bir bütünleşmeyi zorunlu kılmaması, koordinasyonu ve farklı hizmet sunum yöntemlerini ne çıkarmaktadır. Sağlık hizmetleri arzının sahip olduğu ileri teknoloji ve bilgi yoğunluğu, piyasaya giriş çıkışı zorlaştırmakta ve uzmanlığı da ön plana çıkararak devletin müdahale gerekçelerinden birini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri talebi ve talebi etkileyen faktörler, sağlık harcamalarına ilişkin finansmanın şekli ve sunum yöntemine bağlı olarak farklılık göstermekte ve sağlık hizmetleri sınıflandırması içinde ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Finansmanı bireyin cepten yaptığı demeler ile finanse edilen sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen en önemli faktör bireyin sahip olduğu gelirdir. Sağlık hizmetlerine ilişkin

talebin belirsizliği, bireyin sağlık hizmetlerinin finansmanını cepten karşılamak yerine zaman tercihi ve riskten kaçınmayı da göz önüne alarak sigorta kapsamı içinde değerlendirmesinin önünü açmıştır.

Sigorta kapsamının genişlemesi ve ulusal sağlık sigortalarının kapsam genişletici reformları, sigortalı sayısının giderek artması ve bunların artan sağlık hizmetleri talebi, sağlık maliyet döngüsü içinde sağlık hizmetleri fiyatlarının artmasının temel gerekçelerini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez niteliği, sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin düşük olmasının açıklayıcı nedenidir. İkame edilememe sebebiyle, sağlık hizmetleri talebi, fiyatlardaki değişimlerden etkilenmemekte veya çok az etkilenmektedir. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireyin gelir elde etme yetisi dahil, bireyin yaşam şartları üzerinde doğrudan etkiye sahip olması, sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin düşüklüğünün bir sonucudur.

Sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği, sağlık hizmetleri sınıflandırması içinde farklı değerlendirmeleri içinde barındırmakla birlikte, genel olarak yüksektir. Sağlık hizmetlerinin gelir esnekliği etkileyen bir diğer faktör, ülkedeki genel sigorta kapsamının genişliği ve kişi başına düşen gelir düzeyidir. Gelir düzeyi çok yüksek ve sigorta kapsamının genişliği çok fazla olan ülkelerde talebin gelir esnekliği pozitif olmakla birlikte, sıfıra yakın olacak ve sağlık hizmetleri normal mal statüsünde değerlendirilecektir. Ancak estetik, diş vb. sağlık hizmetlerine ilişkin talep, gelire karşı çok duyarlıdır ve çoğu kez gelir esnekliği 1'den yüksek olduğu için lüks mal statüsünde incelenmektedir.

Sağlık hizmetleri arz ve talep yapıları, finansman yöntemleri ve tüm bunlara ilişkin oluşturulan alternatif yöntemlerin, Türkiye açısından değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına ilişkin önerilerin somutlaşması açısından oldukça önemlidir.

Türkiye'de sağlık sektörü örgütlenmesi, merkeziyetçi bir yapıya sahiptir. Farklı reform çabalarına karşı merkeziyetçi yapının değiştirilebilmesi çok mümkün olamamıştır. Anayasa ve yasaların sağlık sektörünün merkezi idarecisi olarak belirlediği Sağlık Bakanlığı, kendi bünyesinde oluşturduğu alt kademeler ile sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve denetlenmesinden sorumludur. Cumhuriyet'in

kurulduğu 1923 yılından itibaren sürekli olarak sağlık sektörünü geliştirme çabası içinde olan Sağlık Bakanlığı, bu süreçte sürekli reform gayreti içinde olmuş ve sağlık sektörüne ilişkin sorunlara ilişkin çözümlere ortaya koymaya çalışmıştır.

Bugün gelinen durumu, uluslararası sağlık göstergeleri açısından değerlendirdiğimizde, OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak Türkiye'nin oldukça gerilerde olduğu gözlenmektedir. Hemen hemen tüm verilerde OECD ortalamasından oldukça uzak olan sağlık göstergeleri, 2003 yılından itibaren yaşanan dönüşüm programının olumlu etkilerine rağmen oldukça kötü görünmektedir.

Yaptığımız istatistiki ve ekonometrik analizler, sağlık göstergeleri ile GSYİH arasında çok güçlü korelasyon ilişkilerinin varlığını ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra GSYİH ile sağlık harcamaları arasında bulunan uzun dönemli ilişki, GSYİH düzeyinde yaşanacak olumlu gelişmelerin, sağlık harcaması ve dolayısıyla sağlık göstergeleri üzerinde olumlu etki yaratması beklenmektedir.

Türkiye ile ilgili olarak elde edilen verilerin değerlendirilmesi, istatistiki ve ekonometrik analizlerin sonuçları ve reform çabaları göz önüne alınarak, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına ilişkin öneriler şu şekilde sıralanabilir.

- Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesinden görevli olan Sağlık Bakanlığı, temel koordinasyon ve denetleme görevi dışında kalan sağlık hizmeti sunma yetki ve sorumluluğunu başta yerel yönetimler olmak üzere daha alt kademelerdeki birimlere devretmelidir.

- Yetki ve sorumluluğun devrine ilişkin olarak, devredilen kurumların özerk yapılara sahip olmaları sağlanmalı ve korunmalıdır. Sağlık bakanlığının yetki devri, kendi hiyerarşik düzeni içinde kendisine doğrudan bağlı birimler tarafından hizmetin sunulması şeklinde değil, özerk yapıları bulunan hizmet birimlerinin, koordinasyon görevini üstlenmiş sağlık bakanlığının amaçları doğrultusunda, idari ve mali özerklik içinde sağlık hizmet sunması şeklinde olmalıdır.

- Sağlık bakanlığı tarafından devredilecek olan yetki ve sorumluluklar, en başta hizmet sunumuna ilişkin olmalıdır. Sağlık hizmetleri türü açısından ele alındığında, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak merkezi idarenin yetki ve sorumluluklarının devamı sağlanmalı, özellikle tedavi edici sağlık

hizmetlerinde hem yerel ve özerk yapıdaki alt birimlere yetki ve sorumluluk devri sağlanmalı, hem de özel kurumların bu hizmet türlerine ilişkin faaliyet alanları genişletilmelidir.

- Ana ve çocuk sağlığına ilişkin sağlık hizmetlerinin genişletilerek, etkinliği artırılmalıdır. Özellikle neonatal ve postneonatal bebek ölüm hızlarını azaltmaya yönelik olarak önemli atılımlar yapılmalıdır. Doğum öncesi takip genişletilmeli ve bebeğin doğumuna ilişkin fiziki şartlar düzeltilmelidir.

