



anadolium
e K a m p ü s
ve
anadolu mobil
dilediğin yerden,
dilediğin zaman,
öğrenme fırsatı!



(ekampus.anadolu.edu.tr)



(mobil.anadolu.edu.tr)

ekampus.anadolu.edu.tr



Takvim



Duyurular



Ders
Kitabı (PDF)



Epub



Html5



Mobi
Kitap



Sesli Kitap



Canlı Ders



Video



Ünite
Özeti



Sesli Özet



Sorularla
Öğrenelim



Alıştırma



Çözümlü
Sorular



Deneme
Sınavı



Tartışma
Forumu



Çıkmış Sınav
Soruları



Sınav Giriş
Bilgisi



Sınav
Sonuçları



Öğrenci
Toplulukları



AOS DESTEK
AÇIKÖĞRETİM DESTEK SİSTEMİ

Açıköğretim Sistemi ile ilgili
merak ettiğiniz her şey AOS Destek Sisteminde...

- Kolay Soru Sorma ve Soru-Yanıt Takibi
- Sıkça Sorulan Sorular ve Yanıtları
- Canlı Destek (Hafta İçi Her Gün)
- Telefonla Destek

aosdestek.anadolu.edu.tr

AOS DESTEK Sistemi İletişim ve Çözüm Masası

0850 200 46 10

www.anadolu.edu.tr

T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINI NO: 3218
AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ YAYINI NO: 2089

SAĞLIK EKONOMİSİ

Yazarlar

Prof.Dr. Mustafa TAŞDEMİR (Ünite 1)

Prof.Dr. Haydar SUR (Ünite 2)

Prof.Dr. Hacer ÖZGEN NARCI (Ünite 3)

Prof.Dr. Osman HAYRAN (Ünite 4)

Prof.Dr. Sabahattin AYDIN (Ünite 5)

Doç.Dr. Hatice KARAHAN (Ünite 6)

Prof.Dr. Mehveş TARIM (Ünite 7)

Prof.Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ (Ünite 8)

Editör

Prof.Dr. Mustafa SOLAK



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

Bu kitabın basım, yayım ve satış hakları Anadolu Üniversitesine aittir.
“Uzaktan Öğretim” tekniğine uygun olarak hazırlanan bu kitabın bütün hakları saklıdır.
İlgili kuruluştan izin almadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kayıt
veya başka şekillerde çoğaltılamaz, basılamaz ve dağıtılamaz.

Copyright © 2015 by Anadolu University
All rights reserved

No part of this book may be reproduced or stored in a retrieval system, or transmitted
in any form or by any means mechanical, electronic, photocopy, magnetic tape or otherwise, without
permission in writing from the University.

ÖĞRENME TEKNOLOJİLERİ AR-GE BİRİMİ

Birim Yöneticisi

Doç.Dr. Alper Tolga Kumtepe

Kitap Hazırlama Grubu Sorumlusu

Öğr.Gör. Erdem Erdoğdu

Grafik Tasarım Yönetmenleri

Prof. Tevfik Fikret Uçar

Doç.Dr. Nilgün Salur

Öğr.Gör. Cemalettin Yıldız

Dil ve Yazım Danışmanı

Prof.Dr. Emine Koyuncu

Ölçme Değerlendirme Sorumlusu

Esin Kuş

Kapak Düzeni

Doç.Dr. Halit Turgay Ünalın

Grafikerler

Ayşegül Dibek

Hilal Özcan

Özlem Çayırılı

Ufuk Önce

Kenan Çetinkaya

Dizgi

Kitap Hazırlama Grubu

Sağlık Ekonomisi

E-ISBN

978-975-06-2617-3

Bu kitabın tüm hakları Anadolu Üniversitesi'ne aittir.

ESKİŞEHİR, Ağustos 2018

3078-0-0-0-1809-V02

İçindekiler

Kısaltmalar.....	vii
Önsöz	viii

Sağlık Ekonomisine Giriş	2	1. ÜNİTE
GİRİŞ	3	
SAĞLIK VE EKONOMİYE İLİŞKİN KAVRAMLAR	3	
SAĞLIK VE EKONOMİ İLİŞKİSİ	5	
SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞ NEDENLERİ	7	
SAĞLIK EKONOMİSİ	9	
SAĞLIK SİSTEMİNİN AMAÇLARI	10	
PAZARIN ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK PAZARLARI	11	
Pazar Şartları	11	
Sağlık Hizmetleri Pazarının Özellikleri	12	
Özet	15	
Kendimizi Sınayalım	16	
Yaşamın İçinden	17	
Okuma Parçası	18	
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	20	
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	21	
Yararlanılan Kaynaklar	21	

Sağlıkta Arz ve Talep.....	22	2. ÜNİTE
GİRİŞ	23	
SAĞLIK EKONOMİSİNDE TEMEL KAVRAM VE YAKLAŞIMLAR	24	
İnsani Gelişmişlik Endeksi	25	
Davranışsal Ekonomi	26	
Sağlık Okuryazarlığı Becerileri	28	
Talep	30	
Arz	31	
SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAKKANİYETİN ÖNEMİ	32	
Hakkaniyet Açısından Kritik Önem Taşıyan Sağlık Sistemi Bileşenleri	33	
Hakkaniyetin Bozulması	34	
Coğrafi Yerleşime Göre	35	
Ekonomik Düzeye Göre	35	
Eğitim Düzeyine Göre	36	
Cinsiyete Göre	36	
İrk, Din, Kabile, Aşiret vb. Ayrımlara Göre	36	
Toplumun Savunmasız Grupları Arasında Bulunmaya Göre	36	
Hakkaniyet ile Verimlilik İlkelerinin Birbiriyle Ters Düşmesi	37	
Sağlık Hizmetleri Endüstrisi	38	
SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARI	38	
Sağlık Hizmeti Talebi	40	
Arz ve Sağlık Hizmeti Arzı	42	
Sağlık Hizmetlerinde Esneklik, Arz ve Talep	44	
Sağlık Hizmetlerinde Sunucunun Kabarttığı ve Azalttığı Talep	45	
SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET	46	
Doğrudan ve Dolaylı Maliyetler	48	

Özet	49
Kendimizi Sınayalım	51
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	52
Yararlanılan Kaynaklar	52

3. ÜNİTE

Sağlık Hizmetleri Finansmanı.....	54
GİRİŞ	55
SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI İÇİN MALİ KAYNAĞIN TOPLANMASI VE HAVUZLANMASI	56
Mali Kaynak Toplama Yöntemleri ve Havuzlama	60
Vergiler	60
Sosyal Sağlık Sigortası	61
Genel Sağlık Sigortası	63
Özel Sağlık Sigortası	64
Cepten Ödemeler	66
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SATIN ALINMASI	71
Sağlık Hizmetlerinde Satın Alım Yöntemleri	71
Kurumsal Hizmet Sunucular için Ödeme Yöntemleri	73
Bireysel Hizmet Sunucular için Ödeme Yöntemleri	75
Özet	78
Kendimizi Sınayalım	79
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	80
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	80
Yararlanılan Kaynaklar	81

4. ÜNİTE

Sağlık Hizmetlerinde Kamunun ve Pazarın Rolü.....	82
GİRİŞ	83
SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL VE BİREYSEL YÖNÜ	84
SAĞLIK HİZMETLERİNİN TAMAMEN PAZARA BIRAKILAMAYIŞ NEDENLERİ	87
SAĞLIK HİZMETLERİNİN TAMAMEN DEVLET TARAFINDAN ÜSTLENİLMESİNİN NEDEN OLABİLECEĞİ SORUNLAR	90
SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN VE SUNUMUNDA DEVLETİN ROLÜ	91
SAĞLIK HİZMETLERİNDE REKABETİN YÖNETİMİ: “YARI-PAZAR”	94
Özet	97
Kendimizi Sınayalım	98
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	99
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	99
Yararlanılan Kaynaklar	100

5. ÜNİTE

Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikaları.....	102
GİRİŞ	103
SAĞLIK SİSTEMİNİN TEMEL FONKSİYONLARI	103
Sağlık Sisteminde Liderlik	104
Dönüşüm Liderliği	104
Sağlık Sisteminde Planlama ve Denetim	105
Sağlık Sisteminde Yönetim Bilişimi	105
Sağlık Sisteminde Kaynak Geliştirme	106
Nitelikli İnsan Gücü	106

Sağlık Personelinin Göçü	107
Sağlık Mesleklerinde Kesişim ve Görev Kayması	108
Yaşlı Bakımı ve İnsan Kaynağı	109
Sağlık Sisteminde Hizmet Sunumu	109
Sağlık Hizmet Sunumunda Anlayış Değişikliği	109
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	113
Yaşlı Sağlığı Hizmetleri	114
Sağlık Sisteminin Finansmanı	115
Finansal Riskten Korunma ve Yük Paylaşımında Hakkaniyet	116
Kalite ve Verimlilik	116
Finansman Modelleri	117
Kapsayıcılık	117
Maliyet Paylaşımı	117
Kontrolsüz Sağlık Harcamaları	118
Finansal Sürdürülebilirlik	119
Hesap Verebilirlik	120
Özet	121
Kendimizi Sınyalım	124
Kendimizi Sınyalım Yanıt Anahtarı	125
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	125
Yararlanılan Kaynaklar	127

Küreselleşme ve Sağlık Ekonomisi.....128

6. ÜNİTE

GİRİŞ	129
KÜRESELLEŞME	129
Küreselleşmenin Temel Dinamikleri	130
Ticaret, Sermaye ve Yatırım Akımları	130
Göç ve İnsan Mobilitesi	131
Teknolojik Gelişim ve Bilginin Yayılması	133
Küreselleşmeye İten ve Çeken Faktörler	133
KÜRESELLEŞME VE İNSAN SAĞLIĞI	135
Küreselleşmenin Sağlık Üzerindeki Etkileri	135
Ekonomik Gelişim ve Refah Yoluyla	135
İletişim ve Ulaşım Yoluyla	137
KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK HİZMETLERİ	140
Küreselleşmenin Sağlık Hizmetlerine Etkileri	140
İnsan Kaynağı Yoluyla	140
Girdiler ve Teknoloji Yoluyla	142
Uluslararası Düzenlemeler ve Politikalar Yoluyla	144
Özet	147
Kendimizi Sınyalım	148
Kendimizi Sınyalım Yanıt Anahtarı	149
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	149
Yararlanılan Kaynaklar	150

Sağlık Ekonomisinde Ölçme Değerlendirme 152

7. ÜNİTE

GİRİŞ	153
SAĞLIK HİZMETLERİNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRME	153
Ekonomik Değerlendirme Süreci ve Teknikleri	154

Maliyet Minimizasyon Analizi (Cost Minimization Analysis-CMA)	155
Maliyet Fayda Analizi (Cost Benefit Analysis-CBA)	156
Maliyet Etkililik Analizi (Cost Effectiveness Analysis-CEA)	157
Maliyet Sonuçları Analizi (Cost Consequences Analysis-CCA)	160
Maliyet Yararlanım Analizi (Cost-Utility Analysis-CUA)	161
Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları (QALY)	161
Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY)	164
Özet	166
Kendimizi Sınayalım	167
Okuma Parçası	168
Kendimizi Sınayalım Yanıt Anahtarı	168
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	169
Yararlanılan Kaynaklar	169

8. ÜNİTE

Sağlık Ekonomisinde Hukuk ve Etik	172
GİRİŞ	173
HUKUK-EKONOMİ İLİŞKİSİ	174
TIP HUKUKU VE ETİĞİNİN TEMEL KAVRAMLARI	175
Tip Hukuku ve Etiği	176
Tıbbi Müdahale ve Hukuka Uygunluk Şartları	178
Yaşama ve Sağlık Hakkı	179
TIP HUKUKU VE ETİĞİ AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETLERİ	181
SAĞLIK EKONOMİSİ-TIP HUKUKU VE ETİĞİ İLİŞKİSİ	183
Özet	187
Kendimizi Sınayalım	189
Yaşamın İçinden	190
Sıra Sizde Yanıt Anahtarı	191
Yararlanılan Kaynaklar	191
Sözlük	193
Dizin	197

Kısaltmalar

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
Ar-Ge	:	Araştırma-Geliştirme
BM	:	Birleşmiş Milletler
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	:	Dünya Ticaret Örgütü
GSYH	:	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
GATT	:	Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması - General Agreement on Tariffs and Trade
IHR	:	Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri- International Health Regulations
ILO	:	Uluslararası Çalışma Örgütü -International Labor Organization
IMF	:	International Monetary Fund- Uluslararası Para Fonu
OECD	:	Organisation for Economic Co-operation and Development - Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SARS	:	Şiddetli Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu - Severe Acute Respiratory Syndrome
SPS	:	Sağlık ve Bitki Sağlığı Önlemleri Anlaşması -Sanitary and Phytosanitary Measures Agreement
TRIPS	:	Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Anlaşması – The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights

Önsöz

Dünyada ve Ülkemizde yaşlı nüfusun giderek artması özellikle bulaşıcı olmayan ve uzun süre bakım gerektiren sağlık sorunlarının ön plana çıkmasına neden olmaktadır.

Gerek yaşlı nüfusta yaygın olan çoklu sağlık sorunlarının bakım ve tedavisi, gerekse tıp alanında kullanıma giren yeni teknolojiler ve tedavi yöntemleri sağlık harcamalarını hızla arttırmaktadır.

Son yıllarda sağlık harcamalarında gözlenen artışlar ülkelerin milli gelirlerindeki artıştan çok daha hızlı olmakta ve ülke ekonomilerini zorlamaktadır. Tüm demografik ve epidemiyolojik projeksiyonlar sağlıkla ilgili harcamaların önümüzdeki dönemde daha da artacağına işaret etmektedir. Sağlıklı yaşamın temel insan haklarından birisi ve önde geleni olması nedeniyle bu harcamaları kimin, nasıl karşılaması gerektiği konuları çok tartışmalı konulardır.

Çağımızda sağlık hizmetleri pazar koşullarına bırakılmayacak kadar önemli olup devletlerin altından kalkamayacağı kadar da ağır bir yük olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık yönetimi alanında görev alacak her profesyonelin sağlık ekonomisi konularında donanımlı olması gerekmektedir.

Bu kitap sağlık yönetimi öğrencilerine, ekonominin temel kavramlarını ve sağlık sektöründeki ekonomik dinamikleri tanıtmak, bu konularda bilgi ve beceri sahibi olmalarını sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Kitabın yazarlarının farklı disiplinlerden olması, her birinin uluslararası akademik deneyimlerine ek olarak ulusal anlamda saha deneyimlerinin de bulunması, sağlık yöneticisinin ihtiyaç duyacağı güncel, geçerli ve gerçekçi sağlık ekonomisi bilgilerinin bir araya gelmesini sağlamıştır.

Günümüzde önemi giderek artan Sağlık Hizmetleri Yönetiminin; küresel ekonomik koşullar göz ardı edilmeden, yerel imkânları en uygun ve en iyi şekilde uygulayacak olan; ekonomi bilgilerini; yaşam kalitesini artırma ve verimliliği sağlamak amacıyla kullanacak olan tüm sağlık yöneticilerine ve ihtiyaç duyan herkese yararlı olmasını dilerim.

Editör
Prof.Dr. Mustafa SOLAK

1

Amaçlarımız

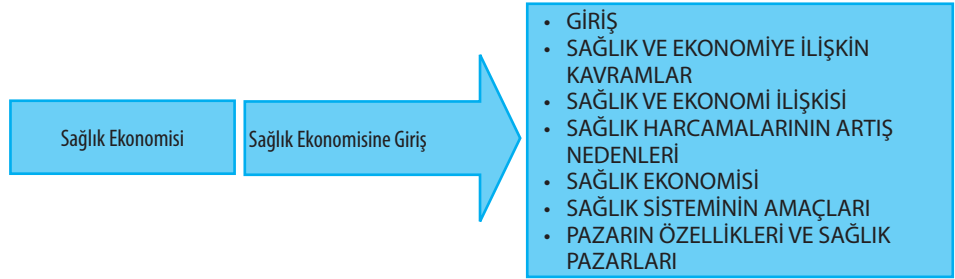
Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- Sağlık, ekonomi ve sağlık ekonomisi kavramlarını tanımlayabilecek,
- Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek,
- Sağlık sisteminin amaçlarını ve sağlık harcamalarına neden olan faktörleri açıklayabilecek,
- Sağlık hizmetleri pazarının özelliklerini tanımlayabilecek bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.

Anahtar Kavramlar

- Sağlık
- Ekonomi
- Mikroekonomi
- Makroekonomi
- Sağlık Ekonomisi
- Pazar
- Sağlık Hizmetleri
- Sağlık Harcamaları
- Sermaye
- İstihdam

İçindekiler



Sağlık Ekonomisine Giriş

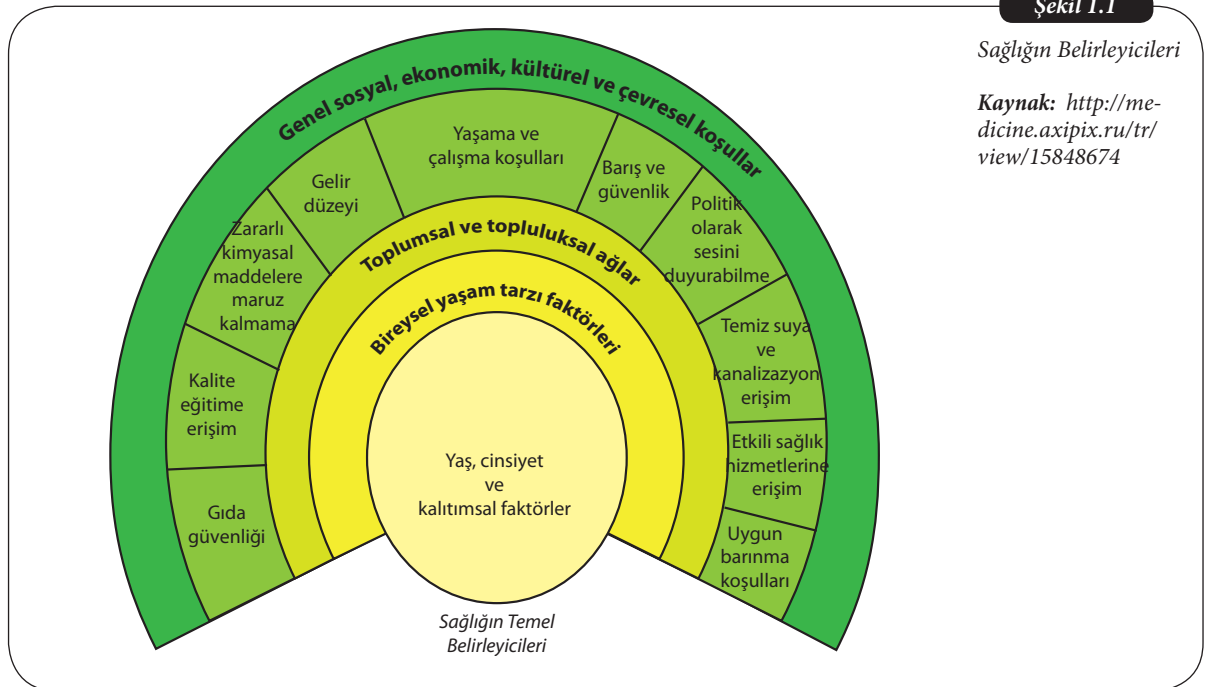
GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil kişinin bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hâlidir. Çoğu kültürde sağlık “en önemli zenginlik” olarak nitelenir. Tarihimizden bugüne ve geleceğe intikal eden “olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi” şiirsel ifadesini aşan bir tanımlama muhtemelen cihanda yoktur. Fakat sağlık kavramına yüklenen anlam toplumdan topluma değişmektedir. Pekçok toplumda sağlık, hastalık veya şikâyetin olmamasıyla sınırlı olarak algılanır. Bazen de sık görülen hastalıklar olağan kabul edilir, sağlıksızlık olarak görülmez. Böyle bir tabloda DSÖ tanımı bir yandan paradigmayı zorlamakta öte yandan insanlığın en değerli cevheri olan sağlığın sayısız tanımlarını teke indirgemektedir.

SAĞLIK VE EKONOMİYE İLİŞKİN KAVRAMLAR

Dünya Sağlık Örgütünün tanımı sağlığın ne kadar karmaşık bir durum ve kavram olduğunu dair ipuçları vermektedir. İnsanı, insan hayatını etkileyen faktörler doğal olarak sağlığı da etkilemektedir. Sağlığı etkileyen faktörlere **sağlığın belirleyicileri** denilmektedir. Bunlar aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:

Sağlığın Belirleyicileri: Sağlığı etkileyen faktörlerdir.



Şekilde “genden yerküreye” kadar farklı ölçeklerde pek çok sağlık belirleyicisi görülmektedir. Bunlar arasında sağlık hizmetleri sanılanın aksine küçük bir yer tutmaktadır. Buna karşılık, ekonomi kendi başına önemli bir sağlık belirleyicisi olduğu gibi, sağlık hizmetleri dâhil hemen bütün faktörlerle yakından ilişkilidir.

Yatırım: Belirli bir kaynağın ya da değer, gelir sağlamak amacıyla kalıcı bir biçimde kullanılmasıdır.

Sağlığı farklı perspektiflerden değerlendirmek mümkündür:

- Sağlık bir **insan hakkıdır**.
- Sağlık (hizmeti) **tüketilen bir şeydir**.
- Sağlık bir **yatırımdır**.

DİKKAT



İnsanlara “Sağlık hizmetlerinin ekonomik amaçları nelerdir” diye sorulsa çoğunlukla sağlık sisteminin ekonomik amacı olamayacağı, olmaması gerektiği şeklinde cevaplar gelecektir. Oysa kastedilen, insanların sağlık sorunlarını çıkara / paraya / kâra tahvil etmek değildir.

SIRA SİZDE



“Sağlıklı olmak” demek “hasta olmamak” mıdır? Açıklayınız

İNTERNET



Sağlık kavramının tanımı hakkında detaylı bilgilere Dünya Sağlık Örgütü'nün İnternet sitesi www.who.int adresinden ulaşabilirsiniz.

K İ T A P



Dünya Sağlık Örgütü yayınlarından olan ve ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından Türkçe olarak yayınlanmış olan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde detaylı bilgi bulabilirsiniz.

“Laissez-Faire”: Fransızca “Bırakınız yapınlar” demektir. Sadece mülkiyet haklarını korumayı amaçlayan yeterli düzenlemelerin bulunduğu bir ekonomik ortamda özel taraflar arasındaki alım satım işlemlerinin müdahaleci hükümet kısıtlamaları, tarifeler ve sübvansiyonlardan arındırılmasını ifade eder.

Sağlık Ekonomisi içinde yer alan kavramlardan bir diğeri ekonomidir. Şimdi gelin ekonomi kavramının neyi ifade ettiğini hep birlikte inceleyelim. İskoç filozof Adam Smith ekonomiyun biliminin babası olarak kabul edilir. On sekizinci yüzyıl sonlarında yazdığı ve kısaca “Ulusların Zenginliği” olarak bilinen kitabında “Her birey kendi çıkarını gözeterek hareket ettiğinde toplumun yararını gözettiğinde topluma yapacağı katkıdan fazlasını yapmış olacaktır.” demiştir. Böylece her bireyin bencil olduğu bir toplumda dahi uyum veya toplum için en iyi durum “görünmez bir el” tarafından sağlanmış olur. “Görünmez el” pazar koşullarıdır. Her şeyin kendi haline bırakılmasını öngören bu teoriye (“laissez-faire”) göre kişisel çıkarlar ekonominin itici gücüdür ve tam rekabet ortamında gerek bireyler gerekse de şirketler çıkarlarını maksimize ederken oluşan fiyatlar toplumun tamamının çıkarına hizmet eder. Üreticiler ve tüketiciler çıkar çatışması yaşamazlar, aksine çıkar paylaşımı gerçekleşir.

Ekonomi sözcüğü; Yunanca “oikia” (ev) ve «nomos» (kural) köklerinin birleşmesinden oluşmuştur ve «ev yönetimi» anlamındadır. Çeşitli tanımları olsa da şu tanım daha açıklayıcıdır: Ekonomi, kıt üretim faktörlerinin çeşitli mal ve hizmetlerin üretiminde kullanılmak üzere nasıl seçileceğini ve üretilen malların / hizmetlerin toplumun bireyleri arasında en fazla yararı sağlayacak şekilde nasıl dağıtılacağını konu alan bilim dalıdır. Kısaca, “kıtlık/azlık bilimi” de denilmektedir. Anılan süreçlerle ilgili olarak özellikle neyi, kime ve nasıl sorularının cevaplarını araştırır.

Ekonomiyun çeşitli sınıflamaları yapılmıştır. Bunlardan biri ekonomiyi;

- Pozitif ekonomi
 - Normatif ekonomi
- olarak ikiye ayırır.

Pozitif ekonomide ekonomik olaylar ve davranışlar, nedir-ne olmaktadır, nasıl olmaktadır yaklaşımıyla incelenmektedir. Bir başka ifadeyle pozitif ekonomi ekonomik olayları ve davranışları açıklamaya, durumun ne olduğu anlamaya çalışır. Örnek olarak, sigaraya

uygulanan vergilerin akciğer kanseri sıklığı üzerindeki etkisini değerlendirir, yani olanı/gerçekleşeni tespit etmeye çalışır.

Normatif ekonomi ise olması gerekeni araştırır. Ekonomik olayları ve davranışları iyi veya kötü şeklinde değer yargılarıyla değerlendirir. Örnek olarak, devletin engellilere parasal yardım yapmasının uygunluğunu sorgular.

Pozitif ekonominin argümanları araştırmayla, veriyle doğrulanabilir veya yanlışlanabilir. Normatif ekonomininkiler ise tartışılabilir da doğru veya yanlış diye nitelendirilemez; tercih ve politika meselesidir.

Ekonominin bir başka sınıflaması ise

- Mikroekonomi
- Makroekonomi

şeklindedir.

Mikroekonomi üreticiler, tüketiciler, pazar gibi küçük ölçekli birimleri ele alır. Üretim ve tüketim süreçleri, arz, talep vb. üzerinde durur. Makroekonomi ise ülke ve dünya ekonomisi düzeyindeki konuları ele alır. Ekonomi politikaları, kalkınma, ülkelerin refah düzeylerinin karşılaştırılması vb. konuları inceler.

Ekonomi, arz-talep ve maliyet-fayda arasındaki ilişkileri anlamaya çalışır, analiz ve ölçüm-ler yapar. Bazı durumlarda az bazen de çok olan seçenekleri karşılaştırır ve inceler.



DİKKAT

Ekonominin gündelik hayattaki yerini nasıl ifade edersiniz?



SIRA SİZDE

www.ekodialog.com adresinde Sağlık Ekonomisine yönelik dikkat çekici makaleleri okuyabilirsiniz.



İNTERNET

Prof. Dr. Tümay Ertek'in Temel Ekonomi (Basından Örneklerle) başlıklı kitabından eğlenceli ekonomi öğrenebilirsiniz.



K İ T A P

SAĞLIK VE EKONOMİ İLİŞKİSİ

Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki iki yönlüdür. Önce sağlık hizmetlerinin çeşitli ekonomik sonuçlarını gözden geçirelim:

1. Üretkenliği ve ekonomik çıktıyı artırmak

Sağlıklı insanların üretim potansiyeli daha yüksektir. Ayrıca genel olarak sağlık çalışanlarının diğer çalışanlardan daha üretken oldukları, daha doğrusu insanların üretkenliğini artırdıkları söylenebilir.

2. Kişisel ve ulusal geliri artırmak

Sağlıklı çalışanlar işe devamsızlık yapmaz, iş gücü devir hızının düşmesine katkı yapar ve dolayısıyla daha çok kazanır.

3. Yurtiçi ve dışı yatırım hızını artırmak

Endemik ve epidemik hastalıkların az olduğu yerler daha çok yatırım çeker.

4. Tasarrufları artırmak

Sağlıklı insanlar daha çok kazanır ve tasarruf ederler. Bu da yatırım fonlarının artışına katkı yapar.

5. Beşerî sermayeyi geliştirmek

İnsanın ekonomik bakımdan üretken olmasını sağlayan doğuştan getirdiği özellik ve yetenekleri ile bilgi beceri ve deneyimlerine beşerî sermaye denilmektedir. Sağlık okula ve işe devamı artırır. Dolayısıyla eğitim süresini ve sürekliliğini artırarak beşerî sermayenin niteliğini yükseltir. Fakat beşerî sermaye unsurları olan

eğitim ve becerilerden farklı olarak, sağlık biriktirilemez, yani üst üste konulamaz. Sağlık ayrıca travmalar, hastalıklar ve ölüm gibi ciddi risklere maruz kalabilir.

6. Yoksulluğu azaltmak

Sağlık harcamaları azalır; üretim ve gelir getirici işler artar.

Sağlığın bir yatırım olduğu ve çeşitli ekonomik etkilerinin olduğu anlaşılmaktadır. İnsanların sağlık sorunlarından birilerinin kazanç elde etmesi değil, sağlıklı olmasından hem kişilerin hem de toplumun ekonomik kazanımlarının olması istenen bir durumdur.

Yukarıda sıralanan sağlığın ekonomik sonuçlarına karşılık, ekonominin de sağlık sonuçları vardır. Ekonomik performansı yüksek olan ülkelerde kişilerin gelirleri de yüksek olur. Kişiler sağlık hizmetlerinden ve ürünlerinden daha çok yararlanırlar ve daha sağlıklı olurlar. Ekonomik gelişmişlikle birlikte değişen yaşam tarzının getirdiği şişmanlık ve hareketsiz yaşam gibi sağlık açısından olumsuz sonuçlar da vardır. Ancak her hâlikârda olumlu sonuçlar ağır basmaktadır.

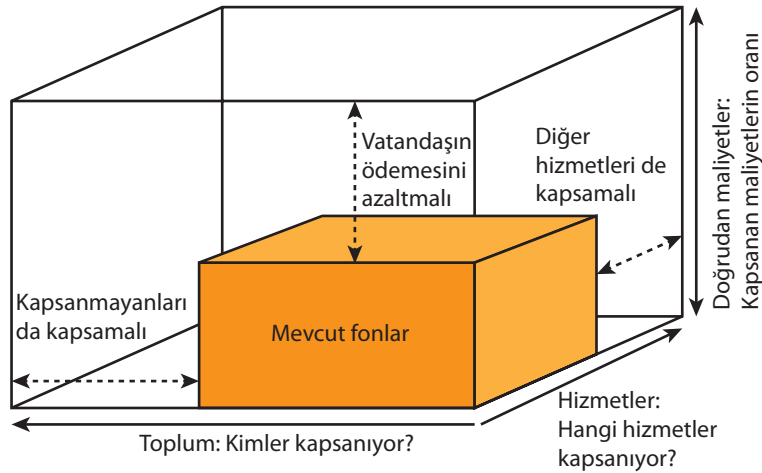
Dünyada toplam sağlık harcamaları 5,3 trilyon dolar civarındadır. Genel olarak barınma ve beslenmeden sonra en yüksek harcama sağlık için yapılmaktadır. İlk ikisinin sağlıktan harcama bakımından en önemli farkı herkesin her zaman -yani günlük olarak- ihtiyaç duymasıdır. Sağlık ihtiyaçları aynı nitelikte olsaydı, muhtemelen sağlık harcamaları açık ara liste başı olurdu.

Dünya Sağlık Örgütü'nün; toplumun tüm bireylerinin ekonomik olarak zorlanmadan ihtiyaç duyduğu destekleyici, önleyici, tedavi edici, rehabilite edici, hafifletici (palyatif) tüm sağlık hizmetlerine ulaşımı olarak tanımladığı 'Genel Kapsam' veya 'Genel Sağlık Kapsamı' (Universal Health Coverage) kavramı sağlığın ekonomik boyutunu algılamak bakımından önemlidir. Genel kapsam toplumun tamamının kapsanmasıyla sınırlı değildir; mümkün olduğunca tüm sağlık hizmetlerinin vatandaştan para alınmaksızın verilmesini de içermektedir.

Şekil 1.2

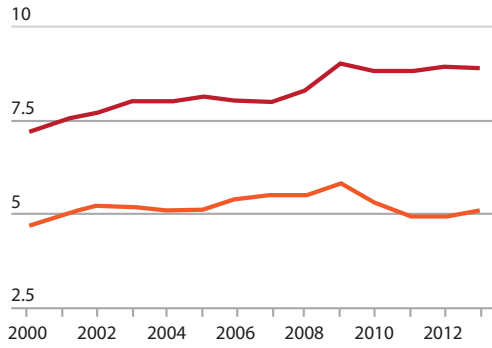
Genel Kapsamın Üç Boyutu

Kaynak: The World Health Report 2010



Şekil 1.2'de ideal tablo her üç boyutta hiç boşluk kalmaması, mevcut fonların toplumun bütün fertlerine bütün hizmetlerin ücretsiz olarak arzını mümkün kılmasıdır. Tabii, böyle bir örnek yoktur. Bugüne kadar bunu başabilen ülkenin olmaması sağlık ekonomisinin önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sağlık için yapılan harcamalar çok yüksektir ve giderek artmaktadır. Örnek olarak, Tablo 1.1'de OECD ülkeleri ve Türkiye'nin 2000 yılı sonrası grafikleri verilmiştir.

**Tablo 1.1**

Toplam Sağlık Harcaması, GSYİH'nın Yüzdesi Olarak (OECD Ülkeleri Ortalaması ve Türkiye)

Kaynak: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Genel olarak hem kişi başına sağlık harcamaları hem de GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay artmaktadır. Daha da çarpıcı olanı; sağlık harcamalarındaki artışın GSYİH artışından daha yüksek olmasıdır. Bu eğilim bazı ülkelerde ciddi kaygılara ve sorunlara neden olmaktadır.

İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) 1948'de kurulurken amacı 'Herkesi ve her hizmeti kapsayan, bedava, beşikten mezara sağlık hizmetleri' şeklinde ifade edilmişti. Ancak zamanla bu amaca ulaşmanın mümkün olmadığı, böyle bir hizmetin sürdürülebilir olmadığı görüldü.



DİKKAT

Sağlık hizmetlerinin, toplumun tamamını kapsamaması niçin gereklidir?



SIRA SİZDE

3

OECD Ülkelerine ait sağlık harcamaları ile ilgili detaylı veri ve analizlere <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm> sitesinden ulaşabilirsiniz.



İNTERNET

Sağlık harcamalarına yönelik ayrıntılı bilgiyi Dünya Sağlık Örgütü yayını olan World Health Report 2010 başlıklı kitapta bulabilirsiniz. Kitaba www.who.int adresinden ulaşmanız da mümkündür.



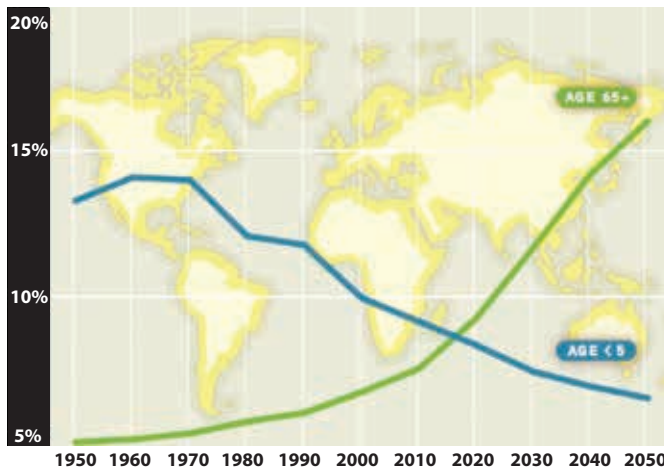
K İ T A P

SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞ NEDENLERİ

Sağlık harcamalarının artış göstermesi çeşitli nedenlere bağlı olarak açıklanabilir. Şimdi sırasıyla bu nedenleri başlıklar hâlinde inceleyelim:

1. Toplumun Yaşlanması (demografik dönüşüm)

Aşağıdaki grafikte yaşlanmanın boyutu ve hızı çarpıcı şekilde görülmektedir.

**Tablo 1.2**

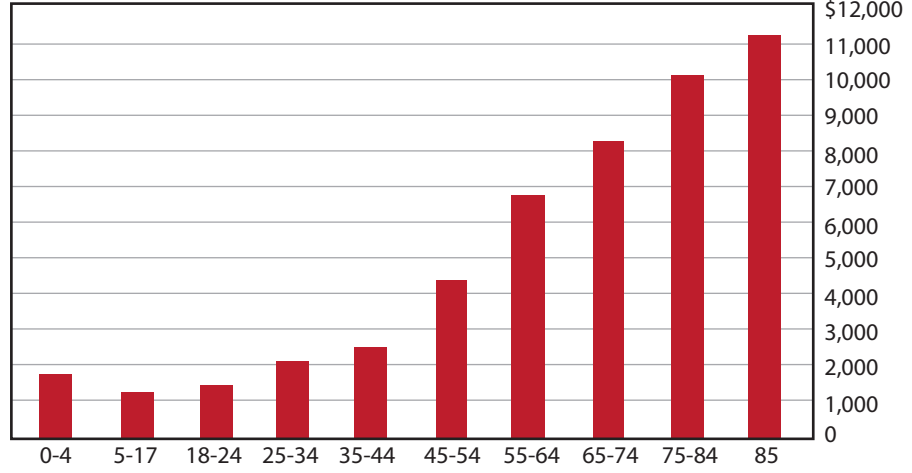
Dünya Nüfusunun Yüzdesi Olarak Küçük Çocuklar ve Yaşlılar

Kaynak: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects. The 2004 Revision. New York: United Nations, 2005. <https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/WPAM.pdf>

İnsanlar yaşlandıkça sağlık maliyetleri artmaktadır. Bu durum aşağıdaki grafikte görülmektedir.

Tablo 1.3
Yaş Gruplarına Göre Sağlık Harcamaları, ABD, 2007

Kaynak: <https://hub.mili.csom.umn.edu/content/m10100/latest/12.4a.PNG>



Yaşlılar için daha fazla sağlık harcaması yapılmaktadır ve yaşlılar üretken olmadığı için bu harcamaya katkıda bulunamamaktadır.

Tablo 1.2 ve 1.3'te verilen grafik birlikte değerlendirildiğinde, yaşlı nüfus oranının artması ve yaşlılar için yapılan sağlık harcamalarının yüksek olması ekonomik tablonun iyice ağırlaştığını göstermektedir.

2. Hastalık profilinin değişmesi (Epidemiyolojik dönüşüm)

Yirminci yüzyıla kadar bulaşıcı hastalıklar en önemli ölüm nedeni idi. Artık bulaşıcı hastalıklar yerine bulaşıcı olmayan hastalıklar ağırlık kazanıyor.

3. Beslenme tarzının değişmesi (Beslenme dönüşümü)

Eskiden yetersiz beslenmeye bağlı sorunlar yaygındı; artık fazla ve dengesiz beslenmeden kaynaklanan sorunlarla karşı karşıyayız. Kıtılıktan kaynaklanan sağlık sorunlarının yerini varlıktan / bolluktan kaynaklanan sağlık sorunları alıyor. *Obezite kalp damar hastalıkları, belirli kanserler, şeker hastalığı ve diğer kronik hastalıklara zemin hazırlıyor, harcamaları artırıyor.*

4. Konforlu yaşam isteğinin artması

Daha nitelikli binalar, odalar, mobilya, malzemeler vb. yaygınlaştıkça harcamalar da artmaktadır.

5. Sağlık kavramının kapsayıcılığının artması

Şekil 1.2'de açıklanan Genel Sağlık Kapsayıcılığının artırılması günümüzde önemli bir eğilimdir.

6. Emek-yoğunluğu ve teknoloji-yoğunluğunun artması

Diğer alanlarda genel olarak teknoloji yoğunluğu arttıkça emeğin payı azalmaktadır. Ancak sağlık alanı bu bakımdan da farklılık göstermektedir. Teknolojinin yüksek maliyetlerinin üstüne çok pahalı olan sağlık personelleri eğitimi de eklenmekte ve maliyetler katlanarak artmaktadır.

7. İnsanların beklentileri ve taleplerinin artması

Toplumda yaşayan bireylerin çeşitli nedenlere bağlı olarak talep ve beklentilerinin artması da sağlık harcamalarını arttıran faktörler arasında görülmektedir.

8. Erişilebilirliğin artması

Ekonomik durum, ulaşım imkânları vb. faktörler sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır.

Emek-yoğun: Kaçınılmaz olarak insan emeğinin çok kullanıldığı ve o işi yapabilmek için sadece maliyet değil, her anlamda insan emeği ve onu kontrol eden şartlara diğer faktörlerden daha fazla bağımlı olunan işlerdir.

Erişilebilirlik: Herhangi bir ürünün, hizmetin, teknolojinin veya ortamın engelliler ve yaşlılar dâhil olmak üzere herkes tarafından ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasını ifade etmektedir.

9. Koruyucu sağlık hizmetlerinde yeterli bilincin gelişmemesi

Sağlık personeli ve halkta, yönetici ve politik karar vericilerde koruyucu sağlık hizmetlerinin kritik önemi konusunda yeterli bilinç hala gelişmemiş durumdadır. Kitlelerin düzenli koruyucu sağlık hizmeti kullanma alışkanlık ve sorumluluğunun olmayışı, sağlık sisteminin de bunu teşvik etmemesi ve sağlıklı yaşam tarzının yaygınlaşmaması tedavi edici hizmetlerin ağır maliyetine katlanma sonucunu doğurmaktadır.

10. Protokol ve rehberlik hizmetlerinin yetersiz olması

Tanı, tedavi ve izlemde standart protokol ve rehberlerinin yetersizliği, sağlık harcamalarında ek maliyetlere neden olmaktadır.

11. Sağlık Yönetiminde yetersizliklerin olması

Sağlık alanında profesyonel yönetici eksikliği önemli bir sorundur. Sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi vb. eğitimler yakın zamanda yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin yönetimi zordur. Yönetim kapasitesindeki yetersizlikler maliyetlere ve harcamalara olumsuz olarak yansımaktadır.

12. Sağlık profesyonellerinde eğitim eksikliğinin yaşanması

Sağlık profesyonellerinin eğitiminde sağlık yönetimi ve ekonomisine yeterince yer verilmemesi sağlık harcamalarının yükünü arttıran bir diğer faktör olarak değerlendirilmektedir.

13. Gereksiz harcamaların yapılması

Hizmetlerin ve ilaç başta olmak üzere ürünlerin kullanımında ciddi boyutta israfın olduğu bilinmektedir. Yukarıda sıralanan diğer faktörlerle birlikte düşünüldüğünde genel olarak israf azalmak bir yana giderek arttığı rahatlıkla anlaşılabilir.

Yukarıda sıralanan ve sıralanmayan pek çok faktörün etkisiyle sağlık ekonomisi giderek önemli hâle gelmiştir.

Protokol / rehber: Tanı, tedavi ve izlemde uyulması gereken, yetkin kişi veya kuruluşlarca hazırlanan kuralları içeren metinlerdir.

Geçmişte sunulan hizmetlerin ve ürünlerin çok sınırlı olması, vakıf hizmetlerinin yaygınlığı vb. nedenlerle ekonomi alanının nispeten dışında kalmış olan sağlık alanı iyi yönetilmek durumunda. İyi yönetilmediğinde, ülke ekonomisini sarsacak derecede ciddi sonuçları olacaktır.



DİKKAT

Sağlık harcamalarının artışı sonucunda, sağlık hizmeti sunumunu bekleyen tehlikeler nelerdir? Tartışınız



SIRA SİZDE



İNTERNET

www.sdplatform.com adresinde zengin bir makale arşivi bulabilirsiniz.

SAĞLIK EKONOMİSİ

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin teori, kavram ve tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması biçiminde tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre, sağlık sektörüne tahsis edilen kaynakların en verimli şekilde kullanılarak olabilecek en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu topluma en iyi şekilde dağıtmaktır.

Sağlık ekonomisi;

- Çeşitli sağlık faaliyetlerine kaynak tahsisi
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların kalitesi
- Sağlık kuruluşlarının organizasyonu
- Sağlık için kaynakların tahsis ve kullanımının verimliliği
- Sağlık hizmetlerinin kişi ve toplum üzerindeki etkileri
- Hastalık maliyetleri
- Sağlık programlarının yararları
- Yatırımların geri dönüşleri / getirileri

vb. konular ile ilgilenmektedir.

İstihdam: Ülkedeki mevcut iş gücünün ekonomik faaliyetler içerisinde sürekli biçimde çalıştırılmasıdır.

Çoğu ülkede hekimler başta olmak üzere sağlık personeli sayılarının yetersiz olduğu bilinmektedir. Bu demektir ki, sağlığın **istihdam**daki payı artacaktır. Bu istihdam kapasitesi sağlık profesyonelleriyle sınırlı değildir. Sağlık alanı girişimciden hizmetliye kadar farklı profillerde yüzbinlerce kişiye iş imkânı sunmakta veya vadetmektedir.

D İ K K A T



Yeterince sağlık ekonomistini bulmakta dahi zorlandığımız şartlarda sağlık yöneticileri ve sağlık profesyonelleri, özellikle de hekimler belirli düzeyde sağlık ekonomisi ile ilgilenmek, temel bilgiye sahip olmak durumundadırlar. Zira karar ve uygulamaları ile sağlık harcamalarının yarından fazlasını etkileyebilmektedirler.

SIRA SİZDE



5

Sağlık personeli sayısını arttırmak için neler yapılabilir? Tartışınız

K İ T A P



Prof. Dr. Ayşegül Mutlu ve Prof. Dr. Kadir Işık tarafından yazılmış olan Sağlık Ekonomisine Giriş kitabında geniş bilgi bulabilirsiniz.

SAĞLIK SİSTEMİNİN AMAÇLARI

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık sisteminin üç amacı vardır:

1. Sağlık; yani bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltme
2. Cevap verebilirlik; yani hizmetten yararlanma sürecinde kişilerin sağlık dışı beklentilerinin karşılanması
3. Finansal riske karşı koruma; yani kişinin ağır sağlık harcamaları dolayısıyla yoksullaşmasını engelleme

Bu üç amaca ulaşma yolunda ara amaçlar olarak tanımlanmış dört kavram vardır:

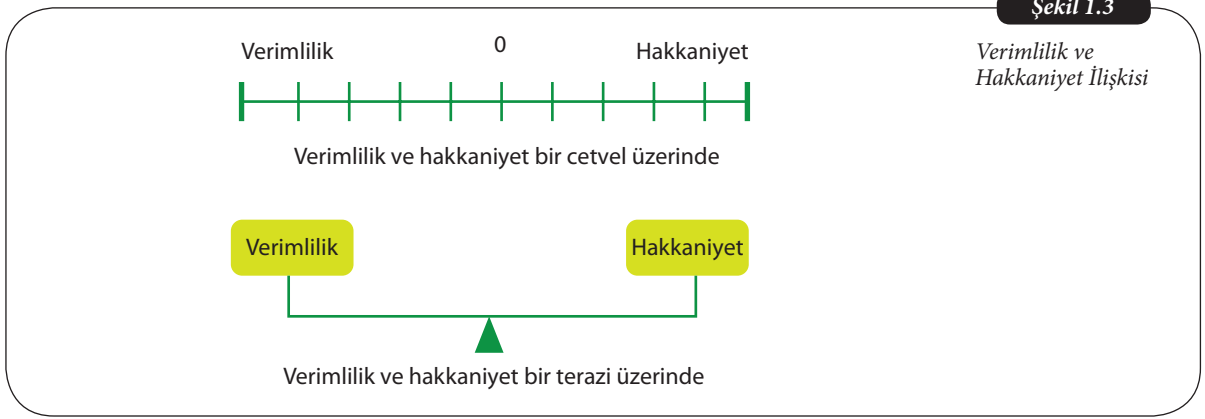
1. Etkililik
2. Verimlilik
3. Hakkaniyet
4. Seçim

Bunlardan ilk üçünü “sağlık sisteminin ekonomik amaçları” olarak tanımlayan yazarlar olduğu gibi “sağlık sisteminin ilkeleri” diye adlandıranlar da vardır. Şimdi bu kavramları açıklamaya çalışalım:

Etkililik: Hedeflere ulaşma derecesidir. İstenen sonuca ulaşılmış sağlık hizmeti etkili olmuş demektir.

Verimlilik: Çıktı/girdi şeklinde formül edilir; en az girdi ile en çok çıktıyı elde etmek demektir. Bir faaliyet aynı sonucu ne kadar küçük bir kaynakla sağlayabiliyorsa o kadar verimli kabul edilir.

Hakkaniyet: Sağlık hizmetlere erişimde eşit hakka sahip olmaktır; fırsat eşitliği olarak da tarif edilebilir. “Eşitlik”ten farklıdır; zira çoğu sağlık hizmetleri eşit dağıtılamaz. Herkesin ihtiyacı az veya çok farklıdır. Dolayısıyla önemli olan, bireyin ihtiyacı olan hizmete erişimde fırsat eşitliğine sahip olmasıdır. Erişimin coğrafi, ekonomik vb. çeşitli boyutları vardır. Katkı payı, sadece İnternet üzerinden randevu alınabilmesi vb. pek çok erişim engeli olabilir.



Yukarıda açıklanan üç kavramın sağlık ekonomisinde önemli yeri vardır.

Genel olarak verimlilik maliyeti düşürmeyi, hakkaniyet ise artırmayı gerektirmektedir. İkisi arasında denge kurmak önemlidir. Bu durumu Şekil 1.5 güzelce göstermektedir:



DİKKAT

DSÖ'nün tanımladığı sağlık sistemi amaçlarına ulaşmakta karşılaşılabilecek zorluklar neler olabilir?



SIRA SİZDE

6

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/> adresinde zengin bir kütüphane sizi bekliyor.



İNTERNET

PAZARIN ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK PAZARLARI

Arz ve talebin bir araya gelmesiyle pazar oluşur. Arz, diğer değişkenler sabitken belli bir zaman diliminde pazarda üreticilerin değişik fiyat düzeylerinde satmaya hazır oldukları mal ve hizmet miktarıdır. Talep ise diğer değişkenler sabitken belirli bir zaman diliminde pazarda tüketicilerin değişik fiyat düzeylerinde satın almaya hazır oldukları mal veya hizmet miktarıdır. (Bu konu sonraki ünite de ayrıntılı olarak işlenecektir.)

Talep ettikleri mal ve hizmetler karşılığında para vermek isteyen alıcılara para karşılığında mal ve hizmet sunmak isteyen satıcıların buluştukları yere pazar denir. Pazarın oluşması için satıcı ile alıcının belirli bir yerde buluşması gerekmez. Gelişen teknoloji ile çeşitli pazar şekilleri ortaya çıkmıştır. Pazarın şekli mal veya hizmetin niteliğine göre değişebilir.

Pazar şartlarında alışveriş gerçekleştiğinde satıcı ile alıcının en uygun noktada buluşmuş, yani her ikisi için de “en kârlı” durumun gerçekleşmiş olduğu varsayılır. Maliyet, arz, talep, devletin düzenlemeleri ve kararları gibi çeşitli faktörler fiyatın oluşumunda etkilidir.

Pazar Şartları

Ekonominin dengeli şekilde gelişmesi için tam rekabet şartlarına ihtiyaç olduğu kabul edilir. Tam (mükemmel) rekabet pazarında çok sayıda oyuncu, yani satıcı ve alıcı bulunur. Bu tür pazarlarda arz ve talebe göre fiyat kendiliğinden oluşur. Tam rekabet pazarının gerçekleşmesi için birtakım şartlar vardır:

1. Homojenlik

Alışverişe konu ürün veya hizmetler birbirinin aynı olmalıdır. Örneğin, ürün araba ise, alıcının almayı düşündüğü kategoride bütün satıcıların tektip ve markasız araba satıyor olması gerekir. Ürün/hizmet aynı olduğu gibi girdiler de aynı olmalıdır.

2. Tam bilgi

Alıcı yapacağı alışverişle, ürün veya hizmetle ilgili her türlü bilgiye sahip olmalıdır.

Satıcının etkisi altında kalmamalıdır. İlgili pazarda olup biteni ve bütün fiyatları bilmelidir. Sıfıra yakın risk alarak kendi isteği ve kararıyla alışverişini yapmalıdır.

3. Belirlilik

Satıcı ve alıcı birbirinin beklenmedik olumsuz davranışlarına maruz kalmamalıdır. Satıcı muhtemel alıcıların hangi ürünü/hizmeti, ne miktarda, ne fiyatla ve ne zaman talep edeceğini kestirebilmelidir. Alıcı ise neyi talep edeceğini, fiyatı, miktarı, diğer özellikleri, rekabet olup olmayacağı, kimlerle yarışacağı, kendisi için uygun fiyat aralığı vb. konuları bilmelidir. Bu yukarıda açıklanan “tam bilgi”yle bağlantılı bir şarttır; talebe ilişkindir.

4. Tekelciliğin olmaması

Ne satıcı ne de alıcı tekel olmalıdır. Tekelciliğin olduğu pazarlarda rekabetten söz edilemez.

5. Pazara girişte ve çıkışta kısıtlama olmaması

Gerek satıcı gerekse alıcıların pazara serbestçe girebilmesi ve istediği zaman çıkabilmesi gerekir. O kadar ki, ekonomik gücü farklı olan aktörler dahi aynı serbestiye sahip olmalıdır.

6. Dışsallıkların olmaması

Bir ürün/hizmetin üretiminin ve tüketiminin satıcıları ve alıcıları dışındaki kişilere bir maliyet yüklemesine veya bir yarar sağlamasına dışsallık denir. Ekonomik veya sosyal yük negatif dışsallık; yarar ise pozitif dışsallık olarak adlandırılır. Tadilat yapılan evden yayılan gürültü komşuyu rahatsız ederek negatif dışsallık, aynı evin bahçesinin tadilat kapsamında çiçeklerle donatılması ise gerek görünüme gerekse kokusuyla komşu için pozitif dışsallık örneği oluşturur.

7. Kamu malı olmaması

Kamu kaynaklarıyla üretilen ürün veya hizmetlerden, bazı kişiler maliyeti paylaşmaksızın yararlanabilmektedir. Örnek olarak, belediyelerin yaptığı çocuk oyun alanları ve mesire yerlerinden yararlanmada pazar şartları geçerli değildir.

8. Devletin müdahale etmemesi

Devlet pazarda satıcı veya alıcı olarak yer alan taraflara, fiyatlara veya yukarıda sıralanan şartlara müdahale etmemelidir. Devletin olumlu veya olumsuz müdahalesi tam rekabet şartlarını zedeler.

Devlet veya hükümetlerin alıcı veya satıcı taraflardan birisini korumak amacıyla yukarıda sayılan şartlardan herhangi birisine veya pazarda oluşan fiyatlara müdahale etmesi gerekir. Destekleme alımları, sübvansiyonlar, belli şartları haiz kişi veya kuruluşların ihalelere girmesi vb. müdahaleler pazar şartlarının oluşmasını engeller. Devlet rekabeti artırıcı düzenlemeler dışında pazara dokunmamalıdır.

Monopoli: Bir pazarda belirli bir ürün için üretici ya da dağıtıcı olarak tek bir firmanın bulunması durumudur. Tekelcilik de denir.

Yukarıdaki şartlar gözden geçirilirken madde madde ilerlerken zihinde “Böyle bir pazar var mıdır?” sorusu oluşmaktadır. Gerçekte bu özellikleri taşıyan pazar yoktur. Bu teorik bir pazardır ve karşılaştırma amacıyla kullanılmaktadır. Mevcut pazarlar yukarıdaki şartlar çerçevesinde değerlendirilmekte, tanımlanmakta ve sınıflandırılmaktadır. Diğer uçta **monopoli**, yani tekel yer almaktadır. Tek satıcı vardır; fiyatı kendisi belirlemektedir. Rakibi yoktur ve alıcı tek satıcıya bağımlıdır. İki uç arasında, rekabetin derecesine göre, farklı pazar türleri bulunmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Pazarının Özellikleri

Bu bölümde sağlık hizmetlerini yukarıda sıralanan tam rekabet şartları bakımından değerlendireceğiz. Sağlık hizmetleri hemen bütün maddeler bakımından farklılık göstermektedir.

1. Homojenlik yoktur

Birbirinin aynı iki hasta olmadığı gibi, alacakları hizmetler de farklı olmak durumundadır. Hizmetin girdileri de tektip olamaz. Sağlık hizmeti sunucuları da aynı kişiye farklı önerilerde bulunabilirler. Yani doğru tedavi konusunda da belirsizlikler olabilir. Zira her hekimin bilgi ve tecrübe düzeyi aynı değildir; teşhis ve tedavi süreçlerinde farklılıklar olması kaçınılmazdır. Bazı yeni ilaçlar veya yöntemler konusunda da tartışmalar olabilir.

2. Tam bilgi mümkün değildir

Bir tarafın diğeriyle aynı ölçüde bilgiye sahip olmamasına bilgi asimetrisi denir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada bilgi asimetrisi vardır. Eğitimli ve deneyimli hastalar kısmen bilgili olabilirler, ancak –kendi uzmanlık alanına giren sağlık sorunu olan hekimler hariç- sağlık profesyonelleri dahi hasta olduklarında çeşitli derecelerde bilgi asimetrisini tecrübe edebilirler. Hastalığını ve tedavisini bilmek bir yana, pek çok kişi şikâyetini ifade etmekte dahi zorlanmaktadır. Hatta bazen insanlar sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunun farkında olmazlar. Bu durum hekimlere güç kazandırmaktadır, ama beraberinde bazı riskleri de getirebilmektedir. Yetersiz bilgi vermek veya gereksiz işlemler yapmak gibi olumsuzluklara kapı aralanabilmektedir.

Bilgi asimetrisi hasta-hekim arasında olabildiği gibi; hasta-sigortacı arasında, hatta devlet ile ilaç sanayicileri arasında olabilir.

Hekim hastasına bütün bilgiyi vermek durumunda olsa da gerek mali konular gerekse hastanın hissiyatı dolayısıyla sınırlanabilmektedir.

3. Talep belirli değildir

Aşılama gibi bazı koruyucu hizmetler ve tedavisi sürmekte olan hastalıklar dışında ne alıcılar ne de hizmet sunucular talebin/ihtiyacın ne olacağını bilebilirler.

Hastalar önceden teşhis koyulmamış hastalıklarının ne olduğunu bilmezler, bildikleri tek şey kendilerini normal hissetmedikleridir. Bu durumda talebin belli olması mümkün değildir.

4. Tekelcilik bazen kaçınılmazdır

Hangi pazarda olursa olsun satıcı / girişimci kazancını maksimize etmek ister. Yatırım ne kadar büyük olursa risk de o ölçüde olacaktır. Bazı yerlerde yatırımlar ve işletilmesi daha maliyetli olabilmektedir. Küçük, kırsal bölgelerde özel girişimciler yatırımı tercih etmezler. İnsanın olduğu her noktada sağlık hizmetine ihtiyaç duyulur. Dolayısıyla bu gibi yerlere devlet yatırım yapmak ve hizmet götürmek durumundadır. Kaçınılmaz olarak devlet tekeli oluşur. Devletin düzenlemeleri pazara girişi kısıtlamasa da yatırımcı bazı yerlerde yatırım yapmayarak devletin tekel olmasına adeta katkıda bulunur.

5. Pazara girişte ve çıkışta kısıtlama gerekebilir

Sağlık hizmetleri insan kayyatıyla ilgilidir; yeterlik, yetkinlik ve kalite önemlidir. Gerek ruhsatlandırma gerekse sonraki aşamalarda devletin yaptığı düzenlemelere uymak zorunludur. Bunlar pazara girişi kaçınılmaz olarak kısıtlayan unsurlardır. Pazardan tamamıyla çıkmada genellikle aynı derecede kısıtlama olmaz. Ancak hizmet sunucu aşılama, acil sağlık hizmetleri vb. bazı hizmetleri sunmaktan imtina edemez; bu hizmetlerde pazardan çıkamaz.

6. Dışsallıklar vardır, hatta pozitif dışsallıklar olmalıdır

İnsanlar kendileriyle ilgili bağımsız kararlar alırken başkalarının bundan nasıl etkileneceğini genellikle tam olarak düşünmezler. Gripe yakalandığında bile dersleri kaçırmamak için özen gösterip okula gelen bir öğrenci oradaki herkesi enfeksiyon riskine maruz bırakır. Bu bir negatif dışsallık örneğidir. Aşılanan her bir çocuk has-

talıktan hem kendi korunmuş olur, hem de başkalarının korunmasına, hatta toplumsal bağışıklığın gelişmesine katkıda bulunmuş olur. Bu da pozitif dışsallıktır. Sağlık alanında gerek pozitif gerekse negatif dışsallıklar kaçınılmaz olarak vardır. Negatiflerin minimize, pozitiflerin maksimize edilmesi istenir.

7. Bazı hizmetler kamu tarafından sunulmalıdır

Bazı temel sağlık hizmetleri bütün vatandaşlara ücretsiz olarak sunulur. Hatta ülke vatandaşı olmayan turist, sığınmacı gibi kişilere sunulan hizmetler de vardır. Bu gibi hizmetler genellikle rekabet şartlarında sunulmaz; özel girişimciler de ilgi duymaz.

8. Devletin müdahalesi kaçınılmazdır

Yukarıdaki bazı maddelerde devletin rolü ve etkisi açık olarak ifade edilmiştir.

Devlet hemen her ülkede;

- Özel ve kamu için rehberler hazırlar,
- Sağlık çalışanlarının yeterlik ve niteliklerini ölçer,
- Fiyat belirler, yer belirler,
- Eğitim sunar veya finanse eder,
- Araştırma yapar, yaptırır.

Devletin pazara müdahalesi üç şekilde gerçekleşir:

1. Doğrudan hizmet sunumu: Yukarıda anlatıldığı üzere, devlet bazı temel hizmetleri ülkenin her yerinde bizzat sunar, sunmak zorundadır. Bazı yerlerde ise bütün hizmetlerde tekel olabilir.
2. Düzenleme: Yatırım ve işletmenin bütün aşamalarıyla ilgili devletin düzenlemeleri vardır. Özel girişimcilere en geniş alan bırakan ülkelerde dahi devlet düzenlemeler yapar. Rekabet şartlarını da düzenleyebilir. Mimari projeyi onaylamaktan yer belirlemeye, fiyat belirlemekten cihaz alım iznine, yeni birim açma izninden periyodik kalite denetimlerine kadar sayısız müdahaleler söz konusu olabilir.
3. Destekleme: Devlet gerek vatandaşa sunulan bazı hizmetleri sübvansedebilir, gerekse de yatırımcıları çeşitli şekillerde destekleyebilir.

SIRA SİZDE



7

Sağlık hizmetlerini, pazar şartlarından ayıran özellikler nelerdir?

K İ T A P



Prof. Dr. Osman Hayran ve Prof. Dr. Haydar Sur'un editörlüğünü yaptığı Sağlık Hizmetleri El Kitabı'nın zengin içeriğinden yararlanabilirsiniz.

Özet



Sağlık ve ekonomi kavramlarını tanımlamak

Tarihimizden bugüne ve geleceğe intikal eden “olma-ya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi” şiirsel ifadesini aşan bir tanımlama muhtemelen cihanda yoktur. Fakat sağlık kavramına yüklenen anlam toplumdan topluma değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hâlidir.

Ekonomi sözcüğü; Yunanca “oikia” (ev) ve «nomos» (kural) köklerinin birleşmesinden oluşmuştur ve «ev yönetimi» anlamındadır. Çeşitli tanımları olsa da, şu tanım daha açıklayıcıdır: Ekonomi, kıt üretim faktörlerinin çeşitli mal ve hizmetlerin üretiminde kullanılmak üzere nasıl seçileceğini ve üretilen malların / hizmetlerin toplumun bireyleri arasında en fazla yararı sağlayacak şekilde nasıl dağıtılacağını konu alan bilim dalıdır. Kısaca, “kıtlık/azlık bilimi” de denilmektedir. Anılan süreçlerle ilgili olarak özellikle neyi, kime ve nasıl sorularının cevaplarını araştırır



Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkiyi açıklamak

Sağlık bir yatırımdır ve çeşitli ekonomik etki ve sonuçları vardır. Sağlıkın ekonomik sonuçlarına karşılık, ekonominin de sağlık sonuçları vardır

Ekonomik performansı düşük ülkelerde, kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunda ve bireylerin sağlık hizmetine erişiminde problemler meydana gelir. Ekonomik performansı yüksek olan ülkelerde ise kişilerin gelirleri de yüksek olur. Kişiler sağlık hizmetlerinden ve ürünlerinden daha çok yararlanırlar ve daha sağlıklı olurlar. Ekonomik gelişmişlikle birlikte değişen yaşam tarzının getirdiği şişmanlık ve hareketsiz yaşam gibi sağlık açısından olumsuz sonuçlar da vardır.



Sağlık sisteminin amaçlarını ve sağlık harcamalarına neden olan faktörleri açıklamak

DSÖ’ye göre sağlık sisteminin; bireylerin ve toplumların sağlık düzeyini yükseltme, hizmetten yararlanma sürecinde bireylerin sağlık dışı beklentilerini karşılama ve ağır sağlık harcamaları karşısında yoksullaşmalarını önleme gibi amaçları vardır. Bu amaçları gerçekleştirmek için sağlık harcamalarına pay ayrılmaktadır. Ancak sağlık harcamalarının zamanla artmasına neden olan çok sayıda faktör vardır. Gerek dünyada gerekse ülkemizde toplum hızla yaşlanıyor. Yaşam süresinin uzaması ve bulaşıcı olmayan hastalıkların giderek daha sık görülmesi yaşlanan nüfusun sağlık harcamalarını sürekli artırıyor. İnsanları beklenti ve talepleri artırıyor. Sağlık hizmetlerin erişilebilirliği ve kullanımı da artırıyor. Ayrıca yüksek maliyetli sağlık teknolojisi gittikçe yaygınlaşıyor ve kullanımı artırıyor.



Sağlık hizmetleri pazarının özelliklerini tanımlamak

Sağlık hizmetleri pazarı normal pazar şartlarından farklı özelliklere sahiptir. Bu pazarda homojenlik ve tam bilgiden bahsetmek mümkün değildir. Talepler değişkenlik gösterir ve hizmetin özelliğine göre tekelleşimden kaçınmak zordur. Devlet müdahalesi mutlaka olur ve bu müdahale pazar şartlarını, pazara giriş ve çıkışları belirler. Ayrıca bazı hizmetler sadece kamu tarafından sunulmalıdır.

Kendimizi Sınavalım

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığın temel belirleyicilerinden biri **değildir**?
 - a. Gelir düzeyi
 - b. Gıda güvenliği
 - c. Barış ve güvenlik
 - d. Temiz suya erişim
 - e. Tıbbi cihaz
2. Sağlıkla ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. İnsan hakkıdır
 - b. Yatırımdır
 - c. Erişilebilirlik arttıkça maliyeti düşmektedir
 - d. Tüketilen bir şeydir.
 - e. Talep edilir
3. Aşağıdakilerden hangisi ekonominin bileşenlerinden biri **değildir**?
 - a. Yönetici
 - b. Alıcı-satıcı
 - c. Mal
 - d. Arz-Talep
 - e. Fiyat
4. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerinin ekonomik sonuçlarından biri **değildir**?
 - a. Ekonomik çıktıyı arttırmak
 - b. Kişisel ve ulusal geliri sabit tutmak
 - c. Tasarrufları arttırmak
 - d. Yoksulluğu azaltmak
 - e. Yatırım hızını arttırmak
5. Aşağıdakilerden hangisi sağlık harcamalarının artış sebeplerinden biri **değildir**?
 - a. Toplumun yaşlanması
 - b. Hastalık profilinin değişmesi
 - c. Beslenme tarzının değişmesi
 - d. İsrar
 - e. Emeğin azalması
6. Aşağıdakilerden hangisi sağlık ekonomisinin ilgilendiği konulardan biri **değildir**?
 - a. Hastalık maliyetleri
 - b. Döviz kurları
 - c. Sağlık kuruluşlarının organizasyonu
 - d. Yatırımların geri dönüşleri
 - e. Kullanılan kaynakların kalitesi
7. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sisteminin amaçlarına ulaşmak için tanımlanan ara amaçlardan biri **değildir**?
 - a. Etkililik
 - b. Verimlilik
 - c. Hakkaniyet
 - d. Dengelilik
 - e. Seçim
8. Aşağıdakilerden hangisi tam rekabet pazarının gerçekleşmesi için gerekli şartlardan biri **değildir**?
 - a. Tekelcilik
 - b. Belirlilik
 - c. Tam Bilgi
 - d. Homojenlik
 - e. Kamu malı olmaması
9. Aşağıdakilerden hangisi devletin pazara müdahalelerinden biri **değildir**?
 - a. Sağlık kuruluşu açılış ruhsatı vermek
 - b. Özel sektöre sağlık yatırımı için teşvik vermek
 - c. Aşılama hizmeti sunmak
 - d. Verdiği sağlık hizmetleri karşılığında vatandaşın katkı payı almak
 - e. Şehir hastaneleri açmak
10. Aşağıdaki eylemlerden hangisinde kesinlikle dışsalılık vardır?
 - a. Vitamin hapı kullanmak
 - b. Muayene olmak
 - c. Sağlık eğitimi almak
 - d. Doktora gitmemek
 - e. İnternette hastane randevusu almak

Yaşamın İçinden



Türkiye’de kişi başı ortalama iki haftada bir kutu ilaç tüketiliyor (Basından alınmıştır.)

Sağlık Bakanlığı Türkiye’nin ilk ilaç raporunu hazırladı. Buna göre Türkiye’de yılda yaklaşık 2 milyar kutu ilaç tüketiliyor. Bu da ülke nüfusunun 76.6 milyon kişi olduğu düşünülürse bebek, genç, yaşlı demeden kişi başına yılda yaklaşık 26 kutu ilaç tüketildiği anlamına geliyor. Yani her Türk iki haftada bir kutu ilaç tüketiyor. İlaça ödenen bedel ise 2013 yılı sonu itibarıyla 16.3 milyar TL’ye ulaşmış durumda. Üstelik yıllık bazda ilaç tüketimi hem kutu bazında hem de maliyet bazında yüksek bir hızla artıyor. Kutu bazında ilaç tüketimi son beş yılda yüzde 21.8 artarken ilaca ödenen bedel de yüzde 20.8 yükseldi.

Hürriyet’te yer alan habere göre, Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlık Teknolojileri Değerlendirme birimi, Türkiye’de 2008 ile 2013 yılları arasında ilaç piyasasındaki gelişmeleri incelemek için bir rapor hazırladı. Rapor özellikle kamu kaynaklı düzenlemeler eşliğinde değerlendirilmesi ve ilaç politikaları hakkında daha nesnel kriterlere dayalı bir değerlendirme yöntemi oluşturması nedeniyle önem taşıyor.

Rapora göre, tüketilen ilacın çok önemli bir bölümü ise ithal. Türkiye’de 2008’de ithal ilaca ödenene bedel yüzde 49’unu oluştururken bu oran 2013’de yüzde 54’e ulaştı. Yani yerli ilaç kullanımı son beş yılda 5 puan azalarak yüzde 46’ya geriledi. İthal ilaca 2008’de ödenen bedel 1.7 milyar lira olmuştu. 2013’te bu 2.5 milyar liraya yükseldi. Yerli ilaca harcanan para ise aynı sürede 1.1 milyar liradan 850 milyon liraya geriledi.

Dışa bağımlıyız

TÜİK verilerine göre 2000’de eczacılık ürünleri ihracatı 101 milyon dolar, ithalatı 1 milyar 35 milyon dolar iken 2011’de sırasıyla 567 milyon dolar ve 4 milyar 697 milyon dolara yükseldi. İthalat ihracat farkı ise 2000’de 934 milyon dolar iken 2011’de fark 4 milyar 131 milyon dolara fırladı. İthalatın ihracatı karşılama oranı; 2000 ile 2009 yılları arasında yüzde 10 düzeyinde iken 2013’te yüzde 18’e ulaştı. Çoğu ilaçlardan oluşan eczacılık ürünlerinde dışa bağımlılık da ortaya çıktı.

Devletin sağlık harcaması düşük

OECD verilerine göre Türkiye’de toplam sağlık harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya (GSYH) oranı 2008 yılı için yüzde 6.1. 2011 yılı için ise ABD yüzde 17.7 ile en fazla sağlık harcaması yapan ülke iken Türkiye’de sağlık harcamaları 2011 yılı için yüzde 9.3 olan OECD ortalamasının ve yüzde 9 olan Avrupa Birliği (AB) ortalamasının altında gerçekleşti.

Rekor antibiyotikte

Akılcı ilaç kullanımı eylem planında antibiyotiklerin öncelikli grup olduğu belirtilen raporda Reçete Bilgi Sistemi’nden yararlanılarak birinci basamakta, 2011’de düzenlenmiş re-

çeteler değerlendirildiğinde, toplam 439 milyon kutu ilacın reçeteye yazıldığı ve bunun yüzde 12.7’sinin yani 56 milyon kutusunun antibiyotiklerden oluştuğu tespit edildi. Düzenlenmiş reçetelerin maliyet analizleri yapıldığında ise genel maliyetin yüzde 14.1’ini antibiyotikler oluşturuyor.

AR-GE merkezi ihtiyaç

Rapora göre incelenen ilk 100 ilaçta, orijinal (referans) ilaç hâkimiyeti bulunuyor. Orijinal (referans) ilaçların yüzde 58.9’unun jenerikleri (eşdeğer) piyasada mevcut. İncelenen 100 ilacın 40’ını imal, 60’ını ise ithal ilaçların oluşturduğu düşünüldüğünde, Türkiye’de ilaç Ar-Ge ve üretim politikalarının hızla gözden geçirilmesine ihtiyaç olduğu belirtildi.

İlaçta fiyatlandırma politikası yanlış

Raporda, “Ülkemizde izlenen ilaç fiyatlandırma ve ödeme politikaları yoluyla yapılan müdahaleler daha çok imal ilaçlar üzerinde olumsuz bir etki yaratmıştır. Çok uluslu firmaların ruhsat sahibi olduğu ithal ilaçlar ise genellikle müdahalelerden ya hiç etkilenmemiş veya anlık olarak etkilenmiştir. Bu durum cari açık üzerindeki baskıyı artırmaktadır” denildi.

Akılcı ilaç kullanımı yeter mi?

OECD’nin geçen yılki verilerine göre, Türkiye’de kişi başına yıllık ilaç harcaması 121 dolar. Bu oranın OECD ortalaması 497 dolar. İlaç harcamasının tutarı gelişmişlikle de ilgili. Örneğin ABD’de kişi başına yılda 995, Kanada’da 752, Fransa’da 641, İrlanda’da 648, Japonya’da 652. İsviçre’de 474, İspanya’da 536 dolar. 33 OECD ülkesi içinde kişi başına en az ilaç harcaması yapan ülkeyiz. Bize en yakın ülke yılda kişi başına 197 dolar harcama yapılan Şili.

Öte yandan, yıllar içinde kişi başı kutu ilaç tüketimi artışı inanılmaz. 2002’de kişi başına yılda 10 kutu kadar ilaç tüketilirken, 2013’de bu oran 23 kutuyu geçti. 2013 yılının ilk 11 ayında 305 bin 879 reçete yazıldı. 2008’de toplam ilaç harcaması 14.5 milyar TL iken 2014 sonunda bu rakamın 18.27 milyar TL’ye ulaşması bekleniyor. 2017 yılı öngörüsü ise 23 milyar TL.

Türk Tabipleri Birliği Başkanı Dr. **Bayazıt İlhan**, ilaç tüketimindeki artışın ilaç maliyetlerine yansımadığını hatırlatıyor. Gerçekten de Sağlık Bakanlığı’nın ilaçta referans fiyat uygulaması çok büyük düşüşlere yol açtı. Buna rağmen hala ilaç maliyetlerini konuşuyorsak başka yerlere de bakılması gerekiyor. Yılda ortalama 8.2 kez doktora başvuruyoruz. Oysa OECD ülkelerinde bu rakam ortalama 6.5. Dr. İlhan, “Sağlıkta Dönüşüm Programı ile çok fazla doktora gidilen ve çok ilaç tüketilen bir ülke haline geldik. Hastalar doktor doktor geziyor. Her doktor da reçete yazıyor. Hastalar buna rağmen tedavi olamıyor. Hastaneler, aciller, doktorlar tıklım tıklım dolu. Hastasına yeterli zaman ayıramayan doktorlar çok fazla sayıda ilaç vermek zorunda kalıyor” diyor.

Akılcı ilaç kullanırsak

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, ilaçların yüzde 50'sinden fazlası uygun olmayan şekilde reçeteleniyor, temin ediliyor veya satılıyor. Tüm hastaların yarısı ise ilaçlarını doğru şekilde kullanmıyor. Hiç kuşku yok ki bu da maliyetleri arttıran bir etken. Bunun için doğru sağlık politikaları kadar, doktor, eczacı, hasta ve hasta yakını, ilaç sektörü, ilgili meslek örgütlerine kadar herkese akılcı ilaç kullanımı için toplum bilinci oluşturulmasında rolü var.

“<http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/27606182.asp>”den kısaltılarak alınmıştır.

Okuma Parçası

Prof. Dr. Fahri Ovalı'nın www.sdplatform.com'da yayınlanan yazısı

Amerikan sağlık sistemi Obama ile “değişiyor mu?”

Tıp alanındaki araştırmalara Amerika Birleşik Devletleri'nin ciddi miktarlarda kaynak aktarması ve bu konuda dünya liderliğini elinde bulundurması, Amerikan sağlık sisteminin de sanki dünyadaki en iyi sistem olduğu önyargısını birlikte getirmektedir. Acaba durum gerçekten böyle midir? Diğer bir deyişle, Amerikan sağlık sisteminde hiçbir problem yok mudur? Eğer bu yargı doğru ise, yeni başkan Obama'nın tüm ülke için getireceğini vaat ettiği “değişim” sağlık sistemini nasıl etkileyecektir?

Özellikle son yıllarda giderek artan oranda kişi, sağlık sisteminde akıtılan paranın büyüklüğü, sigortası olmayan insanların sayısındaki artış ve harcamaların giderek daha da artması nedeniyle Amerikan sağlık sistemini sorgular hale gelmiştir. İlaç şirketlerinin karlarını artırmak için yaptıkları reklamlar, “icat ettikleri hastalıklar” ve olmayan hastalıkları tedavi etmek için piyasaya sürdükleri “anlamsız” ilaçlar gibi komploteorileri ayrı bir yazıya konu olabilecek kadar uzundur. Ancak gelinen noktada, artık değişimin bir “seçim” değil, bir “gereklilik” olduğu üzerinde durulmaktadır. Öncelikle, doğru bilinen bazı yanlışlara dikkat çekmekte fayda vardır:

ABD'de son 30 yıl içinde sağlık harcamaları, ekonominin genel büyüme hızından daha hızlı artmış ve yılda ortalama yüzde 2,8'lik bir yükselme göstermiştir. Eğer bu eğilim bir 30 yıl daha devam edecek olursa, gayri safi hasılanın yüzde 30'u sağlık harcamalarına gidecektir ki, şu anda bile hiçbir bütçe kalemi bu kadar yüksek değildir. Buradan hareketle bazı ekonomistler, eğer sağlık harcamalarındaki artış frenlenmez ise, yakın gelecekte tüm mali politikaların iflas edeceğini ve eğitim, güvenlik, altyapı gibi temel alanlara yatırım yapılamayacağına dikkat çekmektedirler.

Sağlık sisteminde yapılacak bir reformun en temel öğelerinden birisi, sigortasız kişilerin de sağlık güvencesi kapsamına alınmasıdır. Kulağa çok hoş gelen bir talep olmakla beraber, bunun gerçekleştirilmesi oldukça zordur. Günümüzde ABD'deki kişi başına düşen sağlık harcaması, yüksek gelir düzeyine sahip diğer ülkelerdekinden 2 kat daha fazladır. Ancak buna rağmen ABD, herkese sağlık güvencesi sağlamayan nadir ülkelerden birisidir. Herkesi sigorta kapsamına alabilmek için bunun azaltılması gerekecektir ancak bu da mümkün değildir. Neden gayet basittir: Sağlık için harcanan her dolar, sağlık veya sigorta sektöründeki bir başka kişi için bir gelir kaynağıdır. Sigorta şirketlerinin yönetim giderleri ve yöneticilerinin yüksek maaşları bir yana, bu sektörde çalışan on binlerce telefon ve bilgisayar operatörü, sigorta acentele-

ri, konsültanlar ve diğer orta-alt gelire sahip kişiler rakamın yüksek olmasına katkıda bulunmaktadır. Özellikle bireysel sigorta hizmetlerinde, yönetim giderleri sigorta primlerinin yüzde 30-50'sini oluşturmaktadır. İşverenin sağladığı grup sigorta sisteminde ise bu oranlar yüzde 12-15 arasındadır. Hizmetlerin aşırı kullanımı ise ayrı bir problemdir çünkü gereksiz veya çok az işe yarayan testler, ilaçlar, girişimler vb. bunları yapanlar için ayrı bir gelir kaynağıdır. Dolayısıyla eğer bir reform yapılacaksa, belki de amaç harcamaları azaltmak değil, artış hızını frenlemek olacaktır.

Tıptaki ilerlemeler, sağlık harcamalarının yılda yüzde 2,8 artışına neden olmaktadır. Tanı ve tedavi alanında yaşanan gelişmeler, yaşam süresini ve yaşam kalitesini artırmıştır. Bu faydaları bir yandan devam ettirirken bir yandan da harcamalar nasıl azaltılabilir? Belki de yapılması gereken, yeni ilaçların ve girişimlerin maliyetlerini ve faydalarını değerlendirecek, yarı bağımsız bir kurum kurmaktır. Fakat bu alandaki yeniliklerin ortaya çıkış hızı dikkate alındığında, yeni kurulacak bu kurumun da çok ciddi bir bütçeye sahip olması gerekecektir. Tek başına doktorların veya küçük derneklerin bu yükün altından kalkması mümkün değildir. Ancak bu da yeterli değildir. Önemli olan, buradan çıkacak değerlendirme sonuçlarına, tüm sağlık kurumlarının uymayı ve uygulamayı istemeleridir.

Bu gerçekler ışığında neler yapılabilir? Hazırlanan bir rapora göre, eğer herkese sağlık güvencesi sağlanır ve bazı önlemler alınabilirse, önümüzdeki 10 yılda 1,5 trilyon dolar tasarruf sağlanabilir. Bu önlemlerin temelinde, maliyetlerin tek bir kaynaktan karşılanması yerine, hem kamunun hem de kişinin kendisinin karşılaması yer almaktadır. Özellikle yeni ortaya çıkan pahalı tedavilerin gerçekten faydalı olup olmadığının araştırılması büyük önem taşıyacaktır. Örneğin İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü, yeni ortaya çıkan ilaçlar, cihazlar ve tanı testlerinin yeterli kanıtı bulunup bulunmadığını araştırmaktadır. Eğer yeni yöntemin sağladığı fayda, elde edilen kaliteli yaşam yılı başına 50 bin dolardan az ise, bu yönteme onay vermektedir. Böyle bir sistem henüz ABD'de bulunmamaktadır.

ABD'de henüz çok yaygınlaşmayan bir diğer sistem ise, elektronik sağlık kayıdır. ABD'deki birinci düzey doktorların yalnızca yüzde 25'inde elektronik sağlık kaydı bulunurken bu oran İngiltere, Hollanda ve Yeni Zelanda'da yüzde 90'dan fazladır. Eğer böyle bir sistem devreye sokulabilirse, 10 yıl içinde edilecek tasarruf yaklaşık 88 milyar dolar olarak hesaplanmıştır.

ABD, birinci düzey sağlık hizmetinin finansmanında diğer ülkelerden oldukça farklıdır. Birçok ülkede insanlar, birinci düzey sağlık hizmeti için bir doktora bağlanmak zorundadır. Türkiye'de de bu sistem bazı pilot illerde başlamıştır. Örneğin

İngiltere'de doktorlar, koruyucu hekimlik, kronik hastalıkların izlemi, hastaların yönlendirilmesi ve geri bildirimlerin takibi gibi konularda belirli performans hedeflerinin üzerine çıktıkları zaman, ücretlerinin yüzde 25'ine kadar varan oranlarda ekstra prim alabilmektedirler. Hollanda'da, doktorların özel ofislerinde çalışan hemşireler, kronik hastalar ile ilgilendikleri zaman, devlet belirli oranlarda desteklemektedir. Birçok ülke, ilaç masraflarını azaltabilmek için, ilaç firmaları ile çeşitli pazarlıklara girişmiştir veya Almanya'da olduğu gibi, devlet, eşdeğer ilaçlar arasında en düşük fiyatlısını ödemektedir. İlaç masraflarının azaltılması, önümüzdeki 10 yılda, ABD'de 43 milyar dolarlık ek bir tasarruf sağlayabilecektir.

Dolayısıyla; sağlık harcamalarını bir şekilde azaltmak mümkündür ancak halen mevcut sistemden nemalanan kesimler, bu isteğe şiddetle karşı çıkmaktadırlar. Bu kesimlere karşı çıkabilecek bir başkan, ABD'de gerçek bir sağlık reformunu yapabilecektir. Acaba bu başkan, yeni seçilmiş başkan Barack Obama olabilecek midir?

Obama'nın vaat ettiği sağlık reformunun temelini, herkes için sağlık sigortası oluşturmaktadır. Bu kapsamda, halen sigortasız halde bulunan 67 milyon Amerikalıdan 46 milyonunun sigorta kapsamına alınması, işverenlerin sağlık sigortasındaki payının artırılması, sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulması ve ortalama bir ailenin sağlık primlerinin yılda 2 bin 500 dolar azaltılması planlanmaktadır. Aslında genel olarak bakıldığında bu planların sağlık sistemindeki sorunlara yalnızca semptomatik bazı iyileştirmeler hedeflediği ve temel sorunları çözmekten uzak olduğu görülmektedir.

Obama'nın sağlık planında, sağlık durumu her ne olursa olsun, herkesin aynı primi ödeyeceği bir sistem önerilmektedir. Bu da yılda yaklaşık olarak 12 bin dolarlık bir prim ödenmesi anlamına gelmektedir. Aslında, geniş kapsamlı bir sağlık sigortası için vergilerin çok önemli bir bölümünü bu sektöre ayırmak gerekecektir. Eğer daha dar kapsamlı bir sigorta yapılır ise, bu kez sigorta kapsamı dışında kalan ağır hastalıklar için kişilerin daha fazla kişisel harcama yapması gerekecektir. Ancak Obama, bu seçeneğe fazla sıcak bakmamakta. Tersine, bireysel sigorta şirketleri arasındaki rekabetin azaltılmasını, grup sigorta sistemlerinin artırılmasını ve gerekirse sağlık sigortalarının "değiş-tokuşunu" öneriyor. Böylece, sigorta şirketlerinin hep düşük riskli veya hep yüksek riskli kişileri kapsama almasını engellemeyi hedefliyor. Bu durum, Amerika gibi rekabete alışmış bir toplumda, şimdiye kadar fazla görülmeyen ve rekabeti ortadan kaldırdığı için de eleştirilen bir durum. Yani insanlara sunulan alternatifler azalacak. Obama, pazarın çökmesindenense, hükümetin alacağı risklerin artmasını tercih ediyor. Sigortasızların sigorta kapsamına alınmasının maliyetinin 1.5 trilyon dolar olacağı yukarıda belirtilmişti. Bu rakamın emlak vergilerinde yapılacak dü-

zenlemelerden karşılanması düşünülüyor ancak bunun hangi süre içinde yapılacağı belli olmadığı için gerçekçi olup olmadığı da şüpheli görünüyor.

İşverenin üstlendiği sağlık sigortasının payı, 1990'ların başlarında yüzde 75'ler düzeyinde iken, 2007 yılında yüzde 70'e inmiştir. Obama, bu noktada işverenlere 2 seçenek sunmakta: Ya sağlık primlerini daha fazla ödeyin ya da verginizi. Ancak, yukarıda da belirtildiği gibi, işverenin daha fazla prim ödemesinin bedelini yine iş görenler ödeyecektir ve üretim artışına paralel olarak almaları gereken ücret zamlarını alamayacaklardır. Bunun bir diğer sonucu da, yeni iş olanaklarının olmaması nedeniyle, işsizlik oranlarının artması olacaktır. Satışların azalmasına yol açabileceği için, şirketler ürünlerine zam yapmayı pek düşünmeyeceklerdir. Küçük şirketler için, sigorta primlerinin yarısının devlet tarafından karşılanması düşünülüyor ancak bu şirketlerin de bu riski bile almak istemeyecekleri kuvvetle muhtemel.

Kısacası, Obama'nın önerdiği sağlık reformunda, sağlık harcamalarının giderek azaltılması ve daha fazla insanın sağlık sigortası kapsamına alınması yer alıyor. Bunun için de sağlık sigorta sisteminde değişiklikler öneriliyor ancak yapılması düşünülen değişikliklerin yakın zamanda etkisini göstermesi beklenmiyor. Yani, eğer bilgi teknolojileri, koruyucu tıp ve verimlilik artışı ile 200 milyar dolarlık bir tasarruf sağlanabilirse, federal sağlık harcamalarını 65 milyar dolar artırarak herkes için sağlık hedefine biraz daha yaklaşılabilir. Amerikalıların bu yükün altına girip girmeyeceklerini ise zaman gösterecek.

Kendimizi Sınavım Yanıt Anahtarı

1. e Yanıtınız yanlış ise, "Sağlık ve Ekonomiye İlişkin Kavramlar?" konusunu yeniden gözden geçiriniz
2. c Yanıtınız yanlış ise, "Sağlık ve Ekonomiye İlişkin Kavramlar?" konusunu yeniden gözden geçiriniz
3. a Yanıtınız yanlış ise, "Sağlık ve Ekonomi İlişkisi?" konusunu yeniden gözden geçiriniz
4. b Yanıtınız yanlış ise, "Sağlık ve Ekonomi İlişkisi" konusunu yeniden gözden geçiriniz
5. e Yanıtınız yanlış ise, "Sağlık Harcamaları Neden Artıyor?" konusunu yeniden gözden geçiriniz
6. b Yanıtınız yanlış ise, "Sağlık Ekonomisi" konusunu yeniden gözden geçiriniz
7. d Yanıtınız yanlış ise, "Sağlık Sisteminin Amaçları" konusunu yeniden gözden geçiriniz
8. a Yanıtınız yanlış ise, "Pazarın Özellikleri ve Sağlık Pazarları" konusunu yeniden gözden geçiriniz
9. d Yanıtınız yanlış ise, "Sağlık Hizmetleri Pazarının Özellikleri" konusunu yeniden gözden geçiriniz
10. c Yanıtınız yanlış ise, "Sağlık Hizmetleri Pazarının Özellikleri" konusunu yeniden gözden geçiriniz

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Sağlıklı olmak sadece hasta olmamak değil; bedenen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâline sahip olmak demektir.

Sıra Sizde 2

Ekonomi gündelik hayatımızın her alanına etkisi olan doğrudan ve dolaylı olarak yaşam kalitemizi etkileyen bir faktördür. Sadece gündelik ticari hayatta değil, paranın görünen bir rolü olmayan alanlarda da hizmetlerin düzeyini belirler.

Sıra Sizde 3

Sağlık, din,dil,ırk,ekonomik düzey farketmeksizin evrensel bir insan hakkıdır. Her birey sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedir. BU yüzden sağlık hizmetleri herkesin erişilebileceği bir şekilde düzenlenmelidir.

Sıra Sizde 4

Sağlık harcamaları arttıkça, toplumun bu harcamaları karşılayabilme gücü azalacaktır. Sağlık hizmetleri daha pahalı hâle gelir. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerine erişimde sosyoekonomik durumu düşük bireyler zorlanacaktır. Sadece geliri yüksek insanların hizmet alabildiği bir durum ortaya çıkacaktır.

Sıra Sizde 5

Az bilinen yardımcı sağlık personeli branşlarının bilinirliği artırılmalıdır. Bu branşlara ait bölümler açılmalı ve gençlerin tercih etmesi için cazip hâle getirilmelidir. Hem iş garantisi hem de ekonomik tatmin sağlanmalıdır. Gerek kamu gerekse özel sektörde bu alanlardan istihdam için yollar aranmalı, teşvikler sağlanmalıdır. Mevcut sağlık personellerinin istihdamı ülke genelinde yaygın ve homojen olmalıdır.

Sıra Sizde 6

Sağlık hizmeti sunumu tamamen kâr odaklı bir şekilde yapılmamalıdır. Bu durumda bireylere hasta değil müşteri gözüyle bakılır ve kişinin şifa bulmasından çok maliyet/kar hesabı ön plana konur.

Toplumun tamamının kapsanması öncelenmezse, bir grup insanın sağlığı üst düzey olacakken geri kalan grubun sağlık düzeyi kötü olacaktır. Bunun önlenmesi için sağlık hizmetleri toplumun geneline yayılmalı, hangi hastalık olursa olsun tedavisini sağlamak önem arz etmelidir.

Sıra Sizde 7

Öncelikle devlet müdahalesi kaçınılmaz olacaktır. Bununla birlikte bazı alanlarda tekelcilik de zorunludur. Devlet düzenleyici konumuyla, pazara girişi ve çıkışları denetler. Arz-talep sürecinde talebi net olarak bilememek ve asimetrik bilginin varlığı sağlık hizmeti pazarının farklılıklarındandır.

Yararlanılan Kaynaklar

Hayran, O., Sur, H. **Sağlık Hizmetleri El Kitabı** Yüce Yayınları.

Özgen, H., Tatar, M. (2007). Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye'de Durum. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 10(2): 109-137.

WHO (2012). **Global Health Expenditure Atlas 2012**.

Phillips, C.J. **Health Economics** Blackwell Publishing 2005.

Randhawa, P. **Health Economics 101** Global Health Education Consortium 2009.

Andargie, G. **Lecture Notes** University of Gondar 2008.

2

Amaçlarımız

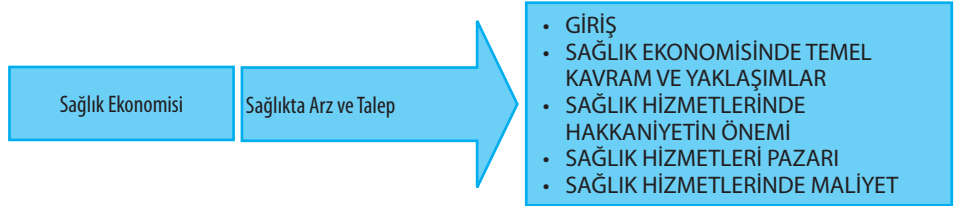
Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- Sağlık ekonomisinde ele alınan temel kavram ve yaklaşımları tanımlayabilecek;
- Hakkaniyetin önemini, verimlilikle ilişkisini ve hakkaniyetin hangi gruplarda kolaylıkla bozulabileceğini açıklayabilecek;
- Sağlık ekonomisinde arz ve talep kavramları arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek;
- Sağlık hizmetlerinde arz ve talebin fiyat esnekliğini açıklayabilecek;
- Sağlık hizmetlerinde doğrudan ve dolaylı maliyetleri tanımlayabilecek; bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.

Anahtar Kavramlar

- Sağlık Okuryazarlığı
- Talep
- Arz
- Hakkaniyet
- Verimlilik
- Pazar
- Esneklik
- Maliyet

İçindekiler



Sağlıkta Arz ve Talep

GİRİŞ

Sağlığa ve sağlık hizmetlerine ekonomistler sağlık hizmetini sunan profesyonellerden farklı baktıkları ve bu farklı bakışı 1970'lerden bu yana bilimler arası bir disiplin hâline getirdikleri için sağlık ekonomisi alanı doğmuştur. İnsanların isteklerine göre bakıldığında evrendeki kaynaklar yetersiz ve çok kısıtlı kalmaktadır. Bunu sisteme, insanların savurganlığına vb. atfetmeden söyleyebiliriz ki yeryüzü bütün insanların bütün isteklerini tam olarak karşılayacak bir yer değildir.

O hâlde, bireylerin ve birey isteklerini kurumsallaştıran devletlerin eğitim, sağlık, eğlence, ibadet, spor, beslenme, turizm, barınma, giyim, ulaşım, haberleşme vb. ihtiyaçlarına her zaman yetersiz ve kısıtlı olan mevcut parasal olanakları dağıtmak görevi vardır. Bu dağıtımda bireysel veya kurumsal bütçelerinden ne kadar pay ayırdıkları, fiilen ne kadar harcama yaptıkları, hangi durumlarda ne kadar mali külfete katlanmayı kabul ettikleri gibi dolaylı ölçütler sağlığa ne kadar önem verildiğini anlamanın bir yoludur. Böylece, sağlığı ve sağlığa verilen önemi parasal ölçütlere çevirerek karşılaştırmalar yapmak bilimsel bir yaklaşım hâlini almıştır. Sağlık ekonomisi bu amaçları güden bir bilimsel disiplin olarak hızla kabul görmüş bulunmakta ve sağlık politikacılarına ve profesyonellerine akılcı çözümler sunmaktadır.

Özellikle hayatın değerinin tam olarak ne olduğu ekonomistler kadar felsefecilerin, tıpçıların, ilahiyatçıların, psikologların, sosyologların vb. içinden çıkamadığı sorular arasındadır. 1980'li yıllarda Hindistanlı ekonomist Amartya Sen emtia (mal, varlık) grubuna giren değerlerin (commodities) GSYİH (Gayrisafi yurt içi hasıla) ile ölçülebileceğini, güç-kabilyet (capabilities) diye adlandırdığı diğerlerinin ise GSYİH ile ölçülemeyeceğini ileri sürmüştür.

Alınan, satılan ve kullanılan mal veya hizmetlerin piyasada elde edilme bedeli ile ölçülmesi kolay bir yoldur ve ekonomik aktivitelerin ölçülmesi ile dolaylı olarak bu mal ve hizmetlerin değeri de bir noktaya kadar belirlenmiş olmaktadır. Ancak GSYİH ile elde edilen değerlendirmeler ve yapılan karşılaştırmalar her zaman yanılgıya açıktır ve gerçekte olduğundan daha az, daha çok veya etkisi yokken var gibi görünebilmektedir. Hele sağlık, eğitim, özgürlük, vb. değerlerin ekonomik ölçütlerle tam olarak ortaya konulması mümkün değildir. Buna karşın, ekonomistlerin hayata yükledikleri değeri parasal birimlere çevirerek ifade etme çabaları sürmektedir.

Bugüne kadar hayatın parasal bir değer olarak ölçülemediği genel kanısına rağmen çeşitli ölçümlenmeler yapılmıştır ve yeni yöntemler de denenmektedir. Bir toplumda bi-

1781 yılında Jeremy Bentham adlı bir İngiliz bilim adamı bir faaliyetin sağladığı yararı onun ürettiği insan mutluluğu olarak ölçmenin en doğru yol olduğunu düşündü. Mutluluğun hesaplanması için 12 ızdırap (duygusal ızdırap, aksiliklerden doğan ızdırap vb.) ve 14 haz (dostluk hazzı, refah hazzı vb.) faktörü önerdi. Bu hesaplamalar o günden bu yana uygulamaya geçirilmese bile bu fikir her zaman "bir gün olup kullanılabilme" potansiyelini taşımıştır.



Jeremy Bentham

reylerin yaşam sürelerindeki artışın sosyal değeri aşağıdaki şartlarda daha da yüksek hâle gelmektedir. Bu şartlar:

- Toplumun nüfusu ne kadar çoksa
- Toplumda kişi başına yıllık gelir ne kadar yüksekse
- Toplumun mevcut sağlık düzeyi ne kadar iyiyse
- İncelenen hastalık başlangıç yaşları çoğunlukta olan yaş grubuna ne kadar yakınsa.

Toplum gittikçe büyüyorsa, kişi başına gelir gittikçe artıyorsa, sağlık düzeyleri yükseliyorsa ve toplumun çoğunluğu hastalık başlangıcı sayılacak yaşlara gelmişse sağlığın sosyal değeri artış gösterir. Ayrıca, sağlıkta yaşanan gelişmeler tamamlayıcı nitelik taşımaktadır. Başka bir deyişle, bir hastalığa karşı sağlanan başarı ve yaşama umutlarının artışı, başka hastalıklara da toplumun ve kişilerin para ödemeye razı olmasıyla sonuçlanır. Kalp hastalıklarında başarı sağlanırsa, kanser için de pay ayrılması kolaylaşır, halktan vergi veya prim alınabilir.

SAĞLIK EKONOMİSİNDE TEMEL KAVRAM VE YAKLAŞIMLAR

Sağlık Ekonomisinde kişinin hayattan sağladığı fayda iki boyutta ele alınır. Bunlar yaşam süresinde uzama ve yaşamdan alınan zevkin artırılması yani yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bu ölçüm ve hesaplama çabaları göstermiştir ki, ülkeden ülkeye, aynı ülke içinde ise sosyal gruplardan gruplara önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılık hem sağlığı algılayış ve onu koruyuş biçiminde, hem de sağlık için yapacağı ödemelerde razı olduğu parasal miktarlarda kendini belli eder. Daha zengin ve daha yüksek düzeyde eğitim almış kişilerin, kendilerinden daha yoksul ve daha az eğitilmiş kişilere göre daha uzun yaşadıkları tartışmasız şekilde kanıtlanmıştır. Sözcüğü, ABD’de yapılan bir araştırmada ailesinin gelir düzeyi toplumun ilk %5’ine giren kişilerin, toplumun son %5’lik diliminde kalanlara göre yaşamlarının %25 daha uzun olduğu bulunmuştur. Ölüm ve hastalık hızlarının düşük oluşu, neredeyse bütün sosyoekonomik ölçütlerle pozitif korelasyon (birisinin düzeyi ne kadar düşükse diğeri de o ölçüde azalan durum) göstermektedir. ABD’de siyah ırktan olanların hastalık ve ölüm ölçütleri beyazlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Ancak “Hispanik Paradox” denilen bir tablo ortaya çıkmakta ve İspanyol kökenliler, beyazlara göre belirgin derecede kötü sosyoekonomik durumlarına karşın, daha uzun ömürlü olmaktadır. Demek ki sadece sosyoekonomik etkenler ve eğitim düzeyi ile açıklanamayan başka etkenler de işe karışmaktadır.

Ekonomistler genellikle sağlığın düzeyini eğitim durumu ile açıklama eğilimindedir. Kişi eğitim aldıkça kendini geliştirmekte ve sağlık bilgisini daha iyi anlama ve kullanma becerisi göstermektedir. Buna karşılık, eğitim düzeyi düşük kişiler de sağlık risklerini tam kavrayamamakta, sağlıksız yaşam sürerek daha çok hastalanmakta ve erken ölmektedir. Epidemiyologlar ise sağlığın esas belirleyicisi olarak sosyoekonomik koşulları göstermektedir. Sağlığın durumunu düzeltmenin yolu olarak da sosyoekonomik düzeyin yükseltilmesinin şart olduğunu öne sürmektedir. Böylelikle toplumun eğitim düzeyi de zaten yükselmiş olacak ve mali dengeler daha hakkaniyete uygun kurulabilecektir. Bazı yazarlara göre gelir dağılımı adaletsizliği, radyasyon gibi, hava kirliliği gibi sağlığı doğrudan bozan zararlı bir etkidir. Geniş çaplı, doğumdan başlayan kohort çalışmaları (bir grup kişiyi doğumundan ölümüne kadar yakından takip eden araştırma) gelir düzeyinin yükselmesi-nin ölüm istatistiklerinde yarı yarıya azalış meydana getirdiğini göstermiştir.

Bütün ülkelerde sağlığın geliştirilmesi sosyal bir hedef olarak belirtilmektedir. Sağlığın daha uzun ve yüksek kaliteli bir yaşam sürebilmek için olmazsa olmaz bir koşul olduğu tartışmasız kabul edilmiş bir gerçektir. Ayrıca sağlık geliştiği takdirde, ekonomik büyümeye ve kalkınmaya dolaylı olarak pozitif bir etki oluşmaktadır. Sözcüğü, Sahra Çölü altındaki Afrika topraklarında sıtma hastalığından kurtulmanın, bütün Afrika kıtası kişi

başı gelirinde yıllık 2,6 yüzde ile artış sonuçlanacağı tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne belirtildiğine göre özellikle Sahra-Altı Afrika, Güney Asya ve yüksek hastalık oranlarına sahip başka yerlerde, kötü sağlık koşullarının ekonomik kalkınma üzerinde öldürücü etkisi vardır. Hayati önemi olan sağlık hizmetlerinin dünyanın yoksul kesimlerine ulaştırılabilmesi durumunda, her yıl milyonlarca ölüm önlenecek, yoksulluk azaltılacak, ekonomik kalkınma tetiklenecek ve küresel güvenlik kendiliğinden sağlanmaya başlayacaktır. Sağlık düzeyi ve ekonomik düzeyin yükselişinden hangisinin diğerini doğurduğu şeklinde sebep-sonuç ilişkisi henüz tam olarak aydınlatılmamıştır ama bunlar arasında korelasyon olduğu kesinlikle kanıtlanmıştır.

Yirminci yüzyılın başı ile sonuna ait veriler karşılaştırılınca, yüzyıl boyunca dünyanın bütün ülkelerinde ortalama yaşam beklentisinin keskin bir artış yaşadığı görülmektedir. Artışlar gelişmiş ülkelerde daha büyük olmuştur ama en yoksul ülkelerde bile bir artıştan bahsedilebilir. Örneğin ABD’de insan ömrü ortalaması 30 yıl, Türkiye’de de yaklaşık 20 yıl artarak 75 yıl civarı olmuştur. ABD’de 1900’lerin başında yenidoğan bir kuşağın % 18’i birinci yaş gününü göremeden ölüyor bugün böyle bir nüfus kuşağının % 18’inin ölmesi için ortalama 62 yıl geçmesi gerekmektedir. Japonya, Norveç, Hollanda gibi ülkelerde ise erkeklerden biraz daha uzun yaşama eğilimi ile kadınlarda 85 yıl ile rekor düzeye ulaşmış bulunmaktadır.

Yaşam beklentisinde kişi başına ortalama artış ile aynı dönem içinde kişi başına yıllık gelirin artışı arasında bir paralellik vardır. En çok analizin yapıldığı ülke olması bakımından ABD örneği ele alınırsa, yirminci yüzyılda beklenen ortalama ömürde 30 yıllık artışa eşdeğer olarak kişi başına 1.2 milyon dolarlık bir artış sağlanmıştır. 1970’ten 2000’e sadece kalp hastalıklarına karşı hizmetlerde gösterilen başarının karşılığı olarak her yıl ülke bütçesine 3.2 trilyon dolar katkı sağlanmıştır.

GSYİH, bir ülkenin ekonomik büyüklüğünün kabul görmüş birkaç ölçütünden biridir. Bir ülke sınırları içerisinde belli bir zaman içinde, üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin para birimi cinsinden değeridir. Bu tanımda belli bir zaman; bir ay, üç ay ya da bir yıl olabilir. Genellikle bir yıl için ele alınır. Nihai mal ve hizmetler ise, üretilen toplam mal ve hizmetlerden üretim için kullanılan ara mallar düşüldükten sonra geriye kalan değerdir. Daha iyisi henüz tam yaygınlaşmadığından standart ölçüt olarak kullanılsa bile GSYİH’nın bazı yetersizlikleri vardır. Ülke içinde gerçekleşen ücrete dayalı olmayan ev işleri gibi birçok faaliyeti, ekonomik ve çevresel sürdürülebilirliği göz önüne almamak onun zayıflıkları arasında sayılmaktadır. Ayrıca genel anlamda “iyilik hâli”ni (eğitim amaçlarına ulaşma, sağlık, yaşam beklentisi vb.) daha iyi yansıtan ölçütler vardır.

İnsani Gelişmişlik Endeksi

İnsani Gelişmişlik Endeksi ile yapılan, yaşamın kalitesinin üç ana unsurunun (sağlık ve uzun ömür, bilgi ve gelir düzeyi) bütün toplum açısından tek bir skorla ifade edilmesidir. UNDP bu indeks ile elde ettiği skorları her yıl yayımlamaktadır. Ülkemiz ekonomik güç açısından dünyada ilk 20 ülke arasına giren ama insani gelişmişlik açısından ilk 85-90 arasında yer alan bir ülkedir. Ekonomik gücümüzü kalkınmışlığa daha fazla yöneltmemiz gerektiği bu ölçütlerden ortaya çıkmaktadır.

Ülkelerin sağlık ile ilgili hedeflediği düzeylere toplumlarını kavuşturabilmesi için belirli kaynakları tahsis etmek ve başarıyla işleyen sistem kurmak gibi teknik sorumlulukları yanında toplumun sağlığa ve sağlık hizmetine yaklaşımı da başarının bir tarafında yer aldığından, o toplumun sağlıkla ilgili davranışlarının da tam olarak sağlık politikacılarınca bilinmesi gerekmektedir. Sağlık ve toplumun sağlıkla ilgili davranışları genel olarak 3 önemli etkenin rolü ile ortaya çıkar. Bu etkenler, ekonomik, tarihî/politik ve kültürel etkenlerdir. Sağlığın, ekonomik ve tarihî etkenler yanında birey ve toplumların sağlık dav-

Genel anlamda bir ülkenin durumunu belirleme ve ülkeler arasında karşılaştırma yapabilmek açısından GSYİH (Gayrisafi Yurtiçi Hasıla) uzun zamandır en önemli ölçüt olarak akademik ve profesyonel amaçla kullanılmaktadır.

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) çerçevesinde Amartya Sen ve Mahbub ul Haq isimli araştırmacıların öncülükleriyle 1990 yılında ilk kez yayımlanan “Human Development Index” (HDI) diye isimlendirilen ve dilimize İnsani Gelişmişlik Endeksi (IGE) diye yerleşen hesaplama yöntemi kullanılmaya başlamıştır. Bu indeks ile hayatın birçok açıdan mutluluğu ölçü altına alınmaya çalışılmakta ve hepsi birden bir formül ile tek bir skor hâline getirilmektedir.



Amartya Sen

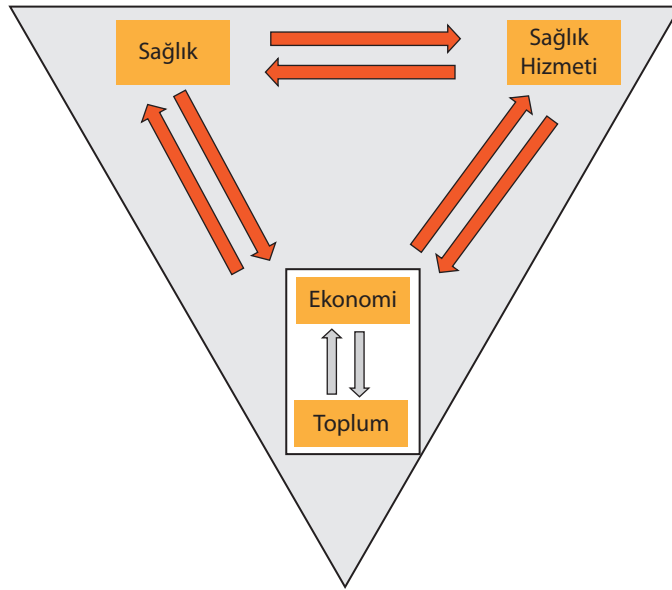
ranışları (kültür) ile çok yakın ilişkisi bulunmaktadır. Bu ilişki ağı içinde yer alan belirleyicilere sağlığın sosyal bileşenleri (determinantları) denilmektedir. Sağlık politikacıları toplumun sağlıkla ve sağlık hizmetleri ile ilgili beklentilerini, davranışlarını çözümlemişlerse, başarıyla yürütülebilecek sistem ve politika geliştirmek kolay olmaktadır. Ters durumda verimsiz ve kabul görmeyen hizmetler nedeniyle harcanan kaynaklar beklenen çıktıları vermemiş olacaktır.

Hükümetlerin yönetmelik ve kurullarla bireylerin sağlık davranışlarını değiştirmesinin tek geçerli yol olduğu yaygın bir kanıdır. Ancak bireylerin bilgilendirilmesi, güçlendirilmesi ve desteklenip cesaretlendirilmesiyle kendi sağlıkları hakkında daha güzel tercihler yapmaya teşviki en güzel yoldur. Sağlıkla ilgili davranış değişikliği halk sağlığı uygulamalarının en büyük hedefidir ve bu hedef ile sağlık sorunları ortaya çıkmadan önüne geçmek stratejisi benimsenmiş olmaktadır. Özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde toplumun davranış değişikliği ile birçok sağlık sorunlarının maliyet-etkili olarak önüne geçilmesi mümkündür.

Şekil 2.1

Sağlık, Sağlık Hizmeti ve Ekonomi Arasındaki İlişki.

Kaynak: WHO, *Learning to live with Health Economics* Edited by H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith, Copenhagen, 2003.



Şekil 2.1'de gösterilmek istenen gerçek, toplumların sağlık düzeyinin o ülkedeki sağlık hizmetlerinin durumu kadar genel ekonomi ve toplumun sağlığa ve sağlık hizmetlerine yaklaşımının da etkisiyle belirlenmekte olduğudur. Sağlığın sosyal bileşenleri anlayışı bu temel yaklaşımdan doğmuştur.

Davranışsal Ekonomi

Geleneksel ekonomik teori, kişilerin sağlık hizmeti ihtiyacına düştüğü zaman kendi akılcı yöntemleriyle en doğru seçeneği bulup tercih edeceğini varsayar. Bunca büyük bilgi ve birikim yığını içinde kişilerin hem mental olarak hem de bilgi düzeyi ve akılcı yolları kullanma kapasitesi olarak en doğruyu tercih edebildiği ve kişilerin tercihlerinin manipülasyona açık olmadığı varsayımları üzerinden sonuçlara gider. Ancak araştırmalar arttıkça kişilerin büyük çoğunlukla akılcı değil, aksine tercihlerinde akılcı olmayan seçenekleri benimseyebildikleri anlaşılmıştır. Bu İnsanlar genellikle sağlık hizmetlerini alırken kendilerine en çok yarar sağlayacak olanı seçemezler. Bu isabetsiz tercihler kendi sigortasının kapsadığının dışına çıkmaktan başlayarak kendisine ciddi zararlar verecek hizmetlere yönelmeye kadar giden bir yelpaze içinde incelenebilir. Bu irrasyonel tutumun nedenleri arasında aşağıdaki temel anlayış ve davranış kusurlarını sayabiliriz:

- Kayıptan kaçınma/loss aversion (kişilerin kaybetme seçeneklerine kazanma seçeneklerinden fazla özen göstererek tercih yapması),
- Mevcut durum biası (diğerlerinin benimsediklerine en az direncin gösterilmesi),
- Kategorize etmekten doğan yanılgılar,
- Şimdiki ana yoğunlaşma (gelecekteki kazanım ve kayıpları dikkate almadan kısa vadeli sonuçlara odaklanma),
- Çok küçük ihtimalleri önemli sayarak bel bağlama (piyangodan büyük ikramiye çıkması durumunu düşünüp milyonlarca kaybedeni düşünmeden umuda kapılma benzeri yanılgı).

Klasik ekonomik teoriler sağlık davranışlarını geleceğe birer yatırım gibi görür. Grossman 1972'de bu durumu mevcut sağlık böylece sürdürülebilirse yarınlarında iyilik hâli korunmuş olacaktır şeklinde ifade etmektedir. Aynı şekilde, sağlık davranışlarında kişiden kişiye farklılaşmalar hayatın değerinden kişilerin kendi adına yaptığı indirimler olarak değerlendirilmektedir. Eğer bu yaklaşım tümüyle doğru olsaydı, bireyler arasındaki küçük farklılaşmaların (hayattan beklenen faydadan indirim) açıklanmasından sonra başka farklılıklar görülmemeliydi. Başka bir deyişle bireyin zaman zaman sağlıklı, zaman zaman da sağlığa zararlı davranışlar sergilemesi diye bir şey olmazdı. Ayrıca insan grupları arasında neredeyse birbirinin tersi tutum ve davranışlar da klasik teori ile açıklığa kavuşmamıştır.

Cutler ve Glaeser'in 2005 yılında yayımladığı raporda insan grupları arasında sağlıklıla ilgili davranışlarının korelasyonunun sıfır olduğu bildirilmektedir. Bunun anlamı, bir grup insanın çok önemli saydığı bir konu veya davranış başka bir insan grubunda hiç önemli olmayan bir şeymiş gibi ele alınabilmektedir. Bu çalışmada sağlık davranışlarının temelinde hayatın ekonomik değerinin yatmadığı ve asıl iki faktörün genetik yatkınlık ile davranışa özgü durumsal faktörler olduğu öne sürülmektedir. Bu iki faktör dışında bir de kişilerin sağlıkla ilgili bilgi düzeylerinin etkisi göz önünde tutulmalıdır.

Ekonomi biliminin psikoloji ile karışımından davranışsal ekonomi adı verilen bir ara disiplin doğmuştur. Davranışsal ekonomi, bireylerin ekonomik anlamda her zaman mantıklı yollara başvurmamış ve ekonomik olarak yanlış tercih denilecek seçeneklere kendi gönülleriyle razı olduklarını ortaya koymaktadır. Bu ara disiplinin öngördükleri, sağlık hizmetlerinin kullanımında da geçerlidir ve bu alanda araştırmalar yeni yeni canlanış içindedir.

Davranışsal ekonomi kanıtları bize insanların sunulan bilgiye karşı gösterdiği tavır ile bu bilginin nasıl yapılandırılıp sunulduğu ile yakından ilişkilidir. Sağlık psikolojisi alanında bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarına ait uzun zamandır bilinen ancak bilimsel olarak tam kanıtı ortaya konulmamışken, 1980'lerde Fuchs'un bireysel tercih ve davranışlara eğilen araştırmalarında bulduğu sonuçlardan bazıları sağlık davranışları ile kanıtlar sağlamıştır. Buna göre, *geleceğe-odaklı diye sınıflandırılan kişiler pozitif sağlık çıktılarıyla* (fiziksel egzersiz yapma, koruyucu sağlık tutumlarını benimseme vb.) daha fazla ilgilenmekte, ancak negatif sağlık (sigara içmenin zararları, sağlıksız beslenmenin sonuçları vb.) sonuçlarına fazla ilgi göstermemektedir. Daha sonraları risk algılarının ve zaman tercihlerinin ölçülmesi gibi tekniklerle bu konulara eğilen araştırmacılar vardır. Bunlar arasında sağlık davranışları ve sigara, alkol, uyuşturucu kullanma, emniyet kemeri takma, sağlık tarama testleri yaptırma ve bağışıklama hizmeti alma davranışları öncelikle araştırılmış konulardır.

Sağlık hizmetlerinde kabaca, hizmet alan ve hizmet sunan olarak başlayan bölünme; hizmeti sunan tarafında ödeyen ve ödenen olarak, hizmeti sunan tarafında da sağlık personeli ile ona hizmet ortamını sağlayan işletmeci (bu devlet de olabilir) olarak gittikçe dallanmaktadır. Bu bölünmelerle sistemin asli unsurlarının rolleri netleştirilir ve sistemde yerine getirilmesi gerekenler yerli yerine oturtulmaya çalışılır. Sağlık profesyonelleri ve kuruluşları hizmetleri ne kadar iyi sunarsa sunsun, sağlanacak yarar nihayet toplumun hizmetleri kullanma becerileri ile limitli kalmaktadır. Bu limit yalnızca tedavi edici sağlık

Genel olarak araştırmacılar bireylerin davranışlarını çözümlerken onların eğitim durumu, ekonomik düzeyi, mesleği, cinsiyeti, yaşı, ailede ciddi bir hastalık öyküsü olup olmadığı, medeni durumu gibi kişisel faktörleri ele almaktadır. Çünkü bu faktörler kişilerin sağlık ve sağlık hizmeti karşısında algılarını, tutumlarını ve davranışlarını belirleyen ana eksen üzerinde yer almaktadır.

hizmetlerinde değil, koruyucu sağlık hizmetlerinde de kendini gösterir. Yalnızca korumanın yeterli olmadığı anlaşılınca sağlığın geliştirilmesi kavramı ortaya çıkmıştır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde özellikle bireylerin kendi sağlığına değer vermesi ve sahip çıkması büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetini kullanacak kişiler, hasta ve sağlamlar, yani toplum bu yetilere sahip değilse ortaya koyduğunuz sistem bir yerde tıkanır ve sistem çarkı boşa dönmeye başlar.