- Ana ve çocuk sağlığına ilişkin olarak kadın doğum ve çocuk hastanelerinin sayısını artırarak, uzun dönemde nüfus artış hızı da göz önünde tutularak talebi karşılayabilecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

- Aile Hekimliği modeli, uzun süreli tedavi gerektiren hizmetleri sağlama konusunda avantajlara sahiptir. Kişinin hastalık geçmişine vakıf olan hekimin, doğru tanı koyarak, doğru tedavi uygulaması konusunda Aile Hekimliği modelinin daha etkin sonuçlar vereceği açıktır. Aile hekimliği modelinin uygulanmasına ilişkin sorunlar belli periyotlarla özellikle hasta açısından anket vb. yöntemler kullanılarak irdelenmeli ve değerlendirilmelidir.

- Aile Hekimliği modeli birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin, doğru ve zamanında verilmesine olanak sağlamakta, sağlık hizmetlerinin mekansal yaygınlığına katkıda bulunmakta ve farklı hekim dalları ile koordinasyonu sağlayabilen pratisyen hekimlerin gelişmesine önayak olmaktadır. Aile Hekimliği modeli genişletilerek devam ettirilmelidir. Aile hekimliği bünyesinde faaliyette bulunan hekimlerin, hasta geçmişi ile ilgili kayıtları uzun süreli ve etkin bir biçimde değerlendirebileceği teknolojik altyapı kurulmalıdır.

- Aile Hekimliği modelinin en çok aksayan yönü olan kalabalıkları azaltmak için, radyoloji, nöroloji vb. çok yüksek uzmanlık ve teknolojik altyapı gerektiren birimlerin ikinci basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurabilmesinin yolu açılmalıdır.

- Başta Aile Hekimliği modeli ile ilgili olmak üzere, uzman insankaynaklarında artırımlar sağlanmalı, hekim, hemşire ve diğer uzmanlar başına düşen nüfus oranında olumlu gelişmeler sağlayıcı tedbirler alınmalıdır.

- Sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin olarak, özel sektörün sistem içindeki varlığını arttıracak ve koruyacak önlemler alınmalıdır. Özel sağlık sigorta kuruluşlarının bireyler tarafından kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlayacak önlemler alınmalıdır.

- Özel sağlık sigortasına ilişkin primlerin ödenmesinde vergisel avantajlar sağlanmalı, bireylerin özel sağlık sigorta sistemine ilişkin talebini arttırmak için, bireylerden alınan sosyal güvenlik kesintilerinden özel sağlık sigorta primlerine katkı sağlanmalıdır.

- İdari ve mali açıdan özerk devlet sağlık kurumları dışında, özel sektörün sağlık sektöründe hizmet arz edici konumdaki gücünü teşvik edici politikalar üretilmelidir. 2008 yılında başlayan Kamu Özel Ortaklığı modelinin çok geniş kapsamlı bir çalışma planı ile özel sektörün sağlık sektöründeki payını artırması sağlanmalıdır.

- Kamu Özel Ortaklığı modeline ilişkin olarak Türkiye açısından uygulanabilecek en iyi model geniş bir kapsam içinded değerlendirilerek belirlenmeli ve bu yöndeki mevzuat geniş bir şekilde ele alınmalıdır.

- Kamu Özel Ortaklığı modellerinin genellikle çok uzun süreli anlaşmalar olması sebebiyle, çok uzun vadeli projeksiyonlar etrafında hukuki düzenlemeler ve ali yükümlülükler belirlenmeli ve uluslararası mevzuata uygun bir şekilde ortaya konmalıdır.

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda, özellikle çok ileri teknoloji gerektiren sağlık hizmet birimlerinin oluşturulması için gerekli finansmanın büyüklüğü nedeniyle, sağlık sektöründe doğrudan yabancı sermaye girişini teşvik edecek uygulamalar ortaya konmalıdır.

- Devletin sağlık hizmetlerinin temel sunucusu olması niteliğini, koordinasyon ve denetim görevini etkin biçimde yerine getiren devlet niteliğine çevirerek, idari ve mali açıdan özerk sağlık kuruluşlarının sistemdeki konumlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

- Sağlık hizmeti sunan birimler arasındaki koordinasyon sağlanmalı ve kurumlar arasındaki iletişimsizliği giderici önlemler alınmalıdır.

Sonuç olarak dünyada yaşanan neo-liberal dönüşüme uygun biçimde, devletin sağlık hizmetlerini bizzat sunmak yerine, koordinasyon ve denetleme görevini üzerine alıp, hizmet sunma görevini idari ve mali açıdan özerk sağlık kurumlarına devretmesi sağlanmalı, özel sektörü sağlık piyasası içinde faaliyette bulunmaya teşvik edici önlemler alınarak sağlık göstergelerinde olumlu gelişmeler sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- ABA (2004). *Antitrust Health Care Handbook, Third Edition*. USA: Defending Liberty Pursuing Justice.
- Abeykoon, P. (2003). *The Implications of Technology Change for Health Care Delivery in Sri Lanka*. World Health Organization. <http://www.dcp2.org/file/39/wp24.pdf> (25.06.2008).
- Acartürk, E. (2001). Yerel Yönetimlerin Hizmet Sunumunda Alternatif Yöntemler. *Balikesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 6: 46-60.
- Afifi, N.H. Busse, R. ve Harding, A. (2003). Regulation of Health Services. *Private Participation in Health Service* (ss. 219-234). Derleyen A. Harding ve A. Preker. Washington D. C.: The World Bank.
- Aiken, H. L. (1982). The Nurse Labor Market. *Health Affairs*. 1(4): 30-40.
- Akdağ, Recep (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı-İlerleme Raporu*. Yayın No. 749. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akgün, S. (1999). *Planlı Dönemde Konsolide Bütçe İçinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akin, J., Birdsall, N. ve Ferranti, D. (1987). *Financing Health Services In Developing Countries*. Washington D.C.: The World Bank.
- Aktan, C. C. (2002). *Kamu İktisadi Tesebbüsleri ve Özelleştirme*. İzmir: Anadolu Matbaacılık.
- Aktan, C. C. (2006a). Devlet mi? Piyasa mı? Kamu Ekonomisi ve Piyasa Ekonomisinin Etkinlik Yönünden Karşılaştırılması. *Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası* (ss. 135-158). Derleyen C. Can Aktan, Dilek Dileyici ve İstiklal Y. Vural. Ankara: Seçkin Yayınevi.