İki binli yılların başlangıcından itibaren ortaya atılan yeni bir kavram bu tür sorunlara odaklanmış sağlık araştırmacılarının gündeme getirmiş olduğu sağlık okuryazarlığı başlığı altında incelenmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin uygun sağlık kararları ve reabilmesi için gereken temel sağlık ve temel hizmet elde etme sürecini izleme ve anlama kapasitesi derecesidir (Healthy People 2010, the U.S. Department of Health and Human Services). İlaç şişelerinin üzerinde yazan bilgileri, randevu kâğıtlarını, tıbbi eğitim broşürlerini, hekimin talimatlarını ve onam formlarını anlamayı ve karmaşık sağlık bakım hizmeti sürecinde müzakere yeteneğini kasteden bir kavram olarak sağlık okuryazarlığı basitçe bir okuyabilme yeteneğinden çok daha geniş bir anlam içermektedir. Karmaşık bir grup olarak okuma, dinleme, analitik düşünme ve karar verme becerileri ile bu becerilerin sağlık durumlarına uyarlanması kastedilmektedir.

“Kullanıcı-odaklı” sağlık bakım hizmeti genel anlamda gittikçe kalitesi yükselen sağlık hizmeti şeklinde anlaşılmalı ve bireylerin sağlıkla ilgili işlemler üzerindeki karar rolleri giderek artırılmalıdır. Bireylerden bu katkıyı alabilmek için onların iyice bilgilendirilmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı kavramı bu gerekçelerden doğmuştur.

DİKKAT



Sağlığın algılanışı, sağlık sistemlerinde yaşanan karmaşık kurallar ve erişim engelleri vb. nedenlerle kişilerin farklı zorluklarla baş edememesi sağlık okuryazarlığının birebir öğrenim süresiyle veya genel anlamda okuma yeteneğiyle uyumlu olmamasına yol açmaktadır. Evde veya işyerinde tam uyumlu, kültürlü birisi, sağlık hizmeti ortamında marjinal veya uyumsuz davranabilmektedir. Bu nedenle yalnızca genel eğitim değil, sağlıkla ilgili bilgi ve becerileri geliştirecek özel bir tasarım ile yaklaşım önerilmektedir.

Sağlık Okuryazarlığı Becerileri

Hastalar karmaşık bilgilerle yüz yüze bırakılınca ve tedavi seçenekleriyle ilgili kararlar alınırken onamları istenince yetersiz kalabilmektedir. Bunun önüne geçmek için:

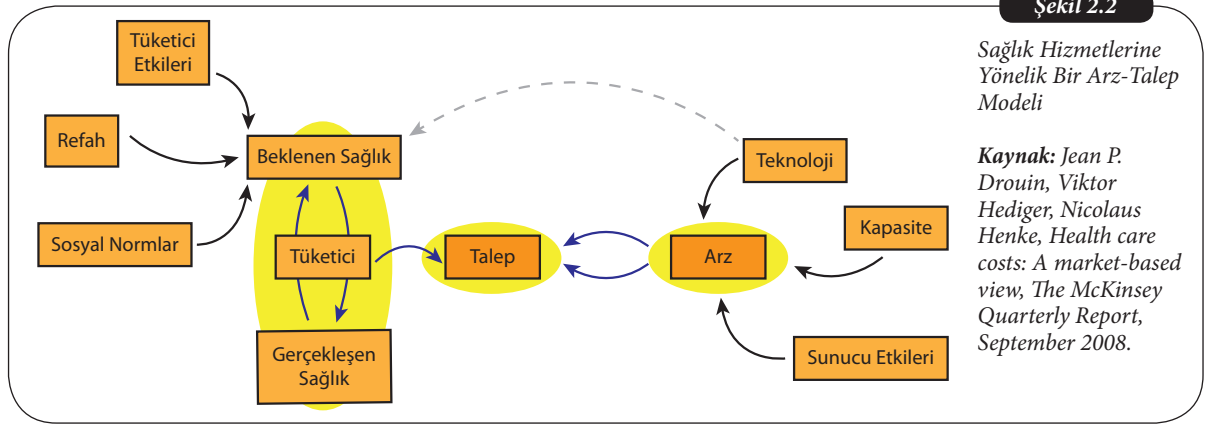
- Kendisine verilen malumatın inandırıcılığını ve geçerliliğini değerlendirebilmeli
- Risk ve yararları analiz edebilmeli
- Dozajları hesaplayabilmeli
- Test sonuçlarını yorumlayabilmeli
- Sağlık bilgilerini zihninde yerleştirebilmelidir.

Yukarıda sayılan becerilere bakıldığında entelektüel bir birikime ihtiyaç olduğu görülmektedir. 21. yüzyılın sağlık hizmeti anlayışı hizmet kullanıcılarına geniş haklar tanıırken bir yandan da sorumluluklar yüklemektedir. Klasik ekonomik teoremin varsaydığı akılcı tercihler yapan, sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerden oluşan toplum belki de hiç ortaya çıkmayacak ve bir ideal olarak karşımızda duracaktır. Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili ortaya çıkan toplum dinamiklerinin bir kısmını açıklayabilecek bilgi sağlamış durumdadır.

Sağlık sektörü pazar koşullarında bazı uyumsuzlukların doğal olarak oluştuğu, sağlıkta karar vericilerin de aklını ciddi surette karışıklığa götüren bir ortamdır. Bir tüketicinin Pazar koşullarında tercih yapmak için yeterli bilgisi olmadan, korku ve endişe içinde, acilen bir uzmanın dediğine inanıp bazı satın alım kararlarını vermesi gerektiğini düşündüğümüzde, bu kişiyi profesyonellerin alışkanlık ve normlarının kolayca yöneteceğini tahmin etmek zor olmaz. Zaman içinde pazar sürtüşmelerinin yönetimi o derece önemli hale geldiğinden, artık karar vericiler akılcı ve orta-uzun vadeyi de gözetken yaklaşımı bıraka-

rak, sürtüşmelerin anlık çözümüne odaklanır hâle gelmektedir. Kişilerin kendi sağlığını ve gerektiğinde en akılcı sağlık hizmetini kullanmakta yetersiz kalması bir yana, sağlık sisteminin bireylerin haklarını gözetecek düzenleme ve önlemleri uygulamaya koymakta yetersiz kalması kaçınılmaz olmaktadır. Burada devreye giren profesyonel tercihler ve kararlar genellikle kullanıcının istekleri ile tam örtüşmemektedir. Özellikle hekimlerin hasta tercihleri üzerindeki profesyonel yönlendirme gücü, belki de başka hiçbir meslek mensubuna nasip olmayacak bir düzeye ulaşmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti alırken kullanıcıların tercihlerinde büyük bir etkisi olan sigorta kapsamının sınırları, kullanıcı katkısının düzeyi vb. finansman ayrıntılarının ortaya konulması gerekmektedir.

Sağlık ve hastalık fiziksel gerçeklik üstünde oluşmuş kavramlardır, ancak bunların sosyal yapısı da bir başka gerçeğini oluşturmaktadır. Sosyal değişimler sağlığı ve hastalığı algılayışımızı yeniden şekle sokarak sağlık yönetiminde de sürekli bir değişimin öncü faktörü olmaktadır. Bugün de sağlığın bu değişen doğası çağdaş sosyal etkileşimlerden ortaya çıkan bireyselleşme, farklılaşma, küreselleşme vb. akımlarla meydana gelmektedir. Ama aynı zamanda çağdaş yaşamın bu belirleyici bileşenlerini şekillendiren bir faktör haline gelmektedir. Başka şekilde söylersek sağlık sosyal ve ekonomik etkenlerin bir çıktısı olarak ortaya çıkarken bir yandan da onları şekillendiren etkenlerden birisidir.



Sağlıklı şekilde sağlık hizmetleri pazarı oluşmamasının sebepleri arasında mevcut yasa ve yönetmeliklerin bu oluşumu engellemesi kadar, bir kez bir kanun ya da yönetmelik çıktı mı bunun geriye döndürülmesinin çok zor olması, yapılan bir yanlıştan geri adım atmanın çok uzun yıllar alması da rol oynamaktadır. Çünkü yanlış ya da doğru, politik bir karar alındığında bellik kitlelere belirli haklar verilmiş olur ve bu hakları kazananlar elde ettiğinden vazgeçmemek için toplumsal baskı kurmaya çalışır.

Herkesin fikir birliği içinde olduğu bir gerçek vardır: Sağlık hizmetlerinde etkili ve verimli olunmalıdır. Başka bir deyişle makul bir maliyet karşılığında kaliteli ve yeterli hizmeti elde etmek gerekmektedir. Dünya üzerinde reform çalışmalarına hız vermemiş neredeyse hiçbir ülke kalmamıştır. Bu çalışmaların ana eksenini de yenilikçilik (inovasyon) ve maliyetlerin azaltılması oluşturmaktadır. Yenilikçilik kavramı içinde yalnızca yeni teknolojinin uyarlanması, altyapıların yenilenmesi değil, süreçlerin de yenilenmesi yer almaktadır. Böylelikle eskisinden daha iyi hizmetleri daha az maliyetle üretebilmek mümkün olacaktır. Bu beklenen fayda bugünkü durumda potansiyel olarak mümkündür. Ancak bu yenilik fikirlerinin bütün ülkelerin sağlık sistemlerinde yaygınlaşması ve sistemde baskın hale gelmesi mümkün olmamaktadır. Çünkü sağlık hizmet pazarının başka faktörleri sisteme daha hızlı ve güçlü olarak yayılacak baskınlıktadır.

Tablo 2.1
İyi Düzenlenmemiş
ve İyi Düzenlenmiş
Pazarın Farkları

Kaynak: Joy Anderson
and Andrew Greenblatt,
*The Cash Market
in Health Care: A
Community-Based
Approach, Community
Development Investmen
Review, 2009.*

• İyi Düzenlenmemiş Pazar	• İyi Düzenlenmiş Pazar
• Yüksek ve Çeldirici Fiyatlar	• Makul ve Düzenli Seyreden Fiyatlar
• Saydamlık Yok	• Saydamlık var
• Verimsiz Ödeme Sistemleri	• Verimli Ödeme Sistemleri
• Uygun olmayan ve Yüksek Maliyetli Finansman	• Uygun ve Makul Maliyetli Finansman
• Alıcı ve Satıcının Birbirine Güveni Yok	• Alıcı ve Satıcının Birbirine Güveni Var
• Yenilikçilik Hızı Çok Düşük	• Yenilikçilik Ortaya Çıkabilir
• Çalışanlara İş Cazibesi Yok ve Sık Sık İş Değiştirme Var	• Çalışanlara İş Cazibesi Var ve Uzun Süre Aynı İşlerde Çalışılabilir

Literatür ülkelerin sağlık harcamalarında görülen artışlar birkaç etkenin birleşiminden doğmaktadır. Bunlar:

- Sağlık fiyatının göreceli olarak artıyor olması
- Ülkelerin nüfuslarının artıyor olması
- Ülkelerin nüfuslarının yaşlanıyor olması
- Sağlık hizmeti harcamalarında özellikle demografik olmayan nedenlerle görülen artışlar (kişi başına sağlık hizmeti kullanım oranlarının artması ve teknolojideki yeniliklerin getirdiği maliyet artışları)

Talep

Sağlık hizmeti talebi içinde büyük boyutlarda öznellik (kişiden kişiye değişme durumu) taşır. Örneğin gribe yakalanmış iki kişiden biri işine giderken öbürü hekime gider. Bir başkası da eğer gripte başağrısı da varsa hekime gider, ishali varsa evinde yatar. Kişilerin sağlıktan ve hastalıktan anladıkları, rahatsızlıklara yükledikleri anlamların farklı olması bu özneliği oluşturmaktadır. Yaşamda yapmak istediklerini beden ve ruhen yapamaz hâle gelenler sağlık hizmetlerini talep etmeye başlar. Yaşam beklentilerini asıl olarak belirleyen, böylece talebi de belirleyen üç etken bulunmaktadır:

1. Refah düzeyi
2. Sosyal normlar
3. Tüketici etkileri.

Birincisi, refah düzeyidir. Kişilerin ödeme gücü oldukça sağlığa harcayabildiği kadar harcama yapar. Ulusal sağlık harcamaları üzerinde etkili olan faktörler içinde etkisi en büyük olan budur. Başka bir deyişle kişiler sağlığa harcama yapmayı her zaman ister, ama ödeme gücü varsa hizmeti kullanır yoksa kullanmama eğilimine girer.

İkincisi, sosyal normlardır. Sosyal normlar refah ile ilişkili ama ondan ayrı olarak ele alınması gereken bir grubu oluşturmaktadır. Bilimsel kanıtlara göre her kişi için geçerli olan bir gerçek şudur: Kişilerin etrafındaki insanlar onların beklentilerini belirler. Ak-rabaları, arkadaşları, komşuları, meslektaşları kendisinin normlarını oluşturmasında gö-zettiği örnekleri sunmaktadır. Sigara, alkol içmede, yemek yeme miktarında ve türünde, uyku düzeninde, bazı zevkler edinmesinde kişinin etrafını saran diğer insanların büyük rolü bulunmaktadır. Kişinin sağlıkla ilgili beklentilerinde de durum aynıdır. Benzer sağlık sorunu yaşayan arkadaş ve komşu ne miktar sağlık hizmeti almışsa, o kişi de benzer miktar hizmet alma eğiliminde olacaktır.

Diğer bütün etkenler sabit tutulursa, sosyal normlar kişinin hangi tür sağlık hizmeti ve ürününü ne sıklıkla kullanacağını belirleyen haline gelir. Bu etkenin ülkeden ülkeye,

kültürden kültüre büyük değişkenlik gösterdiği bilinmektedir. Örneğin Japonya'da bir vatandaş yılda 15'ten fazla hekim muayenesine giderken bu sayı İngiltere'de 5 civarındadır.

Üçüncüsü, tüketici etkileridir. Genel bir doğru olarak şu söylenebilir. Eğer sağlık hizmeti kullanımının ekonomik yükü hizmeti kullanana yüklenirse talep azalır. Bu konuda iyi kanıtlar sunan bir örnek olarak Almanya inceleyebilir. Almanya'da 2004 yılında sağlık hizmetini kullananların 10 Euro ücret ödemesi koşulu getirildiğinde, aile hekimlerine başvurularda % 7, göz hekimlerine başvurularda % 11, cilt hekimlerine başvurularda % 17 düşüş görülmüştür. Ancak bir zaman geçtikten sonra hizmet kullananlar bu durumu kanıksamış ve kullanım oranları yine eski hâline dönmüştür. İkinci bir gerçek daha durumu karmaşıktır. Gelişmiş ülkelerde bütün vatandaşların bir şekilde sağlık güvencesi olduğu için, kişilerin hizmetleri gereğinden fazla kullanmada rahat davrandıkları gözlenmektedir. Az gelişmiş olan ülkelerde ise güvence kapsamı ya çok sınırlı, ya da birçok kişi güvence sisteminin dışında kaldığı için hizmetler ihtiyaç kadar bile kullanılmamaktadır. Çin, Mısır, Hindistan gibi ülkelerde toplumun büyük kısmı sağlık güvencesi kapsamının dışında kalmakta bu nedenle toplam sağlık harcamalarının % 60-70 oranları kişilerin cepten ödemesi gereken tutarlar olmaktadır. Kişilere düşen bu ekonomik yük talebi baskılamaya başlamaktadır.

Sayılan bu üç faktör arasında diğer ikisinden daha güçlü şekilde talebi etkileyen refahıdır. Tüketici etkileri ve sosyal normlar ise birbirine denk kuvvetle talebi etkileyen diğer iki faktör olmaktadır.

Arz

Arzı etkileyen birinci faktör, tedavi edebilme yeteneği, yani teknolojidir. Gittikçe artan sağlık hizmeti maliyetlerinde teknolojinin kendini hızla yenilemesinin büyük önemi vardır. Son iki yüzyıldır tıpta büyük yenilikler yaşanmıştır ve dünya çapında sistem yenilikleri böylece zorunluluk hâline gelmiştir. Tarihin gerçeği bu şekilde süreceyse, büyük yenilikler gelmeye devam edecek ve her bir teknolojik yenilik yeni uzmanlık doğuracak böylece hizmetler daha çok kullanılır olurken, aynı zamanda daha pahalı olacaktır. Bu nedenle teknoloji büyük imkânlar sunarken, sağlık sistemi yöneticilerinin içinden çıkmakta zorlandıkları sorunları da getirmektedir.

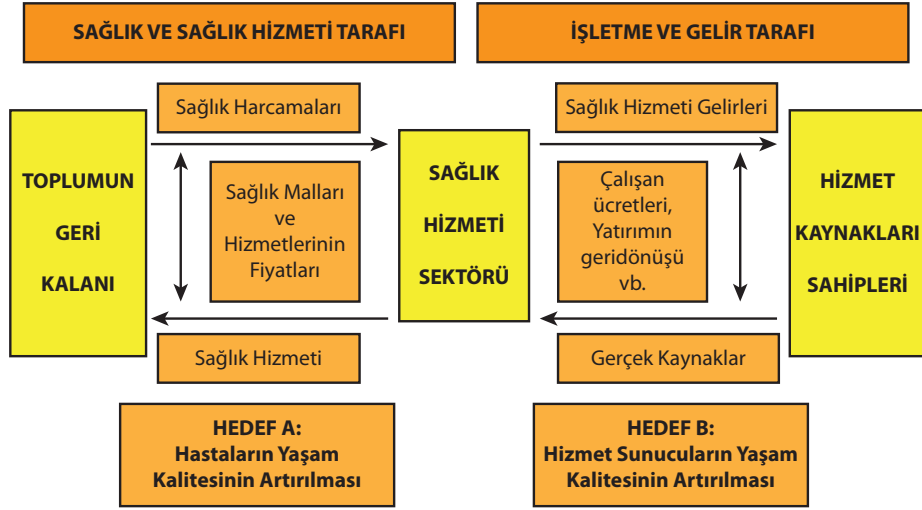
Arzı belirleyen faktörlerin ikincisi kapasitedir. Birçok ülkede sağlık hizmetleri hizmeti kullanan noktada ya büyük oranda sübvans edilen ya da tamamen ücretsiz olduğu için, bir hizmet türünün bulunup bulunmaması birçok kişinin o hizmeti almasını tek başına belirleyen faktör olmaktadır. Örneğin İngiltere'de bölgeler arasında aile hekimi sayısı ile hastane hizmetlerinin kullanım sayısı arasında kuvvetli pozitif korelasyon bulunmuştur. Bunun anlamı, aile hekimi gelince hastaları hastaneye sevk etmekte, ama aile hekimi yokken hastalar kendi kararlarıyla hastaneye daha az başvuruda bulunmaktadır. Bütün ülkelerde kanıtları elde edilen durum, arzın miktarı arttıkça talebin de buna göre artış gösterdiği. Hizmeti kullananların hizmet maliyetlerini bilmediği gibi, bunu birçok zaman karşılayan da olmadığı bir pozisyonda arz arttıkça beklenti oluşturmakta, beklenti de talebe dönüşmektedir. Böylece ihtiyaç ile talep arasında ümit edilen akılcı yaklaşıma dayalı ilişki yok olmaktadır.

Üçüncü olarak arzı belirleyen sunucu etkileridir. Bu etkileri açıklamak için klasik bir örnek yararlı olacaktır. Hizmeti sunanlara ödeme biçimleri hizmetin ne miktarda sunulacağını belirleyenler arasındadır. Örneğin fatura bazlı ödemelerle yürüyen bir sistemde arz tarafı yayılarak ve yükselerek geliri artırma çabasına girmekte, vatandaş sayısı kadar ödeme yapılan bir modelde (per capita) ise hizmetler gereği kadar bile sunulmama şekline dönüşmektedir.

Şekil 2.3

Sağlık Hizmeti Mücadele Alanı

Kaynak: Uwe Reinhardt, *Divide et Impera: Protecting the Growth of Health Care Incomes (Costs)*, *Health Econ.* 21: 41-54 (2012), *Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com)*. DOI: 10.1002/hec.1813.



Bütün sağlık hizmet sistemlerinin iki büyük amacı; sağlık hizmetini kullananların sağlık ve yaşam kalitesini iyileştirmek, sağlık hizmetlerine gerçek kaynak sağlayan kişilerin yaşam kalitesini iyileştirmektir. Bu bilgiye dayanarak denilebilir ki, hastaların burada iki rolü ortaya çıkmaktadır. Hem hizmet olarak kendi yaşam kalitesini yükseltmeye çalışan, hem de sisteme girdi olarak katılıp hizmet sunumuna kaynak sağlayan kişilerin yaşam kalitesini artıracak bir ödeme unsuru olarak yer almak. Şekilde bir model olarak belirtilmeye çalışılan, sağlık hizmet sektörünün bir tarafında harcama, fiyat vb. olarak görünen unsurun diğer tarafta gelir, yatırımın geri dönüşü vb. şekle döndüğüdür.

Sağlık sisteminin evrensel amacı hizmeti ihtiyaca göre sunmaktır. Ancak ihtiyacın olduğu, ne kadar süre ile hangi hizmetin verilmesinin ihtiyacı karşılayabileceği gibi teknik sorulara cevap verebilmek kolay olmadığı için ihtiyaç ile ilgili tartışmalar genellikle hizmetlere talep üzerinde yoğunlaşmaktadır. Talebin ise her zaman kesin olmayan, belirsizlik taşıyan boyutları nedeniyle gerçek ihtiyacı yansıtmakta yetersiz bir gösterge olduğu genel kabul görmüştür.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAKKANIYETİN ÖNEMİ

Sağlık hizmetlerinin şekli ve modeli ne olursa olsun asla vazgeçilmemesi gereken üç temel ilkesi vardır. Bunlar hizmetlerin etkililiği, verimliliği ve hakkaniyettir. Bu üç temelden birisi olarak hakkaniyet ilkesinin ne olduğu konusu üzerinde 1980'lerden bu yana tartışmalar son hızıyla sürmektedir. Sağlık hizmetlerinin tamamen serbest bırakılan müdahalesiz Pazar koşullarına bırakılamayacağı konusunda ABD hariç diğer gelişmiş ülkeler arasında bir görüş birliğinden söz edebiliriz. Bu görüşte olan yazarlara göre aşağıdaki gerçekleri öncelikle ortaya koymakta yarar vardır:

1. Hiç kimsenin önemli bir sağlık sorunu olduğunda ödeme gücü olmadığı için hizmetlere erişimi engellenemez. Acil durumları hariç dış hekimliğinin birçok uygulamaları ve optik hizmetler az önemli sayılanlar arasında en sık örnek verilenlerdir.
2. Yüksek gelir grubu kişiler hariç, sağlık sigortacılığı bireysel veya sigortalı bireylere bağımlı olanlar için risk değerlendirme vb. işlemlerden uzak tutulmalıdır. Sağlık sigortacılığı aktüeryal prensiplerin sıkı sıkıya uygulanmasının önüne geçmelidir.
3. Ulusal sağlık sigortası, özel sağlık sigortasından çok farklı bir anlayışa sahiptir. Yüksek gelir grubu hariç, zorunlu sağlık sigortacılığı müdahale edilmeyen pazara bırakılmamalıdır, çünkü bu koşullarda yürüyen bir pazarda üç kritik unsur kaybo-

lur. Birincisi, tam bilgi edinmiş ve ne hizmet alacağını tam farkında olan hizmet alıcılar koşulu bu pazarda sağlanamamaktadır. İkincisi, birçok durumda sağlık hizmetinin ne yoğunlukta alınacağı/verileceği önceden bilinmemekte, birçok zaman hizmet verilmeye başlanıp sonuçlar görüldükçe yeni yeni kararlar ile şekillenmektedir. Çok pahalı hizmet türlerinde bu durum sağlıklı bir pazarın oluşmasında kesinlikle bir engeldir. Üçüncüsü, hizmetin türü ve yoğunluğuna karar veren ile hizmeti sunanın birbirinden ayrıştırılması mümkün olmamaktadır. Bu sorunla baş edebilmek için önceden yapılan ödeme yöntemleri vb. çözümler üretilmeye çalışılmaktadır.

Herkes kendisinin sağlıkla ilgili bütün potansiyelini kullanabilecek ve bu potansiyelden geri kalmayacak şekilde adil fırsat sahibi olmalıdır. Sağlık politikalarının hakkaniyeti gözetilen hedefi bireylere göre sağlık ve ihtiyaç farklılıklarını yok sayarak standardizasyona gitmek değil, aksine adil olmayan ve önlenemez olan faktörlerin kişiler arasındaki sağlık hizmeti kullanım eşitsizliği oluşturmasının önüne geçmektir. Nihayet, hakkaniyet ilkesi sağlık için eşit fırsatlar oluşturmayı ve sağlığı farklılaştıran etkenleri en aza indirmeyi amaç edinir. Hakkaniyet denilince hizmetlerin kapsamı, evrensel hizmetlere uygunluğu, gereğinde kullanıcının erişebileceği yerlere taşınabilirliği, erişilebilirlik ve sürdürülebilirlik konuları için içine girmektedir.

Hakkaniyet tartışmalarında bu farklılaşmaların nasıl azaltılacağı konusu büyük yer tutmaktadır. Örneğin, sağlık hizmetleri kişi başına harcama bazında eşitlik ile hakkaniyet sağlanabilir. Ancak bu durum ülkelerin değişik bölgelerinden, değişik yaş ve sosyal gruptaki kişilerin bu farklılıkları göz önüne alınmamakta, bu nedenle farklı grupların farklı ihtiyaçları göz ardı edilmiş olmaktadır. Öte yanda, bütün sosyal gruplara farklı farklı sağlık hizmetleri sunarak onların sağlık durumunun eşitlenmesi amaçlanabilir. Ama bu kez, sağlığın durumunu belirleyen birçok faktörden birisi olan sağlık hizmetlerinin verilmesi ile bütün sağlık durumunun eşitlenmesi mümkün olmamaktadır. Bu tartışmalar ışığında hakkaniyete değişik yaklaşımların her birinin sorunu ele almada avantaj ve dezavantaj getiren yönleri olduğunu bilmek gerekir. Değişik yaklaşımlar arasında hakkaniyet tanımında özetle üç boyutun vurgulanması konuyu daha iyi anlaşılır kılmaktadır.

Bu boyutları aşağıdaki gibi özetleyebiliriz:

1. Eşit ihtiyaçlar durumunda mevcut hizmetlere eşit erişim hakkı: Değişik sosyal gruplar arasında benzer sağlık sorunları ortaya çıktığında her grubun hizmetlere erişimi benzer kolaylık içinde sağlanmalıdır.
2. Eşit ihtiyaçlar durumunda eşit yararlanım hakkı: Hizmete olan ihtiyaç ölçüsünde sosyal grupların benzer şekilde hizmet kullanmasına engellerin ortadan kaldırılması gerekir. Ancak gruplar arasında farklılıkların niçin olduğu sorusu üzerinde de çalışmak gerekmektedir.
3. Her hizmet alana eşit hizmet kalitesi: Hizmet kullanmaya başlayan her birey, mensup olduğu sosyal grupların statülerinden bağımsız olarak hizmet ihtiyacına göre belirlenmiş kalite koşullarını elde edebilmelidir.

Hakkaniyet Açısından Kritik Önem Taşıyan Sağlık Sistemi Bileşenleri

1. Sağlık sisteminin genel olarak finansmanı: Genel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanında politikalar kısmen kamu yetkililerince kısmen de gönüllülerin işe karışmasıyla belirlenmektedir. Hizmet sistemine kamunun finansmanı vergiler, primler veya kamu mallarının satışından vb. finansal destekler şeklinde olmaktadır. Burada gönüllülerin sosyal sorumluluk, hayırseverlik vb. isimlerle anlatabileceğimiz katkıları ayrı bir kanaldan işlemektedir. Bir veya birkaç sefere mahsus

kişisel bağışlar yanında düzenli faaliyet gösteren vakıf ve derneklerin katkıları bu kısmı oluşturmaktadır. Ayrıca cepten yapılan ödemeler ve kullanıcı katkıları da bir üçüncü başlık olarak incelenmelidir. Hükümetler bu finansman kanallarını yönlendirerek hakkaniyet ortamı oluşturacak bazı mekanizmaları devreye sokabilmektedir.

2. Gelire göre grupların birbirini desteklemesi: Hizmeti kullansın veya kullanmasın, herkesin genel sağlık sigortasına üyelik mecburiyeti ve ödeyeceği primlerin bordro üzerinden gelirine göre belirli oranlarda alınması geliri yüksek olandan daha çok, geliri düşük olandan daha az miktarda prim alınmasını sağlar. Hiç ödeme gücü olmayanların primlerini de vergilerden elde edilen gelirler içinden sübvansiyon ile sigorta havuzuna aktarmak yaygın şekilde kullanılan yoldur. Ayrıca kullanıcı katkılarında vb. maliyetlerin bir kısmının yine kamu kaynaklarından ödenerek daha düşük miktarları bireylere yansıtmak da bir seçenektir. 1990'lı yıllara kadar yaygın olanı kamu hizmet kuruluşlarının sübvansiyonu iken bu hizmetleri daha güçlülerin ve avantajlıların daha çok kullandığı anlaşılınca, güçlüünün ve avantajlıların destekleniyor olması gibi istenmeyen bir durum gündeme gelmiştir. Bunun çözümü olarak hizmet kuruluşlarının değil, hizmet kullananların sübvansiyonu benimsenmiştir.
3. Sağlık düzeyine göre grupların birbirini desteklemesi: Hizmetler için yapılacak harcamalarda kullanılacak finansal üretimi sağlığı bozulmamış ve çalışma gücü yerinde olan kişiler yapmaktadır. Hizmete ihtiyaç duyanlar ise daha çok yaşlılar, engelliler, hastalar ve çalışma gücünü kısmen veya tamamen kaybetmiş kişilerdir. Burada sağlık durumu açısından iyi olanlar, kötü durumda olanları desteklemiş olmaktadır. Bu desteğin istenilen düzeyde gerçekleşmesi sistemin bir başarısı kabul edilir ve hakkaniyeti sağlamada önemli bir ölçüttür.
4. Kamu kesimi: Kamu kesimi, asla vazgeçilmemesi gereken minimum standart çizgisini ve her durumda mutlaka verilmesi gereken temel sağlık hizmetlerini sağlamış olmalıdır. Bunu bizzat kendi kaynaklarıyla ve kuruluşları eliyle yapabileceği gibi, hizmet satın alarak yaptırabilir.
5. Özel kesim: Kamu hizmetlerine alternatif, ek, tamamlayıcı vb. şekilde özel kesimin hizmetleri de sistemin bir parçasını oluşturmaktadır. Özelde hakkaniyetin bozulmasına bazı önlemlerin alınması yanında, hakkaniyeti ülke çapında sağlayabilmek için özeline olanaklarının seferber edilmesi de akılcı bir seçenektir.

Kamu ve özel kesimin toplumun ihtiyaçlarını en verimli şekilde karşılayabilmek için birbirine güzelce uyumlandırılması kritik bir sistem yönetimi ve stratejik yönetim konusudur. Sosyal devlet olarak kendini tanımlayan devletler sağlık hizmetlerinin finansmanı alanında belirli destek mekanizmalarını garanti altına almaya özen göstermektedir. Bu destekler gençten yaşlıya, zenginden yoksula, sağlamdan hastaya, erkekten kadına, bireylerden ailelere şeklinde olmaktadır. Sosyal dayanışmanın dengelenerek hakkaniyetin sağlanması özellikle hakkaniyet tartışmalarının en çok önemli konuları arasındadır.

Hakkaniyetin Bozulması

Ülkeler arasında sağlık durumu 21. yüzyılın on beşinci yılı itibarıyla insanlığın kabul edemeyeceği farklılıklar ve hakkaniyetsizliklerle doludur. En iyi durumda olanlardan birisi olarak Japonya'da bir kişinin doğumda ortalama ömür beklentisi 82 yıl iken en kötülerden biri olan Çad'da 40 yıl civarındadır. Durumu iyi bir ülkede dünyaya gelmek kötü durumda olanlara göre ortalama iki misli daha uzun yaşamak anlamındadır. Ayrıca yaşanacak bu uzun ömrün kalitesinin diğerlerinin ömrünün kaç kat fazlası olduğu gerçeğini de unutmamak gerekir. Gelişmişlik durumuna göre ülkeleri en kötüden en iyiye doğru dört

ana gruba ayırdığımızda kötünden iyiye ortalamalarda onar yıllık ömür beklentisi artışı karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca sağlık durumu (ki bu genel ekonomik durumuyla büyük paralellik göstermektedir) iyi veya kötü olsun her ülkede sosyal gruplar arasında kabul edilemez farklılaşmalar ortaya çıkmıştır. Bugün için Japonya, Singapur, Avustralya gibi ülkeler de katılarak Batı Avrupa ülkelerinde, İskandinav ülkelerinde ve Kanada' da hakkaniyetsizliğin en aza indirilmiş olduğu görülmektedir.

Devletler savunmasız ve muhtaç grupları destekleyecek bazı önlemleri devreye soktuka, ekonomik düzey, eğitim düzeyi, sosyal statü vb. olarak daha iyi durumdakiler bu önlem mekanizmalarını kısa sürede kendi lehlerine çevirerek amacın tam tersine gelişmelere sebep olmaktadır. Bunun önüne geçebilecek düzenlemeler ise genellikle karmaşık ve uzun çabalar ile gerçekleştirilebilir. Ancak bütün bu zorluklara rağmen hakkaniyetin bozulmasına karşı her zaman uyanık olunmalı, bunu sürekli izleyip değerlendirerek gelişmelere göre düzenleme araçlarına başvurulmalıdır. Hakkaniyetin bozulması en sıklıkla görülebilecek sınıflar toplumun dezavantajlı grupları olmaktadır. Bu gruplara göz atmakta yarar vardır:

Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak aşağıdaki özellikler açısından oluşmuş sosyal gruplara dikkat ederek hakkaniyet ilkesi gözetilmelidir. Bunlar arasında;

1. Coğrafi yerleşime göre
2. Ekonomik düzeyine göre
3. Eğitim düzeyine göre
4. Cinsiyete göre
5. Irk, din, kabile, aşiret vb. ayrımlar varsa bu özelliklerine göre
6. Toplumun savunmasız grupları arasında yer alma durumuna göre

oluşmaktadır. Bu sınıflar hakkaniyet açısından ne şekilde etkilendiğine göz atmak gerekmektedir.

Coğrafi Yerleşime Göre

Her durumda kentlerde yaşayanlar kırsal alanlarda yaşayanlara göre sağlık hizmetlerine daha rahat erişebilmektedir. Erişmek üzere katlandığı maliyet, zaman, sıkıntı yaşamak açısından avantajlı duruma geçmektedir. Ayrıca her ülkenin daha merkezi ve çok gelişmiş yöresi ve az gelişmiş bölgeleri olmakta ve az gelişmiş veya mahrumiyet bölgeleri daha fazla gelişen yerlere göre dezavantajlı olmaktadır. Bu iki özelliği birlikte dikkate alarak gelişmiş bölgenin kentsel ve kırsal alanı, az gelişmiş bölgenin kentsel ve kırsal alanı olmak üzere dört ana coğrafi sınıf ortaya çıkmaktadır. Kalkınmış ülkelerde bu coğrafi sınıfların birbirine göre sağlık hizmetlerine erişim olanaklarında oluşan farklılıklar diğer ülkelere göre daha düşüktür.

Ekonomik Düzeye Göre

Ekonomik düzeyi daha yüksek olan kişilerin sağlık hizmetini kullanma sıklığı ve daha yoğun hizmetlere erişimi hem daha sık, hem de daha çabuk olmaktadır. Çok yoksul ve iyi işleyen sağlık sistemi olmayan ülkeler bir yana, diğer ülkelerde genellikle standart hizmetlere bir şekilde erişim sağlanırken, kanser gibi, yoğun bakım gerektiren sağlık sorunları gibi durumlarda hizmete erişim hiçbir ülkede kolay değildir. Bekleme listelerinde sırası gelince alınacak hizmetlere veya ülke içinde sıradan vatandaşların alması mümkün olmayan ayrıcalıklı hizmetlere cepten ödeme yaparak ulaşım mümkün olduğundan bu durumlarda eşitlik bozulmakta ve hizmete erişim ve kullanım ödeme gücü yüksek olanların lehine dönmektedir. Kullanıcı katkılarında gereksiz kullanımların önüne geçmek amaçlı belirlenen küçük miktar ödemeler bile bazı kişilerin hizmeti ihtiyacı olduğu hâlde alamaması ile sonuçlanmaktadır.

Eğitim Düzeyine Göre

Dünyanın bütün ülkelerinden kanıtlar eğitilmiş olanların genel olarak hizmetlerden daha uygun şekilde yararlanabildiklerini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı alt başlığında bahsedildiği gibi, eğitim düzeyi yüksek olduğu hâlde sağlıkla ilgili anlama ve beceri düzeyi düşükler, çok az eğitimi olduğu halde çok iyi anlayan ve üzerine düşeni beceriyle yerine getiren kişi ve aileler vardır. Buna karşın genel tablo, eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin sağlığın önemini daha iyi kavraması, hizmetleri zamanında ve uygun kullanabilmesi ve hastalığın erken sinyallerinden daha erken uyarılabilmesi ile ortaya çıkmaktadır. Eğitimi az kişiler genellikle daha az gelirli işlerde çalıştığından, eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin ekonomik durumu da göreceli olarak iyileştiğinden dolayı bu grupların farklılaşmasında eğitim ve ekonomik özellikleri iç içe geçmekte ve her birinin ne ölçüde hakkaniyet bozulmasına etki ettiği tam anlaşılamamaktadır.

Cinsiyete Göre

Genellikle dünyanın yaygın gerçeği kurulan bütün sistemler gibi sağlık sistemlerinin de erkeğin lehine, kadının aleyhine unsurlar taşıdığı vurgulanmaktadır. Kadının genel statüsü iyileştirilmeden, sağlık hizmetlerinden erkekler kadar yararlanamaması kaçınılmaz gibidir. Çünkü ekonomik, sosyal, eğitimsel, politik bütün güçler açısından erkeklere göre dezavantajlı durumdadır. Bu nedenle özellikle az gelişmiş ülkelerde kadınların sağlık hizmetlerine erişim ve hizmeti kullanım açısından erkeğe bağımlılığı vardır ve bunu düzeltmek kolay olmamaktadır. Ayrıca annelik vb. nedenlerle de sağlık hizmetlerine ihtiyacı erkeklerden daha yoğun olabilmektedir.

İrk, Din, Kabile, Aşiret vb. Ayrımlara Göre

Dünya üzerinde ülkelerin birçoğu 21. yüzyılda olmamıza karşın hala birçok ayrımcılık tutumlarını sürdüren grupların etkisi altındadır. Temel insan hakkı olmasına karşın sağlık hizmetlerine herkes gibi erişim ve hizmetleri herkes gibi kullanım bazı azınlık gruplarına kısıtlanmış olabilmektedir. Savaşların yaygın olduğu bir dünyada bu tür ayrımların olmadığını savunmak inandırıcı olamaz. Bu ayrım dini, ırksal, kabile aidiyetine bağlı olabilmektedir. Böyle anlayışlarla kurulan sosyal ortamlarda sağlık hizmetleri gibi yüksek duyarlılık isteyen konularda hakkaniyetten bahsedilemez.

Toplumun Savunmasız Grupları Arasında Bulunmaya Göre

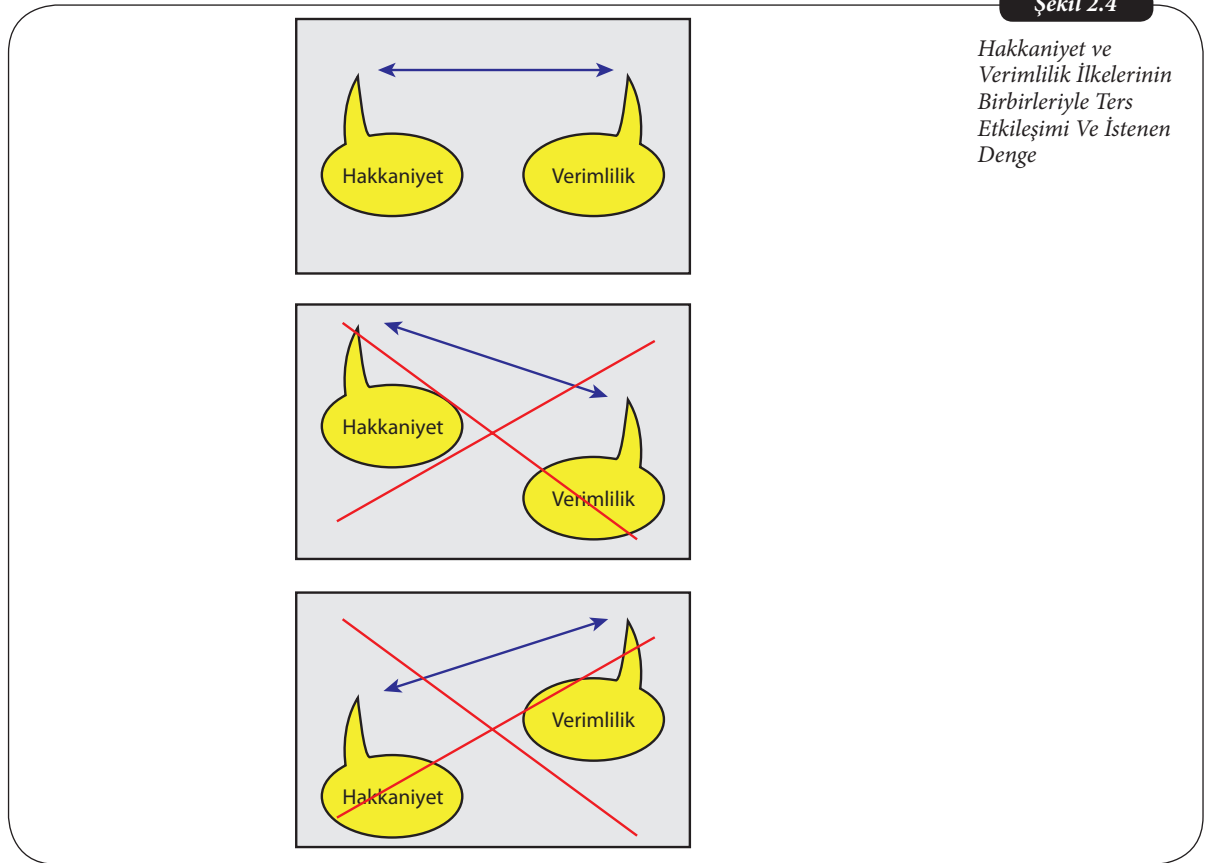
Kendi hâline bırakıldığı zaman, sosyal ortamda yaşamını sürdürmede ve temel insanlık haklarını kullanmada sıkıntıya düşen gruplara savunmasız gruplar denir. Bu gruplara devletin profesyoneller eliyle mutlaka örgütlü şekilde sahip çıkması gerekmektedir. Bunlar arasında öksüz ve yetimler, fiziksel veya mental engelliler, eşi ölmüş veya terketmiş olan çocuklu kadınlar veya erkekler, çocuklarının gözetiminden uzak kalan yaşlılar, çok yoksul aileler, mülteciler, cezasını çekmiş olduğu halde toplumdan destek görmeyen eski hükümlüler, uyuşturucu vb. bağımlısı olanlar, travesti veya transseksüel gibi toplumun genelinden farklı yaşam tarzını benimseyenler gibi gruplar sayılabilir.

Bu bölüm hakkaniyetin tanımı ve kavramın içeriği ile sınırlı olarak hakkaniyet konusuna girdiğinden, hakkaniyetin sağlanma ilkeleri, ölçülmesi ve izlenmesi ile ilgili teknikler gibi konular ele alınmamıştır. Ayrıca yatay ve dikey hakkaniyetin ne olduğu hakkında kısa bir fikir verilip geçilecektir. Yatay hakkaniyet toplumda eşit ihtiyaç sahiplerini ele almak ve bunlar arasında eşit erişim ve kullanımı sağlamak şeklinde bir yöntem izleyerek konunun ele alınması demektir. Dikey hakkaniyet ise eşit olmayan durumlarda eşit olmayan hizmete erişim ve kullanım gerçekleşip gerçekleşmediğini ele almaktadır. Sözleşmiş İstanbul'daki ve Artvin'in Yusufeli ilçesindeki iki kalp hastasının göğüs ağrısı başladığında hekime

ve hizmetlere erişip erişemediği, hizmeti kullanırken katlandığı maliyetlerin birbirinden farklı olup olmadığı ele alınırsa bu yatay hakkaniyetin yaklaşımı olmaktadır. Kalça kırığı yaşayan bir kişi ile burunda estetik ameliyatı olmak isteyen birinin hizmetlere erişimi ve kullanımını ele alan yaklaşım ise dikey hakkaniyet olmaktadır.

Hakkaniyet ile Verimlilik İlkelerinin Birbiriyle Ters Düşmesi

Hakkaniyeti ideal olarak sağlamak diye bir şey bu kısıtlı kaynakların dünyasında hiçbir zaman gerçekleşmeyecektir. Bunu sağlamaya çalışmak demek, her mahalleye en lüks ve geniş imkânlarla donatılmış hastaneler kurmak, uzmanlar görevlendirmek, malzeme ve cihazlarla donatmak demektir. Böyle bir çabaya ülkenin bütün gelirlerini harcamak bile yetersiz kalır. O halde, bazı akılcı düzenleme ve sınırlamalarla büyük farklılıklar oluşturmadan bazılarını daha yakın ve daha geniş imkânlar sağlansa bile herkese ihtiyacını giderecek imkânların tanındığı örgütlemeye gitmek gerekmektedir. Bu ilke benimsenince kime ne ölçüde yakın ve ne ölçüde geniş ve diğerlerine ne ölçüde uzak ve dar koşullar sağlanacaktır ve bu neye göre belirlenecektir soruları akla gelmektedir. Mümkün olan en yakın, en geniş en çok isteği akılda tutulurken ikinci kritik soru sorulmaya başlanır. Eldeki kaynaklar ne kadar yakın, geniş ve çok hizmet üretmeye imkân vermektedir? Bu soru sağlık sistemlerinin hakkaniyet kadar önemli diğer bir ilkesi olan verimlilik adına sorulmaktadır. Aslında verimliliğin artırılması demek hakkaniyetten vazgeçmek demektir. Herkesin bir şekilde ulaşabileceği ortak bir-iki merkez kurarak sadece buralarda hizmetleri fazla abartmadan vermeye çalışmak en verimli seçenek olarak karşımıza çıkar. Ama bu durum birçok grubu, kişiyi ya hizmeti çok zor elde eder ya da hiç elde edemez duruma getirmek anlamına gelir (Şekil 2.4).



Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

Sağlık hizmetleri endüstrisinin büyük bölümünü tıp endüstrisi oluşturmuştur. Sağlık hizmeti gibi toplumların her zaman duyarlı ve devletlerin her zaman müdahil olduğu bir alanda, ekonomik sisteme pazara entegrasyonun sonucu sağlık endüstrisidir. Endüstrisi olmayan alanın gelişmesi ve üretiminin ihtiyaçlara cevap vermesi mümkün olmayacağından hem Pazar dinamiklerini canlı tutmak hem de düşkünlerin ve hastaların pazarda ekonomik dinamiklerle ezilmesinin önüne geçmek büyük bir çaba ve örgütlenme gerektirmektedir. Sağlık endüstrisinin içinde hizmeti sunmak için gereken donanım ve diğer altyapının üretilmesi yanında bizzat hastaların kullanacağı ilaç, kalp pili, iştirme cihazı, gözlük vb. malzemeler de endüstrinin mal üretimi kısmını oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık endüstrisinin pazar dinamikleri ile uyuşturulması en zor olan kısmı sağlık hizmetlerinin sunulması kısmı olduğundan örnekler genellikle hizmet üretimi ile ilgili verilmekte ve tartışmalar burada yoğunlaşmaktadır. Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç sınıfta incelenmektedir. Ancak özellikle 21. yüzyılda sağlığın geliştirilmesi ön plana çıkmış ve böylece geliştirici hizmetler koruyucu ve geliştirici ifadesi ile işin içine katılmıştır. Bundan başka ömrünün son dönemlerine geçirmekte olan hastalara yönelik onların fiziksel, mental ve sosyal desteklenmesi amaçlı palyatif hizmetler de öne çıkan başka bir başlık olmuştur. Alternatif, tıp, geleneksel tıp, bitkisel tedavi, vb. isimlerle öne çıkan ancak kayıtlarda ve resmi yapılanmada tam yerini alamamış kısımlar bu çalışmanın dışında tutulmuştur.

Sağlık hizmetleri endüstrisi dünyanın en büyük çaplı ve en hızlı büyüyen endüstrilerinden biridir. Bu durum ülkelerin bütçelerine büyük bir yük getirmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinden vazgeçmek mümkün değildir. Sağlık harcamaları ülkelerin yapısına ve ekonomik gücüne göre değişmekle beraber yaklaşık GSYİH içinde yaklaşık % 8-12 oranında bir yer tutmaktadır. Gelişmiş ülkelerin tamamında bu oran %10'dan fazladır. ABD'de ise % 17'lere yaklaşmıştır.

Özünde çok karmaşık olan konuyu sadeleştirmek için genelde bu endüstri hastane faaliyetleri, tıbbi ve dental faaliyetler ve diğer insan sağlığı faaliyetleri olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Üçüncü başlık psikoterapi, dil ve konuşma terapisi, patoloji laboratuvarları, biyokimya laboratuvarları, podoloji klinikleri, iş sağlığı ve güvenliği klinikleri, akupunktur vb. uygulamaları içine almaktadır.

Evrensel Standart Sınıflama ise sağlık endüstrisini iki ana sınıfta ele alır. Bunlar:

1. Sağlık bakımı cihaz ve hizmetleri
2. Farmasötikler, biyoteknoloji ve yaşam bilimleri uygulamalarıdır.

Bunun dışında hekimlik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, fizyoterapi hizmetleri gibi meslekler ile yapılan ayrımlar, ya da sağlık personelinin eğitimi veya halk sağlığı eğitimi gibi kısımlar, sağlık yönetimi uygulamaları, sağlık enformasyon sistemleri içinde yazılım vb. kısımlar da endüstrinin parçalarını oluşturmaktadır. Nihayet sağlık endüstrisinin vazgeçilmez bir bölümü de sağlık sigortacılığı alanında yürütülen faaliyetlerden oluşmaktadır.

SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARI

Kişilerin yaşamı sürdürebilmek için veya haz alabilmek için ihtiyaç duyduğu şeyler mal veya hizmet olabilir. Mal veya hizmete ürün denilirse, bu ürünü üreten ve ürüne ihtiyaç duyan olmak üzere iki taraf oluşmaktadır. Taraflardan biri eksikse ürün ya hiç üretilmez veya üretilirse de satılmaz. Alışverişin iki tarafı meydana çıkınca birbirlerini bularak bu alışverişi gerçekleştirecekleri bir zeminin oluşması gerekmektedir. Bu zemine de Pazar denir. Pazar ya gerçek anlamda yüz yüze iletişim içinde alıcı ile satıcının karşı karşıya geldiği bir kapalı/açık alan olabilir ya da sanal bir ortam veya uzaktan uzağa telefonla, mektupla, aracı ile vb. iletişimin sağlandığı bir ortam olabilir.

Sağlık pazarında ürün olarak hizmetleri, geliştirici, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici, sigorta, palyatif vb. başlıklar ile görmekteyiz. Mal kapsamında ise ilaç, işitme cihazı, kalp pili gibi birçok malzeme yanında bu hizmetleri ortaya çıkarabilmek için kullanılan kaynaklar arasında sayısız yüzbinler ile ifade edilen malzeme ve cihazı saymak gerekmektedir. Bunlar arasında ambulans, ameliyathane setleri, EKG cihazı gibi demirbaşlar ve pamuk gazlı bez, ultrasonografi jeli, ameliyat ipliği vb. tek kullanımlık mallar bulunmaktadır. Ürünün pazarda talebi ve pazara arzı pazar incelemelerinin en önemli kısmını oluşturmaktadır. Arz ve talebin bir araya gelmesiyle bir pazar ortamı oluşur. Pazar, alıcının seçimi ile satıcının rekabeti arasındaki ilişkiden doğar ve bu ilişki bir fiyat mekanizması ile şekillenir. Alıcı tarafında fiyat, mal veya hizmeti satın almak için feda edilecek parayı ifade eder. Dolayısıyla bir mal veya hizmeti almak kendisi için ne kadar değerli ise alıcı onun için o kadar çok para harcamaya gönüllü olacaktır. Satıcı açısından ise fiyat, bir malın üretiminde karşılaşılan tüm maliyetler ve kârdır. Pazar şartlarının tam olduğu durumda satılan mal veya hizmetin ve bunun bedelinin dağılımı ve alışverişinde hem alıcının hem de satıcının kârlarının en yüksek seviyede olduğu ve bu alışverişin verimli olduğu kabul edilir. Sağlık hizmeti pazarında da fiyatlar yüksek olduğunda çok fazla sayıda sağlık hizmeti sunucusu fakat az sayıda bu hizmeti almak arzusunda olan kişi pazarda yerini alır. Düşük fiyat düzeylerinde birçok hizmet talep eden alıcı pazara gelirken, az sayıda hizmet sunucu bu fiyattan hizmetlerini satmayı kabul eder. Pazar şartlarının tam olduğu bir durumda gerek sağlık hizmetini kullanmayı talep edenler, gerekse bu hizmeti sunmaya gönüllü olanlar kendileri için kabul edilebilir en uygun ücret noktasında bir araya gelmeye çalışır. Ürünün pazara arzı esnasında ilk aşamada ürüne ihtiyaç duyanlar bunu en düşük fiyatla edinmeye çalışırken, pazara arz eden taraf ise olabilecek en yüksek fiyatla ürünü satmak isteyecektir. Bu durumda alıcı ile satıcı anlaşma noktasından uzaktır. Daha sonra pazar dinamikleri içinde hizmeti talep edenler biraz daha fazla ödemeyi kabullenirken hizmeti sunanlar da daha az bir fiyat düzeyine razı olmaya gönüllü hâle gelirler. Her iki taraf bir “görünmez el” yardımıyla anlaşır, bir fiyat seviyesinde eşit sayıda hizmet alıcısı ve satıcısı karşı karşıya gelir ve yaptıkları alışverişten her iki taraf da memnun kalır. Pazar koşullarında ürünü alan veya satan taraflardan herhangi biri bu alışverişten mutlu olmazsa pazar uzun süre sağlıklı şekilde işleyemez. Hiç kimse (alıcı veya satıcı), karşı tarafın zarar etmesiyle daha iyi duruma gelmemiş ise, bu durumdaki pazarda bir dengeden ve verimlilikten bahsedilebilir.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri dolayısıyla bazı noktaları akılda tutmak gerekir. Düşük gelirli grupların, düşünlerin vb. diğerlerine göre sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyması ikilemi, sağlık hizmeti pazarında yetersizlik yaratmaz, ancak bazı düzenlemelerin yapılması için önemli bir neden oluşturur. Sağlık hizmetleri pazarı, rekabetçi ve monopolistik bir yaklaşımın karışımı olma eğilimindedir. Pahalı ve karmaşık müdahaleler için çok az rekabet var iken (rekabet edecek hizmet sunucu sayısı az olduğundan), özellikle ayakta tedavi ve koruyucu hizmetler için daha fazla rekabet ortamı mevcuttur. Burada pazar türlerini kısaca tanımlamak gerekmektedir.

Monopol; pazarda sadece bir satıcının olmasıdır. Burada satıcı fiyatı istediği düzeye çıkarır ve indirme gücünü elinde tutar. **Oligopol;** tüm şartları haiz bir pazarda birden fazla satıcının olması durumudur. Bu da rekabetten dolayı fiyatların düşmesine neden olacaktır.

Sağlık sektörünün düzenlenmesi amacıyla yapılan bazı müdahaleler (yasal düzenlemeler gibi) hizmet sunucu tarafında monopol oluşmasına neden olabilir. Buna karşın hükümet veya yerel sigorta kuruluşu gibi tek bir hizmet satın alıcının mevcut olduğu durumlarda oluşan monopol dengelenebilir ve fiyatlar aşağıya çekilebilir.

Ekonomik verimlilik ancak tam olarak çalışan pazar şartlarında mümkündür. Buna karşın birçok sektörün pazarı için bu mümkün olamamakta sağlık hizmetleri pazarında ise hemen hemen imkânsız olmaktadır.

Sağlık Hizmeti Talebi

Ekonomi biliminde, alıcıların belirli bir zaman içinde ve belirli fiyatla belirli bir mal veya hizmeti satın almaya razı olduğu toplam miktara **talep** denmektedir. Talep ürünlerin pazarda fiyatının belirlenmesinde en önemli iki unsurdan biridir. Bir ürünün maliyeti ve ona olan talep tamamlayıcıların ve ikamelerinin fiyatı gibi birkaç faktöre bağlı olarak değişmektedir.

Sağlık hizmeti talebi ise bireylerin veya toplumun ortaya koyduğu sağlık hizmeti beklentileri şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri için arama, kullanma ve bazen ödeme isteği ve yetkinliğidir. Sağlık hizmetlerinde potansiyel talep ve belirtilmiş talep olarak iki bölümden bahsedilebilir. Belirtilmiş talep hizmet kullanımına yaklaşık bir değeri göstermektedir. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda akılcı ve akılcı olmayan talep kavramı gündeme gelir. Akılcı talep ihtiyaca dayanan ve ihtiyaç ölçüsüyle kendini sınırlayan taleptir. Akılcı olmayan talep ise bu tanımın şu veya bu şekilde dışına çıkıldığı talep türüdür.

Sağlık hizmeti üretenler, potansiyel kullanıcıların sadece sağlık hizmeti alma arzularını değil aynı zamanda onların bu hizmeti almak için ödeme güçlerinin olup olmamasıyla ilgilenmek durumundadır. Çünkü bir pazarda satıcının ürününü satabilmesi için alıcının iki koşulu yerine getiren olması gerekmektedir. Bunlar:

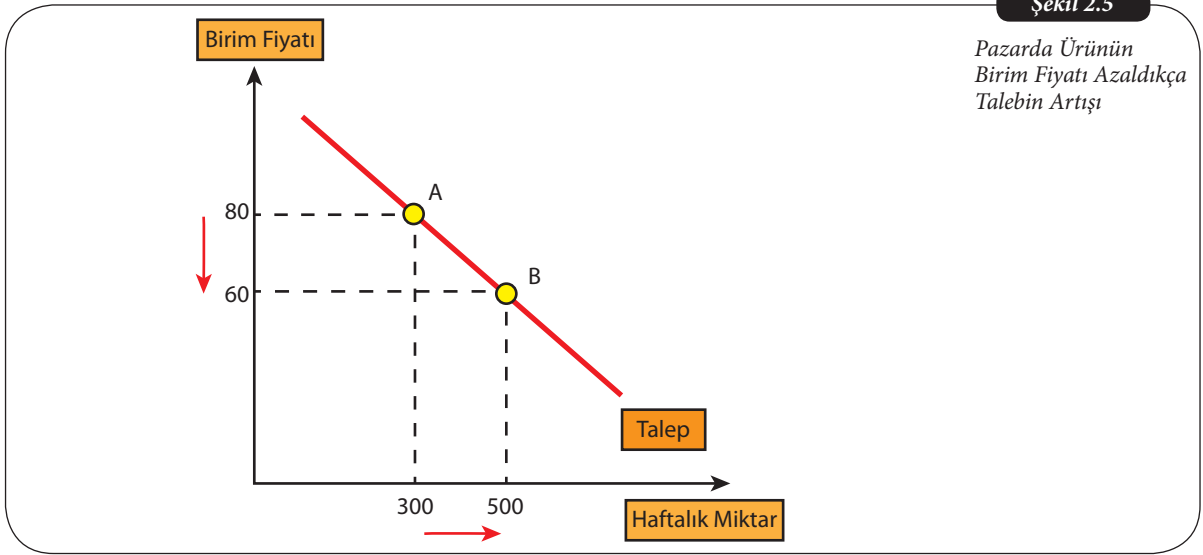
1. Ürünü almaya finansal olarak muktedir olmak, ödeme gücü bulunmak,
2. Ürünü almaya istekli olmaktır.

Bu nedenle hizmet üreticileri ve sunucuları potansiyel hizmet kullanıcılarının taleplerini onların bu hizmetler için ödeme yapma gücünde ve niyetinde (gönüllülüğünde) olup olmadıklarını saptamak yoluyla ölçerler. Talep, sadece bir sağlık hizmeti almaya olan arzuyu göstermez, bu arzunun yoğunluğunu da ifade eder. Kişi veya toplumların belli bir sağlık hizmetine olan taleplerinin analizi ile toplumda kimlerin bu hizmet için ve ne kadar ödeyebilecekleri veya ödemeye razı oldukları tespit edilebilir.

Sağlık ekonomistlerinin sağlığa ve sağlık hizmetlerine olan talebi incelemesinin nedenleri sağlık hizmetini kullananların ve sunucuların davranışlarını tahmin etmeye çalışmak ve maliyetler ile faydaları ölçmektir. Talep teorisi temelde bir mal veya hizmeti kaç kişinin talep edeceğiyle ilgilidir. Bir toplumda belirli bir ürüne talebi etkileyen temel faktörler şu şekilde sıralanabilir:

- Mal veya hizmetin fiyatı,
- Tamamlayıcı mal veya hizmetlerin fiyatları,
- Alternatif mal veya hizmetlerin fiyatı,
- Gelir düzeyi
- Zevkler ve tercihler.

Sağlık hizmetine olan talep, tıbbi bir ihtiyacın varlığına, sağlığı olumlu veya olumsuz yönde etkileyen diğer mal ve hizmetlere bağlıdır. Ancak sağlık hizmetine olan talebin gerçekte sağlığa bir talep olduğu ve sağlığın alternatif mal ve hizmetlerin çok az ve birçok durumda hiç alternatifinin olmadığı unutulmamalıdır. Sağlığa ve sağlık hizmetine talep, sağlıklı olmanın ve hizmetin fiyatı ve talep edenin geliriyle de bağlantılıdır. Genellikle sağlık hizmetlerinin fiyatı arttıkça bu hizmeti kullananların sayısı azalmaktadır. Özellikle hizmetin fiyatı kişilerin tercihlerini önemli ölçüde belirlemede ve taleplerinin miktarını veya türünü değiştirmelerine neden olabilmektedir.



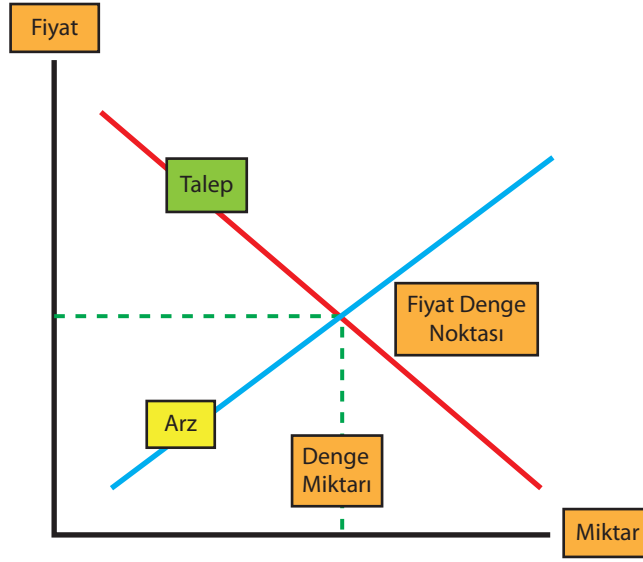
Tersi de doğrudur. Kişilerin tercihleri hep aynı ürün türü üzerine yoğunlaşırsa o ürünün fiyatı artar. Sağlık ekonomisinde geliri düşük kişilerin kendilerine önerilen hizmet ve ilaçlardan paralarının yettiğini alıp diğerlerini ihmal etmesi konuya örnek gösterilebilir. Diğer bir örnek olarak, hastaneye doktor muayenesine yılda ortalama 10 kez giden bir yaşlının, muayenede kullanıcı katkısı olarak 10 TL kişilerden para alınmaya başlayınca ancak ağrısı çok olduğunda gitmesi ve yılda toplam muayene olma sayısını mesela 6'ya düşürmesi bu durumu anlatmaktadır.

Şekilden de anlaşılacağı gibi bir hizmetin fiyatı ile o hizmete olan talebin miktarı arasında ters bir ilişki vardır. Yani bir hizmetin fiyatı arttıkça kullanıcıların o hizmete olan taleplerinde bir azalma olur.

Pazarda mal veya hizmetlerin üretim fazlası vermeden ama talep yığılmasına da meydan bırakmadan belirli bir dengede tutulması gerekir. Bunu sağlayabilmek için üretim miktarının denge noktasını bulmak gerekir. Üretim miktarının denge noktasında hangi fiyatla ürünün satılacağı bilinmek zorundadır. Bu noktayı tam tespit etmek üzere, arzın birim fiyatlara göre değişkenliği ve talebin birim fiyatlara göre değişkenliği bulunur ve bu iki grafik birbiri üzerine çakıştırılırsa y eksenindeki birim fiyat ile x eksenindeki miktarda üretim akılcı bir noktada tutulmuş olur. Böylece pazarın dengesinin sağlanacağı umulmaktadır. Bütün bu varsayımlar pazarı, üretimi, üreticiyi ve alıcıyı etkileyebilecek diğer faktörlerin sabit tutulması varsayımı ile anlam taşıyabilir. Genelde bütün bu faktörlerin hepsinin sabit hâlde tutulması mümkün değildir. Burada temel kavramları ele almak üzere karmaşık pazar dinamikleri, arz ve talep değişimleri sadeleştirilerek anlatılmaktadır.

Şekil 2.6

Pazarda Talep ve Arzın Buluştuğu Denge Noktası



Arz ve Sağlık Hizmeti Arzı

Ekonomide satıcıların mal veya hizmetleri kendilerine uygun fiyatlardan satmak istedikleri miktarı olarak tanımlanmaktadır. Teoriye göre, satılan mal veya hizmetin miktarı onun fiyatındaki artışla doğru orantılı artma eğilimindedir. Bir mal veya hizmetin fiyatı ne kadar yüksekse onu satmak isteyen o kadar çok satıcı olacaktır.

Talep teorisine karşıt açısından yaklaşan arz teorisi bir hizmeti üretmek/sunmak için hizmet sunucusu kişi veya kuruluşların çeşitli fiyat düzeyleriyle farklılaşan miktarlarda sunabilecekleri ve sunmaya gönüllü olacakları hizmetin miktarını ifade eder. Talep teorisinin aksine arz teorisine göre satılan hizmetin miktarı onun fiyatındaki artışla doğru orantılı olarak artma eğilimindedir. Yani bir sağlık hizmetinin fiyatı ne kadar yüksek olursa o hizmeti o fiyattan sunmak için daha fazla hizmet sunucu gönüllü olacaktır. Fiyat yükseldiği takdirde pazara sunulan ürün miktarı artmaktadır. Bu miktarı satabilecek talep oluşmuşsa satışlar da artacağından üreticinin ve/veya sunucunun kazancı da artmış olacaktır.

Sağlık ekonomisi kapsamında mal veya hizmetler üretilirken birey veya toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi göz önünde bulundurulduğundan sağlık mal veya hizmetlerinin arz edilmesi, diğer mal veya hizmetlerin arzından farklı incelenmelidir. Sağlık hizmet pazarında üretilen mal ve hizmet arzının sınırlı olması, ulusal ve uluslararası alanda monopollerin varlığı, fiyat ve patent konularında yasal sınırlamalar bulunması bu farklılara örnektir.

Genel ekonomide arzı etkileyen birçok etkeni aşağıdaki gibi sınıflamak yapmak mümkündür:

- Malın fiyatındaki değişimler,
 - Piyasanın Özellikleri
 - Geleceğe Yönelik Beklentiler
- Diğer malların fiyatlarındaki değişimler,
- Üretim faktörleri fiyatlarındaki değişimler,
 - Piyasadaki Finansman Olanakları
 - Vergi ve Sübvansiyonlar
 - Devletin Kısıtlamaları
- Teknolojik değişimler.

Sağlık hizmetlerinde arzın etkilenmesinin bu genel tabloya benzeyen ve benzemeyen yönleri bulunmaktadır. Öncelikle sağlık hizmetlerinde de fiyat arttıkça pazara üretim artışa doğru yönelmekte ancak talep azalışa doğru gitmektedir. Fiyatta bir oynama olunca dengenin iki unsuru birden hareketlenip yeni bir denge noktası belirlemektedir. Fiyatı değiştirebilecek unsurlar arasında ihtiyacın alıcı tarafından algılanışı, alıcının satın alım gücündeki artış veya azalış, devletin mevzuatta yaptığı temel yaklaşım değişiklikleri vb. sayılabilir. Diğer mal veya hizmetlerin fiyatındaki değişikliklere örnek olarak, geleneksel ve bitkisel yöntemlerle tedavinin moda olduğu ve iyice yaygınlaştığı bir pazarda klasik formal sağlık hizmetleri arzının da, talebinin de değişikliğe uğraması verilebilir. Devletin zaten sağlık hizmetlerine müdahalesi her zaman yoğun olduğundan ve sağlık hizmetleri bir çok zaman kamu malı, en azından yarı-kamu malı (quasi-public good) sayıldığından pazarı belirgin şekilde etkileyecek fiyat oynamalarına müsaade edilmez. Nihayet sağlık teknolojilerindeki çok hızlı değişim yeni teşhis ve tedavi yöntemlerini hızla değiştirmekte böylelikle hizmet arzını yeniden belirleme noktasına getirmektedir. Örneğin, prostat büyümesi rahatsızlıklarında “green light” yönteminin ortaya çıkması, bunun pazarda iyice tanıtılıp teşvik edilmesi sonucunda klasik yöntemine göre tedavi fiyatları artmış, hizmete kolayca ulaşılabirlik sağlanmış, daha önce bu rahatsızlığı çekerek yaşamayı kabul etmiş yaşlı erkeklerin hizmete talebi yoğunlaşmış ve yeni bir pazar dengesi oluşturulmuştur.

Genel ekonomik teoremin arzı değiştiren faktörlere ilişkin prensipleri sağlık hizmetleri için bu şekilde geçerli sayılabilir. Ancak bunun dışında sağlık hizmetlerinin başka özelliklerine de değinmek gerekir. Bu özellikler şu şekilde özetlenebilir:

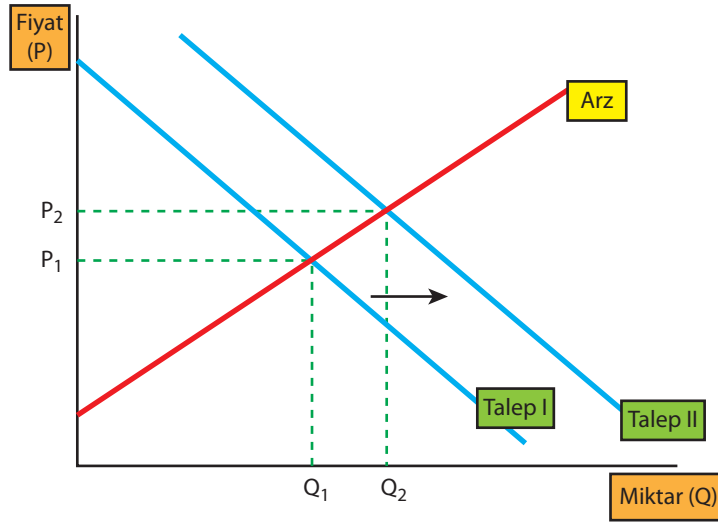
- Devletin sağlık hizmetlerine müdahalesi diğer sektörlerde kıyasla daha yoğun olmaktadır. Buna üretim, fiyatlar ve personel istihdamı gibi kritik önem taşıyan unsurlar dahildir. Böylece pazar reflekslerinin ortaya çıkışı daha yavaş olmaktadır.
- Sağlık teknolojileri kendini çok hızlı şekilde yenilemekte ve bunun pazara yansması talepte de arzda da büyük değişimlerle sonuçlanabilmektedir.
- Toplumların nüfusu yaşlanmaktadır ve yaş ilerledikçe sağlık hizmetlerine talebin artışı arzı da artırmaktadır.
- Bulaşıcı hastalık, afet vb. durumda kamu yönetimi işin içine girmekte ve pazar dinamikleri minimum düzeyde etkiye inmektedir. Toplumsal bağışlar, kamunun gereğinde stoklara el koyması vb. olağanüstü durumlar pazarın kendi seyrini değiştirmektedir.

Bazı mal veya hizmet üretici/satıcıları pazara arz ettikleri mal veya hizmetin miktarlarını, fiyattaki artış ve azalışlara göre çok kolay ve hızlı bir şekilde ayarlayabilirler. Böylece kazançlarını koruyabilir, hatta piyasanın fiyatta yaşanan bu dalgalanmaya verdiği tepkiye ve bu tepkinin hızına göre kazançlarını artırabilirler. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumunda daha yavaş işleyen bir cevap mekanizması göze çarpmaktadır. Bunun bazı nedenleri şunlar olabilir:

- Birçok ülkede kullanılmayan veya az kullanılan çok az kuruluş ve eğitilmiş personel vardır. Çoğu ülkede bunlar kapasitelerinin üzerinde hizmet vermektedir.
- Gerek bina, gerek bunların donanımlarının sağlanması, gerekse buralarda çalışacak personelin yetiştirilmesi çok zaman almaktadır. Bazan da yetişmiş personel başka kuruluşa, sektöre, bölgeye veya ülkeye gidebilmektedir.
- Bazı sağlık hizmetleri devlet eliyle verilmek zorunda olduğundan fiyatlardaki artışlara cevap yavaştır, hatta bazen arzı etkilememesi için cevapsız kalınmaktadır.

Şekil 2.7

Arzın Fiyata Bağlı Şekillenışı ve Talebin Pazarda Yeniden Dengelenışı



Sağlık Hizmetlerinde Esneklik, Arz ve Talep

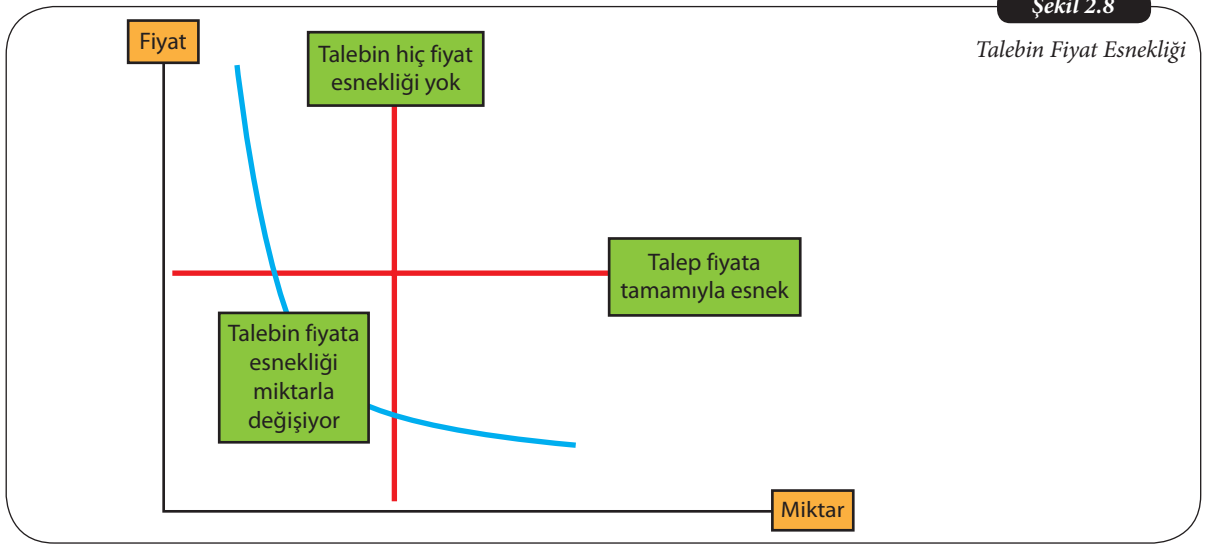
Esneklik, arz ve talebi etkileyen faktörlerden fiyat ve gelirdeki değişikliklere arz ve talebin verdiği cevabın ölçüsüdür. Örneğin, “poliklinik muayene fiyatlarında yapılacak bir artış başvuruları ne kadar etkiler veya çalışanların gelirleri ne kadar artırılırsa hastaneye başvurular artar?” gibi sorulara verilecek cevaplar esneklikle ilgili hesaplamalarla tahmin edilebilir.

En sık kullanılan ölçü Talebin Fiyat Esnekliğidir. Bu, talep edilen miktardaki orantısal değişikliğin fiyattaki orantısal değişikliğe oranıdır. Bir diğer esneklik ölçüsü ise “Talebin Gelir Esnekliği”dir. Gelir düzeyindeki artışlarla bir mal veya hizmete olan talebin artışını gösterir. Talep edilen miktardaki orantısal değişikliğin gelirdeki orantısal değişikliğe oranlanmasıyla hesaplanır.

Talebin gelir esnekliği, normal mallar (vazgeçilemez) için pozitif, düşük mallar (bir başka mal ile ikame edilebilir) içinse negatiftir. Örneğin, kişilerin geliri artarsa beyaz peynirin daha iyisini, azalrsa peynir parçaları veya çökelek yemeye başlarlar. Bu durumda çökelek bir düşük maldır. Lüks mallara olan talebin gelir esnekliği oldukça yüksektir.

Sağlığın ve sağlık hizmetlerinin doğası gereği sağlık hizmetlerine olan talep genellikle fiyatı fazla esnek olmayandır, yani fiyattaki artışlara rağmen sağlık hizmetlerine olan talep çok az oranda azalır. Bunun bir nedeni de devletin sağlık hizmet pazarında hiçbir zaman talebi belirgin şekilde düşürecek kadar fiyat artışlarına sessiz kalmayıp hemen müdahale etmesidir. Ancak, gelir düzeyi düşük kişilerin diğerlerine göre sağlık hizmetlerine olan talepleri oldukça büyük oranlarda fiyat esnekliğine sahiptir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin fiyatlarının ve tüketiciden alınacak katkı paylarının belirlenmesinde her zaman göz önünde tutulması gereken bir gerçektir.

Sağlık hizmetlerinde fiyat esnekliği en yüksek olan kısımlar ağrı, kanama vb. olmayan, işini görmesine engel oluşturmayan ve hizmeti almadığı zaman hayati riskin doğmadığı durumlardır. Özellikle estetik amaçlı işlem ve hizmetlerin fiyat esnekliği büyüktür. Fiyatlar artarsa kişiler bu hizmeti almaktan vazgeçerler. Özellikle acil hizmetler ve yoğun bakım hizmetlerinin, bir de çocuk sağlığı ile ilgili hizmetlerin fiyat esnekliği düşük bulunmaktadır. Yetişkinler kendi sağlıklarını açısından hizmetleri alırken fiyatı daha titizlikle göz önünde bulundurmakta ancak çocuklarının sağlığı söz konusu olunca her hâlükârda hizmeti alma yolunu seçmektedir.



Şekil 2.8'de talebin fiyat esnekliği gösterilmektedir. Dikey durumda olan (y eksenine paralel) çizgiye bakıldığında talebin hiç fiyat esnekliği olmadığı bir durumun gösterildiği anlaşılmaktadır. Fiyat ne kadar yükselirse yükselsin bu satın alım mutlaka gerçekleşmektedir. Doğaldır ki bu çizgi kişilerin ödeme gücü ile limitlidir. Ödeme gücünü aşınca, satın alma isteği ne olursa olsun alışveriş gerçekleşmez. Bu duruma genel ekonomide şeker, tuz, yumurta, ekmek fiyatları gösterilir. Bunlar temel ihtiyaç maddeleri arasındadır. Sağlık hizmetlerinde ise acil hizmetler buna örnek gösterilebilir. Yatay durumda giden (x eksenine paralel) çizgiye bakıldığında talebin fiyata tamamen esnek olduğu görülmektedir. Bu durumda fiyat oynaması hiç olmadan Pazar dengesi gerçekleşmektedir. Bu kadar katı şekilde bir örnek gerçek yaşamda karşılaşılabilecek bir şey değildir. Sağlık hizmetlerinde bu ölçüde bir fiyat esnekliği yaşanmasına devlet imkân tanımaz. Şekildeki eğriye bakılırsa talebin fiyat esnekliği iyice anlaşılabilir. Fiyat azalınca talep dolayısıyla satış miktarı artmakta yükselince ise azalmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Sunucunun Kabarttığı ve Azalttığı Talep

Sağlıkta ilgili ihtiyaçlarını belirlerken ve buna yönelik hizmet alırken bireyler, sağlık profesyonellerinin bilgisine göre çok az düzeyde bilgi sahibi olduğundan ne tür hizmetin ne kar süre ve yoğunlukta ne sıklıkta alınacağı gibi kararlarda bizzat hizmeti sunan pozisyonundaki hekimlere ve bazı durumlarda diyetisyen, hemşire, fizyoterapist vb. diğer sağlık mesleği mensuplarına bağımlıdır. Bu bağımlılık birçok durumda hekimin (daha az sıklıkla diğer sağlık profesyonellerinin) hem arzı hem de talebi belirleyen olması pozisyonunu doğurmaktadır. Bu durumda hekimi yalnızca hastasının ihtiyaçları odağında tutabilecek ve başka hiçbir faktörün çekim gücünden etkilenmeyecek bir pozisyona almak mümkün olmamaktadır. Hekimin kararlarını akılcı noktada dengeleyecek tek unsur onun vicdanı, ettiği yemin vb. subjektif ve denetlenemez alanlar olmaktadır. Pazar dinamikleri içinde bu tür subjektif denge unsurları ancak objektif ve saydam diğer unsurların yanısıra anlam taşır.

Yapılan araştırmalar hekimlerin de diğer meslek mensupları gibi, hastasına büyük risk ve zarar getirmemeye çalışarak kendi gelirlerini en yüksek düzeye çıkarma eğiliminde olduğunu göstermektedir. BU nedenle onun hem arzı hem talebi tek başına belirlemesi kabul görmemektedir. Diğer taraftan hekimin mesleki özgürlüğünün ve hasta mahremiyetinin korunması da asla vazgeçilmeyecek ilkelere. Böylece ortaya çıkan açmaz, sağlık ekonomisi alanında da çözümü zor sorunlar oluşturmaktadır.

Sağlık ekonomistleri sağlık hizmetlerinin sunumunda düzenlemelerde başarılı olabilmek için öncelikle finansman ve ödeme mekanizmalarının iyi düzenlenmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır. Taleple ilgili uluslararası çalışmalarla iyice ortaya konulmuş iki fenomen (tipik ve koşullar oluştuğunda her zaman ortaya çıkan tablo) bulunmaktadır. Bunlar sunucunun kabarttığı talep ve sunucunun azalttığı taleptir.

Kısaca söylemek gerekirse ödeme mekanizmaları hizmeti sunana ne kadar hizmet verirse o kadar ödeme yapma (fatura bazlı) şeklinde kurulmuşsa o zaman sunucu hizmetleri iyice kabartarak faturanın yükselmesine çalışacaktır. Hekimler genellikle tercihlerini “öyle de olabilir, böyle de olabilir” pozisyonlarında kendi lehlerine yapmaktadır. Mesleki olarak büyük hata sayılacak düzeyde irade kullanan az hekim vardır ve bunlar genellikle bir şekilde yargı önüne çıkmak durumunda kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bu şekilde karar pozisyonları çok sık olduğundan sonuçta sağlık hizmetlerinin arz ve talebi bu durumdan büyük ölçüde etkilenmektedir. Bu açıklanan fenomene “sunucunun kabarttığı talep (supplier induced demand)” denir. Tersine yalnızca sabit maaşla çalışan hekimlerin ve devletten sabit ödeme alan kuruluşların hizmet talep eden kişilere karşı tutumu riskli hastalara el sürmeme, yoğun çalışmama, uzun dinlenme molaları ve uzun süren servis vizitleri şekline dönmemektedir. BU durumda talep profesyonellerce baskı altına alınmış olmaktadır. Buna da “sunucunun azalttığı talep (supplier reduced demand)” denmektedir.

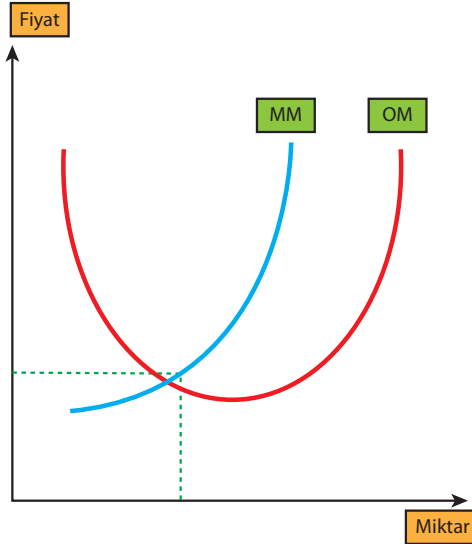
SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET

Bir mal veya hizmetin maliyeti, onu elde etmek için elden çıkarılması gereken mal veya hizmetlerin veya kullanılan kaynakların toplamıdır. Ekonomistlere göre, bir mal veya hizmetin maliyeti kaçırılmış bir fırsattır ve her zaman bir alternatif maliyet ile birlikte ele alınmalıdır. Gerek literatürde gerekse günlük kullanımda sık karşılaşılan maliyetle ilgili bazı tanımlamalar ve bunların sağlık hizmetindeki uygulamaları aşağıda özetlenmiştir.

Sabit maliyetler, üretilen hizmetin miktarıyla değişmeyen, yani bir birim hizmet ile bir milyon birim hizmet üretmek için harcanması gereken asgari maliyeti ifade eder. Örneğin, hastane olarak kurulan bir kuruluşa “hastane” diyebilmek için tek bir hastayı dahi tedavi etmede gerekli olan bina, araç-gereç, cihaz, personel vb. lerinin tam olarak bulunması gerekir. İşte tek bir hasta için dahi olsa bir hastanede asgari miktar ve özellikle bulunması gereken bütün bu kaynaklar o hastanenin sabit maliyetlerini oluşturur. Bu maliyetler, temel maliyetler veya kaçınılmaz maliyetler olarak da adlandırılmaktadır.

Şekil 2.9

Ortalama ve Marjinal Maliyetler



Üretilen hizmetlerin miktarıyla doğru orantılı olarak değişen (artan veya azalan) bütün maliyetler ise değişken maliyetlerdir. Yukarıdaki hastane örneğinde, ilk gelen hastanın röntgen filminin çekilmesi sırasında harcanan elektriğin gideri değişken maliyettir. Elektrik sisteminin kurulması ve çalışır hâle getirilip üretimde kullanmayı bekler halde tutulması için gerekenlerin tümü ise sabit maliyetlerdir.

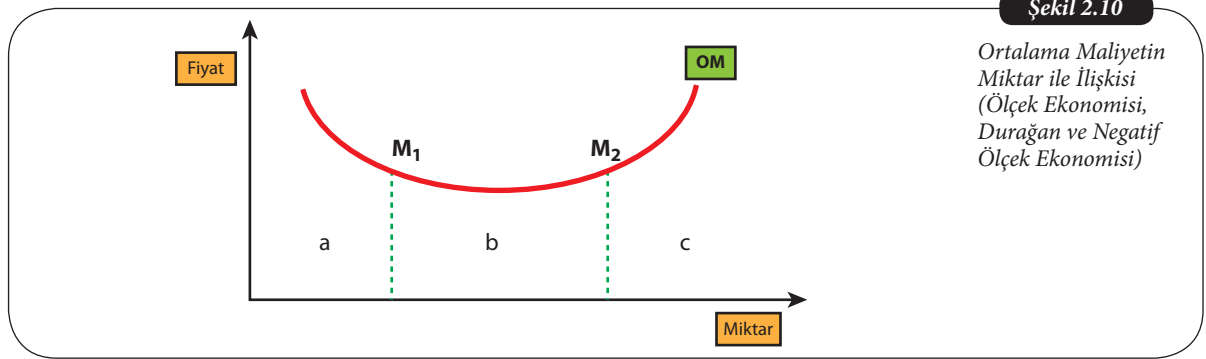
Bir mal veya hizmetin üretiminin maliyetinden bahsederken sıklıkla **toplam maliyet**ten bahsedilir. Bu sağlık hizmetinin üretiminde kullanılan tüm kaynakların (hem sabit hem de değişken) maliyetlerinin toplamıdır. Dolayısıyla;

$$\text{Toplam Maliyet} = \text{Sabit Maliyet} + \text{Değişken Maliyetler}$$

Bu eşitlik, toplam maliyetin üretilen hizmetin miktarıyla arttığını ifade etmektedir. Bu artış, miktardaki artıştan daha yavaş veya daha hızlı olabilir. İşletmelerin verimliliğini incelemek için toplam maliyet yerine ortalama maliyetlere bakmak daha anlamlı sonuçlar verir. Her bir ürün başına düşen birim maliyet, o üretimin ortalama maliyetidir. Ortalama maliyet;

$$\text{Ortalama maliyet} = \text{Toplam Maliyet} / \text{Üretilen Hizmetin Miktarı}$$

eşitliği ile bulunur ve normalde U şeklinde bir eğri çizer (Şekil 2.10).



Maliyetlerin çoğu sabit olduğundan ortalama maliyet eğrisi üretimin başlarında giderek azalma eğilimi gösterir. Eğrinin inen kolu altındaki alanda (a) üretim miktarı arttıkça (özellikle M1 noktasından itibaren) işletmenin zararı azalır ve kârlılığı artar. Yani kuruluşun toplam maliyetlerindeki artış, üretilen sağlık hizmetinin miktarındaki artıştan daha yavaş olur ise buna (a) ölçek ekonomisi veya artan dönüşler skalası denir ve bu aşamada işletme kâr eder. Bu kârlılık üretim miktarının biraz daha artırılmasına rağmen artmaya devam edecektir (b) ki buna da durağan ölçek ekonomisi denilmektedir.

M2 noktasından sonra işletmenin artan üretim miktarını karşılayabilmesi için yeni yatırımlar yapması gerekir. Bu da sabit ve/veya değişken maliyetlerde artma dolayısıyla ortalama maliyetlerde yükselme demektir. Bu durumda kuruluşun toplam üretim maliyetleri, üretilen hizmetin miktarından daha hızlı olarak artacak, kârı giderek azalacak ve zarar etmeye başlayacaktır (c) (Negatif ölçek ekonomisi).

Uygulamada birçok örneği bulunan bu teorik gerçeklerden dolayı işletmeler kârlarını artırmak için ortalama maliyetleri en düşük düzeyde tutarak üretim verimliliği sağlamayı amaçlamaktadır. Örneğin, bir hastane önceden belirlenen potansiyel talebin üzerinde bir taleple karşılaşır ve buna cevap vermek amacıyla daha büyük bina ve daha fazla yatak sayısı ile hizmete açılırsa ve / veya daha pahalı teknoloji ürünü cihazlarla donatılırsa sabit maliyetler yüksek olacağından toplam maliyetler yükselecektir. Bu durumda hastane ilk başlarda zarar edecektir. Benzer şekilde her birinin belli düzeyde sabit maliyetleri olduğundan aynı potansiyel talebe hizmet vermek amacıyla kurulmuş olan birden fazla hastane

verimli çalışmayacak ve zarar edecektir. Çözüm, bunların tek bir çatı altında birleştirilmesiyle sabit maliyetleri azaltmaktır.

Ortalama maliyetten çok daha önemli bir tanımlama da marjinal maliyettir. Üretilen hizmetin miktarında bir birimlik artış sağlamak için toplam maliyette yapılması gereken artışı ifade eder. Bu nedenle de sadece değişken maliyetleri içerir. Örneğin, günlük hasta muayene kapasitesi en fazla 20 olan bir poliklinikte 21. hastayı muayene etmek için bazı ek maliyetlerin (hekim ve hemşirenin ek mesaisi, elektrik, su, sarf malzemelerinin vb. daha fazla harcanması gibi) karşılanması gerekir. Kâr amaçlı işletmeler marjinal maliyetleri de en düşük düzeyde tutmak zorundadır.

Doğrudan ve Dolaylı Maliyetler

Özellikle sağlık hizmetleri gibi hizmet sektöründeki uygulamalarda çok sık rastlanan iki maliyet tipinden de bahsetmek gerekir:

- Doğrudan maliyetler,
- Dolaylı maliyetler.

Doğrudan maliyetler, bir hizmeti kullanmak için doğrudan karşılaşılan maliyetlerdir. Örneğin, bir hastanenin çocuk polikliniğinde pnömoni (zatürre) tanısı alan çocuğunu tedavi ettirebilmek için anne ve babanın karşılamak zorunda olduğu muayene, tetkik, ilaç, vb. tüm maliyetleri ifade etmektedir.

Buna karşın, çocuğunu o gün polikliniğe götürebilmek için anne ve/veya babanın işyerinden ücreti kesilerek izin alması, hastaneye gitmek için kullandığı ulaşım aracının parası, tetkiklerin uzaması nedeniyle öğleden sonrayı beklemesi ve bu sırada yediği öğle yemeğinin parası vb. doğrudan sağlık hizmetini almak için gerekli olmayan fakat kullanıcıların karşılaştığı tüm maliyetler ise **dolaylı maliyetler**'dir.

Yine sağlığın ve sağlık hizmetlerinin doğasından kaynaklanan bir başka maliyet türü de **sosyal maliyettir**. Bu da çocuklarını tedavi ettirirken anne - babanın karşılaştığı sosyal güçlükleri (izin istemenin verdiği eziklik, hastaneye ulaşım sırasında ve poliklinik veya laboratuvar önünde beklerken yaşanan sıkıntılar gibi) ve aynı şekilde teşhis ve tedavisi sırasında çocuğun kendisinin çektiği sıkıntıları ifade etmektedir. Sosyal maliyetlerin parasal değerini belirlemek oldukça güçtür ve subjektiftir.

Özet



Sağlık ekonomisinde ele alınan temel kavram ve yaklaşımları tanımlamak

Kişinin hayattan sağladığı fayda iki boyutta ele alınır. Bunlar yaşam süresinde uzama ve yaşamdan alınan zevkin artırılması yani yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Sağlık hizmetlerine olan talebi de aslında sağlığa olan talebin bir türevi olmaktadır. Bütün ülkelerde sağlığın geliştirilmesi sosyal bir hedef olarak belirtilmektedir. Sağlığın daha uzun ve yüksek kaliteli bir yaşam sürebilmek için olmazsa olmaz bir koşul olduğu tartışmasız kabul edilmiş bir gerçektir. Ayrıca sağlık geliştiği takdirde, ekonomik büyümeye ve kalkınmaya dolaylı olarak pozitif bir etki olmaktadır. Ancak sağlığa ve sağlık hizmetlerine ekonomistler ve sağlık profesyonelleri farklı yaklaşmaktadır. Klasik ekonomik teoriler sağlık davranışlarını geleceğe birer yatırım gibi görür. Sağlık davranışlarında kişiden kişiye farklılaşmalar hayatın değerinden kişilerin kendi adına yaptığı indirimler olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu çözümler bireyin zaman zaman sağlıklı, zaman zaman da sağlığa zararlı davranışlar sergilemesini açıklayamamaktadır.



Hakkaniyetin önemi, verimlilikle ters etkileşimi ve hangi gruplarda kolaylıkla bozulabileceğini açıklamak

Yapısı ve politikaları ne yönde olursa olsun bütün sağlık sistemlerinin hiçbir zaman ödün vermemek istediği üç temel ilke hizmetlerin etkililiği, verimliliği ve hakkaniyetle verilmesidir. Hakkaniyet matematiksel eşitlikten biraz farklı olarak, eşit ihtiyaçlar durumunda sağlık hizmetlerine eşit erişim ve eşit kullanım hakkı olarak tanımlanabilir. Hakkaniyet bütün sosyal devletlerin üzerinde ısrarla ve titizlikle durduğu bir konudur. Ancak sağlık hizmetlerinin zaten yüksek maliyetli iken, günden güne daha da pahalı hale gelmesi hakkaniyet ve verimliliğin dengelenmesi konusuna daha fazla ilginin oluşmasına yol açmıştır. Üç temel ilkeden ikisi, hakkaniyet ve verimlilik birbiriyile ters bir ilişki içindedir. Birini artırmak diğerini azaltmak pahasına olmaktadır. Verimlilik belirli ölçüde gözden çıkarılırken temel insan haklarına uygun ve "olmazsa olmaz" sayılan hizmetler verimsizlik pahasına bütün kesimlere ulaştırılmaya çalışılır. Bu gel-git sonsuza kadar sürecek gibidir. Burada özellikle dikkat edilmesi gereken toplum kesimleri arasında kimse-siz yaşlılar, öksüz ve yetimler, terkedilmiş çocuklar, mülteciler, işsizler, okuma yazma bilmeyenler, kanser

vb. ağır hastalıkla mücadele edenler, toplumun genel kabullerine aykırı yaşam tarzı olanlar, coğrafi olarak uzak veya kırsal alanlarda kalanlar, gelir düzeyi düşüklükler, erkeklere yönelik düzenlemelerin hakim olması nedeniyle kadınlar sayılabilir.



Sağlık ekonomisinde arz ve talep kavramları arasındaki ilişkiyi açıklamak

Sağlık ekonomisinin en önemli yaklaşım araçları arasında genel ekonomi biliminin temel direği sayılabilecek arz ve talep kavramlarıdır. Sağlık hizmeti alış-verişi kendine özgü dinamikleri olan sağlık pazarı içinde gerçekleşmektedir. Alıcı sağlığın peşinde olduğu için aldığı hizmetin sağlığına ne katkı getireceği konusundaki bilgi asimetrisi nedeniyle arz eden karşısında güçsüzdür. Bu haksızlığın giderilmesi için pazarda sıkı koruma önlemlerine başvurulması gerekir. Aslında sağlık hizmetine talep sağlık hizmetine olan ihtiyacın bir türevidir. İhtiyacı biyolojik ve bilgi asimetrisi nedenleriyle tam belirlemek mümkün değildir. Bunun yerine genellikle hastalık belirti vermeye başlayınca talep oluşmaktadır. Ancak talebin hem yönünü hem de miktarını yine hizmeti arz eden taraf belirlemektedir. Böylece, sağlık hizmetlerine talebin alıcı tarafından gelen esnekliği yanında sunucunun yönlendirmesi etkisi de işe karışmaktadır. Sağlık ekonomisinde arz ve talep konuları bu gibi nedenlerle genel ekonomi teorilerinin öngördüğünden bambaşka şekilde oluşabilmektedir. Doğal olarak bu ilişkiler incelenirken, fiyatın belirlenmesi, maliyetlerin göz önüne alınması gibi ekonomik ilkeler aynıdır.



Sağlık hizmetlerinde arz ve talebin fiyat esnekliğini açıklamak

Genel ekonomik teoremin öngördüğü dinamikler sağlık hizmetinin fiyat esnekliği konusunda da kendini gösterir. Hizmet birimi fiyatları ne kadar yüksek olursa sağlık hizmet pazarında o kadar sunucu arz eden hâline gelecektir. Buna karşılık talep eden miktarında azalma olacaktır. Çünkü yüksek fiyatları ödeyemeyecek bazı kişiler yanında ödeme gücü olduğu halde hizmete o kadar ödemeye gönüllü olmayanlar pazardan çıkar. Bu durumda hizmeti arz edenler fiyatları düşürerek bu kesimleri pazara çekmeye çalışacaktır. Ancak özellikle Türkiye gibi ülkelerde çok güçlü kamu hizmet sektörü var olduğundan, hizmetlerin ikamesi kolay olmaktadır. Özel sunucuların kamu kuruluşları ile fiyat rekabeti yapamaması nedeniyle ellerinde yalnızca kalite ve devlet kuruluşlarında oluşan uzun bekleme listelerine karşılık hizmeti hemen verebilme yetenekleri gelmektedir. Bu değişimler arzın ve talebin fiyat esnekliği başlığıyla incelenmektedir. Sağlık hizmetlerinin özellikle acil hizmetler, yoğun bakım hizmetleri, doğum hizmetleri ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi kaçınılması olanaksız kısımlarında fiyat esnekliği çok azalırken, ağız ve diş sağlığı (ağrı durumları hariç), estetik amaçlı sunulan hizmetler, kronik hastalıkların takibi gibi hizmetlerde fiyatlar arttıkça talep belirgin olarak azalmaktadır.



Sağlık hizmetlerinde doğrudan ve dolaylı maliyetleri tanımlamak

Sağlık hizmetlerine erişebilmek, hizmetten yararlanabilmek için katılan doğrudan veya dolaylı külfetlerin tümüne sağlık hizmetleri maliyetleri denir. Bu maliyetler çok yüksek olduğu için sağlık sorunu yaşayanların çoğunluğu bunları tam olarak ödeyebilmek gücüne sahip değildir. Bunun için kamunun genel sağlık sigortası, vergilerden bir kısmını temel hizmetlere tahsis etmesi ve düşük kişileri sübvansetmesi kaçınılmazdır. Hangi yöntemle olursa olsun sosyal devlet anlayışında sağlık hizmetlerinin kullanımını için gençten yaşlıya, sağlıklıdan hastaya, erkekten kadına, zenginden yoksula, bireylerden ailelere doğru bir finansal destek mekanizması kurulmalıdır. Bütün destek mekanizmalarına karşın, sağlık hizmetlerinin maliyetleri arasında hastanelere ve hekimlere ödenen ücretler, ilaç katkı bedelleri, ameliyat için gerekli olan malzeme ve donanımın hasta tarafından ödendiği durumlarda hizmeti kullananın katlanmak zorunda kaldığı kısımlar olmaktadır. Bu maliyetlere doğrudan maliyetler denir. Dolaylı maliyetler arasında ise hastaneye gittiği için o gün işine gidemeyerek ücretinin kesilmesi, hastaneye gidiş geliş ve orada geçirdiği süre içinde yemek, içmek vb. maliyetler dolaylı maliyetler olarak tanımlanır. Bir de tanımlanamayan maliyetler vardır. Bunlar genellikle manevi unsurları içerir. Hastalanan kadının bebeğine komşularının bakması için ricada bulunması, yakınlarının ölüm kalım ameliyatı geçirdiği anlarda saatlerce hastane önünde bekleyen kişilerin endişe ve sıkıntılarının birer maliyet olduğu gerçektir ama bunların para birimine çevrilmesi mümkün olmamaktadır. Hizmeti arz edenin maliyetle ilgili odak noktaları ise hizmeti üretmede birim maliyetler, ortalama maliyetler, marjinal maliyetler gibi ekonomik teoremin daha rahat açıklamada bulunabildiği kısımları kapsar.

Kendimizi Sınavalım

1. Bir toplumda bireylerin yaşam sürelerindeki artışın sosyal değeri aşağıdaki durumlardan hangisinde yükseliş gösterir?
 - a. Toplum gittikçe büyümekteyse
 - b. Kişi başına gelir düşüş eğilimindeyse
 - c. Genç nüfuslu bir toplumsa
 - d. Başka hastalıklara karşı başarısız uygulamalar yaşanmışsa
 - e. Sağlık düzeyinde düşüşler varsa
2. İnsani Gelişmişlik Endeksinde tek bir skora dönüştürülerek ifade edilen yaşamın kalitesinin üç unsuru aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. İhracat kapasitesi, inovasyon katsayısı, refah düzeyi
 - b. Enflasyon hızı, hastalık maliyetleri, okul sayısı
 - c. Altyapı olanakları, ticari hacim, kişi başına tüketim miktarı
 - d. Sağlık ve uzun ömür, bilgi, gelir düzeyi
 - e. Genç nüfusun oranı, işsizlik oranı, genel bütçe içinden yatırıma ayrılan pay
3. Davranışsal ekonominin temel söylemleri açısından aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?
 - a. Özgür tüketici her zaman en mantıklı kararı verir.
 - b. Kişiler yanlış tercihlere gövülleriyle razı olmazlar.
 - c. Kişiler bilgiye tavır gösterirken bu bilginin nasıl sunulduğu ile de ilgilenir.
 - d. Geleceğe odaklı kişiler daha çok negatif sağlık çıktılarıyla ilgilenir.
 - e. Kişilerin risk algıları birbirine benzer.
4. “Hastalar karmaşık bilgilerle yüz yüze bırakılınca ve tedavi seçenekleriyle ilgili kararlar alınırken onamları istenince yetersiz kalabilmektedir.” Aşağıdakilerden hangisi hastaların bunun önüne geçmesine yarayan yetkinliklerinden biri **değildir**?
 - a. Risk ve yararları analiz edebilmesi
 - b. Dozajları hesaplayabilmesi
 - c. Test sonuçlarını yorumlayabilmesi
 - d. Sağlık bilgilerini zihninde yerleştirebilmesi
 - e. Gereğinde kendi reçetesini kendisi düzenleyebilmesi
5. İyi düzenlenmemiş ve iyi düzenlenmiş pazar arasındaki farklarla ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Her iki tür pazarda da yüksek finansman maliyetleri vardır.
 - b. İyi düzenlenmemiş pazarda ödeme sistemini düzenlemek daha kolaydır.
 - c. İyi düzenlenmiş pazarın yenilikçilik hızı yüksektir.
 - d. İyi düzenlenmemiş pazarda alıcı ve satıcının birbirine güveni vardır ve bu güvenle iş yapılır.
 - e. Her iki pazarda da saydamlık yoktur.
6. Sağlık hizmetleri pazarında talebi de, yaşam beklentilerini de belirleyen üç ana unsur olan refah düzeyi, sosyal normlar ve tüketici etkileri faktörlerinin etki dereceleriyle ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Sosyal normal en fazla etkiyi yapar, refah düzeyi ikinci derecededir.
 - b. Tüketici etkileri en fazla belirgindir, refah düzeyi ikinci derecededir.
 - c. Sosyal normal ve tüketici etkileri birlikte en fazla etkiyi yapar, refah düzeyi ikinci derecededir.
 - d. Refah düzeyi en fazla etkiyi yapar, sosyal normlar ve tüketici etkileri eşit derecede ikinci etki sahibidir.
 - e. Üç etkenin etki derecesi de birbirine eşittir.
7. Sağlık hizmetleri pazarında arzı belirleyen üç ana unsur olan teknoloji, kapasite ve sunucu etkileri faktörlerinin etki dereceleriyle ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. En büyük etki sunucu tercihlerinden gelmektedir.
 - b. Teknoloji arzı en kuvvetle belirleyendir.
 - c. Kapasite eksikliğinde ihtiyaç ile talebin ilişkisi kuvvetlenir.
 - d. Kapasite eksikliği içinde insan kaynağı kapasitesinin önemi küçüktür ve ihmal edilebilir.
 - e. Ödeme modelleri sunucunun tavrını değiştirmez.
8. Hakkaniyetin **eşit ihtiyaçlar durumunda** hangi şekilde eşitliği sağlaması gerektiği ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Eşit erişim, yararlanım ve kalite hakkı olmalıdır.
 - b. Eşit süre yaşama hakkı verilmelidir.
 - c. Eşit erişim hakkı verilmelidir.
 - d. Eşit süre bekleme hakkı verilmelidir.
 - e. Eşit kaliteye eşit ödeme hakkı verilmelidir.
9. Sağlık hizmetlerinin üretimi ile ilgili maliyet konusunda aşağıdaki formüllerden hangisi doğrudur?
 - a. Toplam maliyet= Üretilen hizmetin miktarı / Ortalama maliyet
 - b. Toplam maliyet= Doğrudan maliyet / Dolaylı maliyet
 - c. Toplam maliyet= Doğrudan maliyet - Dolaylı maliyet
 - d. Doğrudan maliyet= Toplam maliyet / Dolaylı maliyet
 - e. Ortama maliyet = Toplam maliyet / Üretilen hizmetin miktarı
10. Ortalama hizmet maliyeti, üretim miktarı x ekseninde, fiyat ise y ekseninde olacak şekilde çizilen grafikte aşağıdaki eğrilerden hangisini gösterir?
 - a. U şeklinde.
 - b. Düz bir plato çizerek.
 - c. Karnı aşağıya çökük ve giderek düşüş gösteren.
 - d. Karnı aşağıya çökük ve giderek yükseliş gösteren.
 - e. Çok dik bir doğrusal çizgi.

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. a Yanıtınız yanlış ise "Giriş" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
2. d Yanıtınız yanlış ise "İnsani Gelişmişlik Endeksi" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
3. c Yanıtınız yanlış ise "Davranışsal Ekonomi" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
4. e Yanıtınız yanlış ise "Sağlık Okuryazarlığı" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
5. c Yanıtınız yanlış ise "Tablo 2.1'de İyi düzenlenmiş ve Düzenlenmemiş Pazar" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
6. d Yanıtınız yanlış ise "Talep" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
7. b Yanıtınız yanlış ise "Arz" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
8. a Yanıtınız yanlış ise "Hakkaniyet" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
9. e Yanıtınız yanlış ise "Maliyet" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
10. a Yanıtınız yanlış ise "Maliyet" konusunu yeniden gözden geçiriniz.

Yararlanılan Kaynaklar

- Acemoglu, D., Johnson, S.,(2008) **Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth**, Journal of Political Economy, 925-985.
- Anderson, J., Greenblatt, A.,(2009). **The Cash Market in Health Care: A Community-Based Approach**, Community Development INVESTMENT REVIEW, 104-119 (http://www.frbsf.org/community-development/files/anderson_greenblatt.pdf)
- Australian Health Workforce Advisory Committee and Australian Medical Workforce Advisory Committee, (2005). **Demand for Health Services and the Health Workforce Information Paper**, ISBN 978 1 74187 044 2.
- Conell-Price, L., Jamison J. (2012). **Predicting Health Behaviors with Economic Preferences and Perceived Control**. Federal Reserve Bank of Boston Working Paper, No. 12-16.
- Cutler, D., Glaeser, E. **What Explains Differences in Smoking, Drinking and Other Health-related Behaviors?** National Bureau of Economic Research Working Paper **11100** (<http://www.nber.org/papers/w11100>). (erişim tarihi 2015).
- Deaton, A., (2003). **Health, Income, and Inequality**, NBER Reporter: Research Summary Spring. (<http://www.nber.org/reporter/spring03/health.html>).
- Fox J., (2012). **The Economics of Well Being**, Harvard Business Review, January–February (çevrimiçi: <https://hbr.org/2012/01/the-economics-of-well-being>)
- Frank RG., **Behavioral Economics and Health Economics**, National Bureau of Economic Research Working Paper **10881** (<http://www.nber.org/papers/w10881>)
- Jean P. Drouin, Viktor Hediger, Nicolaus Henke, Health care costs: A market-based view, The McKinsey Quarterly Report, September 2008.
- Kickbusch, I., (2007). Health Governance: The Health Society (Chapter in Health and Modernity The Role of Theory in Health Promotion, Authors: David V. McQueen, Ilona Kickbusch, Louise Potvin, Jürgen M. Pelikan, Laura Balbo, Thomas Abel. Springer ISBN: 978-0-387-37757-5 (Print) 978-0-387-37759-9 (Online)
- Murphy KM., Topel RH., (2006). **The Value of Health and Longevity**, Journal of Political Economy, vol. 114, no. 5.
- Reinhardt U., (2012). **Divide et Impera: Protecting the Growth of Health Care Incomes (Costs)**, Health Econ. 21: 41–54, Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/hecl.1813.

- Rice, T., (2013). **The behavioral economics of health and health care**. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:431-47. doi: 10.1146.
- Sayım, F., (2015). **Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler**, Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi Yazıları; (www.akademikarge.com).
- Tıraş,HH., (2013). **Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme**, [http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/2013-9\(1\).pdf](http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/2013-9(1).pdf)
- Uz, H., (1998). **Sağlık Ekonomisi**, Sağlık Hizmetleri El Kitabı (Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur), Yüce Yayınları, İstanbul.
- WHO, (2000). **The World Health Report 2000 -Health Systems: Improving Performance**, Geneva, 2000.
- WHO, (2001). **Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development**. <http://www3.who.int/whosis/cmh.>
- WHO, (2003). *Learning to live with Health Economics* (Edited by H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith), Copenhagen.
- Wikipedia, ([https://en.wikipedia.org/wiki/Behavior_change_\(public_health\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Behavior_change_(public_health)))(çevrimiçi: erişim tarihi 2015).

3

Amaçlarımız

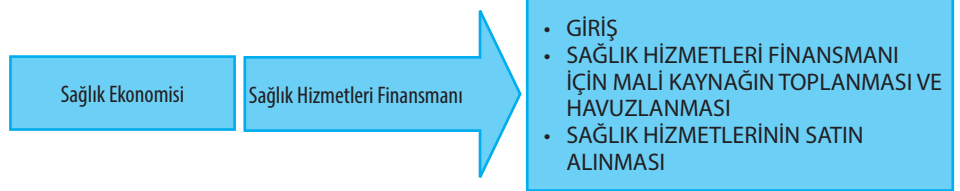
Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- Sağlık hizmetleri finansman sisteminin fonksiyonlarını ayırt edebilecek,
- Sağlık hizmetleri finansmanı için mali kaynağın toplanma yöntemlerini ve havuzlanmasını açıklayabilecek,
- Sağlık hizmetleri için havuzlanan mali kaynaktan satın alımları yapmakta kullanılan yöntemleri açıklayabilecek bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.

Anahtar Kavramlar

- Sağlık Sigortası
- Sağlık Finansmanı
- Sağlık Harcamaları
- Finansman Kaynağı
- Mali Kaynak
- Ödeme Yöntemi
- Ön Ödeme
- Risk Havuzlama/Paylaşımı
- Katastrofik Harcama
- Yoksulluk
- Hakkaniyet
- Verimlilik

İçindekiler



Sağlık Hizmetleri Finansmanı

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, bir toplumun sağlık düzeyi, refah düzeyi ve sosyal iyilik hâli ile ilişkili olması sebebiyle temel yatırım alanlarından biridir. Global olarak bir yılda gerçekleşen toplam sağlık harcaması 5,3 trilyon dolara ulaşmıştır. Ülkelerin, milli gelirlerinden (gayrisafi yurt içi hasıla, GSYİH) sağlık hizmetlerine ayırdıkları pay, 2012 yılında %8,6 olarak gerçekleşmiştir. Bu payın büyüklüğü ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Düşük gelirli ülkeler milli gelirlerinin yaklaşık %5'ini sağlık için ayırırken, yüksek gelirli ülkeler yaklaşık %12'sini ayırmaktadır. Dünyada sağlığa en fazla pay ayıran ülke, yaklaşık %17 ile Amerika Birleşik Devletleri'dir (ABD).

Sağlık hizmetleri finansmanı, bir ülkenin sağlık sisteminin performansını etkileyen unsurlardan biridir. Çünkü bireysel ve toplumsal olarak ihtiyaç duyulan hizmetlerin var olmasını, var olan hizmetlere erişimi ve kullanımı, kaliteli hizmet kullanımını, sunulan hizmetlerin verimliliğini, toplumun sağlık düzeyini, finansal riske karşı korumayı ve memnuniyeti olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. Dolayısıyla sağlıklı bir toplum için *iyi işleyen bir finansman sistemi* şarttır. Dünya örnekleri göstermektedir ki, milli gelirlerinden sağlığa daha fazla pay ayıran ülkeler daha sağlıklı bir topluma sahiptir. Ancak, *mali kaynağın (paranın) büyüklüğü* ile sağlık düzeyi arasındaki bu ilişki mutlak değildir. Örneğin, ABD sağlığa en fazla pay ayıran ülke olmasına rağmen, sağlık düzeyi en iyi ülke konumunda değildir. Bu da, sağlığa ayrılan mali kaynağın büyüklüğü kadar, nereye ve nasıl harcadığının da önemli olduğunu göstermektedir.

Sağlık hizmetleri için gerekli mali kaynağın nerelerden toplanacağı, dolayısıyla sağlık harcamalarının yaratacağı finansal yükü kimin daha fazla üstleneceği, toplanan mali kaynağın nerede ve nasıl havuzlanacağı ve havuzlanan mali kaynağın hangi hizmetler için nasıl harcanacağı konuları, sağlık hizmetleri finansmanının odaklandığı ana konulardır. Sağlık hizmetleri finansmanı bu alt bileşenler ile hem arzı hem de talebi etkileyebilmektedir. Bu da, kit olan ülke kaynaklarının kullanımında finansmanın önemine işaret etmektedir. Bu önemi sebebiyle sağlık hizmetlerinin finansmanı, ülkelerin hakkında sağlık politikası belirlediği konular arasındadır (Bakınız: Ünite 5). Bu ünite de sağlık hizmetleri için gerekli mali kaynağın toplanması, havuzlanması ve sağlık hizmetlerinin satın alınması ile ilgili temel konular anlatılacaktır.

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI İÇİN MALİ KAYNAĞIN TOPLANMASI VE HAVUZLANMASI

Sağlık finansmanının birinci fonksiyonu, sağlık sisteminin işlevlerini yapabilmesi için gerekli mali kaynağın toplanmasıdır. Mali kaynak, dört *finansman kaynağından* gelmektedir: 1) devlet, 2) hanehalkları, 3) firmalar ve 4) dış yardımlar. Mali kaynağın buralardan toplanması ise belirli yöntemlerle gerçekleşmektedir.

Dünyada yaygın olarak kullanılan yöntemler vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten ödemelerdir. Bazı ülkelerde beşinci bir yöntem olarak genel sağlık sigortası da (GSS) kullanılmaktadır. Bu yöntemleri kamu ve özel olarak aşağıdaki gibi gruplandırmak mümkündür:

Kamu:

- Vergiler
- Sosyal sağlık sigortası
- Genel sağlık sigortası

Özel:

- Özel sağlık sigortası
- Cepten ödemeler

Ülkeler sağlık hizmetlerini finanse etmek için bu yöntemlerin sadece birini kullanmayı tercih edebildikleri gibi, hepsini karma olarak da kullanabilirler. Tablo 3.1'de görüldüğü gibi, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2012 yılında %5,1 ile %11,6 arasında değişmiştir. Ülkelerin gelir düzeyindeki farklılığın sağlığa ayrılan payda belirgin farklar yarattığı görülmektedir. Gelir düzeyi yüksek ülkeler beklenilenin aksine, mali kaynağın büyük çoğunluğunu özel kaynaklardan değil, kamu kaynaklarından sağlamaktadır. Özel kaynaklarla sağlık hizmetlerini en fazla finanse eden ülkeler, düşük gelirli ülkelerdir. Ve yine bu grup ülkelerde cepten harcamalar özel harcamaların çok büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Dolayısıyla düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetleri temelde cepten ödemeler ile finanse edilmektedir.

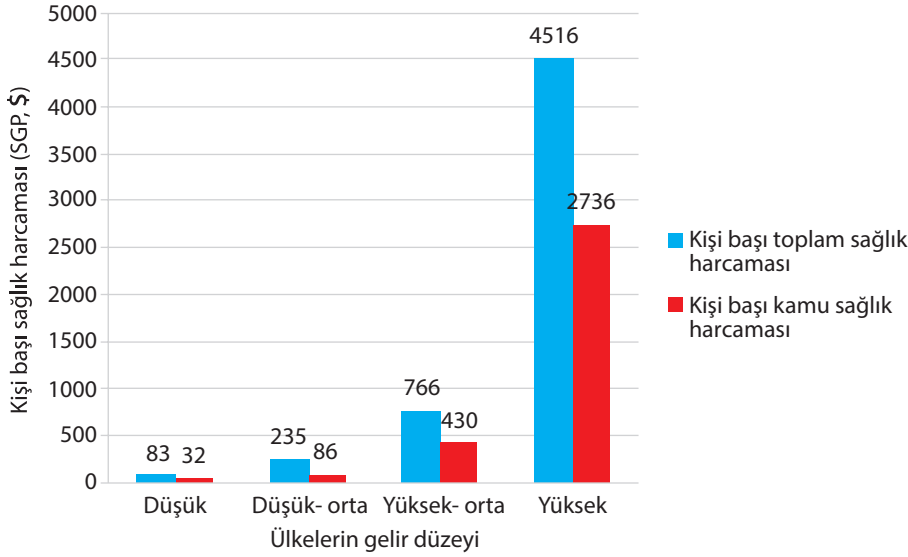
Cepten ödemelerin boyutu, özellikle yoksulluk ve informal sektörün yaygınlığı nedeniyle vergiler ve sosyal sigorta primleri aracılığı ile sağlık için yeterli mali kaynağın toplanmadığı gelişmekte olan ülkelerde çok daha yüksektir. Yine bu grup ülkeler, sağlık hizmetlerini finanse etmek için dış yardımları en fazla kullanan ülkelerdir.