- Aktan, C. C. (2006b). Piyasa Başarısızlığının Anatomisi ve Kamu Ekonomisi Rasyoneli. *Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası* (ss. 9-36). Derleyen C. Can Aktan, Dilek Dileyici ve İstiklal Y. Vural. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Aktan, C. C. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* (ss.1-10). Derleyen C. Can Aktan, Ulvi Saran. İstanbul: Aura Kitapları.
- Aktan, C. C. ve Çoban, H. (2006). Kamu Sektöründe İyi Yönetim İlkeleri. *Kurumsal Devlet Yönetimi-İyi Devlet Yönetimi İçin Kurallar ve Kurumlar* (ss. 17-53). Derleyen C. C. Aktan. Sermaye Piyasası Kurulu Kurumsal Araştırmalar Serisi No:5. Yayın No: 197. Ankara: SPK Yayınları.
- Aktan, C. C. ve Işık, A: (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* (ss. 10-21). Derleyen C. Can Aktan, Ulvi Saran. İstanbul: Aura Kitapları.
- Aktan, C.C. ve Işık, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* (ss. 10-21). Derleyen C. Can Aktan ve Ulvi Saran. İstanbul: Aura Kitapları.
- Alin, S., Davaki K. ve Mossialos E. (2006). Informal Payments in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. In Transparency International. *Global Corruption Report 2006*. London: Pluto Press.
- Altay, Asuman (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*. 64: 33-58.
- Anschütz, Katharina (2008). *Kenya: Voucher Sheme for Repruvtive Health Services Targeting the Poor*. International Health Financing Workshop. 28-29 Eylül 2008. www.gfa-group.de/publications/webdownloads/552845/12_Anschuetz_Kenya_Vouchers_for_reproductive_health.pdf (10.09.2008).

- Armstrong, P., Armstrong, H. ve Fuller, C. (2000). *Health Care, Limited The Privatization of Medicare*. Kanada: CCPA Research Associates.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 53(5):941-973.
- Asunakutlu, T. (2007). Sağlık Kurumları Yönetiminde Kalite ve Kültürel Değişim. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* (ss. 435-454). Derleyen C. Can Aktan, Ulvi Saran. İstanbul: Aura Kitapları.
- Ata, Naim (2007). Aile Hekimliği'ne Götüren Nedenler. *Aile Hekimliği Dergisi*. 1(1): 19-20.
- Auster, R. D. ve Oaxaca, R. L. (1981). Identification of Supplier Induced Demand in the Health Care Sector. *Journal of Human Resources*. 16(3): 327-342.
- Aydınlı, M., Ünal, E., Ateş, M. (2001). Sağlık Mal ve Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II*. 40:1692-1709.
- Bahl, Roy (1999). Fiscal Decentralization as Development Policy. *Public Budgeting & Finance*. Summer: 59-75.
- Bailey, D. ve Koney, K. M. (2000). *Strategic Alliances Among Health and Human Services Organizations: From Affiliations to Consolidations*. Illustrated Edition. SAGE.
- Balbay, Y. (1997). *Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Baloğlu, B. (2006). *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*. İstanbul: Der Yayınevi.

- Beattie, Allison ve diğerleri (1997). *Sustainable Health Care Financing in Southern Africa: Papers From An EDI Health Policy Seminar Held in Johannesburg, South Africa*. Washington D. C.:World Bank Publications.
- Becker, G. S. (1965). A Theory of the Allocation of Time. *The Economic Journal*. 75(299): 493-517.
- Becker, Gary S. (2007). Health as Human Capital: Synthesis and Extensions. *Oxford Economic Papers*. 59: 379-410.
- Bitran, R. A. (1994). *A Supply–Demand Model of Health Care Financing With an Application to Zaire*. Washington D.C.: The World Bank.
- Bitran, Ricardo A. ve McInnes, D. K. (1993). *The Demand for Health Care in Latin America: Lessons from the Dominican Republic and El Salvador*. Washington D.C.:World Bank.
- Bossert, Thomas (1998). Analyzing The Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation and Performance. *Social Science Medicine*. 47(10): 1513-1527.
- Bourdet, Y. (1992). Market Power and Consumer Welfare in Open Economies. *Internationalization, Market Power and Consumer Welfare* (ss. 3-54). Derleyen Yves Bourdet. London: Routledge.
- Breyer, F. ve Fuchs, V. R. (1982). *Risk Attitudes in Health*. National Bureau of Economic Research- NBER. Working Paper 875.
- Burton, F.N. ve Hammoutene, A. (1991). The Management Contract as a Mode of Industrial Co-operation. *New Perspectives on International Marketing*. Derleyen Stanley J. Paliwoda. Routledge.

- Carin, G., Jancloes, M. ve Perrot, J. (1998). Towards New Partnerships For Health Development in Developing Countries: The Contractual Approach As A Policy Tool. *Tropical Medicine and International Health*. 3(6): 512-514.
- CHAG (2003). *Christian Health Association of Ghana- Annual Report:2003*. <http://www.chagghana.org/docs/CHAG2003DRAFTANNUALREPORT.pdf> (18.11.2008).
- Charro, F. T. D. (1990). The Economics of Technological Change in Health, *Biotherapy*. 2(3): 271-274.
- Cichon, M. ve Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe. *World Health Forum*. 15: 323-328.
- Cohen, W. M. ve Levinthal, D. A. (1990). Absorptive Capacity: A New Perspective of Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly*. 35: 128-152.
- Cooke, A. (1994). *The Economics of Leisure and Sport*. London and Newyork: Routledge.
- Cooper, M. ve Culyer, A. J. (1973). *Health Economics: Selected Readings*. England: Penguin Books Ltd.
- Creese, Andrew L. (1991). User Charges For Health Care: A Review of Recent Experience. *Health Policy And Planning*. 6(4): 309-319.
- Cromwell J. ve Mitchell J.B. (1986). Physician-Induced Demand for Surgery. *Journal of Health Economics*. 5: 293-313.
- Cromwell, J. ve Mitchell, J.B. (1986). Physician-Induced Demand for Surgery. *Journal of Health Economics*. 5(4): 293–313.

- Culyer, A. J. (1991). *The Economics of Health-Volume 1 (The International Library Writings in Economics)*. USA: Edgward Elgar Publishing Company.
- Çelik, Ş. G. (2005). Düzenleyici Etki Analizi. *Bütçe Dünyası*. 21(2): 32-39.
- Çilingiroğlu, N. (2001). Ekonomik Gelişme ve Sağlık Ekonomisi. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II*. 40: 1594-1613.
- Çoban, Hilmi (2008). Malı Yerinden Yönetim (Malı Yerelleşme) ve Türkiye’de Yerel Yönetimlerin Yapısının Mali Yerinden Yönetim Bakımından Değerlendirilmesi. *Yönetim ve Ekonomi Bilimleri Konferansı. Kamu Ekonomisi ve Kamu Maliyesi*. 3: 261-275
- Çom, Seraceddin (2008). Aile Hekimliği Uygulamasında Son Durum. *Aile Hekimliği Dergisi*. 2(5-6): 30-34.
- Davies, Anne C. L. (2001). *Accountability: A Public Law Analysis Of Government By Contract*. England: Oxford University Pres.
- DPT (2001). Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Ankara: DPT Yayınları. Yayın No: DPT: 2561-ÖİK:577.
- DPT (2001). *Yerel Yönetimler Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Ankara:DPT.
- Eastaugh, S. R. (1981). *Medical Economics and Health Finance*. Boston: Auburn House Publishing Company.
- EKEN, Musa (1995). *Yerel Yönetimlerde Hizmetlerin Özelleştirilmesi*. İzmir: İzmir Ticaret Odası Yayınları.
- Eker, Ali Y. (2007). Kamu Özel Sektör Ortaklıkları. *Bütçe Dünyası*. 2(25): 59-67.