Tablo 3.1
2012 Yılında Ülkelerin
Gelir Düzeyine Göre
Sağlık Harcaması

Kaynak: Dünya
Sağlık Örgütü Sağlık
İstatistikleri 2015
(World Health
Organization Health
Statistics 2015)

	Ülkenin Gelir Düzeyi			
	Düşük	Düşük-Orta	Yüksek-Orta	Yüksek
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (%)	5.1	4.1	6.0	11.6
Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%)	38.8	36.4	56.2	60.6
Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%)	61.1	63.65	43.8	39.3
Cepten harcamanın özel sağlık harcamaları içindeki payı (%)	77.6	86.7	74.2	38.5
Özel sigorta harcamalarının özel sağlık harcamaları içindeki payı (%)	1.5	3.7	16.5	49.4
Dış yardımların toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%)	29.7	2.3	0.3	0.0

Kişi başı yapılan sağlık harcaması da ülkelerin gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir (Tablo 3.2). Ülkelerin gelir düzeyi yükseldikçe kişi başı toplam sağlık harcaması ve bunun kamu kaynakları ile gerçekleştirilen kısmı artmaktadır. Bu da, gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde özel sigorta ve cepten ödemelere daha az bel bağlanıldığını göstermektedir.



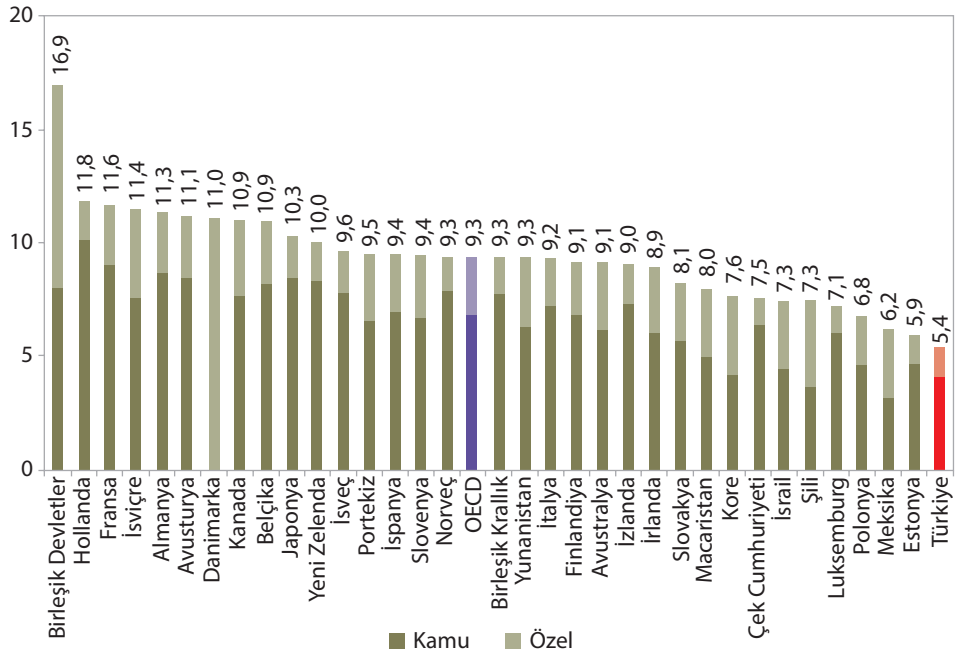
Tablo 3.2
Ülkelerin Gelir Düzeyine Göre Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması ve Kamu Sağlık Harcaması

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü Sağlık İstatistikleri 2015 (World Health Organization Health Statistics 2015)

Spesifik ülke örneklerine bakılacak olursa, örneğin Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütüne (OECD) üye ülkelerin bir yılda yaptıkları toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 2012 yılında ortalama %9,3 olarak gerçekleşmiştir. Sağlığa millî gelirinden en fazla pay ayıran ülke %17 ile ABD'dir. Türkiye ise %5,4 ile üye ülkeler arasında sağlığa en az pay ayıran ülke konumundadır. Bu tür karşılaştırmalar, ülkelerin sağlık harcamaları konusunda fikir vermekle birlikte yanıltıcı olabilir. Çünkü ülkelerin sağlık sistemine ayırdığı mali kaynağın boyutu, sadece ülkenin millî gelirinden etkilenmez. Ülkelerin demografik yapısı (yaşlı nüfus yüzdesi), hastalık yapısı (kronik hastalıkların boyutu), hizmet sunum organizasyonu, sağlık hizmetlerini satın almada kullandıkları yöntemler de bu payın boyutunu etkileyen faktörlerdir. Örneğin, gelir düzeyi, demografik yapısı ve hastalık yapısı açısından benzer durumdaki iki ülkeden birinde sağlık harcamasının daha düşük olması, daha uygun hizmet satın alma yöntemlerinin kullanılmasından kaynaklanıyor olabilir. (Ülkelerin sağlık harcamalarındaki farklılıkları karşılaştırırken nelerin dikkate alınması gerektiği konusunda detaylı bilgi için bakınız ünite 1). Tablo 3.3 ayrıca ABD dışında tüm üye ülkelerin toplam sağlık harcamalarının büyük kısmının kamu kaynaklarıyla gerçekleştirildiğini göstermektedir.

Tablo 3.3
2012 Yılında OECD
Ülkelerinde Toplam
Sağlık Harcamalarının
GSYİH İçindeki Payı

Kaynak: Sağlık
Bakanlığı Sağlık
İstatistikleri Yıllığı
(2013)



Türkiye’de yıllar itibarıyla gerçekleşen sağlık harcamalarına bakıldığında, toplam sağlık harcaması miktarı nominal olarak artmıştır (Tablo 3.4). 2002 yılında 188 dolar olan kişi başı toplam sağlık harcaması da 2013 yılında 583 dolara yükselmiştir. Milli gelirden sağlığa ayrılan pay 2009 yılında 6,1 düzeyine çıkmış ancak izleyen yıllarda 2002 yılı seviyesine gerilemiştir. Toplam sağlık harcaması içinde kamu kaynaklarıyla yapılan harcamanın payı 2009 yılından sonra azalırken, cepten harcamaların payı artmıştır.

Tablo 3.4
Türkiye’de Sağlık
Harcamaları

Kaynak: Türkiye
İstatistik Kurumu,
Sağlık Harcamaları
İstatistikleri 2013

	2002	2003	2006	2009	2012	2013
TSH (milyon \$)	12 389	16 159	30 599	37 493	42 332	44 317
TSH / GSYİH (%)	5,4	5,3	5,8	6,1	5,4	5,4
Kişi başı TSH (\$)	188	242	441	521	566	583
Kamu / TSH (%)	70,7	71,9	68,3	81,0	76,8	78,5
Cepten / TSH (%)	19,8	18,5	22,0	14,1	15,4	16,8

Not: TSH: toplam sağlık harcamasını ifade etmektedir.

Sağlık hizmetleri için gerekli mali kaynağın toplanmasında kullanılan her yöntemin avantajı ve dezavantajı bulunmaktadır. Mali kaynak toplamada kullanılan yöntemlerin anlatımına geçmeden önce, bazı temel kavramları öğrenmek yararlı olacaktır.

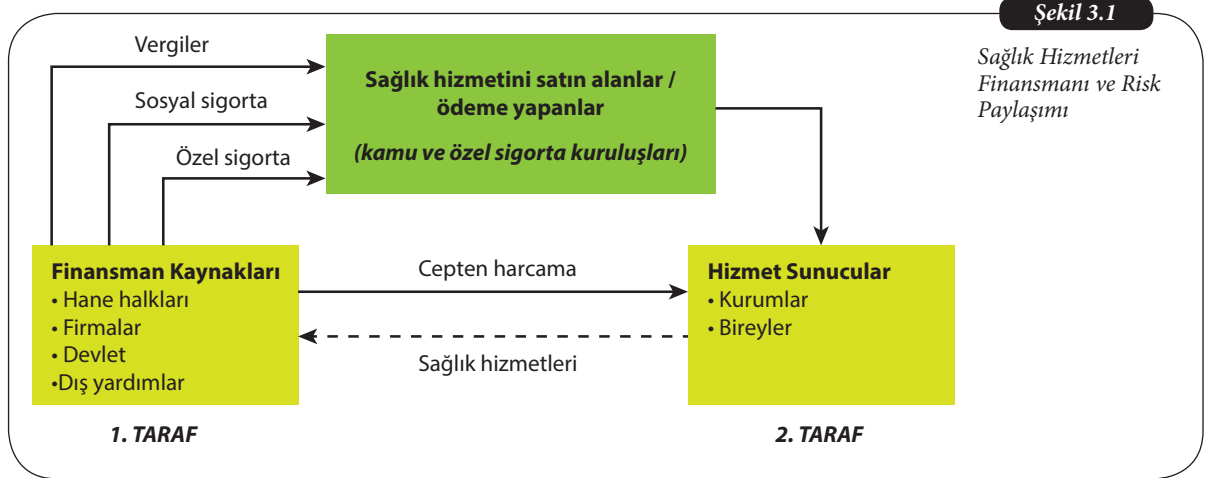
Sağlık sigortası, sağlık harcamalarının yaratacağı finansal riske karşı korunmak amacıyla yapılan sigortadır. Sağlık sigortası ile bu risk, kısmen veya tamamen, belli bir prim karşılığında kamu veya özel bir sigorta kuruluşu tarafından üstlenilir. Dolayısıyla sağlık sigortası ile finansal risk birey ve sigorta kuruluşu arasında belli ölçülerde paylaşılır. Sağlık sigortası bu özelliği sebebiyle hem arzı hem de talebi etkiler.

Sağlık sigortasına sahip olmak, ihtiyaç duyulan hizmetlerin alınmasına ve bunların aile bütçesinde yaratacağı finansal yükün en azından azaltılmasına yardımcı olur. Sağlık sigortasının sağladığı bu önemli faydalar aslında, sigortanın sağlık hizmetine olan talebi etkilediği anlamına gelir. Bir başka ifadeyle sigortalı olma durumları kişilerin sağlık

hizmetlerini alıp almayacaklarına ve ne düzeyde alacaklarına ilişkin kararlarını etkiler. Sağlık sigortası sadece kişilerin davranışlarını yani talep cephesini etkilemez, arz cephesini de etkiler. Bir hastasının sağlık sigortasına sahip olmaması ve gelir düzeyinin düşük olması durumunda hekimin isteyeceği tetkikler ve uygulayacağı tedaviyle ilgili kararları değiştirebilir. Bu kararlar hastanın belki de daha düşük kaliteli hizmet almasına sebep olabilir. Hastanın sağlık sigortasına sahip olması ve hatta cepten ödeme yapma yükümlülüğünün olmaması durumunda ise hekim gereksiz teşhis ve tedavi yöntemlerine başvurabilir. Sağlık sigortası hem talep edenlerin hem de arz edenlerin davranışlarını etkileyerek esas itibarıyla kit kaynakların kullanımını etkiler. Bu sebeple sağlık sigortası sağlık ekonomisindeki önemli konulardan biridir.

Sağlık sigortasının olması veya doğrudan devlet güvencesi altında olunması bir ön ödeme mekanizmasının olduğu anlamına gelir. *Ön ödeme*, kişilerin ya da hanehalklarının riskleri paylaşmak için kamu veya özel üçüncü taraf ödeyicilere gönüllü ya da zorunlu olarak yaptıkları ödemelerdir. Ön ödeme mekanizması ile yapılan ödemeler bir *havuzda* toplanır. Böylece, sağlık sigortasının olmaması durumunda kişilerin yaşayabileceği sorunlar ön ödeme mekanizmasının olması durumunda en azından azalabilir. Dört temel yöntem arasında vergiler, sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası ön ödemenin olduğu, cepten harcamalar ise ön ödemenin olmadığı mali kaynak toplama yöntemidir.

Sağlık hizmetleri finansmanı ile sağlık hizmetleri sunumu arasında yakın bir ilişki vardır. Bu ilişki, sağlık hizmetleri üçgeni ile açıklanır (Şekil 1.3). Bu üçgene göre, üç taraf vardır. **Birinci taraf**, sağlık hizmetlerini alan ve bunun için de vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler ile sisteme mali kaynak sağlayan taraftır. Vergiler, sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası yöntemleri ile toplanan mali kaynak üçüncü tarafa aktarılır. **Üçüncü taraf**, kendisine aktarılan kaynağı bir havuzda toplar ve toplanan kaynak ile ikinci taraftan sağlık hizmetlerini satın alır. Üçüncü taraf, kamu veya özel sağlık sigortası sağlayan kuruluşları içerir. Üçüncü tarafın önemi, farklı özellikteki kişilerin *finansal riski paylaşmasını* sağlamasıdır. Örneğin, yaşlı bireyler gençlere göre daha fazla sağlık sorunu yaşarlar, dolayısıyla daha sık ve muhtemelen daha maliyetli sağlık hizmeti alırlar. Yaşlı bireyler, sağlık sigortasına sahip olduklarında sigortalı genç bireyler tarafından finanse edilir, böylece risk paylaşılır. Benzer bir örneği yoksul ve zengin kişiler için de vermek mümkündür. Bu durumda, zengin kişiler yoksul kişileri finanse ederek onların finansal riski paylaşır. **İkinci taraf**, sağlık hizmeti sunucularıdır. Hizmet sunucuları kurumsal (örneğin, hastane, diyaliz merkezi, görüntüleme merkezi, özel dal merkezi) olabileceği gibi bireysel de (örneğin hastanede çalışan hekimler, hemşireler) olabilir.



Özetle bir sağlık sorunumuz olsun veya olmasın, üçüncü taraf ödeyicilere önceden ödeme yaparak sağlık sigortasına sahip olmak, sağlık hizmetlerinin belirsizliği nedeniyle ihtiyaç duyulan hizmeti alamama sorununu en aza indirmeyi, alındığında ise finansal riske karşı korunmayı sağlayabilir. Ancak, unutulmamalıdır ki, sağlık sigortası hizmete erişim ve kullanım kolaylığını ve finansal riske karşı korunmayı %100 garanti etmeyebilir. Bu durum, ileri de açıklanacağı üzere, cepten ödemeler ile yakından ilişkilidir.

Finansmanda Hakkaniyet:

Yoksul kişilerin zengin kişilere göre gelirlerinden sağlığa ayırdığı payın daha fazla olması demektir.

Finansal Riske Karşı Koruma:

Kişilerin katastrofik sağlık harcaması yapmamasını ve yaptıkları sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşmamasını veya yoksulluklarının daha da derinleşmesini temin etmektedir.

Katastrofik Sağlık Harcaması:

Hanelerin gelirlerinden sağlık amaçlı yaptığı harcamalarının toplam gelirleri içindeki payının belirli bir yüzdeyi geçmesidir.

Ön ödeme yöntemleri arasında hangisi tercih edilmelidir konusuna karar verebilmek için seçilecek yöntemin *hakkaniyet*, *finansal riske karşı koruma*, *risk havuzlama* ve *ekonomik etkilerinin* dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. Hakkaniyet, hem sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım hem de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından ele alınan önemli performans göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında hakkaniyet Ünite 2'de açıklanmıştır. *Finansmanda hakkaniyet*, yoksul kişilerin zengin kişilere göre gelirlerinden sağlığa ayırdığı payın daha fazla olması demektir. Bir başka ifadeyle kişiler sağlık hizmeti ihtiyaçları nispetinde değil, gelirleri nispetinde sağlık hizmetlerine mali kaynak sağladığında finansmanda hakkaniyet sağlanmış olacaktır. Aksi durum, zengin kişilerin yoksul kişilere göre sağlık harcamalarının yaratacağı riski daha az üstleneceği, dolayısıyla risk paylaşımının tersine döneceği anlamına gelmektedir. Hem sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında hem de finansmanda hakkaniyetin sağlanması önemlidir. Aksi hâlde, yoksul kişiler sağlık hizmetlerini alamayabilecek veya gelirlerinden daha fazla payı sağlığa ayırmak zorunda kalabilecek ve bundan dolayı sağlık hizmetleri ile diğer zorunlu ihtiyaçları arasında sağlık hizmetleri aleyhine bir tercih yapmak zorunda kalabilecektir. Bu iki durum, yoksul kişilerin zaten daha kötü olan sağlık düzeyinin daha da kötüleşmesine, çalışmamasına ve buna bağlı gelir kaybına, dolayısıyla ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini alamamasına ve yoksullaşmasına yol açabilir. Özetle, erişim, kullanım ve finansmanda hakkaniyetin temin edilememesi, sağlık düzeyinde kötüleşme ile yoksullaşma arasında kısır bir döngünün oluşmasına yol açabilir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre, bir ülkenin vatandaşlarını sağlık harcamalarının yaratacağı finansal riske karşı koruması gerekir. Bunun için ülkelerin vatandaşlarının *katastrofik sağlık harcaması yapmamalarını*, sağlık harcaması nedeniyle *yoksullaşmamalarını* ve mevcut yoksulluklarının daha da *derinleşmemesini* sağlaması gerekmektedir. Katastrofik sağlık harcaması, hanelerin gelirlerinden sağlık amaçlı yaptığı harcamaların toplam gelirleri içindeki payının belirli bir yüzdeyi geçmesi durumunda meydana gelir. Yoksullaşma konusu cepten ödemeler başlığı altında daha detaylı anlatılmaktadır.

SIRA SİZDE



1

Ön ödeme ile üçüncü taraf arasındaki ilişkiyi anlatınız.

DİKKAT



Sağlık düzeyi ile yoksullaşma arasındaki ilişki bir kısır döngüdür.

Mali Kaynak Toplama Yöntemleri ve Havuzlama

Sağlık hizmetleri için gerekli mali kaynağı toplamada çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Şimdi gelin sırayla bunların neler olduğunu hep birlikte inceleyelim.

Vergiler

Toplanan vergiler aracılığıyla sağlık hizmetlerine mali kaynak sağlama yöntemi, II. Dünya Savaşı sonrası William Beveridge tarafından İngiltere'de geliştirilmiştir ve *Beveridge Modeli* olarak da adlandırılır. Model, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişiler hangi hizmete, ne zaman ihtiyaç duyarsa ücretsiz olarak alırlar, görüşüne dayanır. Devlet, vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerine mali destek sağlar. Sağlanan desteğin düzeyi, ekonomik ve siyasi rejim farklılıklarını da içeren birçok nedene bağlı olarak ülkelere göre değişmektedir. Arala-

rında İngiltere, Kanada, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz ve Yunanistan'ın bulunduğu çok sayıda ülke sağlık hizmetleri için gerekli mali kaynağı vergilerle toplamaktadır.

Vergilerle finanse edilen sistemler, sağlık harcamalarının çoğunluğunun vergi ödemeleri ile karşılandığı veya vergilerle finanse edilen kısmın diğer bileşenlerden büyük olduğu sistemlerdir. Örneğin, İngiltere'de sağlık hizmetleri vergilerle finanse edilmekle birlikte cepten ödemeler, özel sağlık sigortası ve sosyal sigortası da kullanılmaktadır, ancak göreceli olarak üstlendikleri rol çok daha düşüktür.

Bu yöntemde, tüm toplumun sağlık harcamaları, belirlenen katkı payları dışında, devlet tarafından karşılanır. Hekimlere verdikleri hizmetin karşılığı, maaş ya da kişi başına ödeme yöntemi ile ödenir. Kurumsal hizmet sunuculara ödemeler merkezi idare tarafından belirlenen bütçeler ile yapılır.

Vergi gelirleri, dolaylı ve dolaysız vergilerle toplanan gelirden oluşur. Dolaysız vergiler, bireylerin elde ettikleri gelir düzeyine göre doğrudan alınan vergilerdir. Dolaylı vergiler ise gelire ilişkili olmayan, tüketilen mal ve hizmetler üzerinden alınan vergilerdir. Bireylerin dolaylı vergilerden ne kadar etkileneceklerini tüketim alışkanlıkları belirler.

Vergilerle mali kaynak toplamının pozitif yönleri:

- Sağlığa ayrılacak kaynak havuzu genişler.
- Sağlık harcaması yükü, bireyin gelirine (ödeme gücüne) göre dağılır. Az kazanan az, çok kazanan çok vergi ödeyerek sistemin finansmanına katkıda bulunur. Bireyin ödeme gücü, sistemin finansmanı için kişisel katkısının belirlenmesine temel oluşturur, ancak sağlık hizmeti alma hakkına temel oluşturmaz. Bir başka ifadeyle az vergi ödeyen kişiler sağlık hizmetinden az yararlanacak demek değildir.

Vergilerle mali kaynak toplamının negatif yönleri:

- Vergi sisteminde adalet sağlanmadığında (çok kazananlardan az vergi alındığında), zengin kişiler sağlık hizmetleri için göreceli olarak daha az mali kaynak sağlayacaktır. Bu da, hakkaniyeti zedeleyecektir.
- Millî gelirden sağlığa ayrılan pay düşük olduğunda, dolaylı vergilerin artırılması yoluna gidilebilir. Örneğin, sigaraya ek vergi getirilerek sigara tüketiminin azalması, böylece sağlık düzeyinde iyileşme hedeflenebilir. Ek vergi, sigara içmenin sosyal maliyetini (negatif dışsallığını) azaltabilir ve vergi gelirlerini artırılabilir. Ancak ek vergi, sigara tüketimini azaltmada her zaman çok etkili olmayabilir. Sigara bağımlılık yaratan bir madde olduğu için talep esnekliği nispeten katıdır. Bu nedenle ek vergi hanehalkı bütçesine ilave yük getirir. Ayrıca, sigaraya getirilen verginin hakkaniyetli olmadığı, bir başka ifadeyle yoksulların zenginlere göre gelirlerinden daha fazla payı sigara vergisine ayırdıkları da vakıdır.
- Sağlık ve diğer alanlara ne kadar pay ayrılacağı konusunda, politik tercihler önem kazanır. Ancak, bir nokta hatırla tutulmalıdır. Sağlığa ayrılan kaynağın miktarı kadar, bu miktarın sağlık sektörü içindeki dağılımı da önemlidir. Kaynaklar daha ziyade tedavi edici hizmetlere ayrıldığında toplumun sağlık düzeyini korumaya ve iyileştirmeye yönelik sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmeyecektir.

Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası, 1883 yılında Almanya'da Bismarck tarafından geliştirilmiştir. Bu sebeple *Bismarck Modeli* olarak da bilinir. Bu yöntem, *prim* esasına dayalıdır. Prim ödemeleri şirketler ve çalışanları, kendi hesabına çalışanlar ve devlet tarafından yapılır. Şirketlerin ve çalışanlarının yaptıkları prim ödemeleri, çalışanın aldığı maaşın miktarına bağlıdır. Kendi hesabına çalışan kişilerin ödedikleri primler ise çoğunlukla tahmini gelir ya da sabit bir fiyat üzerinden belirlenir. Devlet, ödeme gücü olmayan kişiler için katkı

yapar. Böylece çeşitli kesimlerden toplanan primlerle aslında bir *sağlık sigortası fonu (havuz)* oluşturulur. Kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri bu havuzda toplanan mali kaynaktan karşılanır.

Devletin bu sigorta fonuna katkısı sadece ödeme gücü olmayan kişilerin primlerinin ödenmesi şeklinde gerçekleşmez. Devlet, genellikle vergi gelirleri ile bu kurumu *sübvans* eder. Primlerle gelir toplaması beklenen sigorta kurumu neden sübvans edilir? Sağlık hizmetleri pahalı hizmetlerdir. Sübvansiyon yapılmaması için toplanacak primlerin bu pahalı hizmetleri karşılayacak miktarda olması gerekir. Ancak bu her zaman mümkün olmaz. Yüksek miktarda prim ödemeleri işverenin iş gücü maliyetini artırır. Bu da, istihdamın azalmasına, çalışan ücretlerinin azalmasına veya sigortasız işçi çalıştırılmasına yol açabilir. İşveren penceresinden ele aldığımız bu ekonomik sonuçlar, ciddi boyuta ulaşabilir.

Sosyal sağlık sigortası, bir noktada vergilerle benzerlik gösterir. Ödenecek primin miktarı ile kişinin sağlık düzeyi arasında bir bağ kurulmaz, bir başka ifadeyle sağlık düzeyi daha kötü olan kişiler daha yüksek prim ödemek zorunda bırakılmaz. Ancak, bu yöntemin vergilerden belirgin farkları vardır. Bunlardan biri, sosyal sağlık sigortasının *tahsisli vergi* olmasıdır çünkü kişilerin gelirlerinden sağlık amaçlı kullanılmak üzere zorunlu katkı kesilir. İkinci farkı, sosyal sağlık sigortasının *sosyal dayanışma prensibine* dayanmasıdır. Bir başka ifadeyle toplanan primlerle zenginler yoksulları, gençler yaşlıları, sağlıklı kişiler hastaları finanse ederler. Üçüncü farkı, toplumun sadece belirli bir kesimi sigorta kapsamına alınır. Dördüncü farkı, sosyal sigortada bağlı bulunan kişilerin hizmetten yararlanma koşullarının belirli olmasıdır. Prim ödemeleri yapıldığı sürece kişiler belirlenen *sağlık hizmeti paketinden* yararlanırlar. Hizmet paketinde neyin yer alacağı, bir başka ifadeyle hangi hizmetlerin sigortalı kişi için sosyal sigorta kurumu tarafından satın alınacağı konusunda bir standart bulunmamaktadır. Bu konu ile ilgili kararların keyfi verilmemesi amacıyla bazı özel uygulamalar mevcuttur. Bunlara kısaca “Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması” başlığı altında yer verilmektedir (detaylı bilgiler için 7. Ünite’ye bakınız).

Son olarak, primlerin toplandığı havuzu yöneten, sayıları ülkelere göre farklılık gösteren sosyal sigorta kurumları vardır. Bu kurumlar genellikle kâr amaçlı değildir ve devletin denetimindedir. Örneğin, Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmadan önce Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur, Emekli Sandığı, aktif devlet memurları için ayrılan sigorta fonu ve Yeşil Kart programı bu kurumlara örnektir.

Sosyal sigorta kurumlarının sayısı, bir başka ifadeyle havuzlama fonksiyonunu yerine getiren kurumların sayısı önemli bir konudur. 2006 yılında SGK’nın kurulması ile birlikte Türkiye’deki tüm sosyal sigorta kurumları ve programları SGK çatısı altında toplanmış, böylece tek bir sosyal sigorta kurumu oluşturulmuştur. Etkili ve verimli şekilde primlerin toplanması, risk paylaşımı ve finansal riske karşı koruma açısından tek bir sosyal sigorta kurumunun olması avantajlıdır. Tek bir sosyal sigorta kurumunun olması hakkaniyet açısından da avantaj sağlayabilir, özellikle farklı sosyal sigorta kurumları farklı politikalar uyguladığında. Örneğin, geçmişte Türkiye’de SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, aktif memurlar ve Yeşil Kart sahipleri sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım ve yapılan harcamalar açısından farklılık göstermekteydi ve bu farklılık hakkaniyetsizliğe yol açmaktaydı. Tek bir sosyal sigorta kurumunun olması durumunda, ilgili kurum aynı zamanda **monopsonik güce** de sahip olmaktadır. Bu güç onun sağlık hizmetleri satın alımında fiyat dahil oyunun kurallarını koymasını sağlar.

Bu yöntem birçok gelişmekte olan ülkede kullanılmakla birlikte, Fransa, Belçika, Avusturya, İsrail, Hollanda ve İsviçre gibi OECD ülkeleri arasında yaygındır. Birçok ülkede sosyal sağlık sigortası zaman içinde yaygınlaştırılır ve sonunda tüm nüfus sigorta kapsamına alınır. Tüm nüfusun sigorta kapsamına alındığı yöntem, daha sonra anlatılacak olan genel sağlık sigortası (GSS) yöntemidir.

Monopsonik Güç: Monopson kavramı tek bir satın alıcı olmasıdır. Monopson güç ise tek satın alıcının sahip olduğu pazarlık gücüdür.

Sosyal sağlık sigortası yönteminin avantajları:

- Sağlık sektörüne sürekli ve tahmin edilebilir düzeyde bir ek mali kaynak sağlar.
- İyi uygulandığı takdirde, en az vergiler kadar hakkaniyetli bir yöntemdir.

Sosyal sağlık sigortası yönteminin dezavantajları:

- Bu yöntem, özellikle formal sektörde çalışanların yüzdesinin düşük, bir başka ifadeyle informal sektörde çalışanların yüzdesinin yüksek olduğu durumda, verimli bir yöntem değildir. Çünkü ne işverenden ne de çalışandan prim toplanamayacaktır.
- Prim miktarının yüksek olması durumunda, ciddi ekonomik etkileri olabilir.

Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası, belirli bir sağlık hizmeti paketi için tüm toplumun sigorta kapsamına alınmasıdır. Bu yöntem aslında bir sosyal sağlık sigortasıdır. Ancak, sosyal sağlık sigortasında olduğu gibi, belirli kesimleri kapsayan birden fazla sigorta kurumu yerine tek bir sigorta kurumu vardır ve bu kurum, tüm topluma aynı sağlık hizmeti paketini sunar. Bir başka ifadeyle hem ön ödeme mekanizması devrededir hem de toplanan mali kaynak tek bir havuzda toplanmaktadır.

Genel sağlık sigortasının *kapsam, derinlik ve maliyet* olmak üzere üç boyutu vardır. *Kapsam*, toplumun yüzde kaçının sigorta kapsamına alınacağı ile ilgilidir. Genel sağlık sigortasında hedef, toplumun tamamının sigorta kapsamına alınmasıdır. *Derinlik*, sigortanın sağlayacağı hizmet paketine hangi tür hizmetlerin dahil edileceği ile ilgilidir. *Maliyet* ise GSS için ihtiyaç duyulacak mali kaynağın yüzde kaçının ödeme kapsamında olacağı ile ilgilidir. Bir başka ifadeyle primler ve sübvansiyonla maliyetlerin ne kadarlık kısmının karşılanacağına karar verilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılı raporuna göre, GSS'yi uygulayan varlıklı ülkelerde bile nüfusun tamamının tüm ihtiyaç duydukları hizmetler için ve hiç cepten ödeme yapmadan sağlık sigortasına sahip olduğu durum henüz gerçekleşmemiştir. Prim gelirleri, sübvansiyon ve cepten ödemeler GSS'de temel mali kaynaklardır. Hedef, nüfusun %100'ün sigorta kapsamına alınması olduğundan, bu hedefe ulaşmanın maliyeti yüksek olacaktır. Artan maliyet nasıl karşılanacak? Artan maliyet, aşağıda belirtilen çeşitli yollarla karşılanabilir:

- Hizmet paketinde küçülme (kapsanan hizmetlerde azalma) yapılabilir. Bu da, cepten ödemelerin artacağı anlamına gelebilir.
- Hizmet paketinde küçülme yapmadan cepten ödemeler artırılabilir.

Genel sağlık sigortasında cepten ödemelerin artırılması değil, tam tersine azaltılması gerekmektedir. Şu hâlde, hem hizmet paketi genişletilerek hem de cepten ödemeler azaltılarak sistem için gerekli mali kaynak nereden sağlanacak? Dünya Sağlık Örgütüne göre, cepten ödemeleri azaltmanın tek yolu, ön ödeme yöntemleriyle ilgili bir takım iyileştirmeler yapmaktır. Bunlar;

- Prim miktarları artırılabilir. Ancak sosyal sağlık sigortasında açıklandığı üzere, bunun yapmanın ekonomik açıdan ciddi olumsuz etkileri olabilir.
- Primlerin toplanmasında kullanılan yöntemlerde iyileştirmeler, düzenlemeler yapılabilir. Örneğin, informal sektörde çalışanların sigortalı konuma gelmelerinin ve prim borcu olan kişilerin primlerini ödemelerini sağlamanın yolları bulunabilir.
- Özel sağlık sigortası teşvik edilebilir.
- Millî gelirden sağlık sektörüne ayrılan pay artırılabilir. Devlet, kendi sağlık kuruluşlarını ücretsiz yaparak veya sigorta primlerini ödeyerek yoksulları sübvansiyon edebilir.

Ne var ki, ön ödeme yöntemlerinde ve havuzlamada iyileştirmeler yapılması, gerekli mali kaynağın toplanması için yeterli değildir. Sağlık hizmetlerinde verimsizliğe yol açan faktörlerde iyileştirme yapılması şarttır. Böylece, gereksiz sağlık harcamasının azaltılması

ve kaynak miktarının artırılması mümkün olabilecektir. Sağlık hizmetlerinin satın alınmasında uygun yöntemlerin kullanılmaması, tıbbi hatalar, çalışanların motivasyonunun düşük olması verimsizliğe yol açabilecek faktörler arasındadır. Ayrıca, verimsizlik her zaman kaynakların gereğinden fazla kullanılması sonucunda oluşmaz, yeterli kaynak kullanılmadığında da verimsizlik oluşabilir. Örneğin, çalışanların motivasyonlarını düşüren faktörlerden biri düşük maaş olduğunda, çalışanların verimsiz çalışmalarının sebebi, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın yetersiz olmasıdır.

Birçok ülke GSS yöntemini kullanmaktadır. Bu yöntem Türkiye'de de 2008 yılında yürürlüğe giren GSS kanunu ile birlikte kademeli olarak hayata geçirilmiştir. Böylece SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, aktif memurlar ve Yeşil Kart sahipleri SGK çatısı altında toplanmış ve GSS ile sağlık sigortasına kavuşmuştur. Bu beş farklı programın tek çatı altında toplanmasıyla sağlık harcamaları ile ilgili riskin daha etkili bir havuzlanması sağlanmıştır. Amaç, elbette ki tüm nüfusun GSS kapsamına alınmasıdır. Ancak, GSS prim esasına dayalı bir yöntem olduğu için, herkes aylık olarak belirli miktarda prim ödemesi yapmak zorundadır. Ne kadar prim ödeneceği, kişilerin gelir düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Ödeme gücü olmayan kişilerin ve ailesi sağlık sigortasına sahip olmayan 18 yaşın altındaki kişilerin primlerini devlet vergi gelirlerinden ödemektedir. *Kapsam* açısından bakıldığında, net bir rakam verilememekle birlikte, nüfusun %85'inin GSS kapsamında olduğu söylenebilir. *Derinlik* açısından bakıldığında, koruyucu sağlık hizmetleri ve aile hekimliği hizmetleri ücretsiz olarak hizmet paketinde yer almaktadır ve harcamalar devlet tarafından karşılanmaktadır. *Maliyet* açısından bakıldığında ise cepten ödemelerde bir artış gözlenmektedir, daha önce de belirtildiği gibi. Cepten ödemelerdeki artışın frenlenmesi için birçok girişimin yanı sıra tamamlayıcı özel sağlık sigortası yürürlüğe konmuştur. Bu sigorta ile ilgili bilgiler özel sağlık sigortası başlığı altında verilmektedir.

Genel sağlık sigortası yönteminin avantajları:

- Tüm nüfusun sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımının artırılması
- Finansal riske karşı korumanın artırılması (cepten ödemeler artırılmadığı takdirde)

Genel sağlık sigortası yönteminin dezavantajları:

- Genel sağlık sigortasını hayata geçirmek her ülke için kolay bir süreç olmayabilir. Gelişmiş ülkelerde bile GSS'ye geçilmesi uzun zaman almıştır çünkü gerekli mali kaynağı ön ödeme mekanizmalarıyla toplamanın ve sağlık sisteminin verimliliğini artırmanın yollarının bulunması gerekir.
- İnfomal sektörde çalışanların yüzdesinin yüksek olduğu durumda, verimli bir yöntem değildir çünkü ne işverenden ne de çalışandan prim toplanamayacaktır.
- Prim miktarının yüksek olması durumunda, ciddi ekonomik etkileri olabilir.

Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, prim esaslı ve kâr amaçlı bir mali kaynak toplama yöntemidir. Dolayısıyla özel sağlık sigortası olan kişiler, ya kendileri ya da işverenleri tarafından özel sigorta şirketlerine belirli miktarda prim ödenmesiyle sigortalanırlar. Sigorta şirketi de topladığı prim gelirleri ile kendisine kayıtlı kişilerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini satın alır.

Kişilerin gelirleri nispetinde sağlık sisteminin finansmanına katkıda bulunduğu vergiler, sosyal sağlık sigortası ve genel sağlık sigortası yöntemlerinden farklı olarak, bu yöntemde kişinin sağlık düzeyi ile ödediği prim miktarı arasında doğrudan bir bağ kurulur. Özel sağlık sigortası bir kişinin ne kadar prim ödeyeceğini hesaplarken, bireyin kendisini, bir grubu veya bir toplumu baz alabilir. Bir başka ifadeyle primler *bireysel riske göre, grup riskine göre veya toplumsal riske göre* hesaplanabilir. Bireysel riske göre primde, kişinin olası sağlık riski aktüeryal hesaplamalar ile değerlendirilir. Aktüeryal hesaplama ile yaş ve cinsiyet değişkeni ve hizmetin kullanılma sıklığı dikkate alınarak, yararlanılabilecek hiz-

metlerin sigorta şirketine maliyeti hesaplanır. Böylece kişinin risk profili ortaya çıkar. Bu da, ödenecek prim miktarına esas oluşturur. Grup riskine dayalı prim hesaplanmasında, sigorta şirketi bir işveren ile çalışanlarından oluşan bir grup için anlaşma yapar. Prim miktarı, o iş yerinde çalışan grubun ortalama riskine göre belirlenir. Toplumsal riske göre prim hesaplanmasında ise bir coğrafi bölgede yaşayan kişilerin ortalama riski esas alınır.

Özel sağlık sigortası uygulamaları ülkelere göre farklılık göstermektedir. Özel sağlık sigortası sağlık hizmetlerini finanse etmede beş farklı rol üstlenmektedir:

- Baskın (dominant)
- Zorunlu
- İkame edici
- Tamamlayıcı
- Destekleyici

Baskın rol: ABD, sağlık sigortası sağlayan kamu programları olmakla birlikte, temelde özel sağlık sigortası ile mali kaynak toplayan bir ülkedir. Ülkede çalışan nüfusun tamamı işverenleri kanalıyla özel sağlık sigortasına sahip olmaktadır.

Zorunlu rol: Avrupa'da özel sağlık sigortası ayrı bir mali kaynak toplama yöntemi olarak değil, gönüllülük esasına dayalı olarak zorunlu sigortayla birlikte kullanılmaktadır. Ancak, İsviçre'de tüm nüfus için zorunludur.

İkame edici rol: Kamu sigortalarının sağladığı imkânlardan kısmen veya tamamen kapsam dışı bırakılan kişiler tarafından satın alınır. Bu kişiler yıllık geliri belirli bir miktarın üzerinde olan veya kendi hesabına çalışan kişilerdir. Hollanda, Belçika, Almanya'da ikame edici özel sigorta kullanılmaktadır. Örneğin, Almanya'da yıllık geliri 45.000 Euro'nun üzerinde olan kişiler ikame edici özel sigorta satın almaktadır.

Tamamlayıcı rol: Kamu sigortaları tarafından kapsanmayan veya kısmen kapsanan hizmetler için satın alınır. Kanada, Fransa, İtalya'da bu sigorta kullanılmaktadır.

Destekleyici rol: Kamu sigortaları ile aynı ürün ve hizmet kapsamının sunulduğu ancak hizmet sunucu tercihinin genişletildiği özel sigorta satın alınır. Kullanan ülkelere örnek olarak Finlandiya, Yunanistan ve İngiltere verilebilir.

Türkiye'de özel sağlık sigortası olan nüfus, %2 gibi oldukça düşük bir düzeyde seyretmiştir. Ancak son yıllarda yapılan yeni düzenlemelerle bu yüzde artmaktadır. Yapılan bu yeni düzenleme tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgilidir. Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü 28.06.2012 tarihinde yayınladığı bir genelge ile "Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası" hakkında bazı düzenlemeler yapmıştır. 23 Ekim 2013 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile tamamlayıcı özel sağlık sigortası yürürlüğe girmiştir.

Bu yasal düzenleme ile GSS kapsamındaki kişiler isterlerse özel sigorta şirketlerine prim ödemek suretiyle tamamlayıcı sağlık sigortası satın alabilmektedir. Genel sağlık sigortası olan kişiler SGK ile sözleşmeli sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti aldıklarında tamamlayıcı sigorta devreye girmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, SGK tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı hâlde GSS'li kişi veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetleri için satın alınmaktadır.

Katkı payları tamamlayıcı sağlık sigorta kapsamı dışında tutularak, aşağıdaki hizmetler kapsama alınmıştır:

- Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri (estetik girişimler, akupunktur vb.)
- İlave ücret tutarları
- Konaklama, otel ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarlar
- Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre, SUT fiyatları üzerinde kalan tutarlar

Özel sağlık sigortasının pozitif yönleri

- Sağlık sektörüne ek mali kaynak sağlar, böylece finansal yükü ve finansal riski azaltmaya yardımcı olur.

Özel sağlık sigortasının negatif yönleri

- Özellikle bireysel riske göre primlerin belirlendiği durumda, tüketicilerin prim miktarı üzerinde pazarlık etme gücü fazla olmadığından, özel sigorta satın alınmanın maliyeti yükselir. Bu da, cepten ödemeleri artırır. Bu sebeple gelir düzeyi düşük kişiler ve ülkeler için özel sigorta tercih edilen bir yöntem değildir.
- Diğer yöntemlere göre yönetim maliyetleri daha yüksektir çünkü risk değerlendirmesi, prim hesaplama, hizmet paketinin belirlenmesi ve reasürans (sigorta şirketinin kendisini sigortalaması) satın alma maliyetlerine ilave olarak kâr elde etme çabası vardır.
- Maliyetleri azaltmak için hizmet sunuculardan yapacakları satın alımlar yerine, maliyet paylaşımına yoğunlaşma (sigortalı kişinin finansal yükünü artırma) eğilimi fazladır.
- Kişinin ödediği prim miktarı gelirine bağlı olarak belirlenmediği için diğer ön ödeme yöntemlerine göre finansal yük *hakkaniyetsiz* olarak dağılır. Hakkaniyetsizlik özellikle bireysel riske göre prim hesaplandığında meydana gelir.
- Özel sigorta şirketleri, sigortalanmak için başvuran kişiler arasında hastalanma ve sağlık harcaması yapma *riski daha düşük olanları seçme* eğilimi gösterebilirler. Bu da, sağlık düzeyi kötü, yaşlı ve gelir düzeyi düşük olan ve bu sebeple özel sigorta satın alamayan kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını olumsuz etkileyebilir. Bu olumsuzluğun görülme derecesi, kişinin sahip olduğu tek sigortanın özel sigorta olup olmamasına bağlıdır.
- Asimetrik bilgi sebebiyle kişiler sağlık düzeyleriyle ilgili bilgileri sigorta şirketten gizleyebilirler. Bu durumda, yüksek riskli kişiler sigortalanır (ters seçim durumu). Bu da sigorta primlerinin yükselmesine ve düşük riskli kişilerin yüksek prim ödemek istemediği için özel sigorta satın almamasına yol açar.

DİKKAT



Tamamlayıcı sağlık sigortası yalnızca GSS kapsamında olan kişiler için geçerlidir ve katkı payları tamamlayıcı sigorta kapsamında değildir.

Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, birçok ülkede değişen boyutlarda sağlık hizmetleri için gerekli mali kaynağın toplanmasında kullanılmaktadır. Cepten ödemelerin bu amaçla kullanımı yeni değildir. Ancak, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla 1990'lı yıllardan itibaren yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Cepten ödeme, kişilerin aldıkları hizmetler için doğrudan hizmet sunuculara hizmetin alındığı yerde yaptıkları ödemedir. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, cepten ödemeler ön ödeme mekanizmasının olmaması ve ödemelerin hizmetin alındığı yerde ve zamanda doğrudan hizmet sunucuya yapılması özellikleriyle özel sağlık sigortası, sosyal sigorta, GSS ve vergi tabanlı mali kaynaklardan ayrılır.

Cepten ödemeler ilaç, hekim muayenesi, hastaneye yatış ücreti, laboratuvar tetkikleri, görüntüleme, tıbbi araç-gereç ve malzemeler gibi sağlıkla ilgili ürün ve hizmetler için yapılır. Burada hatırlatılması gereken önemli nokta, cepten yapılan ödemenin daha sonra tamamının veya bir kısmının bağlı bulunulan sigorta kuruluşu tarafından geri ödenmesi durumunda cepten ödeme miktarı, geri ödenen miktar çıkarıldıktan sonra kalan miktardır. Örneğin, GSS kapsamındaki bir kişinin hastanede yatarken dışardan kendisine aldı-

rilan 250 TL'lik ilaç bedelinin tamamını SGK'dan geri alması durumunda, cepten ödeme yapılmamış demektir.

Cepten Ödeme Türleri

Sağlık sigortası olan ve olmayan kişilerin yaptığı cepten ödemeler, formal ve informal olabilir. *Formal cepten ödemeler*, ilgili yasalar veya düzenlemeler çerçevesinde kişinin sağlık hizmeti aldığı anda yapmak zorunda olduğu ödemelerdir. Formal cepten ödemeler, doğrudan ödeme (tam ödeme) ve maliyet paylaşımı şeklinde gerçekleşir. Doğrudan ödeme, kişinin aldığı hizmetin bedelinin tamamı için yaptığı ödemedir. Doğrudan ödemeler;

- Kişinin sağlık sigortasının olmaması,
- Sağlık sigortası olsa da alınan hizmetin sigorta kuruluşunun ödeme kapsamında olmaması,
- Alınan hizmetin ödeme kapsamında olmasının belli koşullara bağlı olması ve bu koşulların yerine getirilmemesi durumlarında yapılır.

Genel sağlık sigortası olan bir kişinin SGK'nın ödemediği 150 TL bedeli olan bir ilacı aldığı anda ilacın bedelinin tamamını cebinden ödemesi, bir doğrudan ödeme örneğidir. Sağlık sigortası olmayan bir kişinin Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde poliklinikte muayene olduğunda muayene ücretinin tamamını cebinden ödemesi de bir doğrudan ödeme örneğidir.

Maliyet paylaşımı, sağlıkla ilgili alınan bir ürün veya hizmetin bedelinin yasal olarak belirlenen kısmının ürün veya hizmeti alan kişi tarafından ödenmesidir. Bu ödemeler sadece sağlık sigortası olan bireyler ve ödeme kapsamındaki ürün veya hizmetler için geçerlidir. Maliyet paylaşımı şeklinde gerçekleşen ödemeler katkı payı ve katılım eşikli katkı payını içermektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, sağlık sigortası sağlık hizmetlerine olan talebi artırır. Çünkü sağlık sigortası, bir ürün veya hizmetin fiyatını düşürür. Bu da, kişilerin hizmete erişimini ve kullanımını artırır. Sağlık hizmetlerine olan erişim ve kullanımının artması olumlu bir gelişmedir. Ancak, sağlık sigortasına sahip olmak, kişilerde **ahlaki tehlikeyi** teşvik edebilir. Katkı payı veya katılım eşikli katkı payı şeklinde uygulanan maliyet paylaşımı, kaynakların gereksiz kullanımına yol açabilecek bu yöndeki davranışların kontrol edilebilmesi amacıyla hizmet eder.

Katkı payı, sağlık sigortası olan kişilerin aldıkları her sağlıkla ilgili ürün veya hizmet bedelinin sabit bir miktarı veya sabit bir yüzdesi için yaptıkları ödemelerdir. Örneğin, GSS kapsamındaki bir kişinin toplam bedeli 100 TL olan bir ilacın 20 TL'sini ödemesi veya aldığı bir protezin bedelinin %20'sini ödemesi. Özel sağlık sigortası olan bir bireyin anlaşmalı sağlık kurumundan aldığı ayakta sağlık hizmetinin bedelinin %20'sini cebinden ödemesi de bir katkı payı örneğidir.

Katılım eşikli katkı payı, sağlık sigortasının devreye gireceği eşik değer öncesinde kişilerin ödemek zorunda oldukları miktardır. Örneğin, katılım eşikli katkı payının 1.000 TL olması durumunda, kişi bir yıl boyunca aldığı sağlık hizmetleri için 1.000 TL'ye kadar cepten ödeme yapmakta, 1.000 TL'yi aşan sağlık hizmeti aldığı anda sigorta kuruluşu devreye girmektedir.

Türkiye'de, formal olarak yapılan bir başka cepten ödeme daha vardır. Bu cepten ödeme *ilave ücret* olarak adlandırılan ödemedir. İlave ücret, GSS kapsamındaki kişiler tarafından özel hizmet sunuculara yapılır. İlave ücretler, SGK tarafından karşılanan hizmetlerin toplam bedeli üzerinden %200'e kadar alınabilmektedir.

Ahlaki Tehlike: Ücretini sigortadan alacağını bilen bir doktor veya sağlık kuruluşu ile alacağı hizmet için cebinden ödeme yapmayan bir hastanın, hizmetlerin miktarı, maliyeti konusunda tutumlu ve mantıklı davranmaması şeklinde ortaya çıkan sorun.

Bu konu ile ilgili ayrıntılı bilgiye SGK'nın web sitesinden ulaşabilirsiniz.



INTERNET

İnformal cepten ödemeler, yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara (kişi veya kurum) yapılan ödemelerdir. İnformal ödemelerin varlığı, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ile Asya ülkeleri başta olmak üzere birçok ülkede çeşitli gerekçelerle sağlık sistemi finansmanında gözlenmektedir. Bu ülkelerin çoğu eski Sovyet Bloğu ülkeleridir. Örneğin, Macaristan'da informal ödemelerin 1990'lı yıllardan itibaren azaldığı ve 2001 yılında %1,5-4,6 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Sistemin yetersiz finansmanı ve hekimlerin maaşlarının diğer sektör çalışanlarına göre düşük olması kültürel bir olgu haline gelen informal ödemelerin temel nedenleridir. İnformal ödemeler genellikle yatan hasta hizmetleri ve ameliyatlar için yapılmaktadır. 2007 yılında yapılan sağlık reformu, informal ödemeleri de azaltmayı amaçlayarak katkı payı uygulamasını getirmiştir. Bu uygulama özellikle düşük gelir grupları için informal ödemeleri azaltmıştır, ancak bu azalmanın gerçekte sağlık hizmetlerine erişimin azalmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çek Cumhuriyeti'nde informal ödemelerin büyük çoğunluğu hediye şeklinde gerçekleşmektedir ve "minnettarlık" ifadesi olarak kullanılmaktadır. Düşük informal ödemeler sağlık sektörüne ayrılan payın yüksek olması ve sağlık çalışanlarına enflasyonla uyumlu, hatta ulusal ortalamasının üzerinde maaş verilmesi ile açıklanmaktadır.

Gürcistan'da formal sağlık hizmetleri finansman mekanizmalarında (vergi, sosyal güvenlik gibi) çok ciddi çöküş yaşanması, hemen herkesi formal ve/veya informal sağlık harcaması yapmak zorunda bırakmıştır. Nakit informal ödemeler en yaygın ödeme türü iken (özellikle yatan hastalarda), hediyeler kültürel bir norm olan minnettarlığı göstermenin sembolü olarak nakit ile birlikte veya nakit vermenin uygun olmadığı durumlarda verilmektedir. İnformal ödeme nedenleri arasında kamuda kaynakların verimsiz kullanımı, sağlık sektörünün yetersiz finansmanı, hizmet paketinin iyi tanımlanmaması, kamuda kötü satın alma uygulamaları, tıbbi personelin yetersiz formal geliri, sağlık kurumlarının yönetiminin şeffaf olmaması, minnettarlık, sosyalist döneme kadar uzanan kültürel nedenler, ödeme yapılmadığı takdirde hizmet alamama korkusu, hekimleri destekleme isteği, devlete ve özel sigortalara güvensizlik gibi önemli faktörler yer almaktadır.

Tayvan'da geleneksel olarak kişiler hekimden daha iyi hizmet almanın bir yolu olarak nakit veya hediye şeklinde informal ödemeleri kullanmışlar ve bu ödemeler hekim-hasta ilişkisinin bir parçası hâline gelmiştir. Ancak, 1995 yılında uygulamaya konulan GSS ile hekimlere ödeme yöntemlerinde düzenlemeler getirilmiş ve hekimlerin reçete yazarak ve yazdıkları ilaçları doğrudan hastalara satarak gelir elde etmesi de önemli ölçüde kısıtlanmıştır. Getirilen yeni sistem ile tamamen yasaklanan bu uygulama hekimlerin gelirlerinde azalmaya yol açmıştır. Bu nedenle hekimlere ödeme sisteminde iyileştirme yapılmadığı takdirde, hekimlerin gelirlerini artırmak için informal ödeme taleplerini artıracakları yönündeki endişe gerçeğe dönüşmüş ve informal nakit ödemeler bu kez hediye paketleri içerisinde yapılmaya başlamıştır. Bu durum, Tayvan'da GSS'nin herkesin kaliteli hizmete erişimini sağladığına dair şüphe yaratmıştır. Tayvan'da gerçekleşen bu durum, hekimlerin formal gelirlerinde iyileştirmeler yapılmaksızın GSS gibi sağlık hizmetlerine erişim engeli azaltma amaçlı bir politikanın bile başarılı olmayabileceğini göstermektedir.

Çin'de informal ödemeler kamu sektöründe görülmektedir ve önemli bir sosyal sorun niteliğindedir. Bu ödemeler Çin hükümeti tarafından rüşvet olarak kabul edilmiş ve informal ödeme alan hekimlerin lisansının alınmasını öngören yasal düzenleme getirilmiştir. Ancak, bu yasa hastaları informal ödeme yapmaktan alıkoyamamıştır. 2004 yılında informal ödeme miktarı yaklaşık 5 milyon dolar olarak gerçekleşmiştir.

Özetle, dünya örnekleri de göstermektedir ki informal ödemeler temelde *yapısal ve kültürel* faktörlerden kaynaklanmaktadır. Spesifik olarak, informal ödemeler sağlık sisteminin *arz yapısı* ile ilgili sorunlardan kaynaklanmakta ve sağlık sistemini finanse etmenin

bir yolu olarak zaman içinde kültürel bir norm haline gelmektedir. Hastalar genel norma uymak için kendileri doğrudan informal ödeme yapmakta ve/veya sağlık çalışanları informal ödemeyi bizzat talep etmektedir. İnfomal ödemeler hem düşük maaşla çalışan sağlık personeline (özellikle hekimlere) önemli ölçüde ek gelir sağlamak hem de kısmen de olsa hizmet sunumu ile ilgili diğer girdileri sağlamak amacıyla kullanılmaktadır.

İnfomal ödemeler aynı ve nakdi olmak üzere iki şekilde gerçekleşir. Hediye şeklindeki aynı informal ödemeler, sağlıkla ilgili bir ürün veya hizmet için verilen çeşitli türdeki hediyeleri kapsar. Çiçek, çikolata, altın, gayrimenkul ve gıda maddeleri hediye örnekleridir. Hediye şeklinde gerçekleşen ödemeler bazı ülkelerde kültürel açıdan bir “teşekkür” veya “minnettarlık” ifadesi olarak görülür. Bu nedenle bu ödemeler bazı ülkelerde informal ödeme kapsamı dışında tutulur. Ancak, kişiler minnettarlığın dışında başka gerekçelerle de hediye verebilir. Hekimin veya diğer sağlık personelinin daha kaliteli hizmet sunması ve özellikle gelecekteki başvurularında hekimden daha iyi hizmet almayı garanti altına alma hediye vermenin en yaygın gerekçeleridir. Aynı katkı şeklinde gerçekleşen informal ödemeler, bir hastanede yatılan süre içerisinde hasta ve/veya yakınları tarafından dışarıdan sağlanan her tür ürün ve hizmet için yapılan ödemelerdir. İlaç, yatak çarşafı, refakatçi, laboratuvar tetkiki, tıbbi sarf malzemesi, kan ve kan ürünleri aynı katkı ödemelerine örnektir. Hastanın hastanede kalışı sırasında dışarıdan temin ettiği ürün ve hizmetler hastanenin sorumluluğunda olduğundan, bu grup ödemeler informal kabul edilmektedir.

Nakit informal ödemeler, kişinin formal olarak ödeme yapmak zorunda olmadığı ürün ve hizmetler için yapılan ödemelerdir. Nakit ödemelerin informal olup olmadığı her ülkenin yasalarına ve düzenlemelerine bağlıdır. Örneğin, sağlık personeline bahşiş olarak elden verilen para, illegal, dolayısıyla informaldir çünkü bu grup personelin sunduğu hizmetlerin bedeli, zaten faturaya dahil edilmektedir. Dolayısıyla burada aslında formal ödemeye “ilave” bir ödeme yapılması söz konusudur. Ücretsiz olarak veya belli bir meblağ karşılığında alınabilecek bir cerrahi hekimlik hizmeti için kişinin doğrudan hekime “bıçak parası” olarak verdiği para da illegal, dolayısıyla informaldir. Önemli bir ayırım hatırd tutulmalıdır. Yapılan her illegal ödeme aynı zamanda informaldir, ancak yapılan her informal ödeme illegal olmayabilir.

Cepten ödemelerin pozitif yönleri

Cepten ödemelerin ama özellikle formal cepten ödemelerin, sağlık hizmetleri için mali kaynak toplamada kullanılmasının sağlık sistemi açısından iki önemli pozitif yönü vardır:

- Vergi veya sosyal sigorta katkıları yetersiz olduğunda sağlık hizmetleri finansmanında ek mali kaynak sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesine ve maliyetine ilişkin bilinç düzeyini artırarak, düşük kaliteli ve gereksiz sağlık hizmeti talebini sınırlandırır, dolayısıyla gereksiz maliyetleri azaltır ve verimliliği artırır.

İkinci görüşün dayanağı, sağlık harcamalarının kamu veya özel kuruluşlar tarafından karşılanması durumunda (üçüncü taraf ödeme sistemi), kötüye kullanım sorunu nedeniyle sağlık hizmetlerine gereksiz talep artışının harcamalarda artışa neden olmasıdır. Bir başka ifadeyle kişiler sınırsız veya geniş kapsamlı sağlık sigortasına sahip olduklarında ve cepten ödeme yapmadıklarında, gereksiz veya çok pahalı ürün ve hizmetleri satın alma eğilimi gösterirler. Bu davranış, kaynakların verimsiz kullanımının yanı sıra kaynak yetersizliği nedeniyle sağlık hizmetlerinden hiç yararlanamayan veya yeterince yararlanamayan kişilerin sağlık düzeyini de olumsuz etkileyebilir.

Formal cepten ödemeler, sağlık hizmetlerine olan talebin yönünü değiştirmede de etkili olabilir. Örneğin, sevk zincirinin etkili şekilde uygulanmadığı ülkelerde ikinci basamak sağlık hizmetleri için katkı payı uygulamasının getirilmesi, kişileri öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına yönlendirebilir. Ancak, bu şekilde bir yönlendir-

menin arzu edilen düzeyde gerçekleşebilmesi için, birinci basamak hizmet sunucuların sunduğu hizmetin kalitesinin de önemli olduğu hatırdta tutulmalıdır.

Cepten ödemelerin negatif yönleri

Sağlık hizmetlerine olan talep, cepten ödemeler ile kontrol altında tutularak toplam sağlık harcamasındaki gereksiz artışlar önenebilir. Ancak, cepten ödemeler sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda hakkaniyeti ve finansmanda hakkaniyeti olumsuz etkileyebilir.

Cepten ödemeler, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım için finansal engel oluşturabilir. Finansal engel ile karşı karşıya kalan kişilerin iki seçeneği vardır;

- Acil durumlar dışında, ihtiyaç duyulan hizmetleri almama veya erteleme
- Daha düşük kaliteli hizmet alma veya tedaviyi yarıda bırakma

Yoksullar için özellikle geçerli olabilecek bu durum, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında hakkaniyetsizliği doğurabilir. Kişiler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini hiç almadıklarında veya alıp tedaviyi gerektiği şekilde tamamlamadıklarında, sağlık durumları kötüleşebilir. Örneğin, ilaçlarda katkı payı uygulaması sebebiyle kronik hastalıkların tedavisinde önemli rol oynayan ilaçların kullanımı azalabilir. Aynı şekilde, ilaç katkı payları kişileri hekim önerisi dışında ilaç kullanmaya, ilaçla kendi kendine tedaviye yöneltebilir. Tüm bu durumlar yanlış tedaviye ve/veya tedavide gecikmeye yol açabileceği için, çok daha maliyetli sağlık hizmetlerinin alınmasını zorunlu kılabilir. Bu da, sağlık harcamalarında gereksiz artışa (verimsizliğe) sebep olabilir.