- Elbek, Osman ve Adaş, Emin Baki (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 12(1): 33-43.
- England, Roger (2000). *Contracting and Performance Mangement in The Health Sector*. England: Health Systems Resource Centre.
- Erdem R. ve Yıldırım H. H. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Vekalet İlişkisi ve Arzın Talep Yaratması Problemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 6(2): 3-26.
- Erensal, Y. C. ve Albayrak, Y. E. (2006). Leveraging Technological Knowledge Transfer by Using Fuzzy Linear Programming Technique for Multiattribute Group Decision Making with Fuzzy Decision Variables. *Proceedings of 5th International Symposium on Intelligent Manufacturing Systems* (ss. 803-815). Düzenleyen Sakarya Üniversitesi, İstanbul ("IMS'2006 Agents and Virtual Worlds"), May 29-31 2006.
- Eryılmaz, B. ve Eken, M. (1990). Mahalli İdarelerde Özelleştirme Politika ve Uygulamaları. *Türk İdare Dergisi*. 62(387): 55-99.
- Feldman, R. ve Sloan, F. A. (1978). Competition Among Physicians." In *Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future*. Washington: Federal Trade Commission, March 1978. ss.. 57-131. Derleyen: George H. Sweeney. "The Market for Physicians' Services: Theoretical.
- Feldstein, M. S. (1970). The Rising Price of Physician's Services. *The Review of Economics and Statistics*. 52(2): 121-133.
- Fişek, N. H. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi.
- Florestal, K. ve Cooper R. (1997). *Decentralization of Education: Legal Issues*. Washington D. C.: World Bank Publications.

- Folland, S., Goodman, A.C. ve Stano, M. (2003). *The Economics of Health and Health Care*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Friedman, M. ve Kuznets, S. (1954). *Income from Independent Professional Practice*. New York: National Bureau of Economic Research- NBER Book.
- Fronczak, N. (1999). *Description and Assessment of Contracting Health Services Pilot Project*. Phnom Penh: Basic Health Services Project, Cambodia: Ministry of Health.
- Fuchs, V. R. (1978). The Supply of Surgeons and the Demand for Operations. *Journal of Human Resources*. 13: 35-56.
- Fuchs, V. ve Zeckhauser, R. (1987). Valuing Health, A Priceless Commodity. *The American Economic Review*. 77(2): 263-268.
- Fuchs, Victor R. (1982). Time Preference and Health: An Exploratory Study. *Economic Aspects of Health* (ss. 93-121). Derleyen Victor R. Fuchs. National Bureau of Economic Research- NBER.
- Fukuyama, F. (2005). *Güven: Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması*, çev.: Ahmet Buğdaycı. Ankara: Türkiye İş Bankası Yayınları.
- Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M. ve Szócska, M. (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 31(2): 251-293.
- Gafni, A. ve Torrance, G. W. (1984). Risk Attitude and Time Preference in Health *Management Science*. 30(4): 440-451.
- Gardner, Harold H. ve Lynch, Wendy D. (2008). .Aligning Incentives, Information, and Choice. *USA: Health as Human Capital Foundation*.

- Getzler, P. J., Locay, L., ve Sanderson, W. C. (1987). *Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru*. National Bureau of Economic Research- NBER. Working Paper 2299.
- Giffin, K. (1967). The Contribution of Studies of Source Credibility to A Theory of Interpersonal Trust in The Communication Department. *Psychological Bulletin*, 68: 104-120.
- Ginzberg, E. (1954). What Every Economist Should Know About Health and Medicine. *The American Economic Review*. 44(1): 104-119.
- Ginzberg, E. (1975). What Next in Health Policy?. *New Series*. 188(4194): 1184-1186.
- Ginzberg, E. (1982). Procompetition in Health Care: Policy or Fantasy?. *The Milbank Memorial Fund Quarterly-Health and Society*. 60(3): 386-398.
- Gottret, P. ve Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited*. Washington D.C.: World Bank.
- Green, Jerry. (1978). Physician-Induced Demand for Medical Care. *Journal of Human Resources*. 13: 21-34.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*. 80(2): 223-255.
- Grossman, M. (1999). The Human Capital Model of The Demand for Health. *National Bureau of Economic Research- NBER*. Working Paper 7078.
- Gujerati, D. N. (1999). Temel Ekonometri, Çev. Şenesen, Ü. ve Şenesen, G. G. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Gupta, A. K. ve Govindarajan, V. (2000). Knowledge Flows Within Multinational Corporations. *Strategic Management Journal*. 21: 473-496.
- Güner, Asuman (2006). Döner Sermayeli İşletmelerin Yeniden Yapılandırılması. *Uzman Bakış Dergisi*. 1(1): 28-34.

- Güney, M. (1998). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gürsel, Ali (1998). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılâp Tarihi Enstitüsü.
- Güvercin, C. Hüseyin (2004). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 57(2): 89-95.
- Halverson, Paul K. ve Mays, Glen P. (2005). Bölüm ADIII. *Public Health Administration: Principles For Population-Based Management*. Derleyen Lloyd F. Novick ve Glen P. Mays. United States: Jones & Bartlett Publishers.
- Harding, April (2001). *Private Participation in Health Services Handbook. Keystone Module Background Paper*. Health, Nutrition and Population Department. Washington D.C.:The World Bank.
- Harris, S. E. (1951). The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Insurance (N. H. I.). *Journal of the American Association of University Teachers of Insurance*. 18(1): 73-87.
- Harris, S. E. (1951). The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Service. *The American Economic Review*. 1(2): 652-666.
- Hayes, W. S. ve Davis, L.L. (1980). What is a Health Contract. *Health Values*. 4(2): 82-89.
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce Yayım.