Kişiler ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini alıp cepten ödeme yaptıklarında finansal riskle karşı karşıya kalabilirler. Bir başka ifadeyle cepten ödemeler katastrofik sağlık harcamasına ve yoksullaşmaya sebep olabilir. Dünya Sağlık Örgütüne göre cepten ödemelerin katastrofik sağlık harcamasına yol açması, cepten harcama payının hanehalkı **ödeme kapasitesinin** en az %40'ını oluşturduğunda meydana gelmektedir.

Cepten ödemelerin kişilerin yoksullaşmasına ve yoksul olanların daha da yoksullaşmasına olan etkisi iki durumda meydana gelebilir:

- İhtiyaç duyulan sağlık hizmeti alınıp katastrofik sağlık harcaması yapıldığında,
- İhtiyaç duyulan sağlık hizmeti alınmadığında veya geciktirildiğinde çalışamaktan dolayı gelir kaybı yaşanıldığında.

Kişiler yaşadıkları mali kayıpları telafi edebilmek için, kısa vadede gıda gibi zorunlu ihtiyaçlarından fedakârlık etmek, uzun vadede ise mevduat hesaplarını kullanmak, varlıklarını satmak ve borçlanmak zorunda kalabilir. Cepten ödemelerin yol açtığı yoksullaşma durumu, "tıbbi yoksulluk tuzağı" olarak adlandırılmakta ve ABD dahil birçok ülkede kişileri yoksulluğa iten başlıca sebepler arasında kabul edilmektedir. Bu açıklamalar, aynı zamanda, katastrofik sağlık harcamaları ile yoksullaşma yakından ilişkili olduğuna ve katastrofik harcamaların yoksulluğa yol açabileceğine de işaret etmektedir.

Ayrıca, kişiler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini aldıklarında yaptıkları cepten ödemenin yükü hakkaniyetli dağılmayabilir. Bir başka ifadeyle cepten ödemeler *finansmanda hakkaniyetsizliğe* yol açabilir. Dünya örnekleri cepten ödemelerin en hakkaniyetsiz mali kaynak toplama yöntemi olduğunu göstermektedir.

Cepten ödemelerin saydığımız tüm bu negatif yönleri sadece sağlık sigortası olmayan kişiler için değil, sağlık sigortası olan kişilerde için de görülebilmektedir. Bu da, daha önce de vurgulandığı gibi, sağlık sigortasına sahip olmanın her zaman finansal riske karşı koruma sağlamayabileceğine işaret etmektedir.

Tüm bu açıklamalardan da anlaşılacağı gibi, cepten ödemeler sağlık hizmetlerine erişim, kullanım ve finansal risk açısından en fazla sorun yaratan mali kaynaktır. Elbette ki, bu negatif etkilerin görülmesi ve yarattığı hasarın derecesi cepten ödemelerin boyutuna, hangi hizmetler için uygulandığına ve toplumun farklı kesimleri arasında nasıl dağıldığına bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütüne göre, cepten ödemeler bir ülkenin toplam sağlık

Ödeme Kapasitesi: Dünya Sağlık Örgütüne göre, ödeme kapasitesi, hanehalklarının zorunlu harcamaları çıkarıldıktan sonra kalan toplam tüketim harcamasıdır. Zorunlu tüketim harcaması olarak gıda harcaması alınmaktadır.

harcaması içinde %15-20'lik bir paya sahip olduğunda yol açtığı katastrofik harcama ve yoksullaşma sorunları gözardı edilebilecek seviyede gerçekleşir.

Cepten ödemelerle ilgili sorunların en aza indirilmesini sağlayacak evrensel bir formül ne yazık ki bulunmamaktadır. Temel prensip, daha önce de vurgulandığı gibi, ön ödeme mekanizmalarına ağırlık verilmesidir. Cepten ödemeler yoksullar başta olmak üzere riskli gruplar için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetine erişim ve kullanımını engellemeyecek ve finansal risk yaratmayacak boyutta olmalıdır. Ayrıca, yoksul kesime “elzem” hizmetler ve ürünler için muafiyet getirilebilir, bir başka ifadeyle bu harcamalar devlet tarafından karşılanabilir. Ekonomistlere göre, hangi hizmetler için ne kadar katkı payı uygulanması gerektiğine karar vermede **talep esnekliği katsayısı** kullanılmalıdır. Bu kararın özellikle talep esnekliği katı olan sağlık hizmetleri için alınması durumunda, katastrofik harcama ve yoksullaşma sorunu ile mücadele edilebilir (talep esnekliği ile ilgili detaylı bilgiler için bakınız ünite 2).

Türkiye’de toplanan mali kaynak nerede havuzlanmaktadır?



SIRA SİZDE

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SATIN ALINMASI

Sağlık hizmetlerinin satın alınması, sağlık hizmetleri finansmanının ikinci ana konusudur. Öyle ki, sağlık hizmetlerine millî gelirden ayrılan payın hizmet sunuculara hangi hizmetler için nasıl dağıtıldığı, elde edilen toplam mali kaynağın büyüklüğünden de önemli olabilmektedir. Kıt kaynaklarla çözülmesi gereken çok sayıda sağlık sorunu veya yürütülmesi gereken koruyucu faaliyet vardır. Bu da, her tür sağlık hizmetinin sunulamayabileceği ve sunulabilecek olanların hepsinin de aynı anda sunulamayabileceği anlamına gelmektedir. Bir başka ifadeyle ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri arasında bir tercih yapılması gerekmektedir. Ekonomistlere göre, tercih yapılırken de harcanılan her bir TL ile daha fazla değer yaratılacak olan hizmetlere *öncelik* verilmesi önemlidir. Değer yaratacak sağlık hizmetlerinin nasıl belirlenebileceği, dolayısıyla hangi sağlık hizmetlerinin satın alınabileceğine ilişkin karar vermede yardımcı olacak teknikler bir başka ünite de anlatılmaktadır (Bakınız: ünite 7). Bu ünite de üçüncü taraf ödeyicilerin satın alımları yaparken kullanabilecekleri ödeme yöntemleri anlatılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin satın alınması, bir süreçtir. Çeşitli araçlarla toplanan ve bir havuzda biriktirilen mali kaynak hizmet karşılığında harcanır. Bir başka ifadeyle *üçüncü taraf ödeyiciler*, kendilerine kayıtlı olan kişiler adına sağlık hizmetlerini çeşitli hizmet sunuculardan satın alırlar (ödeme yaparlar).

Satın alımlar için kullanılacak çok sayıda ödeme yöntemi vardır. Bu yöntemler, kıt olan kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde kullanımını açısından farklılık gösterirler. Ayrıca, daha önce de vurgulandığı üzere, sağlık sigortasına sahip olmak *ahlaki tehlikeyi* teşvik edebilir. Bu tehlikenin meydana gelmesini sadece tüketicilerin (talep cephesinin) davranışları değil, hizmet sunucuların (arz cephesinin) davranışları da etkiler. *Talep yönlü ahlaki tehlikeyi* önlemek için maliyet paylaşımının kullanıldığını hatırlayalım. *Arz yönlü ahlaki tehlikeyi* önlemek için ise hizmet sunuculardan yapılacak satın alımların uygun yöntemle yapılması önemlidir.

Sağlık Hizmetlerinde Satın Alım Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin satın alınmasında kullanılan yöntemler *retrospektif* (geriye dönük) ve *prospektif* (ileriye dönük) olmak üzere iki ana grupta toplanır. Retrospektif ödeme yönteminde, hizmet sunulduktan sonra hizmet sunuculara faturaladıkları miktarın tamamı ödenir. Bu, hizmet sunucuların bir hastadan daha fazla gelir elde etme yönündeki eğilimlerini artırabilir. Bir başka ifadeyle hizmet sunucular gereksiz hizmet sunabilir. Gereksiz

hizmet sunumu, sağlık harcamalarında gereksiz artışa yol açabilir, dolayısıyla *verimsizlik* artabilir. Buna karşın, prospektif ödeme yönteminde, hizmet sunucuya yapılacak ödeme miktarı sağlık hizmeti sunulmadan önce belirlenir. Böylece, sabit bir miktar belirlenir. Belirli bir hizmet için hizmet sunuculara sabit miktar üzerinden ödeme yapılması, hizmet sunucuları gereksiz kaynak kullanmamaları yönünde teşvik eder.

Prospektif ödeme yöntemi özellikle özel sektörde faaliyet gösteren hizmet sunucular açısından kritiktir. Özel hizmet sunucuların temel misyonu sağlık hizmetleri üzerinden kâr elde etmek olmasa da kamudaki hizmet sunuculara göre sübvansiyon alma imkânına sahip değillerdir. Dolayısıyla hizmet sunmaya devam edebilmek/varlıklarını koruyabilmek için üçüncü taraf ödeyicilerden aldıkları mali kaynağı olabildiğince *verimli* kullanmak zorundadırlar. Bu da, hizmet sunuculara düşük maliyetle çalışma baskısı yaratır. Bu baskı, daha *düşük kaliteli* hizmet sunumuna yol açabilir. Burada bir noktayı vurgulamakta yarar var. Verimlilik, kaliteden ödün vererek daha az kaynak kullanmak demek değildir. Kaliteli hizmeti, kaynakları israf etmeden sunmak demektir. Kaldı ki, kaliteden ödün vererek, kaynak kullanımını azaltmak bir yönetici için başarısızlık demektir çünkü başarı, kaliteli hizmetin mümkün olan en az kaynağı kullanılarak üretilmesidir. Yöneticiler, sağlık hizmetlerinde verimliliği ve kaliteyi prospektif ödeme yöntemini kullandığında da sağlayabilirler. Örneğin, hastanenin ihtiyacı olan tıbbi malzemelerin ölçek verimliliğinin avantajından yararlanarak alınması, aynı kalitedeki tıbbi malzemenin daha düşük maliyetle tedarik edilmesini sağlayabilir.

Bu iki ana grup ödeme yöntemi içinde yer alan spesifik ödeme yöntemleri şunlardır:

Retrospektif ödeme yöntemleri:

- Hizmet başına ödeme

Prospektif ödeme yöntemleri:

- Kişi başına ödeme
- Gün başına ödeme
- Vaka başına ödeme
- Global bütçe
- Maaş
- Performansa dayalı ödeme

Bu ödeme yöntemleri arasında kurumsal hizmet sunucular için geçerli olanları şunlardır:

- Hizmet başına ödeme
- Kişi başına ödeme
- Gün başına ödeme
- Vaka başına ödeme
- Global bütçe

Bireysel hizmet sunucular için geçerli ödeme yöntemleri ise

- Hizmet başına ödeme
- Kişi başına ödeme
- Vaka başına ödeme
- Maaş
- Performansa dayalı ödeme

Her yöntemin avantaj ve dezavantajı vardır. Bu sebeple birkaç yöntem bir arada kullanılabilir. Türkiye’de bu yöntemler birarada kullanılmaktadır.



Kurumsal Hizmet Sunucular için Ödeme Yöntemleri

Kurumsal hizmet sunucuları için çeşitli ödeme yöntemleri bulunmaktadır. Şimdi sırasıyla bu yöntemlerin neler olduğunu hep birlikte inceleyelim.

Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Sağlık hizmeti sunucularına sundukları ve faturaladıkları **her bir kalem hizmet** için ayrı ödeme yapılır. Örneğin, bir kişinin polikliniğe başvurduğunda hekime muayene olma ücreti, hekimin istediği laboratuvar testleri ve/veya teşhis görüntüleme işlemleri, beslenme ve diyet uzmanından alınan tavsiyelerin her biri için ayrı ücret ödenmesidir.

Hizmet başına ödeme yönteminin avantajları:

- Hizmet sunucular sundukları her tür ürün ve hizmetin bedelini sigorta kuruluşundan aldıkları ve dolayısıyla düşük maliyetle çalışma baskısı duymayacakları için kaliteden ödün verme eğilimi göstermesi beklenmez.

Hizmet başına ödeme yönteminin dezavantajları:

- Hizmet sunucular sundukları her tür ürün ve hizmetin bedelini sigorta kuruluşundan aldıkları için gereksiz ve pahalı ürün ve hizmet sunumu eğilimi gösterebilirler.
- Katkı payının ödenmesi gerektiği durumlarda bu dezavantaj kişiye de yansımaktadır. Kişi gerekmediği halde daha fazla cepten harcama yapabilir.
- Tüm bu dezavantajlar toplumu, gereksiz miktarda artan sağlık harcamaları ve bunun yaratacağı sorunlarla karşı karşıya bırakabilir.

Hizmet başına ödeme yöntemi, sistemin verimliliğine ciddi zarar verebilecek potansiyele sahiptir. Ancak, bu, hizmet başına ödeme yönteminin hiçbir şekilde kullanılmaması gerektiği anlamına gelmez. Özellikle, hizmetin kalitesinden ödün verilmemesi istenilen durumlarda tercih edilen bir satın alım yöntemidir.

Türkiye'de SGK, üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarından yaptığı hizmet satın alımlarında aşağıdaki ayakta sağlık hizmetleri için hizmet başına ödeme yöntemini kullanmaktadır:

- Acil sağlık hizmetleri
- İş kazası
- Adli vakalar
- Trafik Kazası
- Meslek Hastalığı
- Onkolojik vakalar (bütün dallarda)
- Organ ve doku nakline ilişkin donöre yapılan hazırlık tetkik ve tahlilleri
- Nükleer Tıp, Radyasyon onkolojisi, (Girişimsel) Radyoloji, Tıbbi Genetik ve Çocuk Genetik branşlarınca sunulan poliklinik hizmetleri
- Diş tedavilerine yönelik işlemler

SGK'nın hizmet başına ödemeleri hangi hizmet sunucular ve hangi hizmetler için kullandığı ile ilgili ayrıntılı bilgiye SGK'nın web sitesinden ulaşabilirsiniz (<http://www.sgk.gov.tr>)



İNTERNET

Kişi Başına Ödeme Yöntemi

Hizmet sunucularına, sigortalı **her birey için** almaları gereken tüm hizmetleri kapsayacak şekilde önceden belirlenen sabit bir miktar üzerinden ödeme yapılır. Kişi başına yapılan ödeme ile alınan hizmetlerin maliyetleri arasında bir bağ olmaksızın, sigortalı kişiler önceden belirlenen bir hizmet paketinden yararlanırlar. Bu yöntem genellikle vergilerle finanse edilen sistemlerde ve birçok Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. Ayrıca, ABD'de yönetilen bakım planları bu yöntemi hem ayakta hem de yatarak hizmetler için kullanmaktadır.

Kişi başına ödeme yönteminin avantajları:

- Kişi başına ödeme yapıldığı için daha fazla kişiye hizmet verilmesini sağlar. Bu nedenle genellikle birinci basamak hizmetlerde kullanılır.

- Birinci basamak hizmetlerin kullanımındaki artış ile koruyucu hizmetlere odaklanması, ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunuculara sevklerin azalması ve gereksiz sevklerle bağlı gereksiz harcamaların azalması beklenir.

Kişi başına ödeme yönteminin dezavantajları:

- Bu yöntem, ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunuculara gereksiz sevkleri azaltabilir. Ancak, hekimlerin gelir kaybı endişesiyle gerekli sevkleri geciktirmesine de yol açabilir.
- Hizmet paketinin maliyetinin doğru belirlenmesi gerekir. Aksi hâlde hizmet sunucuya ödenen sabit meblağ yeterli gelmeyecek ve hizmet sunucu maliyeti düşürebilmek için kaliteden ödün verebilecektir.

Gün Başına Ödeme Yöntemi

Gün başına ödeme yönteminde hastanede yatılan her gün için önceden belirlenen sabit bir miktar üzerinden hizmet sunuculara ödeme yapılır. Bu yöntem hâlâ birçok ülkede (örneğin, Belçika) kullanılmaktadır.

Gün başına ödeme yöntemi, hastaları erken taburcu etmemeye teşvik eder. Ancak, yatılan süre uzadıkça daha fazla ödeme yapılacağı için yatış süresinde gereksiz uzatma yapılmasına yol açabilir. Bu da gereksiz maliyetlerin artmasına, verimsizliğin artmasına yol açar.

Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Vaka, belirli bir durum ya da hastalığa bağlı olarak sağlık hizmeti alan hastalardır. Bu yöntemde, üçüncü taraf ödeyiciler, sağlık hizmeti sunulan her bir vaka için önceden belirlenen sabit bir fiyat üzerinden ödeme yaparlar. Hizmet sunuculara ödemeler, vaka başına tek bir fiyat üzerinden veya vaka gruplarına göre yapılabilmektedir. Vaka başına ödeme yöntemi, hem ayakta sağlık hizmeti alan hem de yatarak sağlık hizmetlerine uygulanabilmektedir.

Vaka gruplarına göre ödeme yöntemi özellikle yatarak alınan sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır. Bu özel yöntem *teşhis ilişkili gruplar* (TİG) adı verilmektedir. Teşhis ilişkili gruplar bir vaka gruplama sistemidir. Yatan hastalar klinik özellikleri ve bu özelliklerine bağlı olarak ihtiyaç duyabilecekleri kaynaklar açısından homojen gruplara ayrılmaktadır. Böylece, her bir grup için üçüncü taraf ödeyicinin hizmet sunucuya ne kadar ödeme yapacağı belirlenmektedir. Bu yöntem ABD'de yatan hastalar için ödeme yöntemi olarak kullanılmaktadır.

Türkiye'de 2007 yılında *paket fiyat* adıyla hem ayakta hem de yatarak alınan sağlık hizmetleri için vaka başına ödeme yöntemine geçilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu anlaşmalı olduğu üniversite hastanelerine ve özel hastanelere bu yöntemle ödeme yapmaktadır. Yatan hastalar için TİG'e göre ödeme yöntemine geçilmesi için çalışmalar devam etmektedir.

Vaka başına ödeme yönteminin avantajları:

- Sabit fiyat üzerinden ödeme yapıldığı için gereksiz maliyetler önlenebilir. Bu da verimliliği artırabilir.

Vaka başına ödeme yönteminin dezavantajları:

- Teşhis ilişkili gruplara göre ödeme yapıldığında, hastalar erken taburcu edilip başka bir teşhisle yeniden yatırılabilir. Bu durumda üçüncü taraf ödeyiciler bir vaka için birden fazla kez ödeme yapmak zorunda kalabilir.
- Bir vaka için ödenecek miktar sabit olduğundan, maliyetli vakalarda hizmet kalitesinden ödün verilebilir. Hizmet sunuculardaki bu eğilim, ödenecek miktarın gerçekte olması gerektiğinden daha düşük belirlenmesi durumunda daha da artabilir. Bu sebeple uygulamaya geçmeden önce maliyetler doğru belirlenmelidir.

Global Bütçe

Global bütçede, bir yılda harcanacak toplam miktar *önceden belirlenen bir tavan* ile sınırlanır. Ödeme, tek kalemde yapılır. Geleneksel bütçe yönteminden farklı olarak, hizmet sunucu bu bütçeyi uygun gördüğü şekilde harcama esnekliğine sahiptir. Prensip olarak, global bütçe sunulan hizmetlerin maliyetinin tamamını kapsar. Zorunlu hâllerde, ilave bütçe tahsis edilebilir, bu özelliği sebebiyle *esnek bütçe* uygulaması olarak da adlandırılır.

Türkiye'de SGK 2006 yılından bu yana götürü bedel üzerinden SB hastanelerinden hizmet satın alımlarını global bütçe yöntemi ile yapmaktadır. Bir önceki yılın harcama miktarı esas alınarak önceden belirlenen sabit miktardaki para, yıllık olarak SGK tarafından SB'ye aktarılmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu bütçeyi belli kriterleri dikkate alarak Kamu Hastane Birliklerine tahsis etmektedir. Birlikler de bütçeyi bağlı hastanelerine transfer etmektedir. Tüm girişimlere rağmen harcama sınırının aşılması durumunda esnek bütçe uygulanabilmektedir. Bir başka ifadeyle ilave bütçe talep edilmektedir.

Global bütçe yönteminin avantajları:

- Önceden belirlenen sabit miktar ile çalışılmak zorunda kalındığı için gereksiz hizmet sunumunda ve maliyetlerde azalma sağlar.
- Sene başında o yıl boyunca alınacak toplam miktar belli olduğu için mali kaynak sağlamada belirsizlik ortadan kalkar.
- Geleneksel bütçe yöntemine göre yönetimi daha kolaydır ve daha düşük maliyetlidir.
- Yönetim, tek kalemde tahsis edilen global bütçenin nasıl harcanacağına kendisi karar vereceği için hizmetleri daha iyi planlayabilir ve daha iyi koordine edebilir.

Global bütçe yönteminin dezavantajları:

Global bütçe yönteminin etkili ve verimli olması için belli kriterler vardır. Bu kriterler karşılanmadığında veya yeterine karşılanmadığında global bütçe dezavantajlı bir ödeme yöntemi olabilmektedir. Bu kriterler şunlardır:

- Hizmet sunulacak nüfusun iyi belirlenmesi gerekir. Aksi hâlde hizmet sunucular daha az hastaya bakma eğilimi gösterebilirler.
- Bütçe kapsamına alınacak hizmetlerin iyi belirlenmesi gerekir. Aksi halde hizmet sunucular daha düşük maliyetli vaka karmasına yönelebilirler.
- Kapsanacak hizmetlerin maliyetlerinin iyi belirlenmesi gerekir. Aksi halde hizmet sunucular daha düşük kaliteli hizmet sunabilirler.

Bireysel Hizmet Sunucular için Ödeme Yöntemleri

Bireysel hizmet sunucuları için çeşitli ödeme yöntemleri bulunmaktadır. Şimdi sırayla bu yöntemlerin neler olduğunu inceleyelim.

Hizmet Başına Ödeme

Hizmet başına ödemede sağlık profesyonellerine hastalara sundukları hizmetin sayısına ve türüne göre ödeme yapılır. Ödenecek miktar retrospektif ve prospektif olarak belirlenebilir. Bu yöntem aralarında Türkiye'nin de bulunduğu birçok ülkede kullanılmaktadır (örneğin, Belçika, Fransa ve İsviçre).

Hizmet başına ödeme yönteminin avantajları:

- Hekimler daha fazla sayıda hastaya bakma ve daha fazla hizmet sunma eğilimi gösterecekleri için sunulan hizmette nitel ve nicel olarak artış olur. Bunun da hasta memnuniyetini artırması beklenir.

Hizmet başına ödeme yönteminin dezavantajları:

- Hekimler gereksiz hizmet sunma eğilimi gösterebilirler. Bir başka ifadeyle hizmet sunucunun (arzun) oluşturduğu talep sorunu meydana gelebilir Bu da sağlık harcamalarında gereksiz artışa yol açabilir.

Kişi Başına Ödeme

Belli bir coğrafik alanda yaşayan kişiler arasında, bir hekime kayıtlı kişi başına önceden belirlenen sabit bir miktar ödenir. Bu miktar, bir kişiye sunulması gereken hizmetleri kapsayan önceden tanımlı bir hizmet paketinin bedelidir. Bu paketteki hizmetler, dar kapsamlı oldukları ve tanımlanmaları daha kolay olduğu için genellikle birinci basamak ve aile planlaması ile ilgili hizmetleri içerir. Hizmet paketinin hazırlanmasındaki karmaşıklık ve belirsizlik nedeniyle yatarak alınan sağlık hizmetleri için kullanımı tercih edilmektedir. Bu yöntem, örneğin İtalya, İrlanda ve Hollanda'da kullanılmaktadır.

Kişi başına ödeme yönteminin avantajları:

- Hekimler, kişi başına yapılan ödemeden hizmet maliyetleri çıktıktan sonra kalan miktarı gelir olarak kendilerinde tutabilecekleri için maliyetleri minimize etmeye çalışırlar.

Kişi başına ödeme yönteminin dezavantajları:

- Hekimler sağlıklı hastaları seçme eğilimi gösterebilirler.
- Maliyetleri düşürmek için sunulması gereken hizmetin miktarından ve kalitesinden ödün verilebilir.

Vaka Başına Ödeme

Vaka başına ödemede sağlık profesyonellerine belli bir vaka için gerekli tüm hizmetleri kapsayacak şekilde oluşturulan bir paket için sabit bir miktar ödeme yapılır. Bu yöntemde belli bir hastalık bazında ödeme yapılır, hastalığın tedavisi için sunulan hizmetler bazında değil. ABD, Almanya, Arjantin ve Brezilya bu yöntemi kullanan ülkeler arasındadır.

Vaka başına ödeme yönteminin avantajları:

- Hekimler maliyetleri kontrol etme konusunda motivedir. Aksi hâlde vaka başına ödenen meblağ hizmet sunum maliyetini geçebilir, bu da hekimin aradaki farkı kendisinin kapatmak zorunda kalmasına yol açabilir.

Vaka başına ödeme yönteminin dezavantajları:

- Hekimler düşük maliyetli vakaları tercih edebilirler.
- Maliyetleri düşürme pahasına hizmetin kalitesinden ve kantitesinden ödün verilebilir.

Maaş

Bireysel hizmet sunuculara ödemede yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Hizmetin miktarına ve maliyetine bakılmaksızın, önceden belirlenen çalışma saati karşılığında aylık olarak sabit bir miktar ödenir. Ödenecek sabit miktar kişinin mesleği, çalışma yılı gibi kriterlere göre değişir. Bu yöntem, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu birçok Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır (örneğin, Yunanistan, İspanya, Portekiz, Finlandiya, İsveç, Bulgaristan).

Maaş yönteminin avantajları:

- Önceden belirlenen sabit miktar üzerinden ücret aldıkları için hastaların hekim tarafından reddedilmemesi beklenir.
- Aşırı veya gereksiz hizmet sunmaları yönünde hekimleri teşvik etmez.
- Yönetim maliyetleri hizmet başına ödemeye göre daha düşüktür.
- Coğrafik dağılıma imkân verir. Çalışanlar ihtiyaç duyulan yerlere gönderilebilir ve koruyucu hekimlik uygulamaları teşvik edilebilir.

Maaş yönteminin dezavantajları:

- Bu yöntem hekimlere daha uzun çalışma saatleri, daha fazla sayıda hastaya bakma ve bir hastayla daha uzun süre ilgilenme durumlarında ilave gelir sağlamadığı için, özellikle düşük maaşla çalışan hekimlerde daha az hasta bakma eğilimi geliştirebilir.
- Gereksiz maliyetlerin azaltılması yönünde hekimleri teşvik etmez.

- Gelirlerinde bir artış yaratmayacağı için hasta memnuniyeti ve kaliteli hizmet sunma konularında sorun yaşanabilir.
- Düşük maaşla çalışan hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri özel sektöre kayma eğilimi gösterebilir.
- Maaşlar düşük olduğunda informal ödemeler gündeme gelebilir.

Performansa Dayalı Ödeme Yöntemi

Performansa dayalı ödeme yöntemi (P4P), son yılların popüler ödeme yöntemidir. Performans kavramı, verimliliği de içeren geniş bir kavram olmasına karşın bu yöntem özellikle hizmet kalitesinin ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için kullanılmaktadır. Bu yöntemde hekimler belli bir hedefi yakaladıklarında ödüllendirilmektedir. Bu yöntemin avantaj ve dezavantajları konusunda net bir bilgi bulunmamaktadır. İngiltere, ABD, Fransa, İspanya, İtalya bu yöntemi kullanan ülkeler arasındadır. Türkiye'de de 2004 yılından buyana Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme yöntemi kullanılmaktadır. Uygulamaya geçilmesindeki amaçlar arasında kamu sağlık sektöründe hesap verebilirliğin, verimliliğin artırılması yer almakla birlikte temel amaç sağlık profesyonellerinin maaşlarını artırmaktır. Bu özel amaç ile zaten sınırlı olan sağlık insan gücünün kamuda kalması, özele kaymaması hedeflenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin satın alınmasında uygun ödeme yönteminin kullanılması neden önemlidir?



SIRA SİZDE

Özet



Sağlık hizmetleri finansman sisteminin fonksiyonlarını ve mali kaynağın toplanma yöntemlerini açıklamak

Sağlık hizmetleri finansmanı, bir ülkenin sağlık sisteminin dört ana fonksiyonundan biridir. Bu fonksiyon da kendi içinde birbiriyle bağlantılı üç alt fonksiyona ayrılmaktadır. Bu alt fonksiyonlar, sağlık hizmetleri için mali kaynak (para) toplanması, havuzlanması ve sağlık hizmetlerinin satın alınmasıdır.

Sağlık hizmetleri için mali kaynağın toplanması fonksiyonunda devlet, hanehalkları, işverenler ve dış yarıdımlardan oluşan temel finansman kaynaklarından çeşitli yöntemlerle mali kaynak toplanır. Mali kaynağı toplamak için, hangi mali kaynak toplama yönteminden, ne zaman, hangi koşullarda ve ne kadar kaynağın toplanacağına ilişkin kararlar verilir. Havuzlama fonksiyonunda, çeşitli yöntemlerle toplanan mali kaynağın biriktirilmesi ve yönetilmesidir. Bunun için, toplanan mali kaynağın nerede ve nasıl havuzlanacağına ilişkin kararlar verilir. Sağlık hizmetlerinin satın alınması fonksiyonunda, havuzda biriktirilen mali kaynak ile sağlık hizmetlerinin satın alınmasıdır. Bir başka ifadeyle, sigorta kapsamındaki kişiler için sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapılmasıdır. Hangi hizmetler için hangi hizmet sunucularına hangi yöntemlerle hangi koşullarda ne kadar ödeme yapılacağına ilişkin kararlar verilir.



Sağlık hizmetleri finansmanı için mali kaynağın toplanma yöntemlerini ve havuzlanmasını açıklamak

Sağlık hizmetleri için gerekli mali kaynak çeşitli yöntemlerle toplanmaktadır. Bu yöntemler vergiler, sosyal sağlık sigortası, genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten ödemelerdir. Cepten ödemeler dışında bu yöntemlerin tamamında ön ödeme vardır. Her birinin kendilerine has avantaj ve dezavantajları bulunduğu için, dünya uygulamaları bu yöntemlerin çoğunlukla birarada kullanıldığını göstermektedir. Sağlık hizmetleri finansmanında hangi yöntem daha fazla ağırlık gerektiği konusuna karar vermek için hangisinin hakkaniyet, risk paylaşımı ve ekonomik etkileri bağlamında etkilerinin daha olumlu olduğunu değerlendirmek gerekmektedir. Genel olarak, ön ödeme mekanizmalarının olduğu yöntemler bu üç kriter itibarıyla cepten ödemelere göre daha avantajlıdır. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri için mali kaynak öncelikle vergiler, sosyal sağlık sigortası, genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası aracılığıyla toplanmalıdır. Bu açıdan bakıldığında, cepten ödemeler en az bel bağlanması gereken yöntemdir. Cepten ödemelerin sağ-

lık hizmetleri için mali kaynak toplanmasında hiçbir şekilde kullanılmaması yönünde bir görüş, ne yazık ki, savunulması çok kolay bir görüş değildir. Çünkü ihtiyaçların, beklentilerin, yerel ve global koşulların sürekli değiştiği bu sektörde, tüketici davranışları kıt kaynakların kullanımında önemli rol oynamaktadır. Maliyetlerin hiçbir koşulda tüketiciler tarafından paylaşılmadığı sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirliğin sağlanması zorlaşır. Bu sebeple cepten ödemeler belirli hizmetler için belirli miktarda veya yüzdede devreye sokulmak zorundadır. Ancak bunu yaparken, toplumun dezavantajlı kesimlerinin daha da dezavantajlı konuma düşürülmemesine özen gösterilmelidir. Hakkaniyetin sağlanması için ön ödeme yetmez, etkili bir havuzlama sistemin de oluşturulması gerekir. Havuzlama mekanizmasına karar vermede oluşturulacak havuzun sayısı önemlidir. Tek bir havuz oluşturulmasının risk paylaşımı, hakkaniyet, verimlilik açısından avantajları vardır. Ancak, çok büyük tek bir havuzlama mekanizmasının iyi yönetilmesinin yollarının bulunması gerekir.



Sağlık hizmetleri için havuzlanan mali kaynaktan satın alımları yapmakta kullanılan yöntemleri açıklamak

Sağlık hizmetleri için havuzda biriken mali kaynak ile hizmet sunuculardan satın alımların yapılmasında kullanılacak çeşitli yöntemler mevcuttur. Bu yöntemler retrospektif ve prospektif olarak iki ana gruba ayrılır. Retrospektif ödeme yöntemi olarak, hizmet başına ödeme yöntemi mevcuttur. Prospektif ödeme yöntemi olarak ise kişi başına ödeme yöntemi, gün başına ödeme, vaka başına ödeme yöntemi ve global bütçe yer almaktadır. Ayrıca, bu yöntemler arasında bazıları hem kurumsal hem de bireysel hizmet sunucular için kullanılabilirken bazıları sadece kurumsal bazıları da sadece bireysel hizmet sunucular için kullanılmaktadır. Bireysel hizmet sunucular için kullanılacak yöntemler hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, vaka başına ödeme, maaş ve performans dayalı ödemedir. Her yöntemin avantaj ve dezavantajları vardır. Hangi yöntemin kullanılacağı karar vermede, bu avantaj ve dezavantajların dikkate alınması önemlidir. Ayrıca, yöntemlerin birarada kullanılacağı durumlar iyi belirlenmelidir.

Kendimizi Sınavalım

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sisteminin finansmanında kullanılan mali kaynaklardan biri **değildir**?
 - a. Cepten ödemeler
 - b. Vergiler
 - c. Sosyal sağlık sigortası
 - d. Özel sağlık sigortası
 - e. Gelir testi
2. Vergilerle mali kaynak sağlama yöntemi için aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?
 - a. Kişiler hiçbir şekilde cepten ödeme yapmazlar.
 - b. Vergilerle toplanan mali kaynak sadece gelir vergilerinden elde edilir.
 - c. Az vergi ödeyen kişiler, sağlık hizmetlerinden daha az yararlanırlar.
 - d. Yoksullar sağlık hizmetlerinden hiçbir şekilde yararlanamazlar.
 - e. Ödedikleri vergi miktarına bakılmaksızın, belirli koşullar dahilinde, kişiler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alırlar.
3. Sosyal sağlık sigortası ile mali kaynak toplama yöntemi için aşağıdaki ifadelerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Hakkaniyet sorununun en fazla olduğu mali kaynaktır.
 - b. İnfomal sektörde çalışanların fazla olduğu ülkelerde etkili değildir çünkü işverenden ve çalışandan prim toplanamaz.
 - c. Prim miktarlarının yüksek olması ekonomik açıdan ciddi olumsuz etkiler yaratabilir.
 - d. Sosyal dayanışma ilkesine dayanır.
 - e. Bu yöntem diğer mali kaynak toplama yöntemleriyle birlikte kullanılır.
4. Özel sağlık sigortası yöntemi için aşağıdaki ifadelerden hangisi en doğrudur?
 - a. Prim miktarı kişinin gelirinine göre belirlenir.
 - b. Prim miktarı kişinin hem gelirinine hem de sağlık düzeyine göre belirlenir.
 - c. Prim miktarı kişinin sağlık düzeyine göre belirlenir ve sağlıklı kişileri seçme eğilimi bulunmaz.
 - d. Prim miktarı kişinin sağlık düzeyine göre belirlenir ve bunun için sigorta kapsamına alınacak kişilerin maliyetleri yükseltecek riskleri olup olmadığına bakılır.
 - e. Prim miktarı kişinin sağlık düzeyine göre belirlenir ama bunun için sigorta kapsamına alınacak kişilerin maliyetleri yükseltecek riskleri olup olmadığına bakılmaz.
5. Aşağıdakilerden hangisi cepten ödemelerin kullanılma gerekçelerinden biri **değildir**?
 - a. Ahlaki tehlikeyi azaltmak
 - b. Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı azaltarak kişileri finansal riske karşı korumak
 - c. Ek gelir sağlamak
 - d. Gereksiz sağlık harcamalarını kontrol etmek
 - e. Hizmet sunucuların davranışlarını kontrol etmek
6. Türkiye sağlık sisteminin finansmanında kullanılan mali kaynaklar aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Vergiler, genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası
 - b. Genel sağlık sigortası, vergiler, özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler
 - c. Vergiler, genel sağlık sigortası, cepten ödemeler
 - d. Genel sağlık sigortası ve cepten ödemeler
 - e. Vergiler, dış yardımlar ve genel sağlık sigortası
7. Aşağıdakilerden hangisi retrospektif ödeme yöntemidir?
 - a. Kişi başına ödeme
 - b. Teşhis ilişkili gruplara göre ödeme
 - c. Hizmet başına ödeme
 - d. Vaka başına ödeme
 - e. Gün başına ödeme
8. Hizmet sunuculara yapılacak ödemenin önceden belirlenen sabit bir miktar üzerinden yapıldığı ödeme yönteminin genel adı aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Cepten ödeme yöntemi
 - b. Retrospektif ödeme yöntemi
 - c. Prospektif ödeme yöntemi
 - d. Hizmet başına ödeme yöntemi
 - e. Vaka başına ödeme yöntemi
9. Sağlık hizmeti sunucularının daha verimli çalışmalarını sağlamada etkili **olmayan** ödeme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Kişi başına
 - b. Teşhis ilişkili gruplar
 - c. Performansa dayalı ödeme
 - d. Hizmet başına ödeme
 - e. Vaka başına ödeme
10. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin satın alınmasında kullanılacak mali kaynağın havuzlandığı kurum aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Sağlık Bakanlığında
 - b. Hazine ve Maliye Bakanlığı
 - c. Sağlık Bakanlığında ve Hazine ve Maliye Bakanlığı
 - d. Hazedede
 - e. Sosyal Güvenlik Kurumunda ve özel sigorta şirketlerinde

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetleri Finansman Sisteminin Fonksiyonları ve Mali Kaynağın Toplanması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
2. e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetleri Finansman Sisteminin Fonksiyonları ve Mali Kaynağın Toplanması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
3. a Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetleri Finansman Sisteminin Fonksiyonları ve Mali Kaynağın Toplanması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
4. d Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetleri Finansman Sisteminin Fonksiyonları ve Mali Kaynağın Toplanması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
5. b Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetleri Finansman Sisteminin Fonksiyonları ve Mali Kaynağın Toplanması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
6. b Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetleri Finansman Sisteminin Fonksiyonları ve Mali Kaynağın Toplanması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
7. c Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
8. c Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
9. d Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
10. e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması” konusunu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Ön ödeme, sağlık sorunu olsun veya olmasın kişilerin önceden kamu veya özel bir sigorta kuruluşuna sağlık harcamalarının karşılanması için ödeme yapmasıdır. Bu ödemeler, kişi için sağlık hizmetlerini satın alacak bir kuruluşa yapılıdır. Bu kuruluş, üçüncü taraf ödeyici olarak adlandırılan kuruluştur.

Sıra Sizde 2

Türkiye’de sağlık hizmetleri için mali kaynak toplamada kullanılan yöntemler dikkate alındığında, primleri toplayan ve havuzlayan iki kuruluş vardır. Bunlar, SGK ve özel sigorta şirketleridir.

Sıra Sizde 3

Sağlık hizmetlerinin satın alınmasında kullanılabilecek çok sayıda farklı ödeme yöntemi bulunmaktadır. Her birinin kendine has avantaj ve dezavantajı vardır. Bazıları hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti açısından daha avantajlı iken bazıları özellikle verimlilik açısından ön plana çıkmaktadır. Uygun ödeme yöntemine karar verirken neyin öncelikli olduğu önemlidir.

Satın alınan hizmetin kalitesinden ödün verilmeden daha düşük maliyetle üretilmesi ideal olanıdır. Ancak, bu ideale ulaşmak her zaman mümkün olmayabilir. Örneğin, Türkiye’de olduğu gibi acil hizmetler, yoğun bakım hizmetleri gibi kaliteden ödün verilmemesi istenilen durumlarda hizmet başına ödeme, uygun bir yöntem olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri gibi çok sayıda kişiye sunulması istenilen hizmetler için, hizmet sunucuların daha fazla kişiye hizmet sunmasını teşvik edecek bir yöntem uygun olacaktır.

Yararlanılan Kaynaklar

- Atun, R. et al. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. **Lancet**, doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X.
- Chawla, M. et al. (1997). **Paying the physician: review of different methods**. Data for Decision Making Project, Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, USA.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri finansmanında cepten harcama: nedir? neden önemlidir? **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 10(2): 201-228.
- Özgen, H., Tatar, M. (2008). Sağlıkta hizmetleri finansmanında informal ödemeler, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 11(1): 103-132.
- Tatar, M. (2001). Sağlık Hizmeti sunan profesyonellere ödeme yöntemleri. **Sağlık ve Toplum**, 11(4).
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının türkiyede gelişimi. **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 1: 103-133.
- Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2013 (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161>).
- Uğurluoğlu, E., Özgen, H. (2008). Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 11(2): 133-159.
- Uğurluoğlu, E., Özgen, H. (2010). Cepten sağlık harcamalarının hakkaniyet açısından değerlendirilmesi, **Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi**, 9(1): 53-65.
- WHO (2000). The World Health Report 2000. **Health Systems: Improving Performance**, Geneva.
- WHO (2010). The World Health Report 2010. **Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage**, Geneva.
- WHO (2015). **World Health Statistics 2015**, Luxembourg.
- Xu, K. et al. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. **The Lancet**, 362(12): 111-17.

4

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- Sağlık hizmetlerinin kamusal ve bireysel yönlerinin anlamlarını açıklayabilecek,
- Sağlık hizmetleri açısından piyasa/pazar koşullarının nasıl işlediğini açıklayabilecek,
- Sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından üstlenilmesinin neden olabileceği sorunlar ve sonuçlarını tartışabilecek,
- İyi bir sağlık hizmet sistemi için devletin rolünün ne olması gerektiğini açıklayabilecek,
- Yönetilen rekabet kavramını açıklayabilecek bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.

Anahtar Kavramlar

- Kamusal Mal ve Hizmet
- Bireysel Mal ve Hizmet
- Rekabet
- Dışlanabilirlik
- Neoliberal Politikalar
- Pazar Ekonomisi
- Kulüp Malı
- Yönetilen Rekabet

İçindekiler



Sağlık Hizmetlerinde Kamunun ve Pazarın Rolü

GİRİŞ

Sağlıklı yaşamak ve ihtiyaç duyulduğunda sağlık hizmeti alabilmek temel insan haklarının başında yer almaktadır. Öyle ki, bu hak sağlanmadan diğer insan haklarının gerçekleşmesi mümkün olamamakta, gerçekleşse de bir anlamı olmamaktadır. Sağlığını yitirmiş bir insanın seyahat hakkı, çalışma hakkı, her türlü ekonomik faaliyette bulunma hakkı, gibi haklara sahip olmasının ona bir yararının olmayacağı ortadadır.

Sağlıklı yaşamamanın bir anlamda diğer temel hakların kullanılması için bir ön koşul olma özelliğini taşıması nedeniyle sağlık hakkını koruma ve yerine getirme ödevinin kime ait olması gerektiği konusu her zaman önemli bir tartışma konusu olmuştur. Bu anlamda ortaya çıkan görüşler iki ayrı uç arasında yer almaktadır. Bu uçlardan birisi devlet, diğeri ise bireydir. Sağlık hakkını koruma ödevinin devlete ait olması gerektiğini savunanlar, devlet denilen örgütlenmenin bireyler arasında oluşan bir toplumsal sözleşme sonucu ortaya çıktığını, bu nedenle de bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılama, temel haklarını koruma gibi ödevleri olduğunu vurgulamaktadırlar. Sağlık konusunun bireysel bir konu olduğunu savunanlar ise giyinme, barınma, beslenme gibi konular nasıl bireylerin kendi sorumluluğunda ise sağlığın da böyle olması gerektiğini, bu nedenle her bireyin kendi sağlığını koruması, hizmete ihtiyaç duyduğunda olanakları ölçüsünde hizmet almasının doğru olacağını savunmaktadırlar. Bu iki ucun arasında tabii ki değişik derecelerde karma devletçi ve bireyci anlayışlar vardır. İki aşırı uçtaki görüşün uygulaması yirminci yüzyılda sosyalist sistemin temsilcisi Sovyetler Birliği ile kapitalist sistemin kalesi durumundaki ABD deneyimlerinde yaşanmış ve tek başlarına ikisinin de yeterli olamayacağı sonucuna varılmıştır. Seksenli yılların sonunda Sovyetler Birliği'nin dağılması ile katı devletçiliğin bir anlamda sonu gelmiş, doksanlı yılların başında ise başta ABD olmak üzere tüm kapitalist ekonomilerde sağlık alanındaki ciddi sorunlar nedeniyle reform arayışları ortaya çıkmıştır. Geldiğimiz noktada eski sosyalist ekonomilerde sağlık alanında yoğun bir özelleştirme ve bireyselleştirme, kapitalist ekonomilerde ise devleti sağlık hizmetlerine daha fazla sokma çabaları olduğu görülmektedir.

Özet olarak, büyük devletler düzeyinde yaşanan devletçi ve bireyci deneyimlerin tek başlarına sağlık sektörü için yeterli olmadığı, ne devletçi politikaların ne de bireyi ön plana alan liberal-neoliberal politikaların tüm sağlık hizmetlerinin ruhuna ve özüne uygun olmadığı anlaşılmaktadır. Bunun nedenleri çok çeşitli olup, ülkeden ülkeye ve dönemden döneme farklılık gösterebilmektedir. Nedenlerin bir kısmı sağlık hizmetlerinin kendine özgü bazı özelliklerinden kaynaklanan nedenlerdir. Bir kısmı ise ülkelerin ekonomik, demografik, epidemiyolojik, sosyal ve kültürel özellikleri ile ilişkili nedenlerdir. Sağlık hizmetleri sunum ve finansmanında devletin ve özel sektörün rolünü anlayabilmek için bu nedenlere kısaca değinmek gerekir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMUSAL VE BİREYSEL YÖNÜ

Sağlık sektörü son derece karmaşık olan yapısı nedeniyle ekonomik ilişkiler bakımından diğer sektörlere kıyasla daha farklı düzenlemeler gerektiren, kamusal ve bireysel özellikleri bulunan, bu nedenle de devletin ve özel sektörün rollerinin daha iyi tanımlanmasını gerektiren bir sektördür. Bazı sağlık hizmetleri nitelik itibarıyla kamu malı ve hizmeti olmak durumunda iken bazıları bireysel olarak tanımlanabilmektedir. **Kamusal** ya da **kamu malı** olmanın anlamı, bir mal ya da hizmetin herkesin kullanımına veya tüketimine açık olmasıdır. Bir mal veya hizmetin kamusal mı yoksa bireysel mi olduğuna karar vermek için iki özelliğini dikkate almak gerekir: **rekabet** ve **dışlanabilirlik**. Tam anlamıyla kamusal olan mal veya hizmetlerde bu iki özellik yok iken, tamamen bireysel olanlarda her iki özellik de bulunmaktadır.

Kamusal mal ve hizmet: Bir mal ya da hizmetin herkesin kullanımına veya tüketimine açık olması.

Rekabet: Bir mal veya hizmetin kullanım ya da tüketiminin başkalarının kullanım veya tüketimini etkilemesi.

Dışlanabilirlik: Bir mal veya hizmetin kullanım ya da tüketiminin herkesin erişimine aynı ölçüde açık olmaması.

Rekabetin olmaması demek, bir kişinin o malı veya hizmeti kullanmasının, bir başkasının kullanımını etkilememesi, yani kullanım ya da tüketim sırasında başkaları ile rekabete girilmemesi demektir. Dışlanabilirliğin olmaması ise mal veya hizmetlere erişim, kullanma, tüketme konusunda bazıları için engellerin bulunmaması, herkes için aynı ölçüde ulaşılabilir olması anlamına gelmektedir.

Örneğin, temiz hava bir kamu malı iken, bir çift ayakkabı bireysel maldır. Temiz havayı herkesin, bir başkasından izin almaksızın, herhangi bir harcama yapmaksızın dilediği zaman dilediği şekilde kullanabilmesi mümkündür, yani kimsenin dışlanması söz konusu değildir. Üstelik, bir kişinin kullanması veya tüketmesi başka bir kişinin kullanımını etkilememekte, yani rekabet bulunmamaktadır. Oysa, bireysel bir mal örneği olan bir çift ayakkabı, ancak bir kişinin kullanımına uygundur. Bir kişi kullanıyor ise diğer bir kişinin aynı anda kullanımı söz konusu olamadığından ilk kullanan kişi olmak için rekabet söz konusudur. Ayrıca, bir kişi kullanırken diğer kişiler kullanımdan dışlanmaktadır. Sağlık alanındaki çeşitli mal ve hizmetler de bu açıdan değerlendirilerek, kamusal ve bireysel olarak gruplanabilmektedir.

Örneğin, baş ağrısı için kullanılan bir ilaç bu anlamda bireysel bir maldır ve başı ağrıyan kişinin satın alarak kullanması için üretilmiştir. Baş ağrıdığı hâlde ilacı almak için parası olmayan bir kişi ilacın kullanımından dışlanmış olmaktadır. Öte yandan başı ağrıyan kişi sayısı fazla olduğunda, var olan ilaçların hızla tüketilmesi ve bazı kişilerin ilaçsız kalması söz konusu olabileceğinden, bu ilaca ihtiyacı olanlar arasında bir rekabet ortaya çıkmış olacaktır, yani ilaca erişim konusunda dışlanabilirlik ve rekabet söz konusudur. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacı ile haşere ve vektör mücadelesi için yapılan çöplük ve ortam ilaçlamaları ise kamusal nitelikteki sağlık hizmeti örneğidir. İlaçlama yapıldığında herkesin yarar görmesi söz konusudur. Yapılan ilaçlamadan bazı insanların yararlanması, bazılarının ise rekabet nedeniyle yararlanamaması, dışlanması diye bir şey söz konusu değildir, yani ne rekabet ne de dışlanma bulunmamaktadır.

Bir mal veya hizmetin tamamen kamusal ya da tamamen bireysel olması gibi iki aşırı ucun dışında değişik derecelerde kamusal veya bireysel özellikler taşıması da mümkündür. Örneğin, tüberküloz hastalığı bireysel bir sorun olduğu için bu hastalığa karşı aşılama, hastalığa yakalanılmış ise tedavi olmak aslında bireysel bir sağlık hizmeti konusudur. Ancak, tüberkülozun bulaşıcı bir hastalık olması nedeniyle hastalığın ortaya çıkması, tedavi edilmemesi hâlinde hastanın yakın çevresindeki kişileri de etkilemesi söz konusu olduğundan sorunun bireysel olmasının yanı sıra kamusal bir niteliği bulunmaktadır. Çünkü, tüberkülozlulara sunulacak tanı ve tedavi hizmeti için rekabete izin verildiğinde, ya da parası, hizmete erişim olanağı olmayanların dışlanması hâlinde, tedavi edilmeyen vakalar nedeniyle başka insanlara da hastalığın bulaşması mümkün olacaktır. Bu tür sorunlar için sunulacak hizmetlerin tamamen bireysel olması, tercihlere ve olanaklara bırakılması doğru olmayacağından, dışlanmanın ve rekabetin ortadan kalkması için kamu adına devletin devreye girmesi gerekir.

Bu iki özelliğe göre ortaya çıkabilecek seçenekler Tablo 4.1’de özetlenmiştir. Tabloda tamamen kamusal mal ve hizmet örneği olarak tıbbi bilgi verilmiştir. Kitaplarda, kamuya açık kütüphanelerde, internet’teki arama motorları ve sağlıkla ilgili sitelerde yer alan tıbbi bilgilere isteyen her kişinin ulaşması ve yararlanması mümkündür. Bu konuda, abonelik gerektiren özel bazı kaynaklardan yararlanma bir yana bırakıldığında, dışlanma söz konusu olmayıp bir kişinin fazla bilgi kullanması da başka kişilerin kullanımını etkilememektedir.

Tamamen bireysel bir hizmet örneği olan ameliyat ise rekabete ve dışlanmaya açık bir hizmettir. Ameliyat olması gereken bir kişinin bu hizmetten yararlanabilmesi için, bu hizmete harcayacak miktarda parasının olması veya harcamalarını karşılayacak bir güvencesinin bulunması, ayrıca ameliyatı yapacak kuruluşa erişiminin olması gerekmektedir. Parası, güvencesi veya erişimi olmayanlar bu hizmetten dışlanmaktadır. Öte yandan, ameliyatı yapacak olan hekim ya da hastane sayısı sınırlı ise parası veya güvencesi olan kişiler arasında ameliyat olmak için bir rekabet ortaya çıkacak, bazıları erken bazıları geç ameliyat olabilecek, bazılarının ise çok gecikmeleri nedeniyle hizmetten yarar sağlamaları hiç mümkün olmayacaktır.

Rekabetin söz konusu olduğu, dışlanmanın bulunmadığı mal ve hizmetlere örnek olarak kaynak suları verilebilir. Doğada var olan kaynak suları, herkesin kullanımına açık olup kimsenin dışlanması söz konusu değildir. Ancak, birilerinin çok kullanması ve tüketmesi ile azalmakta ve bu durum başkalarının kullanım ve tüketimini zaman içerisinde etkileyebilmektedir.

Rekabetin olmadığı, ancak, dışlanmanın olduğu mal ve hizmetler için tipik örnek ise şebeke suyu kullanmadır. İçme ve kullanma suyu olarak, arıtılmış şebeke sularını kullanmak için abone olmak ve bu suların aktığı bir konutta yaşamak gerekir, yani kaçak olduğu için belediye hizmetinden mahrum kalmış konutlarda yaşayanlar ya da evsizler dışlanmaktadır. Ancak, yeni abone sayısının artması ile eski abonelerin suyunda azalma, kullanımında etkilenme olmadığından rekabet söz konusu değildir. Sadece üye, abone olanların kullanımına açık olan, rekabetin söz konusu olmadığı bu tür mal veya hizmetler, üyelik temelinde kurulan organizasyonlar olan kulüplere atıfla “kulüp malı” adını almakta ve kulüp teorisi ile açıklanmaktadır.

Rekabet	Dışlanabilirlik	
	Yok	Var
Yok	Tamamen kamusal (Çevre sağlığı, tıbbi bilgi)	“Kulüp” malı (Şebeke suyu)
Var	Bireysel (Kaynak suyu)	Tamamen bireysel (İlaç, ameliyat)

Tablo 4.1
Mal ve Hizmetlerin
Dışlanabilirlik ve
Rekabet Özelliklerine
Göre Dağılımı

Tablodan da anlaşılacağı gibi sadece bu iki özelliğin varlığı ve yokluğu dikkate alındığında, mal ve hizmetlerin kamusal ve bireysel yönü açısından dört farklı seçenek söz konusu olmaktadır. Çeşitli mal veya hizmetler için bu özelliklerin farklı düzeylerde var olması ya da olmaması ile seçenek sayısının artacağı, kamusal veya bireysel olma niteliğinin değişik dereceler alacağı ortadadır.

Bir hizmetin kamusal veya bireysel yönünü gösteren özelliklerin tanımının yapılması, o hizmette devlete ve bireye düşen sorumlulukların belirlenmesi ve görev paylaşımı açısından önem taşır. Genellikle kamusal yönü ağır basan sağlık hizmetleri için bireyler para

harcamaya yanaşmaz ve bu tür sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu için kamu adına devletin görev üstlenmesi beklenir. Bireysel sağlık hizmetleri için ise sorumluluğun bireyde olması ve ancak özel bazı durumlarda devletin devreye girmesi uygun bulunur. Ancak, bu ayrımın her zaman bu şekilde yapılamadığı, sağlık yönetimi konusunda bilgisi olmayan politikacılar tarafından tam tersi uygulamaların da hayata geçirilebildiği, kötü kurgulanmış, iyi işlemeyen bir sağlık sisteminde tamamen bireysel nitelikteki bazı sağlık hizmet türlerinin kamu tarafından finanse edilerek kaynak savurganlığına yol açılıyor olması da mümkündür. Örneğin, kamusal bir hizmet türü olan gıda güvenliğini bireylerin özel olarak sağlaması mümkün olmadığı için bu hizmetlerin devlet tarafından finanse edilmesi ve sunulması gerekir. Oysa, estetik amaçla yapılan cerrahi uygulamalar tamamen bireysel nitelikte olduğundan bunlar için devletin kaynaklarının kullanılmasında, örneğin ülkemizde SGK'dan güvence sağlanmaması, talebi olan bireylerin özel harcama yaparak piyasadan alması arzu edilir.

Özet olarak, bir mal ya da hizmetin kamusal ve bireysel özelliklerinin tanımlanması, üretim veya sunumunda devletin ve özel sektörün rolünün belirlenmesi açısından önem taşımaktadır.

SIRA SİZDE



Kamusal mal ile “kulüp” malı arasındaki farkı açıklayınız.

Sağlık hizmetlerinin kamusal ve bireysel özelliklerini tanımlayabilmenin yanısıra, bir ülkede ya da bölgedeki sağlık hizmet sisteminin devletçi/kamucu ve özel sektörcü niteliklerini değerlendirebilme konusunda da dikkatli ve bilgili olmak gerekir. Bir sağlık hizmet sisteminin devletçi/kamucu ya da özel olarak nitelenmesi, hizmetlerin özellikle finansmanın ve sunumunun kimler tarafından yapıldığına bağlıdır.

Sağlık hizmet sistemleri, bu açıdan kamu ve özel şeklinde iki uç arasında bir yerde bulunmaktadır. (Bu durum Tablo 4.2’de özetlenmiştir.)

Tablo 4.2
Sağlık Sistemlerinin
Finansman ve Sunum
Özelliklerine Göre
Dağılımı

Finansman	Sunum	
	Kamu	Özel
Kamu	Sağlık güvencesinin ve hizmet sunumunun devlet tarafından sağlanması Örnek: İskandinav ülkeleri	Özel sektör tarafından sunulan hizmetlerin vergi gelirleri ve sosyal sigorta ile karşılanması Örnek: Almanya, Fransa, Japonya, Kanada
Özel	Kamu tarafından sunulan hizmetler için cepten harcamaların ya da özel sigortanın kullanılması Örnek: Bilinen iyi bir örnek yoktur	Özel sektör tarafından sunulan hizmetlerin cepten yapılan harcamalar ya da özel sigorta yoluyla alınması Örnek: ABD

Eğer hizmetlerin finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafından, yani devletin bütçesinden, vergi gelirlerinden karşılanıyor, hizmetler de devletin sağlık personeli, hastaneleri ve kuruluşları tarafından sunuluyor ise, kamusal yani “devletçi” bir sistem var demektir. Günümüzde bu tür sağlık hizmet sistemleri İskandinav ülkelerinde bulunmaktadır.

Eğer sağlık hizmetleri finansmanı ağırlıklı olarak kişilerin cepten yaptıkları ödemeler veya özel sigortalar tarafından karşılanıyor, hizmetler de özel muayenehaneler, özel hastaneler ve özel sağlık kuruluşları tarafından sunuluyor, yani pazara bırakılmış ise özel hatta “özel sektörcü” bir hizmet sistemi var demektir. Bu sistemlerin günümüzdeki tipik örneği, her ne kadar yapılmaya çalışılan reformlarla bir miktar değişikliği uğramış olsa da ABD’dir.

Bu noktada özel sektör kavramını netleştirmek gerekir. Sağlık alanında kamu ve devlet benzer amaçlarla kullanılan kavramlar olmasına karşın, özel sektör daha geniş kapsamlıdır. Sağlık alanında **özel sektör**, kâr-amaçlı özel sağlık kuruluşlarının ve özel girişimcilerin yanı sıra; yardım ve dayanışma amaçlı dernekler, vakıflar ve üniversiteler tarafından kurulmuş olan “**kâr amacı gütmeyen kuruluşları**” da kapsayan bir kavramdır. Sağlık sektöründeki günlük konuşma diline yeni yerleşmeye başlayan “kâr amacı gütmeyen kuruluş” kavramı, kâr etmeyen kuruluş olarak anlaşılmalıdır. Bir kuruluşun kar etmesi ya da etmemesi onun işletmesi, finans yönetimi ile ilgili bir konudur. Bu kavram ile ifade edilen, birincil amacın kâr etmek olmamasıdır. Örneğin, çeşitli sivil toplum örgütleri, üniversiteler tarafından kurulan ve işletilen sağlık kuruluşlarının birincil amacı paraya para kazandırmak değil, topluma kaliteli hizmet sunmaktır. Hizmet sunulurken kar edilmesi doğaldır. Oysa özel bir girişimci tarafından kurulan ve işletilen bir sağlık kuruluşunun, topluma kaliteli sağlık hizmeti sunma işlevi de olmakla birlikte birincil amacı yapılan yatırım karşılığında olabildiğince çok kâr etmektir. Gelişmiş Batı ülkelerinde, özellikle sağlık ve eğitim gibi kamusal özellikleri ağır basan sektörlerde, kar amacı gütmeyen kuruluşların çoğunlukta olduğunu da belirtmek gerekir.