- Heakal, R. (2008). What Are Economies of Scale. <http://investopedia.com/printable.asp?a=/articles/03/012703.asp> (09.08.2008).
- Helgeson, Diane M. ve Berg, Carol L. (1985). A Method of Health Promotion. *Journal of Community Health Nursing*. 2(4): 199-207.
- Herje, P. A. (1980). How's and Why's of Patient Contracting. *Nurse Educator*. 5(1): 30-34.
- Herndon, J. B. (2002). Health Insurer Monopsony Power: The All-or-None Model. *Journal of Health Economics*. 21: 197–206.
- Hülür, Ünal (2008). *Türkiye Sağlık Sisteminin Gelişimine İlişkin Konu Başlıkları*. Sağlık Bakanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. www.tusak.saglik.gov.tr/dosyalar_sps3/1_2.pdf (02.04.2008).
- Ink, A. ve Dean, A.L. (1970). A Concept of Decentralization. *Public Administration Review*. 30(1): 60-63.
- Izumida, N.; Urushi, H. ve Nakanishi S. (1999). An Empirical Study of The Physician –Induced Demand Hypothesis- The Cost Function Approach to Medical Expenditure of the Elderly in Japan-. *Review of Population and Social Policy*. 8: 11–25.
- Jack, W. (1999). *Principles of Health Economics for Development Countries*. WBI Development Studies. Washington D.C.: The World Bank.
- Joshi, D.C. ve Chandra, H. (2006). Trends on Contracting in Health Care. *Journal of The Academy of Hospital Administration*. 18(1). (2006-01-2006-12). <http://www.indmedica.com/journals.php?journalid=6&issueid=104&articleid=1439&action=article> (18.12.2008).
- Kaluzny, Arnold D., Zuckerman, H. S., ve Ricketts T. C. (2002). Strategic Alliances: A Worldwide Phenomenon Comes to Health Care. *Partners: Forming*

Strategic Alliances in Health Care (ss. 1-19).Derleyen Arnold D. Kaluzny, Howard S. Zuckerman, Thomas C. Ricketts. Beard Books.

Kalyoncu, Hüseyin (2005). *Bütçe Açıklarının Sürdürülebilirliği: Avrupa Birliği Üyesi Ülkeler ve Türkiye Üzerine Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karaibiş, M. (1990). *Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Türkiye'de Sağlık Sektörü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karakoç, İmdat (2008). *Avrupa Birliği Ülkelerinden Hastane Hizmetleri*. T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. Araştırma Raporu.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara:Siyasal Kitabevi.

Keeley, B. (2007). *Human Capital-How What You Know Shapes Your Life*. France: OECD.

Kıymaz, H., Akbulut, Y., ve Demir, A. (2006). Tests of stationarity and cointegration of health care expenditure and gross domestic product, *European Journal of Health Economics*. 7(4):285-2899.

Klarman, H. E. (1979). Health Economics and Health Economics Research. *The Milbank Fund Quarterly - Health and Society*. 57(3): 371-379.

Koç, Ç. (2004). The Effects of Uncertainty on The Demand For Health Insurance. *The Journal of Risk And Insurance*. 71(1): 41-61.

Koç, Ç. (2004). The Effects of Uncertainty on the Demand for Health Insurance. *The Journal of Risk and Insurance*. 71(1): 41-61.

- Kurt, Ü. (1999). *Sağlık Sektöründe Sigorta ve Hizmet Sistemlerinin Verimlilik ve Etkinliği: Ekonomik Bir Analiz*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health Policy*. 56(3): 171–204.
- Lee, Hau L., Pierskalla, W. P., Kissick, W. L., Levy, J. H., Glick, H. A., Bloom B. S. (1987). Policy Decision Modeling of the Costs and Outputs of Education in Medical Schools. *Operations Research*. 35(5): 667-683.
- Lewis, H. D.; Davis, J. W. ve Archibald, D. G. (1983). Protective Effects of Aspirin Against Acute Myocardial Infarction and Death in Men with Unstable Angina: Results of a Veterans Administration Cooperative Study. *New England Journal of Medicine*. 309(7): 396- 403.
- Lipsey, R.G. ve Harbury, C.D. (1993). *First Principles of Economics*. United Kingdom: Oxford University Pres.
- Litvack, J. (1999). *Decentralization Briefing Notes*. World Bank Institute. The World Bank Working Paper.
- Loevinshon, B. (2000). *Contracting for The Delivery of Primary Health Care in Cambodia: Design and Initial Experience of Large Pilot-Test*. Washington D.C.: World Bank.
- Loevinshon, Benjamin (2008). *Performans- Based Contracting for Health Services in Developing Countries*. World Bank Institute Health, Nutrition, and Population Series. Washington D.C.: World Bank.
- Loffler, Elke (2001). Defining and Measuring Quality in Public Adminiztration. *Teaching and Research Review*. 5.

- Lofler, E. (2001). Defining and Measuring Quality in Public Administration. *Teaching and Research Review*. Sayı 5
- Luke, R., Olden, P. C. ve Bramble, J. D. (1998). Strategic Hospital Alliances: Countervailing Responses to Restructuring Health Care Markets. *Handbook of Health Care Management* (ss. 81-114). Derleyen Walter Jack Duncan, Peter M. Ginter, Linda E. Swayne. Wiley-Blackwell Publishing.
- Malhan, S. T. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Talebi Etkileyen Faktörler. *Modern Hastane Yönetimi*. 1(3): 30-33.
- Manning, A. (2003). *Monopsony in Motion: Imperfect Competition in Labor Markets*. USA: Princeton University Pres.
- Markle, W.H., Fisher, M.A. ve Smego, R.A. (2007). Understanding Global Health. USA: McGraw-Hill.
- Maynard, A. (1991). Developing the Health Care Market. *The Economic Journal*. 101(408): 1277-1286.
- Maynard, A. and Dixon, A. (2002). Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience. *Funding Health Care: Options for Europe* (ss. 109-127). Derleyen Mossialos, E. ve diğerleri. Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Mazgit, İ. (1998). *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörü*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Mcallister, D. J. (1995). Affect and Cognition Based Trust As Foundations of Interpersonal Cooperation in Organizations. *Academy of Management Journal*. 38: 24-59.

- McClellan, M. ve Noguchi, H. (1998). Technological Change in Heart-Disease Treatment. Does High Tech Mean Low Value?. *The American Economic Review*. 88(2): 90-96.
- McConnell, C. R.; Brue, S. L. ve Campbell R. R. (2004). *Microeconomics: Principles, Problems, and Policies*. 16th Edition. McGraw-Hill Professional.
- McGuire, A., Henderson, J. ve Mooney, G. (1988). *The Economics of Health Care: An Introductory Text*. London and Newyork: Routledge.
- McKee, M., Edwards, N. ve Atun, R. (2006). Private Partnerships for Hospitals. *Bulletin Of World Health Organization*. 84(11): 890-896.
- McPake B. ve Banda E. (1994). Contracting Out of Health Services in Developing Countries. *Health Policy and Planning*. 9(1): 25-30.
- McPake, B. ve Normand, C. (2007). *Health Economics an International Perspective*. London and Newyork: Routledge.
- McPake, B., Kumaranayake, L. ve Normand, C. (2002). *Health Economics an International Perspective*. London and Newyork: Routledge.
- McQuaid, Ronald W. (2000). The Theory of Partnership: Why Have Partnerships?. *Public-private Partnerships: Theory and Practice in International Perspective* (ss. 9-36). Derleyen Stephen P. Osborne. London: Routledhe.
- Melese, F. ve Balaker, T. (2005). *Privatizing Public Hospitals: A Win-Win for Taxpayers and The Poor*. Los Angeles: Reason Foundation.
- Merson, Michael H.; Black, Robert E. ve Mills, A. (2006). *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*. Jones & Bartlett Publishers.

- Metin, B. (2003). *Türkiye'nin Sağlık Sorunları- Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*. Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İrtibat Ofisi. <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul10BMETINSAGLIK.HTM> (10.06.2008).
- Mill, J. S. (2001). *Principles of Political Economy*. Canada: Batoche Books.
- Mills, A. ve Gilson, L. (1988). *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*. HEFP Working Paper 01/88. LSHTM.
- Mills, Anne (1990). Decentralization Concepts and Issues: A Review. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience* (ss.11-39). Derleyen Anne Mills, J. Patrick Vaughan, Duane L. Smith ve Iraj Tabibzadeh. Genova: World Health Organization.
- Mills, Anne (1998). To Contract or Not To Contract? Issues for Low and Middle Income Countries. *Health Policy and Planning*. 13(1): 32-40.
- Mills, Anne (2005). Decentralization Concepts and Issues: A Review. *Health Care Systems: Reforming Health Care Systems*. Derleyen Jonathan Watson ve Pavel Ovseiko. Routledge.
- Money, G. (2003). *Economics, Medicine and Health Care*. London: Prentice Hall.
- Montagu, D. (2002). Franchising of Health Services in Low-Income Countries. *Health Policy Plan*. 17: 121-30.
- Morris, S., Devlin, N. ve Parkin, D. (2007). *Economic Analysis in Health Care*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Mortan, K. ve Tokgöz, T. (1984). *Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi*. Ankara.
- Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. *Funding Health Care: Options for Europe* (ss. 1-31). Derleyen E. Mossialos ve diğerleri. Buckingham – Philadelphia: Open University Press.

- Mossialos, E. ve Thomson, M.S. (2002). Voluntary Health Insurance in European Union. *Funding Health Care: Options for Europe* (ss. 128-161). Derleyen E. Mossialos ve diğeri. Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (2002). Funding Health Care: Options for Europe. *European Observatory on Health Care Systems*. Policy Brief No. 4.
- Munday, S. (2000). *Studies in Economics and Business-Markets and Market Failures*. United Kingdom: Heinemann Educational Publishers.
- Mushkin, J. S. (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*. 73(9): 785-794.
- Mutlu, A. (2006). Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları. *Maliye Dergisi*. 150: 53-78.
- National Research Council (1993). *Managing Wastewater in Coastal Urban Areas*. National Research Council Committee on Wastewater Management for Coastal Urban Areas. U.S.: National Academies Press.
- Newhouse, J. P. (1987). Health Economics and Econometrics. *The American Economic Review*. 77(2): 269-274.
- Nikolic, I. A. ve Maikisch, H. (2006). Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. Washington D. C.: The World Bank.
- Normand C. (1991). Economics, Health, and The Economics of Health. *BMJ*. 303: 1572-1577.

- Ocakçioğlu, B. (1979). *Beşeri Sermaye Teorisi ve Vergi Alanına Uygulanması*. Yayınlanmamış Doçentlik Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- OECD (2007). *Health At A Glance- OECD Indicators*. USA-OECD.
- Over, M. (1991). *Economics for Health Sector Analysis*. Washington D.C.: The World Bank.
- Özdemir, Y. E. (2001). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları. *Yeni Türkiye Dergisi*. Sağlık Özel Sayısı 1. 7(39): 258-275.
- Özer, M. (2005). Faktör Piyasaları ve Faktör Gelirleri. *İktisada Giriş* (ss. 211-227). Derleyen İlyas Işıklar. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını. No: 1472.
- Özkara, Y. (2006). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öztek, Z. (2001). Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 1, 39: 294-299.
- Öztürk, Mustafa (1999). Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 6(1): 37-41.
- Parasız, İ. (1995) *İktisada Giriş*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Penner, S. (2003). *Introduction to Health Care Economics and Financial Management: Fundamental Concepts with Practical Application*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, A Wolters Kluwer Company.

- Perrot, J., Carin, G. ve Evans, D. B. (2005). Application of Contracting in Developed Countries. *Technical Briefs for Policy-Makers*. World Health Organization.
- Perrot, Jean (2004). *The Role of Contracting in Improving Health Systems Performance*. World Health Organization. Discussion Paper. Number:1.
- Perrot, Jean (2006). Different Approaches To Contracting in Health Systems. *Bulletin Of World Health Organization*. 84(11): 859-866.
- Perschon, Jürgen H. (2005). *Report On Current Situation In The Health Sector Of Ghana And Possible Roles For Appropriate Transport Technology And Transport Related Communication Interventions*. Institute for Transportation & Development Policy. http://siteresources.worldbank.org/INTTSR/Resources/ITDP_20Transport_20and_20HealthCare_20-_20Ghana.pdf (18.11.2008).
- Phelps, C. E. (2003). *Health Economics*. 3th Edition. USA: Addison Wesley.
- Preker, A. S. ve Langenbrunner, J. C. (2005). *Spending Wisely: Buying Health Services For the Poor*. Washington D.C.: World Bank.
- Preker, A. S., Langenbrunner, J. C. ve Belli, P.C. (2007). Policy Design in Strategic Purchasing. *Public End Private Means: Strategic Purchasing of Health Services* (ss.53-67). Derleyen Alexander S. Preker, Xingzhu Liu, Edit V. Velenyi ve Enis Baris. Washington D.C.: World Bank.
- Preker, A. S., Scheffler, R. M., ve Bassett, M. C. (2006). *World Private Voluntary Health Insurance in Development: Friend or Foe?*. Washington D. C.: World Bank Publications.
- Price, Byron E. (2006). *Merchandizing Prisoners: Who Really Pays for Prison Privatization?*. Illustrated Edition. UK: Greenwood Publishing Group.
- Rabin, Jack (2005). *Encyclopedia of Public Administration and Public Policy*. USA: CRC Press.