Sağlık hizmetleri finansmanının ağırlıklı olarak kamusal, sunumunun ise özel olması bir başka seçenek olup Almanya, Fransa, Japonya gibi ülkelerde görülen bir durumdur. Bu tür sistemlerde hizmet ağırlıklı olarak piyasadaki, pazardaki özel hizmet sunucuları tarafından verilmekte hizmetlerin finansmanı ise bazen devletin bütçesinden, bazen de işveren ve çalışan katkıları ile oluşturulan sosyal sigortalardan karşılanmaktadır.

Dördüncü bir seçenek olarak kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin vatandaşlar tarafından yapılan cepten ödemeler veya özel sigortalar kanalıyla satın alınması yolu söz konusudur, ki bunun başarılı bir örneği bulunmamaktadır.

Sağlık alanında özel sektör, kar-amaçlı özel sağlık kuruluşları ve özel girişimcilerin yanı sıra, yardım ve dayanışma amaçlı dernek ve vakıflar, üniversiteler tarafından kurulmuş olan “kâr amacı gütmeyen kuruluşları” da kapsayan bir kavramdır. **Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar**, birincil amacı kar etmek olmayan ve genellikle sivil toplum örgütleri, üniversiteler tarafından kurulup işletilen kuruluşlar.

Finansmanın ağırlıklı olarak kamu tarafından sağlandığı sağlık hizmet sistemlerine örnek veriniz.



SIRA SİZDE

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TAMAMEN PAZARA BIRAKILMAYIŞ NEDENLERİ

Sağlık hizmetlerinde “pazar” ya da “piyasa” kavramı sağlık hizmetlerinin alıcıları ile sunucuları arasındaki ilişkileri açıklamak amacıyla kullanılan ve daha ziyade özel sektörcü, liberal/neoliberal anlayışı yansıtan bir kavramdır. Sağlık hizmetleri, son otuzbeş yıla damgasını vuran ve küreselleşme olgusu ile somutlaşan neoliberal politikaların geçerliliğinin en çok tartışıldığı alanlardan birisidir. On sekizinci yüzyılda yaşanan sanayi devrimi ile birlikte boy göstermeye başlayan kapitalizmin temelini oluşturan ve Adam Smith’in görüşleri ile özdeşleşen liberal ekonomik politikalara göre ekonomik olaylarda devletin rolünün azaltılması, pazarın rolünün artırılması önem kazanmıştır. Bu yaklaşım, daha sonra yerini devletin müdahaleci rolünü önemseyen Keynesçi politikalara bırakmış, ancak daha sonra, 1970’li yıllarda neoliberal politikalar olarak yeniden önem kazanmış ve yaygın biçimde uygulanmaya başlamıştır.

Neoliberal politikalar, sağlık hizmetlerinde verimliliği arttırmak amacıyla devletin rolünün azaltılması, merkeziyetçilik yerine yerinden yönetim ilkelerinin benimsenmesi,

toplumun çıkarları yerine bireyin ihtiyaçlarının ön planda olması, sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilen bir kamu hizmeti olması yerine özelleştirilerek piyasa, serbest “pazar” koşullarında sunulması esaslarına dayanmaktadır. Önce gelişmiş Batı ülkelerinde uygulanmaya başlayan ve seksenli, doksanlı yıllarda çok taraftar toplayan bu politikalar zamanla Dünya Ticaret Örgütü, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu’nun desteğinde tüm ülkelere yayılmıştır. Ne var ki, ne gelişmiş Batı ülkelerinde, ne de bu politikaları sadakatle uygulamaya koyan gelişmekte olan ülkelerde umulan başarılar elde edilememiştir. Politikaların uygulandığı yerlerde sağlık harcamaları hızla artmaya devam etmiş, sağlık konusunda çeşitli toplumsal kesimler arasında var olan eşitsizlikler ise daha da hızlı artış göstermiştir. Gelinen noktada eskiden beri tartışılmakta olan “sağlık hizmetleri tamamen serbest pazar koşullarına bırakılmalı mı?”, “sağlık hizmetlerinde devletin ve özel sektörün rolü ne olmalı?” soruları yeniden önem kazanmıştır.

SIRA SİZDE



Neoliberal politikalara göre sağlık hizmetlerinin pazar koşullarında sunulmasından ne anlıyorsunuz?

Günümüzde geçerli olan ekonomik teorilere göre bir mal veya hizmetin pazardaki değerini ifade eden fiyatı, pazarda ne miktarda bulunduğu ile onu almak isteyenlerin sayısı ve alım gücü tarafından belirlenmektedir. Üretilen hiçbir mal veya hizmet sonsuz miktarda olmadığından, pazar alıcılar açısından bir rekabet ortamı oluşturmaktadır. Bir mal veya hizmetin arzı, yani miktarı az, talep edeni, yani alıcısı fazla ise fiyatı artmakta, fiyat artışı sürdüğünde bir müddet sonra alıcılar azalmaktadır. Bunun tersi de doğru olmakta, yani arzı, miktarı fazla, ancak talep edeni, alıcısı az olan mal veya hizmetlerin fiyatı düşmektedir.

Bu yaklaşımın dayandığı iki varsayım vardır:

1. Tüm sunucu ve alıcılar pazara gönüllü olarak girip çıkmakta serbesttirler ve her zaman alternatifleri vardır.
2. Hem alıcılar hem de sunucular, fiyatlar ve alternatifler konusundaki bilgilere ulaşma konusunda eşit imkânlarla sahiptirler.

Tamamen arz ve talep ilişkisine dayanan bu yaklaşımı sağlık için geçerli saymak mümkün olamamaktadır, çünkü, sağlık hizmetleri pazarı açısından bu varsayımlar geçerli değildir. Bir kişinin ne zaman, ne tür bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağını kestirmesi mümkün olmadığı gibi ortaya çıkan ihtiyacı erteleme de söz konusu olmadığından pazara gönüllü olarak girip çıkma serbestisi bulunmamaktadır. (pazara giriş-çıkış engeli özellikle arz kanadı için önemli olduğundan, arz kanadındaki giriş-çıkış engelinden de bahsetsek mi?) Öte yandan, sağlık hizmetini sunanlar ile alanlar arasında hizmetin miktarı, kapsamı, önceliği, alternatifleri konusundaki **bilgi asimetrisi** nedeniyle alıcılar, sunucular tarafından kolayca yönlendirilebilmektedirler. Üstelik sağlık hizmetini sunan doktorlar ve hastaneler, aynı zamanda kendi taleplerini de oluşturabildiklerinden, arzın artışı ile birlikte talebin de teorik olarak sınırsız şekilde artması söz konusu olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin pazar anlayışı içerisinde ele alınmasını engelleyen belli başlı özellikleri şu şekilde özetlemek mümkündür:

- Bir bireyin sağlık hizmetlerine ne zaman ve ne kadar ihtiyacı olacağına karar vermesi, gerektiğinde bu ihtiyacını erteleme çoğu zaman mümkün değildir. Örneğin, beklenmedik bir trafik kazası, kalp krizi ya da felç geçiren bir kişinin sağlık hizmeti ihtiyacının hemen karşılanması gerekir, ertelenmesi söz konusu olamaz. Böyle durumlarda genellikle kişinin alacağı hizmetin yerini, fiyatını, niteliğini ve kapsamını belirleme, alternatifleri inceleme konusunda da fazla bir tercih hakkı yoktur. Çünkü, hizmeti alabileceği en yakın yerden ve en kestirme yoldan almak

zorundadır. Hangi hizmetlerin ne kadar verileceğine ise hizmeti talep edenler değil sunanlar karar vermektedir. Sağlık sektörünün bu özellikleri klasik “pazar” mantığı ile çelişmektedir.

- Sağlık hizmetlerini sunanlar ile alanlar arasındaki **bilgi asimetrisi**, bilgi eşitsizliği nedeniyle alınan sağlık hizmetlerinin her zaman gerekli ve yararlı olduklarını söylemek güçtür. Örneğin, ülkemizde son yıllarda hastane doğumları arasında %60'a ulaşan sezaryenle doğum oranları Dünya Sağlık Örgütünün belirlediği %15 sınırının çok üzerinde olup bunların tümünün gebe kadınların talep ve ihtiyaçları doğrultusunda yapıldığını ve normal doğumlardan daha risksiz olduğunu savunmak mümkün değildir.
- Hizmeti sunanlara yapılan ödemelerin alanlar tarafından değil de özel sigorta ve benzeri bir kurum tarafından yapılması maliyetlerin kontrolü amacını taşımakla birlikte tam tersi de olabilmektedir. Ücretini sigortadan alacağını bilen bir doktor veya sağlık kuruluşu ile alacağı hizmet için cebinden ödeme yapmayan bir hastanın, hizmetlerin miktarı, maliyeti konusunda tutumlu ve mantıklı davranmasını beklemek pek gerçekçi olmamakta, “**ahlaki tehlike**” olarak bilinen sorun ortaya çıkmaktadır. Üstelik özel sigorta ve benzeri kurumların işletme giderleri de dolaylı olarak sağlık hizmetlerinin maliyetine yansımakta ve ek yükler getirmektedir.
- Bazı sağlık sorunları sadece sorunun sahibi olan bireyleri değil, yakın çevresinden başlayarak toplumu da ilgilendirmektedir. Örneğin, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama hizmetlerinin, her ortamda tütün-alkol ve madde kullanımının bireysel tercihlere bırakılmasının sonuçları bireyin çevresindeki pek çok kişinin sağlığını ilgilendirmektedir.
- Bazı sağlık hizmetleri kamu hizmeti olmak zorundadır. Örneğin, suların klorlanması, hava kirliliğinin kontrolü, zararlı atıkların uzaklaştırılması, sivrisineklerle mücadele, gibi koruyucu hizmetlerin yeterince verilmesi ya da verilmemesi sadece bu hizmeti talep eden bireyleri değil tüm toplumu ilgilendirmektedir. Bu özellikleri nedeniyle bireysel tercihlere bırakılmaları doğru değildir ve kamu adına sunulmaları gerekmektedir.
- Özel sağlık kuruluşlarınca sunulan hizmetlerden, özel sağlık sigortası ya da cepten ödemeler kanalıyla yararlanma imkânı en düşük olan toplum kesimleri, aslında her türlü hizmete en çok ihtiyacı olan yoksullar ile yaşlılardır. Yoksulların ödeme güçlerinin olmaması, yaşlıların uzun süreli bakım gerektiren çoklu sağlık sorunlarının bulunması, her iki grubu da özel sağlık sigortalarının ilgi alanının dışında bırakmaktadır. Cepten ödeme gücü de az olan bu gruplara devlet desteğinin sağlanmaması hâlinde toplumsal eşitsizliklerin artması kaçınılmaz olmaktadır.
- Bireysel ihtiyaçları, talepleri karşılamak amacıyla sunulan hizmetlerde bile serbest pazar kurallarını işletmek, verilecek hizmetin kapsamını, değerini/bedelini belirlemek her zaman mümkün olamamaktadır. Çünkü, sağlık hizmetlerinin *heterojenlik* özelliği nedeniyle aynı sağlık sorununa sahip farklı bireylerin farklı hizmetlere ihtiyacı olabilmektedir. Öte yandan, aynı türde ve aynı şekilde sunulan hizmetlerin değerinin belirlenmesinde bile sorunlar, sağlık hizmetlerinin sunumunda öngörülemez durumlar söz konusudur.

Bir kısmı yukarıda sayılan çok çeşitli nedenlerle sağlık hizmetlerinin pazar koşullarına bırakılması hâlinde toplum içerisindeki eşitsizliklerin, hizmetlere erişim, kullanım ve finansman konusunda hakkaniyetsizliğin ve finansal riske karşı korumasız kalmanın artması kaçınılmaz olmaktadır. Öte yandan, sağlık hizmetlerinin tamamen kamu adına, devlet tarafından sunulan hizmetler olmasının da çeşitli sakıncalarının olduğu, sosyalist ülkeler ve devletçi ekonomilerde yaşanan deneyimlerde ortaya çıkan bir başka sonuçtur.

Bilgi asimetrisi: Sağlık hizmetini sunanlar ile alanlar arasında hizmetin miktarı, kapsamı, önceliği, alternatifleri konusundaki bilgi farklılığı.

Ahlaki tehlike: Ücretini sigortadan alacağını bilen bir doktor veya sağlık kuruluşu ile alacağı hizmet için cebinden ödeme yapmayan bir hastanın, hizmetlerin miktarı, maliyeti konusunda tutumlu ve mantıklı davranmaması şeklinde ortaya çıkan sorun.

Sağlık hizmetlerinin tamamen pazara bırakılmaması için üç neden sayınız.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TAMAMEN DEVLET TARAFINDAN ÜSTLENİLMESİNİN NEDEN OLABİLECEĞİ SORUNLAR

Devletçi sistemlerle ve devlet tarafından sunulan hizmetlerle ilgili olarak en sık dile getirilen eleştiri *verimsizlik* ve hizmeti alanlarda ortaya çıkan *memnuniyetsizlik*dir. Devletin ağır işleyen ve hantal mekanizması içerisinde, hele bir de iş güvencesi tam olarak sağlanmış memur statüsündeki çalışanlar tarafından hizmet sunulmasının sağlık hizmetlerinin niteliği ile uyuşmadığı sıklıkla dile getirilen eleştirilerdir. Ancak, özellikle temel sağlık hizmetlerinin toplumun tümüne sunulması gerçeği ve bazı sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti niteliği taşıması nedeniyle devletin oynaması gereken rolün önemi ve kaçınılmazlığı da ortadadır.

Sağlık hizmetleri finansman ve sunumunun tamamen devlet tarafından gerçekleştirildiği Sovyetler Birliği deneyimi ile bu yolu deneyen çeşitli ülkelerde elde edilen deneyimlere göre ortaya çıkan başlıca sakıncalar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Kamunun yararını gözetmesi beklenen devlet kuruluşları, genellikle toplumun güçlü kesimlerinin kontrolünde olduğundan toplumu temsil etme özellikleri azalmaktadır. Politik gücü daha fazla olan varlıklı kesimlerin kamu sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda yoksul kesimlere göre her zaman üstünlüğü olmaktadır. Örneğin, demokratik ülkelerde bile, bir yerleşim yerindeki devlet hastanesinin imkânlarından o yerin iktidar partisi temsilcileri veya ileri gelenlerinin yoksullardan daha fazla yararlanması söz konusu olabilmektedir.
- Gerek politik gücü fazla olan varlıklı kesimlerin, gerekse sağlık bakanlıklarında etkili olan uzman grupların taleplerine bağlı olarak basit ve ucuz olan koruyucu hizmetler yerine, karmaşık ve pahalı olan tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmesi riski vardır. Örneğin, bir yerleşim yerinde hastane yapılması, koroner yoğun bakım üniteleri ya da organ nakil merkezleri kurulması, bağışıklama hizmetleri için iyi bir soğuk zincir kurulmasından daha önemli hizmetler olarak görülebilmektedir. Bu tür yatırımlardan çıkar sağlayacak olan varlıklı kesimler ile buralarda görev yapacak uzman hekimlerin devlet kuruluşları üzerindeki baskısı ve ikna gücü, bağışıklama hizmetlerinden yarar sağlayacak sıradan insanlar ile bu hizmeti sunacak ebe-hemşire ve pratisyen hekimlerden daha etkili olmaktadır. Bu da kaynakların doğru kullanılmamasına, harcamaların artmasına, toplumun genelinin sağlığı için gerekli olan temel sağlık hizmetlerinin aksamasına yol açmaktadır.
- Devlet işleyişindeki yoğun bürokrasi nedeniyle acil durumlar için çözüm bulunması, hızlı karar alınması, kararların hızla uygulanması veya yeni düzenlemelere gidilmesi zor olmaktadır. Oysa sağlık hizmetleri, nitelikleri nedeniyle pek çok durumda hızlı karar alınmasını gerektiren ve gecikmelere tahammülü olmayan hizmetlerdir. Özellikle bizim ülkemiz gibi devletçi ve merkezîyetçi geleneğin kökleşmiş olduğu ülkelerde, bürokratların gücü bazen politikacılar tarafından fazla olabilmekte, politikacılar hızlı karar almış olsalar bile bürokratların direncini aşmak mümkün olmayabilmektedir.
- Sağlık konusu uzun vadeli yatırım gerektirdiğinden ve sonuçları diğer ekonomik alanlarda olduğu gibi hemen görülmediğinden, sürekli seçime hazırlanan politikacılar açısından uzun vadeli planlar yapılması pek gerçekçi olamamaktadır. Politik olarak tercih edilen yatırımlar genellikle bir sonraki seçimde oy arttırmayı sağlama amaçlı hastane inşaatı, personel tayini, ambulans alınması gibi seçmenin gö-

züne görünecek alanlarda olmakta; doğumda yaşam beklentisini uzatmak, bebek ve anne ölümlerini azaltmak, hizmet kalitesini arttırmak amaçlı yatırımlar ihmal edilebilmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin genel bütçeden ayrılan paylarla finanse edilmesi planlandığında, özellikle her sektör için kaynak ihtiyacının had safhada olduğu yoksul ya da gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörünün bütçe içerisinde diğer sektörlerle rekabete girerek aslan payını alması pek mümkün olamamaktadır. Ülkelerin ekonomisi, büyümesi ve geleceği açısından önemli olan savunma, eğitim, sanayi, tarım, gibi genel bütçe içerisinde her zaman sağlıktan daha öncelikli olabilmektedir. Sağlık sektörü geleneksel olarak devlet bütçesi içerisinde tüketen, “harcamalara” neden olan bir sektör olarak görülmekte, gelir getirici ve istihdam sağlayıcı bir anlayışla yaklaşılmadığı için politik açıdan geri plana kolaylıkla itilebilmektedir.

Bir kısmı yukarıda sayılan çeşitli nedenlerle sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından üstlenilmesinin verimsizlik, memnuniyetsizlik ve etkililikte azalma gibi sonuçlarının olduğu neoliberal politikaları savunanlar tarafından çok sık dile getirilen bir görüşlerdir.

Bu görüşler doğrultusunda özellikle seksenli yıllardan sonra tüm dünyada sağlık sektöründe hızla özelleştirmeler gerçekleştirilmiş ve devletin rolü azaltılmıştır. Ancak, küreselleşmenin yaygınlaşmasından sonraki dönemlerde yapılan çok sayıda çalışma bu eleştirilerin haklı olmadığını ve özelleştirmeler ile beklenen başarıların elde edilemediğini göstermiştir. Başka bir deyişle sağlık hizmetleri finansman ve sunumunda devletin rolünün fazla olduğu ülkelerde harcamaların daha rahat kontrol edilebildiği ve azaldığı, temel sağlık göstergelerindeki düzeltilmelerin daha hızlı olduğu görülmektedir.

Devletçi sistemlerde aşırı hizmet sunumunun kontrolü, risk altındaki grupların korunması, işletme giderlerinin kontrolü gibi kolaylıkların bulunmasının bu sonuçların elde edilmesinde önemli katkısı olduğu anlaşılmaktadır. Nitekim, neo-liberal politikaların kalesi olan ABD’de bile, özel sigortaların ilgi göstermediği yaşlıların, yoksulların sağlığı altmışlı yıllardan beri devletin güvencesi altında bulunmaktadır. Aynı ülkede son yirmi yıldır gündemde olan ve son beş yıl içerisinde yasal alt yapısı oluşturulan devleti sağlık sektörüne daha fazla dahil etme amaçlı sağlık reformu çalışmaları, devletçi yaklaşımın bu avantajlarından kaynaklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından sunulması hâlinde söz konusu olabileceği ifade edilen sorunlardan ikisini belirtiniz.



SIRA SİZDE

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN VE SUNUMUNDA DEVLETİN ROLÜ

Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumu kim tarafından yapılırsa yapılsın iyi bir sağlık hizmet sisteminden beklenenler dört başlıkta toplanmaktadır: 1-Halkın sağlık düzeyinde yükselme, 2-Hizmet maliyetlerinde ve harcamalarda azalma, 3-Hizmet alan ve sunanların memnuniyetlerinde artma, 4-Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda hakkaniyet.

• Halkın sağlık düzeyinde yükselme

Halkın sağlık düzeyini gösteren temel göstergeler olarak bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, yetişkin ölüm hızları ve doğumda yaşam beklentisi kullanılmaktadır. İyi bir sağlık hizmet sisteminin tüm ölüm hızlarında azalma, doğumda yaşam beklentisinde artış sağlaması gerekmektedir. Çeşitli ülkelerdeki göstergelerde zaman içerisinde görülen değişimler incelendiğinde, sağlık hizmetleri finansmanının ağırlıklı olarak kamu tarafından sağlandığı ve hizmetlerin de büyük ölçüde devlet tarafından sunulduğu ülkelerin, bu konularda sağlık hizmetlerini özelleştirmiş olan ülkelere göre daha başarılı olduğu görülmektedir.

Hakkaniyet, tıbbi hizmetlerin sunumunun ve yapılacak harcamaların, bireylerin ihtiyaçları ve ödeme güçleri dikkate alınarak adil şekilde gerçekleşmesi anlamına gelir.

- **Hizmet maliyetlerinde ve harcamalarda azalma**

Kaliteden ödün verilmeden hizmet maliyetlerinin ve sağlık harcamalarının azaltılması iyi bir sağlık hizmet sisteminden beklenen bir başka önemli özelliktir. Bunu başarmak için, sağlık sektöründeki arzın oluşturduğu talebin, ahlaki tehlikenin, aşırı veya gereksiz hizmet kullanımının kontrol edilebilmesi ve önlenmesi gerekmektedir. Bu da daha ziyade hizmetlerin kamu tarafından finanse edildiği ve sunulduğu sistemlerde mümkün olabilmektedir.

- **Hizmet alan ve sunan memnuniyetinde artma**

Özel sağlık sektöründe sunulan hizmetlerde hasta memnuniyetinin genel olarak daha fazla olduğu görülmekle birlikte, devlet kuruluşlarının iyi yönetilmesi, bürokrasinin, hantallığın azaltılarak hasta odaklı bir hizmet anlayışının yerleştirilmesi hâlinde buralarda da memnuniyet artışı sağlanabileceği görülmektedir. Bazı meslekler için sağladığı yüksek gelir nedeniyle özel sektör çalışanları için memnuniyet artırıcı gibi görünse de yüksek gelirlerin sürekli olmaması ve iş güvencesi konusundaki belirsizlikler nedeniyle memnuniyetin kalıcı olmadığı anlaşılmaktadır.

- **Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda hakkaniyet**

Ekonomik durumu ne olursa olsun, her bireyin ihtiyaç duyduğu her türlü hizmete erişebilmesi anlamına gelen hakkaniyet iyi bir sağlık hizmet sisteminin olmazsa olmaz özelliğidir. Eşitlikten farklı olarak, hakkaniyet, tıbbi hizmetlerin sunumunun ve yapılacak harcamaların, bireylerin ihtiyaçları ve ödeme güçleri dikkate alınarak, adil şekilde gerçekleşmesi anlamına gelir. Ağırlıklı olarak özel sağlık sigortaları ve cepten ödemelerle finanse edilen sistemlerde yoksulların, çoklu sağlık sorunu olan yaşlıların ve kronik hastalığı olanların dışlanması söz konusu olabilmektedir. Öte yandan, hizmetlerin tamamen devlet tarafından sunulduğu sistemlerde de varlıklı kesimlerin bu hizmetlerden daha fazla yararlanıyor olması mümkün olabilmektedir.

Yukarıda sıralanan sağlık hizmet sisteminden beklenenlerin en doğru şekilde başarılabilmesi için mutlaka devletlerin sorumluluk alanında olması gereken başlıca konular şu şekilde sıralanmaktadır:

- Kamusal nitelikteki mal ve hizmetlerin optimal derecede üretimi
- Yoksulların ve hizmete erişimi olmayan grupların hizmet almasını sağlama
- Pazara bırakılan mal ve hizmetler için düzenleme ve etkili denetim

Kamusal nitelikte olduğu için özel sektöre bırakılması mümkün olmayan ya da bu sektör açısından bir çekiciliği olmayan mal ve hizmetlerin devlet tarafından üretilmesi ve sunulması gerekir.

Öte yandan, yoksullar, engelliler, yaşlılar, mahrumiyet bölgelerinde yaşayanlar, özellikli gruplar gibi, ekonomik, coğrafi, kültürel ve benzeri nedenlerle pazara bırakılan sağlık hizmetlerine erişimi olmayanlar için sağlık hizmeti temini de devletlerin görevi olmak zorundadır.

Geriye kalan hizmetlerin finansman ve sunumunun büyük ölçüde pazara bırakıldığı sistemlerde ise, sistemin kendisinden beklenenleri yerine getirebilmesi için, pazarın düzenlenmesi ve denetimi görevi devlete ait olmalıdır. Herşeyin pazara bırakıldığı ekonomilerde bile başarı için devletin düzenleyici ve denetleyici rolü artırılmaktadır.

Devletin pazarın düzenlenmesi ve denetlenmesi rolünü iyi oynayabilmesi için kullanabileceği başlıca araçlar şunlardır:

- **Bilgilendirme**

Çeşitli sağlık riskleri konusunda toplumun bilgilendirilmesi, gerekli önlemlerin alınması için bireylerin uyarılması, eğitilmesi devletin kullanabileceği önemli bir araçtır. Örneğin, sigaranın, alkol ve bağımlılık yapan maddelerin, obezitenin sağlık üzerindeki zararları konusunda topluma yönelik olarak planlanacak eğitim prog-

ramları, sonuçları itibariyle bazı sağlık harcamalarını kontrol altına alma amacını gütmektedir. Bu tür eğitim ve bilgilendirmeler sadece sağlık hizmetini alanlara da sunucularına da yapılabilir.

- **Düzenleme**

Özel hizmet sunucuların çalışma şekillerinin ve hizmet standartlarının düzenlenerek denetlenmesi devletlerin elinde olan bir başka önemli araçtır. Örneğin, sağlık mesleklerinin ve sağlık kuruluşlarının akreditasyonu, belgelendirilmesi, çeşitli hizmetler için standartların belirlenmesi, hasta haklarının tanımlanması ve duyurulması, malpraktis yaptırımlarının düzenlenmesi gibi uygulamalar sayesinde pazarın düzgün ve kurallı işlemesi sağlanabilmekte, keyfi ve başıboşluğun önüne geçilebilmektedir.

- **Zorlama**

Bilgilendirme ve düzenlemeler ile hayata geçirilmesi güç olan bazı önlemlerin, gerektiğinde yasal alt yapısının da oluşturularak, zorunlu hâle getirilmesi devletlerin eşlinde bulunan önemli bir araçtır. Örneğin, sosyal sigorta sistemlerinde işverenin çalışanın sigortası için katkıda bulunmasının sağlanması, uyuşturucu ticaretinin, organ ticaretinin yasaklanması ve bunları önleyici yaptırımlar getirilmesi, devletin zorlayıcı kararları ile mümkündür.

- **Finansman**

Bazı sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak oluşturulması, kullanılabilen bir başka araçtır. Örneğin, şans oyunları, sigara, alkol gibi sağlığa zararlı olduğu bilinen çeşitli maddelerin tüketiminin azaltılması için caydırıcı amaçlı ek vergiler konulması, bu vergilerle sağlanan ek gelirin sağlık hizmetleri için kullanılması, örnekleri çok görülen uygulamalardır. Bu yolla devlet, sağlığa ayrılan parayı arttırmak için genel bütçe içerisinde diğer sektörlerle rekabete girmek yerine, kendi sağlığını riske atanların yapacağı ek ödemeler yoluyla hem caydırıcı olmakta hem de ek gelirler elde ederek, harcama gücü bulunmayanların sağlık hizmetlerini finanse etmek için kaynak yaratmış olmaktadır.

- **Hizmet sunumu veya temini**

Gerekli olan durumlarda sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları tarafında sunulması, ya da kamu kaynakları kullanılarak özel sektörden hizmet satın alınması devletlerin elinde bulunan önemli bir araçtır. Ünitinin çeşitli bölümlerinde de değinildiği gibi, yoksullar, engelliler, coğrafi anlamda ulaşım sorunu olan mahrumiyet bölgelerinde yaşayanlar için özel sektör tarafından hizmet sunulması gerçekçi olmadığından bu konuda görev devlete düşmektedir. Hizmet sunumu, özel sektörün ilgi alanında olmayan kesimler için yapılabileceği gibi, devletin özel sektör karşısında rakip sunucu şeklinde yer alarak pazarın düzenlenmesi amacıyla da yapılabilmektedir.

Hangi durumlarda bu araçlardan hangilerinin kullanılacağı konuları için sihirli bir formül yoktur ve her ülke kendi özel koşullarına uygun olarak bu araçları değişik derecelerde kullanabilmektedir. Bir ülke için doğru olan uygulamalar, diğeri için uygun olmayabileceği gibi, aynı ülkenin değişik kesimleri için farklı uygulamalar, ya da dönemden döneme değişmesi gereken uygulamalar da gerekli olabilmektedir.

Genel olarak, ekonomik açıdan gelişmiş olan zengin ülkelerde devletin sağlık sektöründeki rolünün daha fazla olduğu gözlenmektedir. Bu ülkelerde devletin rolü hizmetlerin finansmanında daha fazla olmakta, sunumunda ise azalmaktadır. Az gelişmiş ve insanların genellikle yoksul olduğu ülkelerde ise, hem sunumun hem de finansmanın ağırlıklı olarak devlet tarafından üstlenilmesi beklenir iken böyle olmadığı, tam tersine daha çok hizmetin pazara bırakıldığı görülmektedir. Bunun nedeni, yoksul ülkelerde sınırlı olan

kamu kaynaklarının kullanımı için pek çok sorunun bulunması ve sağlık sorunlarının politik açıdan öncelikli görülmemesidir. Kaynak ayırmayı etkileyen bir başka neden de, yoksul ülkelerde sağlık hizmetlerine harcanan para ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkinin zengin ülkelerdeki kadar güçlü olmamasıdır. İlişkinin zayıf olma nedeni, bu ülkelerde sağlık hizmetleri dışında, eğitim eksikliği, alt yapı sorunları, gıda yetersizliği ve gıda güvenliği sorunları, çevre kirliliği, gibi sağlığı etkileyen çok sayıda ve çeşitli etkenin bulunmasıdır. Gelişmiş ve zengin ülkelerde, sağlık üzerinde olumsuz etkisi olan diğer etkenler büyük ölçüde kontrol altına alındığı için, sağlık hizmetlerine yapılan harcama ve düzenlemelerin sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi daha net görülebilmektedir.

Sonuç olarak, ödeme gücü yüksek olan ve sağlık hizmetleri için para harcamaktan kaçınmayacak kesimler için devletin hizmet sunmak için çaba harcaması gerekemeyebilir, ancak, çeşitli toplum kesimleri arasındaki eşitsizliklerin giderilmesi, hakkaniyetin sağlanması için düzenleme ve denetim fonksiyonlarını sürdürmesi zorunludur. Devletin hiç yer almadığı bir pazarda, sağlık hizmetlerinin ekonomik özelliklerinden kaynaklanan nedenlerle ortaya çıkabilecek sorunların sadece denetim ve düzenlemeler ile önlenmesi mümkün görünmemektedir. Devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün, mutlaka hizmetlerin finansmanı ve sunumu şeklinde olduğu düşünülmesi bile, bu yaklaşımın hizmete erişimi çok zor olan özel gruplar ya da yoksul ve mahrumiyet bölgelerinde yaşayanlar için kaçınılmaz olduğu da unutulmamalıdır.

SIRA SİZDE



Sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunda mutlaka devletin sorumluluğunda olması gereken konular nelerdir?

SAĞLIK HİZMETLERİNDE REKABETİN YÖNETİMİ: “YARI-PAZAR”

Sağlık hizmetlerinin, tamamen pazar koşullarına bırakılmasının ya da tamamen devlet tarafından finanse edilip sunulmasının neden olabileceği çeşitli sakıncaları aşmak amacıyla ortaya çıkan yönetimli rekabet ya da **yönetilen rekabet** kavramı ilk kez 1970’li yıllarda ABD’de kullanılmaya başlanmıştır. Önceleri “yapılandırılmış rekabet”, “düzenlenmiş rekabet” gibi kavramlar çerçevesinde tartışılan bu yaklaşımın zaman içerisinde “yönetilen rekabet” kavramı şeklinde yerine oturduğu ve 90’lı yıllarda ABD’de sağlık reformu çalışmalarının temelini oluşturduğu görülmektedir. Aynı dönemde, sosyal sigortacılık geleneği olan Hollanda gibi ülkelerde de önem kazanmaya başlaması, bu kavram ile özetlenen uygulamalara ilgiyi arttırmıştır. Yönetilen rekabetin ana fikri, hizmetleri sunanlar ile finanse edenlerin (sigortacıların), devletçe belirlenmiş kamu yararını koruyucu kurallara uymak kaydıyla, fiyat ve kalite konusunda rekabete girmesidir. Bunu başarmak için hizmet sunumunun ve ödeme yöntemlerinin, daha maliyet-bilinçli ve daha kalite-bilinçli olacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

Yönetilen rekabeti en iyi anlatan terimlerden birisi “**yarı-pazar**” (quasi-market) ifadesidir. Başlangıçta sosyal politikaların önem taşıdığı alanlar için, özellikle de eğitim için kullanılan bu terim bir süre sonra sağlık sektörü için de kullanılmaya başlanmıştır. Bu terim ile kastedilen, kamu yararını amaçlayan sosyal sigorta sistemlerinin kazandırdığı hakkaniyet ilkelerine uygun faydaların kaybedilmeden, serbest pazarın verimlilik kazanımlarına kavuşmaktır. Yani, bir yandan pazar dinamiklerinin sağladığı verimlilikten yararlanırken, diğer yandan da kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin korunuyor olmasıdır.

Yönetilen rekabet aslında “yönetilen sağlık” kavramı ile iç içedir ve aynı dönemde kullanılmaya başlamıştır. Sağlık hizmeti sunucuları ile sigortacılar arasındaki rekabeti yönetmenin amacı hastaya en kaliteli hizmeti en ucuza almak; sağlığı yönetmenin amacı ise çeşitli teknikler ile (hekim ve kurum teşvikleri, seçici sözleşme, gibi) gereksiz işlemleri ve maliyetleri en aza indirmektir.

Yönetilen rekabet, hizmetleri sunanlar ile finanse edenlerin devletçe belirlenmiş kamu yararını koruyucu kurallara uymak kaydıyla, fiyat ve kalite konusunda rekabete girmesidir.

Yönetilen rekabetin ortaya çıkış nedenleri arasında, sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasının yanı sıra, sunucular arasında gözlenen anormal, açıklanması zor farklılıklar da yer almaktadır. Açıklanması zor farklılıkların anlamı, aynı demografik ve epidemiyolojik özelliklere sahip toplum kesimlerine verilen aynı standartlardaki hizmetlerin kullanımının birbirinden çok farklı düzeylerde olmasıdır. Örneğin, birbirine benzer hasta gruplarına hizmet veren benzer hastanelerde, aynı tanıyı almış hastalar için yapılan kalça eklemi, diz ameliyatları, kalp ameliyatları, tıbbi gerekçelerle açıklanamayacak kadar farklı miktarlarda ve oranlarda yapılabilmektedir. Farklılıkların kaynağı incelendiğinde bunların genellikle hiçbir bilimsel kanıta dayanmadığı, tamamen sunucunun anlayışı ile ilgili olduğu görülmektedir. Yönetilen rekabet fikrinin hem sosyal sigortacılığın yani kamu finansmanının yaygın olduğu ülkelerde, hem de özel sigortacılığın yaygın olduğu ülkelerde aynı dönemde ortaya çıkmış ve benimsenmiş olmasının temelinde de aslında bu nedenler bulunmaktadır.

Sosyal sigortacılığın yaygın olduğu ve hizmet sunumunun devlet kuralları ile kontrol altında tutulduğu ülkelerde bir süre sonra aşırı bürokrasi, karmaşık işlemler ve uzun bekleme sıraları gibi verimsizlik sorunları ortaya çıkmaktadır. Pazar koşullarının hüküm sürdüğü ülkelerde ise gerek hizmeti alanların maliyet-bilincinden uzak hizmet kullanımları, gerekse hizmet sunucularının alacağı parayı arttırma amaçlı abartılı hizmet sunumları sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Birbirinden farklı sistemlerde karşılaşılan bu sakıncaları önlemek, verimlilik ve maliyet kontrolünü bırakmaksızın kaliteli ve hakkaniyetli sağlık hizmetine ulaşmak için şimdiye dek bulunan en önemli formül, yönetilen rekabettir.

Yönetilen rekabetin ana fikri nedir?



SIRA SİZDE

Sağlık hizmetlerinin, “arzın oluşturduğu talep”, “bilgi asimetrisi” ve “ahlaki tehlike” gibi nedenlerle klasik pazar dinamiklerine bırakılmasının mümkün olmadığı bilinmektedir. Sağlık sigorta sistemindeki tüketiciler genellikle hem ihtiyaçları olan hizmetler konusunda yeterli bilgileri olmayan hem de maliyet-bilincinden yoksun olarak talepte bulunan tüketicilerdir. Bu özellik, “hekim seçme özgürlüğü”nün de olduğu bir ortamda sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Öte yandan, özellikle hizmet başına ödemeye dayanan sigorta sistemleri ile performansa dayalı ödeme esaslı sunum sistemlerindeki hizmet sunucularının, alınacak ücreti arttırmak için olabildiğince çok hizmet sunma eğiliminde olmaları, hatta buna bir de malpraktisten korunma amaçlı defansif tıp uygulamalarının eklenmesi, hizmet maliyetlerinde aşırı şişmelere neden olmaktadır. Bu durum, sağlık sigortacılığının ağırlıklı olarak özel sektöre bırakıldığı ve pazar koşullarının geçerli olduğu ABD gibi ülkelerde de sağlık sigortacılığı konusunda kamu kesiminin başrolde, hatta tekel konumunda olduğu ülkelerde de ortak bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Yönetilen rekabetin amacı bu sorunun önüne geçmek ancak bunu yaparken de hizmet kalitesinin en üst düzeyde olmasını sağlayıcı formüller bulmaktır.

Bazı yazarlara göre küreselleşme ile birlikte daha önce yaygın olan “*sosyal devlet*” anlayışı, “*fırsat veren devlet*” anlayışına dönüşmekte, kamu sorumlulukları bu doğrultuda değişime uğramaktadır. Ortaya çıkan değişimin başlıca dört bileşeni bulunmaktadır: Özelleştirme, yeniden metalaştırma, seçici hedefleme ve koşullu dayanışma.

- “**Özelleştirme**” ile kamu hizmetlerinde ücrete dayalı rekabet anlayışı oluşmakta pazar dinamikleri önem kazanmaktadır.
- “**Yeniden metalaştırma**” ile daha önce meta olmaktan çıkarılmış ve güvence altına alınmış olan “emek” kavramı, yerini “çalışmanın teşviki” kavramına bırakarak yeniden metalaştırılmaktadır.
- “**Seçici hedefleme**” yoluyla “Evrensel eşitlik” kavramı yerine “hakkaniyet” önem kazanmaktadır.

- **“Koşullu dayanışma”** ise, yeni düzende “koşulsuz haklar” yerine kullanılması uygun bulunan terimdir. Hiç bir koşula dayanmayan, sade vatandaş olmaktan kaynaklanan sosyal haklar, yerini bireysel katılımcılık temelinde gelişen koşullu dayanışma anlayışına bırakmaya başlamıştır.

Bu değişimin doğal bir sonucu olarak sağlık hizmetleri de kontrollü bir şekilde pazara bırakılmaya çalışılmaktadır. Bunun için bulunan formülün adı yönetimli rekabettir.

Sosyal devlet anlayışını savunan görüşlere göre ise bu değişim kapitalizmin kar hırsının sağlık alanındaki masum görüntüsüdür. Hakkaniyet, rekabet, verimlilik gibi kavramlarla aslında sağlık hizmetlerinin metalaştırılması, emeğin sömürülmesi sağlanacaktır. Ne var ki sağlık hizmetlerinde verimsizlik ve maliyet artışları tüm toplumların sorunu olup, bu sorunun çözümü için ortaya atılan en iyi formülün de en azından şimdilik, yönetimli rekabet olduğu görünen bir gerçektir.

Özet



Sağlık hizmetlerinin kamusal ve bireysel yönlerinin anlamını açıklamak

Kamusal ya da kamu malı olmanın anlamı, bir mal ya da hizmetin herkesin kullanımına veya tüketimine açık olmasıdır. Bir mal veya hizmetin kamusal mı yoksa bireysel mi olduğuna karar vermek için iki özelliğini dikkate almak gerekir: rekabet ve dışlanabilirlik. Tam anlamıyla kamusal olan mal veya hizmetlerde bu iki özellik yok iken tamamen bireysel olanlarda her iki özellik de bulunmaktadır. Rekabetin olmaması demek bir kişinin o malı veya hizmeti kullanmasının, bir başkasının kullanımını etkilememesi, yani kullanım ya da tüketim sırasında başkaları ile rekabete girilmemesi demektir. Dışlanabilirliğin olmaması ise mal veya hizmetlere erişim, kullanma, tüketme konusunda bazıları için engellerin bulunmaması, herkes için aynı ölçüde ulaşılabilir olması anlamına gelmektedir. Örneğin, temiz hava bir kamu malı iken, baş ağrısı için alınan bir ilaç bireysel mal sayılmaktadır.



Sağlık hizmetleri açısından piyasa/pazar koşullarının işleyiş biçimini açıklamak

Tamamen arz ve talep ilişkisine dayanan klasik piyasa/pazar anlayışı sağlık için geçerli olamamaktadır. Sağlık hizmetlerinin heterojenliği, soyutluğu, bazı hizmetlerin kamusal özellikleri, pek çok sağlık hizmetinin ertelenemez nitelikte olması, taleplerin hizmeti sunanlar tarafından da yapay olarak oluşturulabilmesi, hizmeti sunanlar ile alanlar arasında bilgi asimetrisi bulunması, sigorta yoluyla finansmanda söz konusu olan ahlaki tehlike, gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerini tamamen pazar koşullarına bırakmak mümkün olamamaktadır.



Sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından üstlenilmesinin neden olabileceği sorunları ve olası sonuçlarını tartışabilmek

Sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunun tamamen devlet tarafından üstlenilmesi durumunda ortaya çıkan en önemli sorunların verimsizlik ve hizmeti alanlarda memnuniyetsizlik olduğu anlaşılmaktadır. Devletçi sistemlerde bürokrasinin yoğun olması nedeniyle işlerin yavaş yürümesi, devlet kuruluşlarından genellikle varlıklı kesimlerin ihtiyacı daha fazla olan yoksullara kıyasla daha kolay yararlanabilmesi, sürekli seçime hazırlanan politikacılar için uzun vadeli politikalar gerektiren sağlık alanı ile ilgili yatırımların öncelikli olmaması, gibi sorunların ortaya çıkabileceği görülmektedir.



İyi bir sağlık hizmetleri sistemi için devletin rolünü açıklamak

İyi bir sağlık hizmet sisteminden beklenenlerin yapılabilmesi için mutlaka devletlerin sorumluluk alanında olması gereken başlıca konular şu şekilde sıralanmaktadır:

- Kamusal nitelikteki mal ve hizmetlerin optimal derecede üretimi
- Yoksulların ve hizmete erişimi olmayan grupların hizmet almasını sağlama
- Pazara bırakılan mal ve hizmetler için düzenleme ve etkili denetim



Yönetilen rekabet kavramını açıklamak

Yönetilen rekabetin ana fikri, hizmetleri sunanlar ile finanse edenlerin (sigortacıların), devletçe belirlenmiş kamu yararını koruyucu kurallara uymak kaydıyla, fiyat ve kalite konusunda rekabete girmesidir. Bunu başarmak için hizmet sunumunun ve ödeme yöntemlerinin, daha maliyet-bilinçli ve daha kalite-bilinçli olacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Yönetimli rekabeti en iyi anlatan terimlerden birisi “yarı-pazar” (quasi-market) ifadesidir. Bu terim ile kastedilen, kamu yararını amaçlayan sosyal sigorta sistemlerinin kazandırdığı hakkaniyet ilkelere uygun faydaları kaybetmeden serbest pazarın verimlilik kazanımlarına kavuşmaktır. Yani, bir yandan pazar dinamiklerinin sağladığı verimlilikten yararlanılırken diğer yandan da kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin korunmasının sağlanmasıdır.

Kendimizi Sınavalım

1. Bir mal veya hizmetin kullanım ya da tüketiminin başkalarının kullanım veya tüketimini etkilemesine ne ad verilir?
 - a. Kamusal
 - b. Özel
 - c. Rekabet
 - d. Dışlanabilirlik
 - e. Ahlaki tehlike
2. Sağlık hizmetlerinde rekabet ve dışlanabilirliğin olmadığı konu aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. İlaç
 - b. Aşılama
 - c. Kaynak suyu
 - d. Şebeke suyu
 - e. Tıbbi bilgi
3. Aşağıdaki özelliklerinden hangisi sağlık hizmetlerinin gereksiz ve aşırı kullanımına neden olur?
 - a. Heterojenlik
 - b. Asimetrik bilgilenme
 - c. Soyutluk
 - d. Ertelenemez oluşu
 - e. Kamusal yönü
4. Aşağıdakilerden hangisi neoliberal politikaların bir parçası **değildir**?
 - a. Devletin rolünün artırılması
 - b. Yerinden yönetim ilkelerinin benimsenmesi
 - c. Toplum yerine bireyin ihtiyaçlarının önem kazanması
 - d. Hizmetlerin pazara bırakılması
 - e. Verimliliğin artırılması
5. Sağlık hizmetleri finansman ve sunumunun devlet tarafından üstlenilmesi durumunda ortaya çıkabilen sorunlar aşağıdakilerden hangileridir?
 - a. Ahlaki tehlike-bilgi asimetrisi-dışlanabilirlik
 - b. Bürokrasi-politik öncelik taşımama-memnuniyetsizlik
 - c. Bürokrasi-dışlanabilirlik-bilgi asimetrisi
 - d. Ahlaki tehlike-bürokrasi-denetim eksikliği
 - e. Politik öncelik taşımama-bilgi asimetrisi-ahlaki tehlike
6. Aşağıdakilerden hangisi özel sektör sağlık kuruluşlarından biri **değildir**?
 - a. Üniversite hastaneleri
 - b. Vakıf hastaneleri
 - c. Vakıf üniversitesi hastaneleri
 - d. Kızılay dispanseri
 - e. Belediye sağlık kuruluşları
7. İyi bir sağlık hizmet sisteminden beklenen özellikler aşağıdakilerden hangileridir?
 - a. Sağlık düzeyinde yükselme, hakkaniyet, memnuniyet artışı, hekim sayısında artma
 - b. Herkese eşit sağlık hizmeti, hakkaniyet, memnuniyet artışı, harcamalarda azalma
 - c. Eşit sağlık hizmeti, hekim sayısında artış, tıbbi hakkaniyet, finansal hakkaniyet
 - d. Sağlık düzeyinde yükselme, hakkaniyet, memnuniyet artışı, harcamalarda azalma
 - e. Eşit sağlık hizmeti, hekim sayısında artış, memnuniyet artışı, harcamalarda azalma
8. Aşağıdakilerden hangisi iyi bir sağlık hizmet sisteminden beklenenlerin başarılabilmesi için mutlaka devletlerin sorumluluk alanında olması gereken konulardan biri **değildir**?
 - a. Yoksullara sağlık hizmeti sunulması
 - b. Pazarın düzenlenmesi ve denetimi
 - c. Kamusal mal ve hizmetlerin üretimi
 - d. Sağlık sigorta sistemi kurulması
 - e. Hizmetlere erişimi olmayanlara hizmet sunulması
9. Sağlık sektöründe rekabeti yönetmenin amacı aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Hastaya en kaliteli hizmeti en ucuza almak
 - b. Tıbbi hataları en aza indirmek
 - c. Gereksiz işlemleri en aza indirmek
 - d. Arzın oluşturduğu talebi kontrol etmek
 - e. Acil servis başvurularını önlemek
10. Sağlık hizmetlerinde yönetilen rekabeti en iyi ifade eden terim aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Kamusal hizmet
 - b. Ahlaki tehlike
 - c. Yarı-pazar
 - d. Dışlanabilirlik
 - e. Bilgi asimetrisi

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. c Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Kamusal ve Bireysel Yönü” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
2. e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Kamusal ve Bireysel Yönü” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
3. b Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Tamamen Pazara Bırakılmayı Nedenleri” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
4. a Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Tamamen Pazara Bırakılmayı Nedenleri” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
5. b Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Tamamen Devlet Tarafından Üstlenilmesinin Neden Olabileceği Sorunlar” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
6. e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinin Kamusal ve Bireysel Yönü” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
7. d Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetleri Finansman ve Sunumunda Devletin Rolü” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
8. d Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetleri Finansman ve Sunumunda Devletin Rolü” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
9. a Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinde Rekabetin Yönetimi:Yarı-Pazar” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
10. c Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Hizmetlerinde Rekabetin Yönetimi:Yarı-Pazar” konusunu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Kamusal mallarda rekabet ve dışlanabilirlik yoktur. Kulüp mallarında ise rekabet yoktur ancak, dışlanabilirlik söz konusudur.

Sıra Sizde 2

İskandinav ülkeleri, Almanya, Fransa, Japonya, Kanada.

Sıra Sizde 3

Sağlık hizmetlerinde verimliliği arttırmak amacıyla devletin rolünün azaltılması, merkeziyetçilik yerine yerinden yönetim ilkelerinin benimsenmesi, toplumun çıkarları yerine bireyin ihtiyaçlarının ön planda olması, sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilen bir kamu hizmeti olması yerine özelleştirilerek piyasaya bırakılması.

Sıra Sizde 4

- Sağlık hizmetlerinin ertelenmesi mümkün olmayan türde hizmetler olması
- Hizmeti sunanlar ile alanlar arasındaki bilgi asimetrisi
- Bazı sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olma zorunluluğu

Sıra Sizde 5

Verimsizlik ve memnuniyetsizlik.

Sıra Sizde 6

- Kamusal nitelikteki mal ve hizmetlerin optimal derecede üretimi
- Pazara bırakılan mal ve hizmetler için düzenleme ve etkili denetim
- Yoksulların, hizmete erişimi olmayanların hizmet almasını sağlama

Sıra Sizde 7

Yönetilen rekabetin ana fikri, hizmetleri sunanlar ile finanse edenlerin (sigortacıların), devletçe belirlenmiş kamu yararını koruyucu kurallara uymak kaydıyla fiyat ve kalite konusunda rekabete girmesidir.

Yararlanılan Kaynaklar

- Alain CE. (1993) **The History and Principles of Managed Competition**. HEALTH AFF., Supp. p: 24-48.
- Blanchette C, Tolley E. (2001) **Public and Private-Sector Involvement In Health-Care Systems: A Comparison Of OECD Countries**. Bp-438e.
- Cutler D. (2002) **Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform**. Journal of Economic Literature, 60: 881-906.
- Lethbridge J. (2014) **Financing health care: False profits and the public good**. A briefing paper commissioned by Public Services International (PSI) www.world-psi.org.
- McNutt P. (1999) ‘**Public Goods and Club Goods**’ in Bouckaert & deGeest (eds) *Encyclopedia of Law and Economics* Edward Elgar Publishers, UK & University of Ghent, Belgium. s.930.
- McNutt P. (1996) **The Economics of Public Choice**. Cheltenham, Edward Elgar.
- Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. (eds). (2002) **Funding health care: options for Europe**. European Observatory on Health Care Systems Series.
- Musgrove P. (1996) **Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns**. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank, Washington DC.
- OECD (2010) “**Health care systems: Getting more value for money**”, *OECD Economics Department Policy Notes*, No. 2.
- Tache T, Waldmann RJ. (2011) **The relative efficiency of public and private healthcare**. CEIS Research Paper 202, Tor Vergata University, CEIS, revised 30 June 2011 <https://ideas.repec.org/p/rtv/ceisrp/202.html>.
- van Kleef RC. (2012) **Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and experiences so far**. Public Policy Review, 8(2):171-190.

5

Amaçlarımız

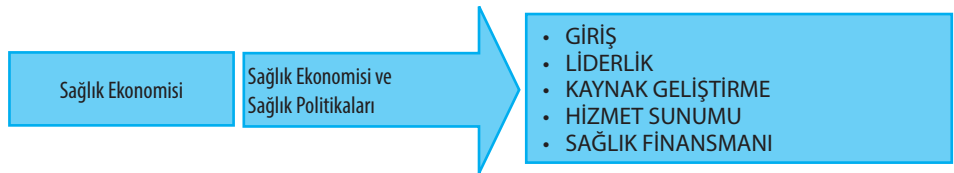
Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- Toplumun sağlık taleplerini karşılamayı hedefleyen sağlık sistemlerinin ana fonksiyonlarını ayırt edebilecek,
- Sağlık sisteminin dönüşümü ve güçlendirilmesinde liderliğin yeri ve önemini açıklayabilecek,
- Gelişen sağlık sisteminde, değişen toplum taleplerini ve ortaya çıkan yeni şartları ayırıştırarak bu gibi durumlarda ihtiyaç duyulan nitelikli insan gücünü açıklayabilecek,
- Sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın ve bu hizmetin sunumunun zaman içinde değişen dinamiklerini ayırıştırarak dönüşüm önerileri üretebilecek,
- Sağlıkta finansman politikalarının geliştirme sürecinde gözetilmesi gereken hedefleri değerlendirebilecek bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.

Anahtar Kavramlar

- Sağlık Sistemi
- Liderlik (Vekilharçlık)
- Planlama ve Denetim
- Sağlık İnsan Gücü
- Sağlık Meslekleri
- Sağlık Hizmet Sunumu
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- Yaşlı Sağlığı
- Sağlık Finansmanı
- Sağlık Harcamaları
- Finansal Riskten Korunma
- Hakkaniyet
- Verimlilik
- Kapsayıcılık
- Finansal Sürdürülebilirlik
- Hesap Verebilirlik

İçindekiler



Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikaları

GİRİŞ

Bilindiği sağlık ekonomisi sağlık hizmet talebini, sağlık hizmet sunucularını ve toplum sağlığını geliştirici diğer kuruluşlar ile bunların finansman modellerini inceleyerek sağlığın gelişmesine katkı yapmayı amaçlayan bir bilim dalıdır. Üretim, verimlilik, eşitsizlikler ve rekabet gibi konular sağlık ekonomisinin alanına girmektedir. Bir bakıma sağlık sisteminin şekillenmesinde rol alan kamu ve özel sektörün verimli, maliyet etkili ve hakkaniyetli davranış sergilemelerini sağlayacak düzenlemeler, yeni teknolojilerin değerlendirilmesi, fiyat politikaları, sağlık sigortacılığı, kamu ve özel sektör yatırımları ile stratejik davranış biçimi gibi ana sağlık politikaları sağlık ekonomisinin araştırma konularıdır. Bu politikaların toplumun sağlık düzeyine nasıl etki edeceğinin değerlendirilmesi, ulusal kaynakların adil dağıtılması ve ulusal sağlık politikaları belirlerken doğru davranış biçiminin geliştirilmesine yardımcı olur.

Sağlıkta ulusal örgütlenme ile ulusal plan ve programları ülkeye has bir sağlık sistemi şablonu olarak ele almanın zorlukları vardır. Sağlık, toplumun tamamını doğrudan ilgilendiren ve refah düzeyi ile çok yakın ilişkide olan bir sektör olduğundan sosyal politika tutumlarıyla yakından ilişkili, zamanla ülke içinde hızlı değişim gösteren ve ülkeler arası farklılıkları belirgin olan bir alandır. Bu farklılıkların ötesinde, günümüz dünyasında birçok ülke ajandasında sağlık sistemi reformları yer almaktadır. Neticede farklı ülke örneklerine baktığımızda sağlık sistemleri merkezîyetçi modeller ile ademîmerkezîyetçi modelleri kapsayan iki aşırı uç arasında, ülkelerin temel tercihlerine, önceliklerine ve ekonomik gücüne göre farklılık gösteren bir noktada kendine yer edinmektedir. Ülkemizde de durum çok farklı değildir. Ekonomide piyasa şartları yerleştikçe sağlık alanında daha fazla hissedilen kontrol mekanizmaları devreye sokulmuştur. Bir anlamda birbirine zıt yönlerde hareket eden politikalar sosyal devlet vurgusu olan ülkemizde sağlık sistemimizin kendi yerini bulmasına yol açmıştır.

Bu ünite, sağlık ekonomisinin çerçevesi içinde kalınarak, sağlık sistemini oluşturan temel fonksiyonlara ilişkin öne çıkan bazı sağlık politikalarını ve bu politikaların dönüşümünü kapsamaktadır. Bütünüyle sağlık sistemini anlatmak gibi bir amaç güdülmemiştir. Kapsam daha ziyade sağlık sistemlerinde reform konusu olan politika başlıklarıyla sınırlı tutulmak istenmiştir.

Sağlık Sistemi: Temel amacı sağlığı geliştirmek olan organizasyon yapısı ile bütün örgütlerin, kuruluşların ve kaynakların toplamıdır.

SAĞLIK SİSTEMİNİN TEMEL FONKSİYONLARI

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu, sağlık sisteminin dört ana fonksiyonundan söz etmektedir. Sağlık sisteminin ana fonksiyonlardan birincisi denetleme, planlama, politika üretme gibi anlamlar verebileceğimiz liderlik (vekilharçlık) ve yönetişim görevi, ikincisi altyapı ve insan kaynaklarını esas alan kaynak ge-

liştirilmesi, üçüncüsü bireysel ve toplumsal alandaki bütün hizmetleri kapsayacak şekilde sağlık hizmetinin sunumu ve dördüncüsü de sağlık sisteminin finansmanıdır. Dünya Sağlık Örgütüne göre, aralarındaki farklılıklar ne olursa olsun, bütün sağlık sistemleri bu dört fonksiyonu icra edecek olan kurum ve kuruluşları tasarlamak, hayata geçirmek, değerlendirip kontrol etmek ve yeniden şekillendirilmekle mükelleftir.

SIRA SİZDE



Bir sağlık sisteminin Dünya Sağlık Örgütüncü tanımlanmış olan ana fonksiyonlarını açıklayınız.

Sağlık Sisteminde Liderlik

Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarındaki ifadesiyle güçlenmiş sağlık sistemleri daha fazla hayat kurtaracaktır. Güçlü bir sağlık sistemi güçlü liderlik gerektirmektedir. Yönetim bilim alanında yıllardır yer alan “stewardship” (vekilharçlık) kavramı son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık yönetimi alanına taşınmıştır. Sağlık sisteminde vekilharçlık, sağlık hizmetleri ile ilişkili olan her şeyin dikkatli ve sorumlu bir yönetimi olarak tanımlanabilir. Toplumun sağlığını etkileyebilecek bütün sektörlerdeki politikaları ve icraatları yönlendirmeyi kapsar. Doğru planlamalar ve bu planların uygulanmasını sağlayacak araçların geliştirilmesine yönelik stratejik politikaları geliştirme yeteneğini ifade eder. Kısacası halkın sağlığını korumak için dizginleri elinde tutmak gibi kabul edebiliriz.

Burada liderlik olarak ifade etmeyi tercih ettiğimiz bu fonksiyonu her ülkede bir kamu otoritesi üstlenmek durumundadır; bu da genellikle ülkenin Sağlık Bakanlığı olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bu çerçevede kürek çeken değil, dümen tutan bir Sağlık Bakanlığı önermektedir. Güçlü bir sağlık sistemi için sağlıkta liderlik anlayışı sadece Bakanlık yöneticilerince değil, sağlık yönetiminin her kademesinde rol alan bütün aktörlerce benimsenmelidir.