- Ringel, Jeanne S. ve diğerleri (2002). *The Elasticity of Demand for Health Care A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System*. Santa Monica: RAND.
- Robinson R., Jakubowski E. ve Figueras J. (2005). Introduction. *Purchasing to Improve Health Systems Performance* (ss. 3-11). Derleyen Ray Rabinson, Elke Jakubowski ve Josep Figueras. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Buckingham – Philadelphia: Open Universty Pres.
- Roemer, M. I. (1961). Bed Supply and Hospital Utilization: A Natural Experiment. *Hospitals*. 1(35): 36-42.
- Roemer, M. I. (1980). Medical Ethics and Education for Social Responsibility. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 53: 251-266.
- Roemer, Milton (1971). Health Care: Financing and Delivery Around The World. *The American Journal of Nursing*. 71(6): 1158-1163
- Ron A., Abel-Smith, B. ve Tamburi, G. (1990). *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Geneva: ILO.
- Rondinelli, D. A. (1981). Government Decentralization in Comperative Theory and Practice in Developing Countries. *International Review of Administrative Sciences*. 47(2): 133-145.
- Rondinelli, D.A.; Nellis J.R. ve Cheema G.S. (1983). *Decentralization in Developing Countries: A Review of Rececent Experience*. World Bank. Staff Working Paper Number: 581.
- Rondinelli, M. ve Iacono, M. (1996). Strategic Management of Privatization: A Framework for Planning and Implementation. *Public Administration and Development*. 16: 247-63.
- Roomer, M. I. (1982). Market Failure and Health Care Policy. *Journal of Public Health Policy*. 3(4): 419-431.

- Ruster, J., Yamamoto, C. ve Rogo, K. (2003). Franchising in Health. *Public Policy for the Private Sector*. World Bank Group Private Sector and Infrastructure Network. Note number: 263.
- Sachs, J. D. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing on Health for Economic Development*. Report of The Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550X.pdf> (21.08.2008).
- Sağlık Bakanlığı (2004). *Turkey Health Report*. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı.
- Saltman, Richard B. (2004). Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability. *Social Health Insurance Systems in Western Europe* (ss. 3-21). Derleyen Richard B. Saltman, Reinhard Buse ve Josep Figueras. European Observatory Health System and Policies Series. Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Salvatore, D. ve Diulio, E. A. (2003). *Schaums's Easy Outline of Principles of Economics*. USA: The McGraw-Hill Companies.
- Sandiford, P., Gorter A. ve Salvetto, M. (2002). Vouchers for Health: Using Voucher Schemes for Output-Based Aid. *Public Policy for the Private Sector*. World Bank Group Private Sector and Infrastructure Network. Note number: 243.
- Sargutan, E. A. (2005). Sağlık Teknolojisi Yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 8(1): 113-144.
- Savaş, B. Serdar (2001). Türkiye Sağlık Sistemi 'Kısa Bir Genel Bakış'. *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 1. 7(39): 87-127.

- Savaş, S.B., Karahan, Ö. ve Saka, Ö.R: (2002). *Health Care Systems in Transition: Turkey*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 4(4).
- Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and The Birth of Health Economics. *Bulletin of The World Health Organization*. 82(2): 139-140.
- Say, J. B. (2001). *Treatise on Political Economy; or the Production, Distribution, and Consumption of Wealth*. Canada: Batoche Books.
- Scheiber, G. ve Maeda, A. (1997). A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. *Innovations in Health Care Financing* (ss.5-52). Derleyen G. Scheiber. World Bank, Washington D.C.
- Schieber, G. (1997). *Innovations and Health Care Financing*. Discussion Paper 365, Washington D.C.:World Bank.
- Schieber, G. (2005). *Sustainable Health Sector Financing*. High Level Forum on The Health MDGs in Asia-Pasific, Tokyo, Japan. June. <http://www.worldbank.org> (07.08.2008).
- Schieber, G., ve Maeda, A. (1997). A Curmudgeon's Guide to Financing Health in Developing Countries. *Innovations in Health Care Financing* (ss. 5-52). Derleyen G. Schieber. Discussion Paper 365. Washington. D.C.: World Bank.
- Schneider, U. (2003). *Asymmetric Information and the Demand for Health Care the Case of Double Moral Hazard*. Universität Bayreuth Rechts und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere. Diskussionspapier 02-03. Germany.
- Schultz, Theodore W. (1961). Investment in Human Capital. *The American Economic Review*. 51(1): 1-17.

- Seligman, Edwin Robert A. (2004). *The Income Tax: A Study of The History, Theory, and Practice of Income Taxation at Home and Abroad*. Second Edition. The Lawbook Exchange Ltd.
- Shonick, W. ve Roomer, R. (1982). Private Management of Public Hospitals: The California Experience. *Journal of Public Health Policy*. 3(2): 182-204.
- Sigerist, H. E. (1941). *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press.
- Small, E. L. ve Carruthers, I. (1991). *Farmer-Financed Irrigation: The Economics of Reform*. United Kingdom: Cambridge University Pres.
- Smith, L.D. (2001). Reform and Decentralization of Agricultural Services: A Policy Framework. FAO Agricultural Policy and Economic Development Series 7, <http://www.fao.org/DOCREP/005/Y2006E/y2006e00.htm> (24.12.2008).
- Smith, V. H. (1988). Health Care Policy and the Economics of Technological Change in Health Care Industry. *IEEE Technology and Society Magazine*. June: 6-8.
- SSYB (1973). *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. İstanbul: Ayyıldız Matbaası A.Ş.
- Stahl, Michael J. (2003). *Encyclopedia of Health Care Management*. London: SAGE.
- Stensland, J. ve Winter, A. (2006). Do Physician-Owned Cardiac Hospitals Increase Utilization?. *Health Affairs*. 25(1): 119-129.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 25(4) Özel Ek: 25-30.
- Taubman, P. ve Rosen, S. (1982). Healthiness, Education, and Marial Status. *Economic Aspects of Health* (ss. 121-143). Derleyen: Victor R. Fuchs. National Bureau of Economic Research- NBER.

- Taylor, R.ve Blair, S. (2002). Public Hospitals: Options for Reform through Public-Private Partnership. *The World Bank Group Private Sector and Infrastructure Network.Public Policy for Private Sector*, Note Number 241, World Bank.
- Tekin, A. G. (2007). Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri- Kamu-Özel Ortaklıkları (Public Private Partnerships veya PPP Modelleri). *İdarecinin Sesi Dergisi*. 21(122): 10-15.
- Tekin, Mustafa (2007). *Sağlık ve İktisadi Göstergeler Arasındaki İlişkinin Ülkelerarası İncelenmesi ve Türkiye Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tekin, Vasfi Nadir (2006). *SPSS Uygulamalı İstatistik Teknikleri*. Ankara: Seçkin Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D. (1993). Sağlık Hizmetleri Piyasa Araştırması. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 56: 25-31.
- Tokalaş, S. (2006). *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tokat, M. (2008). *Sağlık Ekonomisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜSEP). <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (10.01.2008).
- Tokgöz, E. (1981). Sosyal Gelişmede Sağlık. 2. *Türkiye İktisat Kongresi- III. Kitap: Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri*. İzmir: DPT Yayınları. Yayın No:1783.
- Top, M. ve Gider, Ö. (2004). Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme. *Görüş*. 60: 68-74.

- TÜBİTAK (2003). *Teknoloji Öngörü Projesi Sağlık Ve İlaç Paneli Özet Raporu*.
http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/saglikveilac_son_surum.pdf (26.12.2008)
- Türk Sanayici ve İşadamları Derneği (TÜSİAD) (1997). *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma: Sorunlar, Reform İhtiyacı, Arayışlar, Çözüm Önerileri*. Ekim. Yayın No: TÜSİAD-T/97-10/217.
- Ulusoy, A. ve Vural, T. (2003) Yerel Hizmetleri Özelleştirme Yöntemleri. *Türk İdare Dergisi*. 75(439):119-138.
- UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights Article 25*.
<http://www.un.org/Overview/rights.html> (08.05.2008).
- Uz, M. H. (1997). *Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamalar: Hastane Yöneticiliği*. Derleyen: Osman Hayran ve Haydar Sur. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi.
- ÜNSAL, H. (2004). Kamu Hizmetlerinin Planlanmasında Fayda-Maliyet Analizi ve Uygulanabilirliği. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 1(1). <http://www.sosbil.gazi.edu.tr/edergi/makale.php?Makale=3> (26.12.2008).
- VHAI (2008). *About Voluntary Health Association of India*. Voluntary Health Association of India. http://www.vhai.org/about_vhai.asp#goal (18.09.2008).
- Vujcic, M. ve diğerleri. (2004). The Role of Wages in The Migration of Health Care Professionals From Developing Countries. *Human Resources for Health*. 2(3): 1-14. <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/3> (25.06.2008).
- Wagstaff, A. (1986). The Demand for Health: A Simplified Grossman Model. *Bulletin of Economic Research*. 38: 93–95.

- Wagstaff, A. ve Claeson, M. (2004). *The Millennium Development Goals for Health: Rising to The Challenges*. Washington D.C.: World Bank.
- Wennberg, J. E. (2005). *Variation in Use of Medicare Services Among Regions and Selected Academic Medical Centers: Is More Better?*. New York: Commonwealth Fund Publicaiton. No: 874.
- Wessels, W.J. (2006). *Economics*. New York: Barron's Business Review Series.
- White, A. C., Merrick T. W., ve Yazbeck, A. (2006). *Reproductive Health: The Missing Millennium Development Goal: Poverty, Health, and Development in a Changing World*. Washington D. C.: World Bank Publications.
- WHO (2006). *Basic Documents*. Forty-fifth Edition, Supplement. World Health Organization. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (10.05.2008).
- Wilbur, R. L. (1932). The Economics of Public Health and Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin*. 10(3): 169-190.
- Wilensky, G.R. ve Rossiter, L.F. (1983). The Relative Importance of Physician-Induced Demand in the Demand for Medical Care. *Milbank Quarterly*. 61(2): 252–277.
- Willson, K. ve Howard, J. (2000). *The Effects of Health Care Privatization on Women in Manitoba and Saskatchewan*. Prairiewomen's Health Centre of Excellence. Kanada.
- Wolrd Bank (2005). *A Guide to Competitive Vouchers in Health*. Washington D.C.: World Bank.
- Wonderling, D., Reinhold, G. ve Black, N. (2005). *Introduction to Health Economics*. Newyork: McGrawHill Education.

- Woodward, D., Smith, R. D. (2006). *Global Public Goods and Health: Concepts and Issues*. WHO. http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh1/en/print.html (25.06.2008).
- World Bank (1999). *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Third Printing. Washington D.C.: The World Bank.
- World Bank (2008) *What, Why & Where, Decentralization and Subnational Regional Economics*. <http://www1.worldbank.org/publicsector/decentralization/what.htm> (10.08.2008).
- World Health Organization (WHO) (2000). *The World Health Report 2000: Improving Health Systems Performance*. Geneva: WHO.
- Yalçın, Türkan ve Yıldırım, H. Hüseyin (2001). Sağlık Hizmetleri Finansmanı. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II*. 40: 1692-1709.
- Yaşar, Gülbiye Y. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yazar: Markle, W. H., Fisher, M.A. ve Smego, R. A. (2007). *Understanding Global Health*. Illustrated Edition. New York: McGraw-Hill Professional.
- Yazbeck, Abdo (2007). *Diğer Kamu Özel Ortaklığı Politikaları ve Araçları*. World Bank Institute 3. Flagship. 26 Kasım - 04 Aralık 2007. İstanbul. www.tusak.saglik.gov.tr/3_FLAG/sunumlar/8-1-other%20PPP%20Policies.pdf (11.11.2008).
- Yeğınboy, Y. ve Sayın, Ş. (2008). Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları. 2. *Ulusal İktisat Kongresi, 20-22 Şubat 2008*. İzmir. www.deu.edu.tr/userweb/iibf_kongre/dosyalar/yeginboy.pdf. (01.06.2009).
- Yıldırım, H. H. (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. *Amme İdaresi Dergisi*. 32(1): 123-134.

- Yıldırım, H. H. (2004). *Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanun Taslağı: Elştirel Bir Sorgulama*. AB Sağlık. Ankara. www.absaglik.com (21.06.2008).
- Yıldırım, Hasan H. (2004). *Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansman Açısından Bir Sorgulama*. www.saglikyonetimi.org (05.10.2008).
- Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*. Yayın No: 2350. Ankara: DPT Yayınları.
- Yıldız, M. S. (2007). Döner Sermayelerinin Geleceği ve Hastane Döner Sermayeleri. *Mali Klavuz Dergisi*. 38. http://saglikteftis2006.blogcu.com/hastane-d-sermayeleri_4747944.html (22.11.2008).
- Yıldız, Özkan (2008). Küreselleşme, Sağlık ve Toplum. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 17(1): 30-34.
- Yoshino, Michael. Y. ve Rangan U. S. (1995). *Strategic Alliances: An Entrepreneurial Approach to Globalization*. 3rd Edition. Harvard Business Press.
- Younkins, E. (2006). *Jean-Baptiste Say's Law of Markets: A Fundamental, Conceptual Integration*. <http://www.solopassion.com/node/339> (26.12.2008).
- Zhao, Z. (2008). Analysis of Health and Longevity in the Oldest-Old Population—A Health Capital Approach. *Healthy Longevity in China Demographic, Socioeconomic, and Psychological Dimensions* (ss. 157-176). Derleyen: Zeng Yi, Dudley L. Poston, Denese Ashbaugh Vlosky ve Danan Gu. Netherlands: Springer.