Güçlü bir liderlik olmaksızın, kaynak geliştirilmesi, hizmet sunumu ve finansman gibi sağlık sisteminin diğer fonksiyonları arasında uyumlu bir düzen kurulması zor görünmektedir. Görevlerin birbiri ile örtüşmesi, başlangıçta fark edilmese de, zamanla güçlü kurumsal yapıların hâkimiyetine yol açacaktır. Bu da insan odaklı, performansı yüksek bir sağlık sisteminden çok, performansı yüksek bir hâkim kurum ortaya çıkarır. Kurum odaklı yaklaşımların sistem çıktılarını ve insanın mutluluğunu göz ardı etme gibi bir riski her zaman vardır. Bu yüzden sağlık sisteminin hedeflerine ulaşmak ve performansı yüksek bir sağlık sistemine sahip olmak istiyorsak, sistemin girdileri olan ana fonksiyonları canlı tutmak, yerli yerine oturtmak ve aralarında uyumlu bir bütünlük sağlamak zorundayız.

Dönüşüm Liderliği

Çoğu ülkenin kendi sağlık sistemlerini geliştirmek adına ajandalarında sağlık politika dönüşümlerini taşıdıkları malumdur. Liderliğe en fazla ihtiyaç duyulan zaman dönüşüm anlarıdır. Dönüşüm liderliği yukarıda sözünü ettiğimiz hususların yanında, strateji geliştirebilmeyi, hızlı karar verebilmeyi, risk alabilmeyi ve sonuca odaklı adanmış bir ekibi motive etmeyi gerektirmektedir. Ancak dönüşümün başarılı olması bu icra basamaklarından öte, bütün toplumu hedefe yönlendirmeye ve dönüşümün benimsenmesini sağlamaya bağlıdır.

Dönüşüm liderliği üç kategoride ele alınmaktadır: yönetişim, düzenleme-kural koyma ve verinin enformasyona ve nihayet bilgiye dönüştürülerek kullanılması. Düzenleme ve bilgi kullanımı sağlığa özgün olmaksızın her türlü liderliğin ana araçlarından. Doğaldır ki, yönetişim de her türlü organizasyonda önem taşımaktadır. Ancak sağlık sisteminde bilhassa finansmanı sağlayan organizasyonlardaki yönetim becerisi sağlık sistemi ve ekonomisi için hayati önem taşımaktadır. Bütün sistemin tasarımı ve sürdürülebilirliğinin

sorumluluğunun üstlenilmesi, şeffaflık ve hesap verebilirlik dönüşüm liderliğinde kritik hususlardır. Bütün bu unsurlar gözetilmeye çalışılsa bile, sağlık sisteminin ana hedeflerinden sapılması ya da hedeflerin göz ardı edilmesi riski ortadan kalkmamaktadır. Sistem dışı çok sayıda faktörün etkili olduğu bir sağlık sisteminde hedeflerden sapılmasına gerekçe olarak yönetimlerin mazereti her zaman olmaktadır. Sistem hedeflerine tutkulu bir şekilde bağlı bir liderlik ve politik istikrar ile ancak politika dönüşümleri sağlanabilir.

Sağlık Sisteminde Planlama ve Denetim

Piyasa dinamiklerinin tüketimi teşvik eden gücü, kaynakların verimli kullanımı kaygısı ve toplumun hakkaniyetli olarak sağlık hizmetlerine erişimi sorumluluğu, sağlık hizmetlerinde planlama ve düzenleme zarureti doğurmaktadır. Merkezî otorite tarafından yapılacak düzenleme ve planlamalar, sağlık sektörünün bütününe içine almak zorundadır. Kısmi alanlarda bazı paydaşları kapsayan planlamalar, adaletsizliğe yol açtığı gibi beklenen faydayı vermeyecek ve yatırım alanları planlama dışına doğru kayarak sistem deforme olacaktır. Aslında doğru olan, merkezî otorite tarafından makro planda bir stratejik plan yapılması ve yerel otoritelerin bu stratejiler doğrultusunda uygulama planlarını geliştirmeleridir. Aksi takdirde detaya boğulan merkez, hata yapmaktan kurtulamayacak ve sağlık hizmetlerinin planlaması tartışılır olmaktan kurtulamayacaktır.

Faaliyetlerin gözetim ve denetimi de liderlik kapsamında ele alınabilir. Hizmet alanlarının standartlarının belirlenmesi ve ruhsatlandırılması kadar, beklenen düzeyde sürdürüldüğünün gözetimi ve denetimi de önemlidir. Stratejik hedefleri belirlenmiş, hedefe yönelik planlama ve düzenleme yapılmış bir sağlık sisteminde dinamik bir gözetim ve denetim, ulusal anlamda var olan veya yeni belirlenen hedeflere ulaşılabilirlik yani performans açısından da çok önemli katkı sağlayacaktır.

Sağlık sisteminde Merkezî otoriteyi temsil eden Sağlık Bakanlığı enerjisinin ve kaynaklarının büyük bir bölümünü, doğrudan hizmet sunumuna tahsis etmesi, hem denetim kapasitesini zayıflatmakta hem de çıkar çatışması ortamında denetim ve yaptırımlarını sorgulanır kılmaktadır. Yani iki yönlü bir zafiyet söz konusudur. Kendi yönettiği ve başarısından sorumlu olduğu sağlık kuruluşlarındaki denetim ne denli yoğun olursa olsun, görev çatışması içinde ne kadar objektif kararların verilebileceği sorgulanmaktadır. Bakanlığın dışında hizmet veren kuruluşların denetimine ise yine çıkar çatışması içinde ön yargıyla karşılanabilmektedir. Toplumun gittikçe artan taleplerine cevap verme uğruna sağlık hizmet sunumuna odaklanan merkezî otoritenin denetim rolü zayıf kalmaktadır. Sistem lideri konumundaki Bakanlığın denetimlerini standartlaştırıp bütün hizmet sunucularına yayabilmesi, kendisi hizmet sunucusu olmaktan ziyade sağlığın geliştirilmesine, koruyucu hizmetlere, halkın sağlık eğitimine ve bilinçlenmesine daha fazla ve etkili odaklanabilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerini finanse eden Sosyal Güvenlik Kurumu benzeri yapıların ellerinde bulundurdukları ödeme gücü, çok önemli bir yönlendirme aracıdır. Hizmet sunumunu yerindelik açısından olduğu kadar, hizmetin kalitesi ve sonuçları bakımından da denetleme ve buna göre tavır belirleme güçleri vardır. Böyle kurumların güçlerini finansal açık kapatmayı hedefleyen kısıntılara odaklamak yerine, sağlık sisteminin hedeflenen sonuçlarına odaklı denetim ve yaptırımlar geliştirmesi beklenir.

Sağlık Sisteminde Yönetim Bilişimi

Sağlık sisteminin geleneksel yöntemlerle yönetimi gittikçe zorlaşmaktadır. Değişen hayat anlayışı ve yaşlanan nüfus ile birlikte talepler çeşitlenmekte ve artmaktadır. Bu talep artışı ve değişen beklentiler geçmişte sorun olarak görmediğimiz birçok hususu yeni problemler olarak karşımıza çıkarmaktadır. İzlenmesi gereken kronik hasta sayısındaki artışlar,

sağlığın geliştirilmesi politikaları, sağlık harcamalarının gittikçe artıyor olması, hastane ve özellikle yoğun bakım yatış taleplerinin artması, evde bakım, hizmete uzaktan erişim ihtiyacının daha fazla olması, küresel vatandaşlık, risk yönetimi, toplum sağlığının korunmasında erken uyarı sistemlerine ihtiyaç duyulması, bilginin çok hızlı artıyor olması ve gelişen İnternet teknolojisi sayesinde ortaya çıkan sanal çalışma ortamları sağlık bilişimini geleceğin sağlık yönetiminin en temel vazgeçilmez unsuru hâline getirmiştir.

Bu yeni üretilen problemlerimizi geleneksel yöntemlerimizle çözmemiz mümkün görünmüyor. Sağlık bilişimi, uygun hizmet sunucularına herkesin kolay ulaşabilmesi, sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının uygulanması, kaynakların dengeli dağılımı, kronik hastalık yönetimi, tıbbi hataların en aza indirilmesi ve maliyetlerin düşürülmesi gibi birçok hususta çözümler vadetmektedir. Sağlıkta maliyetler konusu hem kamu hem de özel sağlık sektörünün ana konularının başında geldiği için sağlık bilişimine bu alanda daha fazla ilgi ve ihtiyaç duyulmaktadır.

Tip pratiği de dahil, en geniş anlamıyla her türlü sağlıkla ilgili süreçlerde bilgi yönetimi ihtiyacına cevap vermek, sağlık bilişimiyle mümkün olmaktadır. Yönetilen bilgiyle yönetimin güçlendirilmesi, kararların akılcı bir şekilde veriye dayalı olarak alınabilmesi amacıyla karar destek sistemlerinin geliştirilmesi de bilişim sayesinde mümkün olmaktadır.

Sağlık sisteminde politikalara yön verecek olan liderlik bilişimin etkin kullanımı sayesinde mümkün olmaktadır. Bu yüzden altyapı ve insan kaynağı bakımından bilişim yatırımını öncelemeden günümüz sağlık sistemlerinde dönüşümü yönetmek yetersiz kalacaktır.

SIRA SİZDE



Günümüz sağlık sistemlerinde kamu sağlık otoritesinin genel kabul gören sorumluluk çerçevesini çiziniz.

Sağlık Sisteminde Kaynak Geliştirme

Sağlık sisteminin temel fonksiyonlarından bir diğeri, altyapı ve insan kaynaklarını esas alan kaynak geliştirmedir. Şimdi sırasıyla sağlık sektörüne kaynak geliştirmede etkili olan unsurları inceleyelim.

Nitelikli İnsan Gücü

Hizmet sektörünün bütün alanlarında en önemli kaynak nitelikli insan gücüdür. Gerekli eğitimi almış, görevini bilen, sürekli eğitimle kendini dinamik tutan ve sürekli bir şekilde bu hizmeti yürütebilecek kapasitede olan insan kaynağı hizmetlerin niceliği kadar niteliğini de belirlemektedir. Az gelişmiş, yeteri kadar entegre örgütlenmesi olmayan, sağlık hizmetlerine erişimde iddialı olmayan toplumlarda kısıtlı sayıda sağlık personeliyle sağlık hizmeti yürütülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık insan kaynağı ihtiyacı teorik olarak daha fazla olsa da sahip oldukları hizmet düzeyi ve talep hacmi bakımından bu insan kaynağı ihtiyacı sınırlı olmaktadır. Diğer taraftan toplum geliştikçe, imkânların artışı, hizmet talep ve sunumundaki değişiklikler ve sağlık hizmetlerindeki kalite artışı bireysel hizmetlerden entegre sistemlere dönüşümü zorlamakta ve bunları yürütecek insan gücüne olan ihtiyaç artmaktadır. Sağlıkta her türlü ilerleme ile birlikte daha kaliteli, daha fazla eğitim almış, çok çeşitlenmiş ve daha çok sayıda insan kaynağına ihtiyaç duyulmaktadır.

Doğrudan insan hayatını ilgilendiren sağlık hizmetlerinin amaca uygun olarak verilebilmesi, fedakârlıktan kaçınılmayan, nitelikli, iyi yetişmiş sağlık çalışanları sayesinde mümkün olmaktadır. Sağlık insan kaynağı söz konusu olduğunda sıklıkla yapıldığı gibi doktor sayısına odaklanmak yanıltıcı olabilir. Günümüz gelişmiş sağlık hizmet anlayışı içinde farklı alanlarda uzmanlaşmış nitelikli ekip elemanlarının iş birliği sayesinde kaliteli hizmet sunmak mümkün olmaktadır. Takım elemanları ne kadar çeşitli ve yetişmiş olursa doktorun yükü o denli azalmaktadır. Bu yüzden sağlık insan kaynağı yetiştirirken, masraf-

lı ve uzun bir eğitim gerektiren tıp eğitimi ile sorunu çözmek yerine, diğer sağlık personelleriyle doktorları desteklemek daha kısa vadede sonuç verecek, daha kolay ve daha az masraflı bir çözüm olarak görünmektedir.

Dünyada çok az ülke hariç, doktor açığı sağlık sistemlerinin temel sorunlarından biri olarak görülmekle birlikte, başta hemşire olmak üzere diğer sağlık personeline daha fazla ağırlık verilmesi gerekmektedir. Klinikte doktor tarafından yapılan birçok işin yetmişmiş sağlık personeline devredilmesi, amaca yönelik verimli sağlık hizmeti sunmayı kolaylaştıracaktır. Hemşire, fizyoterapist, anestezi teknisyeni vb. tıp meslek mensupları sadece doktorun yardımcıları değildir; hizmet bütünlüğü içinde kendi görev tanımları ve sorumluluk alanları vardır. Eğitimle bu elemanların kalitesi artırıldıkça bu görev tanımları ve dolayısıyla sorumluluk alanlarını genişletmek mümkün olacaktır. Yani bir anlamda görev kayması söz konusudur.

Bununla birlikte bugün aşına olduğumuz sağlık personellerinden başka yeni sağlık meslekleri de ihtiyaca göre ihdas edilebilir. Yani bir hizmeti yapmak için ortalama 10 yılı bulan tıp ve uzmanlık eğitimi gerektirmeyecek 2, 4 veya 6 yıllık eğitimlerle yapılabilecek uygulamalar için uygun eğitilmiş meslekler ihdas edilebilecektir. Mesela direkt röntgen filmi okumak, ultrason tetkiki yapmak, gözlük muayenesi yapmak, doktorun uygun gördüğü protokollere göre ilacın dozunun ve karışımlarının hazırlanıp uygulanması hatta doktor gözetiminde teşhis ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi gibi birçok husus için uygun tıp meslekleri ortaya çıkarılabilir. Bu ihtiyacı fark edip erken davranan ülkelerde bunların örnekleri görülmektedir.

Bütün bunlar doktora duyulan ihtiyacın azalmasına yol açacaktır. Hemşire yardımcısı olabileceği gibi, doktor yardımcısı, eczacı yardımcısı gibi meslekler de aynı şekilde mevcut kısıtlı sayıdaki sağlık personelinin yükünün azalmasına katkı sağlayacaktır.

İnsan kaynağının yetişmesi uzun yıllar aldığı için ihtiyacın gelecek yıllara projekte edilerek belirlenmesi gerekir. İhtiyacı karşılayacak nitelikli insan kaynağının yetiştirilmesi için geçen sürede çoğu kez sağlık sisteminde büyük değişimler olmaktadır. Kısacası geleceğin dinamikleri öngörülerek insan kaynağının yetiştirilmesi gerekmektedir. Bugünün sağlık sistemi düzeyi ile on beş yıl sonrasının sağlık sistemi düzeyi aynı olmayacaktır. İnsan kaynağını göz önüne alarak sağlıkta sürdürülebilirlik tahminleri geleceğin sağlık sistemine, toplumun sağlık düzeyine bakarak yapılması gerekir. Ancak bu alanda yapılan çalışmalar tatminkâr olmayıp sadece gelişmekte olan ülkelerde değil, ülkemizde olduğu gibi Avrupa ülkelerinde de sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık Meslekleri: Sağlık alanında sorumluluk üstlenen farklı meslek dalları.

Sağlık Personelinin Göçü

Dünyada başta hemşire ve doktorlar olmak üzere sağlık personelinin gelişmekte olan yoksul bölgelerden gelişmiş varlıklı bölgelere göçü önemli bir problem oluşturmaktadır. Yoksul ülkeler kaynaklarını tüketerek yetiştirdikleri kalifiye insan gücünün, kaynak sıkıntısı çekmeyen varlıklı ülkelere kaçmasını, göç etmesini önleyememektedir. Bu durum, ülke içinde bölgeler arasında olduğu kadar, küresel anlamda da sağlıkta adaletsizliğin oluşmasına önemli derecede katkı yapmaktadır.

Ülkemizde de sağlık personelinin yıllar içinde batı bölgelerine kayması önlenememiş ve sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet kaybının nedeni olmuştur. Hatta temel sağlık göstergelerimizin ülkemizin farklı bölgelerinde büyük farklılıklar göstermesinin önemli sorumlularından biri de bu sağlık personeli dengesizliğidir. Cumhuriyet tarihi boyunca zaman zaman gel-gitler olsa da, hekimlere zorunlu hizmet uygulaması hep olagelmiş ve bu sorunu çözme aracı olarak kullanılmıştır. Ne var ki, bu sorun sadece doktor istihdamında değil, gittikçe artan oranda hemşire ve diğer sağlık personeli istihdamında da kendini göstermektedir. 2000'li yılların başında sözleşmeli sağlık personeli istihdamıyla bu dengesizlik azaltılmaya çalışılmıştır.

Sağlık personeli göçüne bir de kamu ve özel kesim arasında ya da üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri arasındaki geçişler açısından bakabiliriz. Bu hususta etkili politikaların geliştirildiği söylenemez.

Başta doktorlar olmak üzere Türkiye'den yurt dışına giden sağlık personeli sınırlı düzeydedir. Bu anlamda ülkemiz şu anda sağlık sistemimizi etkileyecek tarzda sağlık insan kaynağı göçü vermemektedir. Küresel sağlık insan kaynağı göçlerinin henüz Türkiye yansımaları sağlık sistemini etkileyecek düzeyde değildir.

Bir toplumun kaynakları kullanılarak yetiştirilen nitelikli insanların refah düzeyi daha yüksek olan başka bir ülkeye göç edip burada istihdam edilmesini eleştiren ve bunu etik bulmayan bakış açısıyla "sağlık personelinin etik istihdamından" söz edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün gündemine sık sık getirildiği gibi, önümüzdeki yıllarda ülkemizde de, sağlık personelinin etik istihdamı konulu tartışmalara ve bu yönde arayışlara muhata olacağımızı tahmin edebiliriz.

Sağlık Mesleklerinde Kesişim ve Görev Kayması

Sağlık alanında sorumluluk üstlenen mesleklerin, başlıca dört grup altında ele alınmaktadır. Bunların başında doktorlar gelmektedir. İkincisi farklı mesleki unvanları kapsayan hemşirelik, üçüncüsü diş hekimliğidir. Dördüncü grupta çok sayıda sağlık çalışanını kapsayan sağlık meslekleri ele alınmaktadır. Bu gruplar arasında doktorlar, tüm dünyada neredeyse standartlaşmış bir meslek grubunu oluşturmaktadır. Hemşirelik, hasta bakımını ve bazı girişimleri üstlenen, ebe, hemşire ve uzman hemşire gibi farklı unvanlar altında da olsa az çok ülkeler arası kıyaslanabilir bir meslek grubunu oluşturmaktadır. Diş hekimliği, çoğu ülkede tıbbın dışında ele alınmakta ve genellikle pratisyen diş hekimliğini kapsamaktadır. Türkiye gibi bazı ülkelerde uzman diş hekimliği de bulunmaktadır. Diğer sağlık meslekleri ise çok geniş bir yelpazede yer alan farklı uzmanlık alanlarını kapsar. Genelde sağlık profesyonelleri tabiri bu grup için kullanılır.

Bütün dünyada standardı en fazla belirgin sağlık mesleği doktorluk olmasına rağmen başta pratisyen hekimlik olmak üzere doktorların yetki ve sorumluluk sınırları ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir.

Hemşirelik de doktorlardan sonra tüm dünyada en fazla bilinen ve standartları gelişmiş bir meslek grubudur. Ancak yine de alışlagelmiş hemşire rollerine bir gözlem yaparsak, hasta odalarının düzen ve bakımı, servis yemek arabaları, eksik sarf malzeme takibi, tüp, ilaç ve benzeri malzeme tedariki, taşınması, stoklanması, refakatçilerle didişilmesi gibi doğrudan hasta bakımı dışında birçok uğraş alanları olduğunu görürüz. Bir yandan doktorların müdahil olduğu eylemlerde yer alırken diğer yandan hasta bakıcı diye tarif edilen, yetkinliği tanımlanmamış personelin görev alanına da girerler.

Henüz standartları tam olarak belirlenmemiş, rol tanımları ülkeler arasında farklılıklar gösteren diğer sağlık profesyonellerin ekip içindeki pozisyonları her zaman net olmamaktadır. Ya da görev alanındaki baskın kültür veya kişisel davranışlarla sorumluluk ve yetki paylaşımları yapılabilmektedir. Böyle bir durum, sağlık profesyonellerinin eğitim olarak kazandıkları yetkinlikleri ile görev alanındaki yetki ve sorumluluklarının örtüşmediği bir tabloyla karşılaşmamıza yol açmaktadır. Ayrıca görev sınırlarının net ayrışmadığı durumlar sağlık ekibinin uyumlu bir hizmet üretmesine engel olmakta nadir olmayan çatışmalara yol açmaktadır.

Sağlık hizmet kalitesini sağlamak için süreçlerin ve bu süreçlerde görev alacak aktörlerin görev yetki ve sorumluluklarının iyi belirlenmiş olması gerekmektedir. Sınırlı insan kaynağını verimli kullanmak için doğru insanı doğru yerde istihdam etmek zorunluluğu vardır. İstihdam politikaları bu açıdan da gözden geçirilmelidir. Her meslek sahibi, kendi mesleki sınırları içindeki görevleri tam olarak yerine getirebilmeli ve bunun hesabını ve-

rebilmelidir. Diğer açıdan bakarsak tanımlanmış görevlere uygun, o görevin gerektirdiği bilgi ve beceri yetkinliği ile donatılmış meslek mensuplarının yetiştirilmesini teşvik eden eğitim politikalarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Her geçen günün yeni ihtiyaçların doğurduğu, ihtiyaçlar doğdukça bu ihtiyacı giderecek yükü rasgele birilerinin üstlendiği kaotik ortamdan kurtulmamız, sağlık sistemimizin geleceği açısından önemlidir. Bunun için sağlık otoritesinin ihtiyaçları ve ihtiyaca uygun vasıfları belirlemesi ve dinamik olarak güncellemesi gerekmektedir.

Yaşlı Bakımı ve İnsan Kaynağı

Yaşlı insanlara has ihtiyaçların ve taleplerin karşılanması birçok yönden özellik arz etmektedir. Nasıl ki özellik arz etmesinden dolayı çocuk bakımı geleneksel annelik pratiğinden bir mesleğe, bir disipline dönüşmüşse, yaşlı bakımı da benzer şekilde hızla özel eğitim gerektiren bir meslek hâline almış durumdadır. Yaşlı nüfusun oranı arttıkça bu disiplin de gittikçe önem kazanacaktır.

Yaşlanan nüfusla birlikte sağlık hizmetlerinin değişen karakteri, yaşlı insanların sağlığı ile ilgilenen geriatri gibi bilim dallarının önemini artıracaktır. Geriatri den başka genel dahiliye, kardiyoloji, romatoloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji, Alzheimer ve Parkinson gibi hastalıklara odaklanan kognitif nöroloji gibi tıp dalları da yaşlanan nüfusla birlikte gelecekte önemi artan tıp disiplinleri olacaktır. Bu arada gerontologlar, fizyoterapistler, yaşlı bakım görevlileri, evde bakım görevlileri ve iş uğraş terapistleri gelecekte daha fazla aranan meslekler mensupları olacaktır. Tıbbi araştırmaların ve özellikle büyük bir ekonomik sektör olan ilaç araştırmalarının daha çok kanser başta olmak üzere yaşlı hastalık yükünü oluşturan kronik hastalıklara yönelik olacağını tahmin edebiliriz (Bakınız: Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı).

Sağlık hizmetlerinde en önemli kaynağı oluşturan sağlık insan gücü ihtiyacını analiz etmeye ışık tutacak, mesleki çeşitlilik ve nicelik açısından etkili olan faktörlerin başlıcalarını sıralayınız.



Sağlık Sisteminde Hizmet Sunumu

Sağlık hizmet sunumu, sadece hizmet sunucuların ürettiği hizmetle sınırlandırılmayan geniş bir yelpazede ele alınmak zorundadır. Sağlıklı yaşamak bir insan hakkı olarak kabul edilmekte, bununla ilişkili olarak sağlık hizmeti kamusal bir sorumluluk olarak ele alınmaktadır. Sağlıkla ilgili sosyal dinamiklerin çok çeşitli olması, beslenmeden, barınmaya, şehirleşmeden hava kirliliğine, ulaşımdan ekonomik refaha, sosyal ve kültürel düzeye kadar birçok faktör sağlık düzeyine ve dolayısıyla hizmetin sunum biçimine etkili olmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmet sunumuna ilişkin geliştirilecek kamu politikalarının diğer dinamiklerden arındırılmış olarak yapılabilmesi mümkün değildir. Sağlık hizmet sunumuna ilişkin problemleri geleneksel piyasa dinamikleri içinde çözebilmek mümkün görünmüyor. Sağlıkta arz ve talep konusunun kendine has özellikleri unutulmamalıdır. (Daha fazla bilgi için bakınız: Ünite 2, Sağlıkta Arz ve Talep). Bu bölümde sağlık politika yapılarının dikkatini çekmesi gereken bazı özellikli durumlar ele alınmaktadır.

Sağlık Hizmet Sunumunda Anlayış Değişikliği

Ülkemizde her geçen gün birey kimliği ön plana çıkmakta, bireysel özgürlükler hatırlatılmakta, temel insan hakları talebi dile getirilmektedir. Vatandaşların devletten, toplumdan ve ilişki içinde oldukları hizmet sektöründen beklentileri de bu çerçevede olmaya devam edecektir. Dolayısıyla artık bugün yapılacak işi çeşitli engeller koyarak sonraya bırakma, sağlık talebinde bulunan kişinin mağduriyetinden dolayı ona yeterli değeri vermeme, ge-

rektiğinde o mağduriyetini hiyerarşik bir ilişki gerekçesi hâline getirme, yani üstten bakma, kaba davranma gibi davranış biçimleri gittikçe azalmak ve yok olmak zorundadır. Hizmet sunan sağlık kurumları arasındaki rekabet bu azalmayı hızlandıracaktır.

Aksi yönde davranış sergileyen, geleneksel davranış biçimini sürdüren kişi ve kurumlar sistemde gittikçe mevki kaybetmek zorundadır. Gelecekte sağlık hizmeti talep edenlerin bugün olduğundan daha fazla alternatife sahip olmaları mümkündür. Hastalar artık pasif hizmet alıcıları değil, bilgili ve talep eden tüketiciler konumundadır. Hizmeti talep eden hastanın hizmetle ilgili karar sürecine katılımı da hastanın karara ortak olması, kendi üzerinde yapılacak müdahâle hakkında detaylı bilgi sahibi olması ve gerektiğinde tedavi alternatifleri arasında kendi tercihi kullanmasını gerektirir. Hasta bunu talep etmese bile, sağlık alanındaki ilerlemeler, riskli durumlarda ortaya çıkan hukuki durumlar, hasta tatmini gibi hususlar bu katılımı gerekli kılmaktadır. Ancak hastanın sürece dâhil olması sadece karar noktasında olmayacaktır. Zira bu durum tek taraflı bilinçsiz bir talebe ve hatta istismara dönüşebilir. Sağlık politikalarını yönlendirenlerin bu dengeyi kuracak tedbirler geliştirmesi gereklidir.

Sağlık hizmetlerinde sunucuların farklılaşması sonucunda, rekabet başta olmak üzere piyasa dinamikleri hizmet sunumunu etkiler hâle gelmiştir. Ayrıca iletişim kanallarının çok artmış olması, aydınlatıcı yönlendirmeler yanında bilgi kirliliği ile insanları yanlış yollara sevk edebilmektedir. Bu beklentileri karşılamaya yönelik çabalar, gerekli ve uygunluğu tartışılır birçok hususun sağlık hizmetine karışmasına yol açmaktadır. Birçok tanı aracı ve tedavi yöntemi bu tartışmalara muhatap olmaktadır. Kaldı ki, doğrudan sektörün finansmanı ile yapılan ARGE çalışmaları ve yönlendirilmiş araştırmaların yayınlanmasıyla oluşturulan kanıtlar tartışılır olmaktan uzak değildir. Sosyal Güvenlik Kurumunun ödeme kapsamına alınacak sağlık hizmetlerini güncellemede zorluklar yaşadığı bilinmektedir.

Günümüzde insanların sağlık sisteminden yararlanma biçimi oldukça farklılaşmıştır. Sağlık hizmetinin sunum anlayışı kadar o hizmetten yararlanma anlayışı da değişmektedir. En azından sistemle temas frekansı hem zaman içinde hem de ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir.

OECD 2013 verilerine OECD ülkelerinde ortalama kişi başı yılda sağlık sisteminden yararlanma, diğer bir deyişle ortalama kişi başı doktora başvuru sayısı 6,7'dir. Türkiye'de ise bu veri 8,2 dir. Türkiye'den daha fazla doktora başvuruya sahip olan ülkeler ise Rusya (9,4), Almanya (9,7), Slovakya (11), Çek Cumhuriyeti (11,1), Macaristan (11,8), Japonya (13,1) ve Kore'dir (13,2). Başvuru sayısının en düşük olduğu ülkelerin arasında İsveç (3), Meksika (2,7), Brezilya (2,7) ve Güney Afrika'nın (2,5) olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik durumları son derece farklı olan İsveç ve Meksika gibi ülkelerin birbirine yakın olmasını aynı dinamiklerle açıklamak mümkün değildir. Güney Afrika'da kişi başı doktora başvuru sayısı 2,5 iken Kore'de 13,2 olmasını açıklamak da kolay değildir. Beş kattan fazla olan başvuru sayısını hastalık yükü, sosyokültürel yapı ve hatta sağlık hizmetlerine erişimle açıklamaya çalışmanın çok gerçekçi olmadığı kanısındayız.

Günümüz toplumlarının refah düzeyi, kültürel farklılaşma, sağlık sistemlerinin genel yaklaşımı, demografik değişim, sağlık kuruluşlarının işleyiş ve finansman modeli, sosyal güvenlik sistemi ve kamu politikaları ile günümüzün teknoloji ağırlıklı çağdaş hayat tarzı gibi birçok unsurun sağlık hizmet talebi üzerine etkisi bilinmektedir. Ülkemiz özelinde ele aldığımızda aile yapımız gittikçe küçülmekte, nüfusumuz büyük oranda kentleşmekte, Doğu ile Batı arasındaki eşitsizlikler azalmakta, eğitim düzeyimiz artmaktadır. Genel sağlık sigortası ile birlikte sosyal güvenlik kapsayıcılığı en üst düzeye ulaşmış, yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalık yaygınlığı hızla artmıştır.

Bu gerçeklerden hareketle ölçüm için kullandığımız rakamlar ne olursa olsun, insanlarımızın sağlık hizmetlerinden yararlanımının artmakta olduğu bir vakıadır. Sağlık eko-

nomisi bu süreçte tek başına etken olmamakla birlikte, sürecin en fazla etkilediği unsur olması bakımından önem arz etmektedir.

Kamu sağlık politikalarının tasarlanmasında önemli olan bu değişimde rol alan hususların başlıcaları aşağıda verilmiştir.

1. Toplumsal Algı ve Anlayış Değişikliği

Kültürel yapı, bilgi düzeyi ve anlayış değişmekte ve insanlar eskiden önemsemedikleri rahatsızlıklarını şimdi konu edinmekte ve hastalık şüphesi ile arayışa geçmektedir.

Şehirleşme, toplu ulaşım, randevu sistemleri, hizmet arzının artmış olması gibi gelişmeler hastaların başvurusunu daha hızlı ve kolay yapmalarına yol açmış ve şiddeti daha düşük şikâyetler başvuru nedeni hâline gelmiştir.

Toplumda refah düzeyinin artması, daha basit durumları sağlık sorunu konusu eden ve sağlık hizmeti talep etme eğişi daha düşük olan bir toplum oluşturmaktadır.

2. Sağlık Hizmeti Anlayış ve Yöntemlerinde Değişme

Sağlık hizmetleri hızlı teknolojik gelişme ve mesleki farklılaşmalarla birlikte karmaşık ve kapsamlı hâl alırken, sistem bu hızlı değişmeye ayak uyduramayıp artan iş yüküne rağmen doktor çevresine odaklı hizmete hala devam edilmektedir. Bugün doktor düzeyinde eğitim ve beceri gerektirmeyen birçok iş doktora yüklenmekte, hastanın doktora başvurusunu zorunlu kılmaktadır. Ancak sağlık alanında yetkin mesleklerin öne çıkması bu yükün doktorlardan diğer sağlık mesleklerine kaymasına fırsat verecektir. En azında insan kaynağının verimli kullanılması adına sistemin bu yönde gelişmesine ihtiyaç vardır.

Hasta odaklı hizmet anlayışı, hastanın sistemde güçlendirilmesi ve karar süreçlerine katılımının sağlanması gibi güncel anlayış değişiklikleri, “kanıta dayalı” davranış biçimleri değil hastanın algı, anlayış ve beklentilerince yönetilen bir süreç oluşturmakta ve bu da hastanın sistemle buluşmasına yansımaktadır.

Geçmişte sınırlı tanı araçları kullanılarak bir sonuca varma ve tedavi yolu seçilirken, günümüzde yeterli kanıtı elde edecek çeşitli teknolojik tanı araçlarına başvurulmakta, bazen hastaların tekrar tekrar farklı tanı yöntemlerini kullanması gerekmektedir. Bazen bu test araları uzamakta, sistemin daha azla yüklenmesini zorunlu kılmaktadır.

Hastalıklardan korunma, erken teşhis gibi hususlarda toplumsal uyarılar ve kampanyalar henüz hasta olmadan veya şüphe üzerine başvuruyu artırmaktadır. Orta yaşta sonra kadınların meme kanseri, açısından yılda bir kez doktora başvurması, erkeklerin prostat kanseri açısından yılda bir kez PSA baktırması gibi tavsiyelerle artırılan başvurular farklı alanlarda görülmektedir.

Gebelerin ve bebeklerin her ay düzenli doktor kontrolü teşvik edilmekte ve toplum duyarlılığı arttıkça yaygınlaşmaktadır.

Sağlık kuruluşlarında doktor vizite (poliklinik) süreçleri tasarımı hastanın en kısa temaslara ve en kısa sürede işini bitirmeye göre değil, hizmet verenlerin veya kuruluşun kendini güvence altına almasına, ya da geleneklerine göre tasarlanmaktadır.

Sağlıklı olan toplum kesimlerinde ihmal ve göz ardı edilen sağlık sorunlarını fark etmeye yönelik sağlık taraması ve checkup gibi hizmetler hasta üretme araçları olarak kullanılmaktadır.

Acil poliklinik ve servislerimiz doktora mesai sonrasında kolay ve hızlı erişim alanları olarak görülmekte bu yüzden gereğinden fazla kullanılmaktadır. Sadece başvuruyu artırmakla kalmayıp gerçek acil vakaların hak ettiği hizmeti almasını da riske etmektedir.

3. Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar

Yaşlı nüfus oranı gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar nedeniyle bunların sağlık sistemiyle müteaddit defalar temas ihtiyacı hızla artmaktadır.

Kronik hastalıklarda ömür boyu ilaç kullanımı, periyodik olarak ilaç reçete edilmesini gerekli kılmakta ve böylece bireyi sisteme bağımlı hâle getirmektedir.

4. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Etkisi

Sağlık hizmet sektörü bir hayır ve fedakârlık alanı olmaktan çıkıp üretim sektörüne dönüştüğü için kârı maksimize edecek yöntemler geliştirilmekte ve pastayı büyütecek hasta talebi üretilmektedir.

Sağlık kuruluşları hasta görmekten dolayı menfaat elde ettiğinden insanların başvurmasını teşvik etmektedir.

Sağlık çalışanlarının gördükleri hasta sayısı ile gelirleri arasında ilişki kurulmuş olması ve bunun bir teşvik aracı olarak kullanılması hastayı cezbetmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarının sosyal güvenlik kapsamında hizmet verir olması, hasta cezbetme hususundaki kendi dinamiklerini daha fazla harekete geçirmelerine yol açmıştır.

5. Sosyal Güvenlik Politikalarının Etkisi

Gelişen sosyal güvenlik sistemi sağlık hizmetini ekonomik anlamada erişilemez olmaktan çıkarmış ve hemen herkesin bu hizmete erişiminin önündeki en temel engeli kaldırmıştır.

Erişimin kolaylaşması nedeniyle hastaların alternatif görüş arayışıyla aynı hastalıklardan dolayı birçok doktora başvurduğu da olmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu düzenlemelerinde, bazı ilaçların reçete edilmesinde testlerin veya radyolojik görüntülemelerin şart koşulması, ilacın belli doktorlar tarafından reçete edilebilmesi, hatta reçeteyi sadece doktorun yazması gibi finansal tasarruf gayesiyle ortaya koyduğu uygulamalar, hizmet kullanım artışını zorlamaktadır.

6. İletişim Kanallarının Yaygınlığı

Artan iletişim kanalları ile tanıtım ve reklamlar hizmet alternatiflerini duyurmakta, hastalar bu bilgiye dayalı arayışla sağlık sisteminin farklı hizmet sunucularına müracaat eğiliminde olmaktadır; böylece sağlık hizmet tüketimi artmaktadır.

Artan iletişim kanalları sağlıkla ilgili doğru olmayan abartılı bilgilerin yaygınlaşmasını da sağlamaktadır; oluşan bilgi kirliliği sahte hastalıklar ve tedavileri gündeme getirmekte ve bunun için yeni ve özel hizmet talebini teşvik etmektedir.

7. Şehirleşme ve Modern Hayat

Artan teknolojinin, üretilen toksik kimyasal, radyoaktif ve elektromanyetik ajanların, hava kirliliğinin, sanayinin, hızlı ulaşımın taşıdığı hastalıkların yaygınlığının, yoğun iş hayatının doğurduğu stresin, trafik ve iş kazalarının, şiddet uygulamalarının ve daha birçok çağdaş etkenin sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı zorunlu olarak artırdığı malumdur.

8. Popülist Politikalar

Sağlık uluslararası olduğu kadar ulusal anlamda da bir "yumuşak güçtür". Bu gücü kullanmak istemesi doğal olan politikacılar erişime engel teşkil edebilecek tedbirlere yanaşmamakta, hatta popülist politika ve söylemlerle erişimi artırmaktadır.

9. Arzın Talep Oluşturması

Sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği arzın bizzat kendisinin talep oluşturmasıdır. Hizmet sunumuna yönelik imkân, tercih ve yönlendirmelerin artması hizmete olan talebi de arttırmaktadır. Hizmeti sunan ve alan arasındaki bilgi eşitsizliği (asimetrisi) sağlık hizmetinin önemli bir açmazıdır. Dolayısıyla arzın talebi yönetme gücü ortaya çıkmakta ve hizmete olan talebi arttırıcı etkiye neden olmaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde 1946'da temeli atılan, 1960'larda şekillenen ve aile hekimliğine dayalı son dönem sağlık politikaları ile yeni bir dinamizm kazanan birinci basamak sağlık ağının gelecekte gittikçe artan oranda önem kazanacağını umuyoruz. Zira sağlık harcamalarının kontrolünde zorlanan sosyal güvenlik sistemleri kontrol edebilecekleri kapılar arayacaktır. Bunun en pratik ve kolay yeri, sağlık sistemine giriş kapısı olan birinci basamak sağlık hizmetleridir. Bu basamakta yaygın koruyucu sağlık hizmetlerinin verilebilmesi sağlık sisteminin güçlendirecek en önemli aşamalardan birisidir. Süreç içinde toplumsal değişimle birlikte bu hizmet ağının şekil değiştirmesi beklenen bir durumdur.

Ülkemiz hükümet tabipliğinden sağlık ocağı tabipliğine, oradan da aile hekimliğine dönüşen birinci basamak örgütlenmesi tecrübesine sahip oldu. Bugün ülkemizde kurulan "aile hekimliği" modelinde doktorla birlikte yeterince sağlık personelinin (aile sağlığı elemanı) müteşekkil birtakım öngörülmektedir. Ancak personel kısıtlılığı nedeniyle sözleşme hekim ve bir hemşire ile yapılmaktadır. Ayrıca doktorun tıbbi sekreter gibi elemanlar çalıştırılması teşvik edilmektedir. Yasal alt yapı mevcut olmasın rağmen, personel yetersizliğinden kaynaklanan uygulamadaki bu kısıtlama, gelişen şartlar ve imkânlarla birlikte değişme gösterecektir. Bu noktada koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı şekilde yapılanmasını sağlayacak ekip oluşumunu teşvik edecek politikaların geliştirilmesi kaçınılmaz görünmektedir. Bu ekipte yer alacak sağlık profesyonellerinin nicelik ve nitelik olarak yetiştirilmesi ayrı bir planlama ve kapasite sorunudur.

Gelecekte aile hekimleri tanı ve tedavi ile uğraşmaya devam edeceklerdir. Ancak Uzmanlık eğitimine dayalı bir aile hekimliği amaca daha fazla hizmet edecektir. Bununla birlikte çocuk hastalıkları, geriatri, psikiyatri ve romatoloji, gibi uzmanlarının konsültasyon yoluyla veya doğrudan rol aldığı birinci basamak örneklerinin gelişmesi muhtemeldir. Daha çok uzmanlaşmış hemşirelerin ve ebelerin görev almasını, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşmasını sağlayacak teşvikler geliştirilmelidir. Hatta ekibe klinik eczacılar, klinik psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarının katılması beklenebilir.

Bazı ekip elemanları doktor gözetiminde reçete yazabilecek ve belli alanlarda hasta takip ve tedavisini üstlenebilecek yetkinlik kazandırılabilir. Bütün bunlar doktorun zamanını daha fazla tasarruf etmesine, hastalarına daha fazla vakit ayırmasına, onlarla ilgilenmesine, kronik hastalarını takip etmesine, korucu hekimliğe ve rehabilitasyona daha fazla eğilmesine fırsat tanıyan gelişmeler olacaktır. İnsan kaynakları yönetiminde doğrudan doktor sayısını artırma girişimleri yerine bu şekilde ekip elemanlarını çeşitlendirme ve uzmanlaştırma girişimi daha kolay, daha verimli ve daha gerçekçi bir yol olabilir.

Eğer birinci basamak hizmetleri, sosyal güvenlik kurumlarından hak ettiği desteği alır ve beklendiği yönde gelişirse, sistem içinde hastane hizmetlerinin hakimiyetinin önüne geçip eşit partnerler hâlini alacaktır. Bilişim ve iletişim araçlarının yardımıyla bazen hastane doktorları, birinci basamak ekipleri ve sosyal güvenlik sorumluları, hastayı bir arada değerlendirebilecek ve belki de bunu esas alan hasta takip sistemleri geliştirilecektir. Görüldüğü gibi sağlık sistemini güçlendirmeyi amaçlayan politikalar içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Bu hizmetleri kapsam ve nitelik olarak geliştirirken ihmal edilmemesi gereken husus, toplum nezdinde birinci basamak hizmetlerin önem ve itibarını artırıcı ve bireylerin sağlık hizmet talebinde öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelmesini sağlayan teşvik ve politikaların geliştirilmesidir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk hizmeti alışı noktasıdır.

Yaşlı Sağlığı Hizmetleri

Halihazırda yaşlı nüfusu barındıran Avrupa ülkelerinde yaşayanların 2020'lere vardığımızda hemen hemen beşte birinin 65 yaşın üstünde olacağı tahmin edilmektedir. Bu yaşlı kesimin sağlık hizmetine duyduğu ihtiyaç, ortalamanın 4-5 katıdır. Sadece yaşlanma değil, daha iyi tedavi metotlarının gelişmesi ve toplumda daha fazla kişinin kronik hastalığının kontrol altına alınmış olması, bu talebi hızla artıracaktır. Astım, Alzheimer, kalp damar hastalıkları, depresyon, diyabet, romatizmal eklem hastalıkları, migren, multipl skleroz, Parkinson ve prostat hastalıkları gibi kronik hastalıklar yüzünden hastalara yazılan reçetelerin %70'inin tekrar tekrar yazılacağı, yani ömür boyu ilaç kullanım oranının çok artacağı öngörülmektedir. On yıl sonra Avrupa'da toplam sağlık harcamalarının %40'ünün bu tür kronik hastalıklar yüzünden olacağı tahmin ediliyor. Bu durumda hizmet alanlarının planlanması ve uygun ortamların oluşturulması açısından sağlık yatırımcılarının, hastalık yönetimi açısından klinisyenlerin ve sağlık harcamaları açısından politika yapıcıların ve ekonomistlerin bu değişime kendilerini hazırlaması gerekmektedir.

Her ne kadar genç nüfusa sahip olmakla övünsek de Türkiye'nin nüfusu da hızla yaşlanmaktadır. Yukarıda sözünü ettiğim Avrupa'yı tehdit eden durum bir yana, bir yandan çalışan nüfusun oransal olarak daha az olması, diğer yandan daha fazla sağlık hizmeti almaya ihtiyaç duyan kronik hastalıklı yaşlı nüfusun artması, ekonomik olarak ciddi problem yaratacaktır. Geleceğin sağlık harcamalarını ve sağlık politikalarını yönlendirenler, artık yaşlanmayı ve birlikte gelen kronik hastalık yükünü dikkate almak zorundadır.

Yaşlı sağlığı hizmetleri sadece ekonomik açıdan değil, yeni politikaların geliştirilmesi ihtiyacı açısından da önem arz etmektedir. Yaşlılara bakım hizmetleri geliştirilirken bugün Batıda kullanılan bazı kavramların sağlık sistemimizde yer bulacağını tahmin etmek zor değil. Destekli yaşama, gündüz erişkin bakımı, kısa dönem bakıcılık, uzun süreli bakım, hemşire bakımevleri, terminal hasta bakımı ve evde bakım bunların başlıcalarıdır.

Yaşlılar engelliliği nedeniyle kendi başlarına bütün ihtiyaçlarını görememektedir. Günlük hayatlarında gerek insan kaynağı, gerek teknolojik araçlarla özel olarak desteklenmeleri ve bu yolla hayat kalitelerini korumaları sağlanmaya çalışılır. Bu duruma *destekli yaşama* denmektedir.

Büyük anne ve büyük babanın yer aldığı geniş aile yapısının kaybolması ve genç aile bireylerinin çoğunun aktif çalışma içinde gününü ev dışında geçirmesi nedeniyle yaşlılar çoğu kez evde yalnız kalmaktadır. Çalışan anne babanın çocuğunu gündüz terk ettiği çocuk bakımı hizmetine benzer şekilde yaşlı bireyi gözetmek üzere ortaya çıkan hizmet alanına *gündüz erişkin bakımı* denmektedir. Gündüz rehabilitasyon merkezleri, demanslı günlük bakım merkezleri, psikiyatri gündüz bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi özelleşmiş örnekler olabilir.

Bazen hane halkının dinlendirilmesi veya işlerini görmelerini sağlamak amacıyla bir yaşlı veya engellinin *kısa süreli ve geçici olarak bakımının* üstlenilmesi bir hizmet türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum tatil, iş seyahati veya ayrı yerlerde yaşama gibi nedenlerle geceleri de kapsayacak şekilde ve uzun süreli olabilmektedir. Bu durumda *uzun süreli bakımdan* söz edilmektedir. Bir anlamda geçici ve kalıcı huzur evini örnek gösterebiliriz.

Yaşlıların sadece destek anlamında bakıma ihtiyacı olmadığını biliyoruz. Çoğu kez sahip oldukları kronik hastalıklar özel sağlık bakımını da gerektirmektedir. *Hemşire bakım evleri*, sağlık hizmeti sorumluluğunu da üstlenen insan kaynağı ve alt yapı bakımından daha donanımlı bakım evleri ya da huzur evleri olarak hizmet görmektedir.

Değişen toplum ve sahiplenme ortamında, aciz durumda kalan ve bakıma muhtaç olan yaşlıları bekleyen önemli bir husus, hayatın son döneminde geçirdikleri günleridir. Daha uzun süre yaşayan ve gittikçe sayısı artan bir sosyal kesimin sahip olduğu kronik hastalıkların tam olarak tedavisi mümkün olamamaktadır. Tedavinin sadece palyatif uy-

gulamalarla sınırlı kaldığı ve hayatının son dönemini yaşadığı bilinen hasta sayısı gittikçe artmaktadır. Bu hastaların son günlerini sağlık kuruluşlarında geçirmesi ciddi bir yük oluşturmaktadır ve tedavi edilebilir hastalara ayrılması gereken imkânların harcanmasına yol açmaktadır. Sağlık kuruluşlarında palyatif tedavisi verilip evine gönderilmek istenen bu hastaların zaten evde bakım imkânlarının kısıtlı olduğu aile yapıları içinde yeterince hizmet alabilmesi söz konusu değildir. Bu tür hastaların bakımını üstlenmek üzere oluşturulmuş özel bakım merkezlerinde verilen hizmete *son dönem hasta bakımı* denmektedir.

Yaşlı olsun diğer kronik hastalar olsun aslında en uygun bakım ortamı günlük hayatını geçirdiği ev ortamıdır. Bu hem ekonomik hem de hasta konforu bakımından daha uygundur. Ancak hayat konforunun ve sağlıklı yaşamın gerektirdiği ihtiyaçların evde görülebildiği bir hizmet modeli olan *evde bakım*, özel şekilde örgütlenme gerektirmektedir. Ülkemizde yerel yönetimlerle başlayan ve daha sonra Sağlık Bakanlığının üstlendiği bu hizmet tarzı evde bakım ve evde sağlık bakımı olarak geliştirilmeye muhtaçtır. Sosyal güvenlik şemsiyesi altında daha kapsamlı olarak yapılandırılmasına ihtiyaç vardır.

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bugüne dek alışılageldiğimiz sağlık politikalarımız da değişikliğe uğramak zoruna kalacaktır. Öyle ki, daha çok anne-çocuk sağlığını önceleyen kamu sağlık hizmetlerinin gittikçe daha kırılabilir bir kitleyi oluşturan yaşlı nüfusu önceleyen politikalara evrilmesi kaçınılmaz görünüyor. Ezberimize yerleşmiş olan temel sağlık hizmetlerini yaşlı nüfusa yönelik olarak genişletmek hatta yeniden tanımlamak gerektirir. Sağlıklı büyüme, sağlıklı annelikten sonra sağlıklı yaşlanma da öncelikli kamu politikalarında yer bulmalıdır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunun geleneksel sağlık hizmet sunumundan farklılaşmasına yol açan anlayış değişikliklerini özetleyiniz



SIRA SİZDE

Sağlık Sisteminin Finansmanı

Sağlık sisteminin ana omurgasını sağlık finansmanı oluşturmaktadır. Sağlık finansmanı konusunda teknik bilgiyi ilgili ünitelerden elde edebilirsiniz (Bakınız: Ünite 3, Sağlık Hizmetleri Finansmanı). Bu bölümde daha ziyade sağlıkta finansman politikalarının geliştirilme sürecinde gözetilmesi gereken hedefler ele alınacaktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan Dünya Sağlık Raporu 2000, liderlik, kaynak geliştirme ve hizmet sunumu ile birlikte sağlık finansmanını sağlık sisteminin dört ana fonksiyonundan biri olarak tanımlamaktadır. Bu raporda sağlık sisteminin ara hedefleri ve nihai hedefleri arasından doğrudan sağlık finansmanı alanına giren hedefler şöyle sıralanmıştır:

1. Finansal risklere karşı koruma sağlamak,
2. Sağlık sisteminin finansman yükünün olabildiğince hakkaniyetli dağıtılmasını temin etmek,
3. Sağlık hizmetlerinden ihtiyaca göre hakkaniyet ölçüsünde yararlanılmasını sağlamak,
4. Sağlık harcamalarında saydamlık ve hesap verebilirliği temin etmek,
5. Hizmet sunumunda kalite ve verimliliği teşvik etmek ve sağlık finansman sisteminin yönetim verimliliğini oluşturmak.

Sağlık finansman politikalarının hedefi, genel sağlık sistemi hedefleriyle örtüşmek zordur. Ne var ki, çok sektörlü ve çok paydaşlı sistem içinde etkin olan farklı çıkar gruplarının etkisiyle sağlık finansmanının uygulamada bu hedeflerden sapma riski az değildir.

Bilindiği gibi hakim finansman modeli (Beveridge veya Bismarck) hangisi olursa olsun sağlık finansmanı mali kaynakların toplanması, havuzda biriktirilmesi ve hizmet karşılığında harcanması şeklinde özetlenebilecek alt bileşenlerden oluşmaktadır. Sağlık reformlarının da genellikle başlangıç noktasını bu alt bileşenler oluşturmaktadır.

Finansal Riskten Korunma ve Yük Paylaşımında Hakkaniyet

Sağlık finansmanının ana hedeflerinden biri olan finansal risklere karşı koruma, insanların sağlık hizmeti alırken katastrofik harcama yapmamaları, yoksullaşmamaları ve kendi sağlık talepleri ile ekonomik refahları arasında tercih yapmak zorunda kalmamaları olarak tarif edilmektedir. Dolayısıyla finansal koruma sağlık hizmet almaktan dolayı katastrofik harcama yapmayı ve yoksullaşmayı önleyecek bir amaç gütmektedir.

Finansal yükün hakkaniyetli dağıtılması olarak ifade edilen sağlık finansmanının diğer ana hedefinde söz konusu olan finansal yük ya doğrudan hizmet alırken cepten ödeme veya sağlık sigortası için yapılan ön ödemelerden oluşmakta, ya da dolaylı olarak genel vergi yükünden oluşmaktadır. Bu finansal yükler uygulanan politikaya göre değişiklik göstermektedir. Ancak en etkili yükü hizmet sunum esnasında cepten ödemelerin oluşturduğu bilinmekte ve yoksullaştırıcı etkisi bakımından risk oluşturmaktadır. Seksen ülkede yapılan bir araştırmaya göre toplam sağlık harcaması içindeki cepten harcamanın oranıyla katastrofik sağlık harcaması yapan aile yüzdesi arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Buradan sağlık finansmanında cepten ödemeyi en aza indirecek bir politikanın ne denli önemli bir hedef olması gerektiği anlaşılmaktadır. Eğer ülkenin finansal kaynakları yeterli değil ya da verimli kullanılmıyorsa, toplumu kapsayan bir finansal koruyuculuk sadece teoride kalmaktadır. Bu ülkelerde kapsanan sağlık hizmetleri gittikçe daralmakta ve cepten ödemeler artmaktadır. Bilindiği gibi finansal yükün adil paylaşımı bireylerin havuza ancak güçleri nispetinde katkı yapmalarıyla mümkündür. Cepten ödeme, insanın hizmet alma anında ve çaresiz durumdayken yüklenmek zorunda kaldığı bir sorumluluk olduğu için adil olma veya finansal koruyuculuk aracı olma gibi bir şey söz konusu değildir. Böylece finansal riskten koruma bir yana, finansal yükün adil paylaşmadığı bir durum ortaya çıkmaktadır. Halbuki finansal riskten korumanın yanında finansman yükünün adil paylaşımı da sağlık sisteminin hedefleri arasında olmalıdır.

Gözlemler, genel vergi tabanlı veya zorunlu sigorta kesintilerine dayalı sistemlerin daha adaletli olduğu, isteğe bağlı sigorta gibi modellerin ise daha az adil olduğu yönündedir. Cepten ödemeye dayalı modeller ise adil olmaktan çok uzaktır. Sağlık hizmetine erişimde hakkaniyet, hizmetlerin insanların karşılığını ödeyebilme gücüne göre değil, ihtiyaçlarına göre dağıtılmasıyla mümkündür.

Kalite ve Verimlilik

Hizmet sunumunda kalite ve verimliliği teşvik etmek, sistemin hedefleri arasında yer almaktadır. Sağlık sisteminde liderlik, fiziksel şartlar, sağlık insan kaynağı, hizmet sunum standartları ve nihayet sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kaliteyi teşvik edecek unsurlardır. Sağlık finansmanında yapılan düzenlemeler kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasını yeterince teşvik edecek şekilde tasarlanmalıdır. Sağlık sistemi, paydaşları çok çeşitli olan ve çok sektörü ilgilendiren entegre bir sistem olduğundan verimli bir model oluşturulmasının zorlukları bilinmekte ve bu husus sağlık ekonomisinin önemli bir başlığını oluşturmaktadır.

Sağlık hizmet sunumu sürecinde teknik verimlilikten söz edilir. Kısıtlı da olsa ülkenin mevcut kaynaklarının verimli kullanımı, sağlıkta hakkaniyet, finansal koruyuculuk gibi ilkelerin korunmasına ve toplumun daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşmasına fırsatı verir. Yönetim verimliliği ise sağlık finansman sistemi yönetimiyle ilgilidir. Sağlıkta yönetim verimliliğinin sağlanması, mükerrerlikten kaçınarak zamanında ve uygun finansman yönetimini hayata geçirmekle mümkün olur. Burada sağlık politika liderlerinin dikkat etmesi gereken husus, yönetim verimliliğini sağlamanın yolunun yönetim harcamalarının kısılması değil, sağlık sisteminin hedeflerine yönelik olarak yönetim fonksiyonlarının maliyet-etkililiğinin en üst düzeye çıkarılması olduğudur.

Hakkaniyet: İhtiyacı olana ihtiyacı kadar sağlık hizmeti verilmesi, finans yükünün kişilerin gücü oranında dağıtılması.

Verimlilik: Bir üretim veya hizmet sürecinin belli bir dönemde üretilmiş olan ürün ve hizmetlerle (çıkıtı), bu üretimi gerçekleştirmek için kullanılan üretim kaynaklarının (girdi) birbirine oranıdır.

Finansman Modelleri

Genelde sağlık finansman modelleri, kaynağın toplama biçimi esas alınarak vergi tabanlı ya da prim esaslı olmasına göre ayrıştırılmaktadır. Tarihsel sürece baktığımızda Beveridge, Bismarck, Semashko gibi adlarla anılan finans kaynağı temelli bu modellerin bugün için kıyaslamasını yapmak çok kolay değildir. Çoğu ülke finans kaynağına dayalı kendi modelleri içinde bir dizi reformlar yaparak günümüze kendilerini uyarlamışlar ve farklı uygulamalarla ayrılmışlardır. Sağlık ve finans sektörün örgütlenme biçimi, kaynakların dağıtım mekanizmaları, kapsama alınan hizmetin niteliği ve miktarı gibi hususlar bu reformlara konu olmaktadır. Ayrıca kaynağına ilişkin reformlarla vergi ve zorunlu ya da isteğe bağlı prim esaslı kaynakların mobilize edildiği karma sistemler doğmuştur. Bu itibarla vergi tabanlı sistem ya da sosyal sağlık sigortası sistemi gibi temel ayrımlar teorik planda anlaşılmalı kolaylaştırılmalı da gerçek sağlık finans sistemlerini yeterince kavramamıza ve ülke modellerini kıyaslamamıza yeterince yardımcı olmayacaktır. Hatta sağlık finansman sistemindeki bu kategorik yaklaşım, bütün olarak topluma ve sisteme odaklanmaktan ziyade model içindeki kritik uygulamaların başarı ve başarısızlıklarına odaklanılmasını kısıtlamakta ve muhtemel politika alternatiflerinin geliştirilmesini zorlaştırmaktadır.

Finansman kaynağından başka bu kaynağın havuzda toplanması, hizmet karşılığı harcanması, hizmetin niteliği ve kapsamına ilişkin politika belirlenmesi, bu fonksiyonların birbiriyle olan ilişkileri, sağlık sisteminin hizmet sunum tarafıyla olan etkileşimi, toplum tarafından kabullenilmesi ve finans yönetimi gibi birçok husus, finans sistemlerinin dönüşüm ajandasında yer almaktadır. Sağlık finansman sistemi, sağlık sisteminin farklı fonksiyonları arasındaki etkileşimde önemli derecede rol oynadığından finansal reformları bütün sağlık sistemiyle birlikte değerlendirmek gerekmektedir.

Kapsayıcılık

Günümüz dünyasında hızlı teknolojik gelişmeler ve hızla değişen toplumsal algı ve beklentiler karşısında sağlık hizmeti anlayışı, kapsam ve niteliği de hızlı bir şekilde değişmektedir. Bu durumda herkese sürdürülebilir ücretsiz sağlık hizmeti, ya da sosyal güvence kapsamında sınırsız sağlık hizmeti gibi söylemlerin gerçekçi olduğunu söylemek zordur. Sağlık finansmanının kaynak modeli ne olursa olsun, sosyal güvenlik kapsamında temin edilen sağlık hizmetinin iyi ve gerçekçi tanımının yapılmış olması sistemin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Kapsama alınan nüfus kadar kapsam içine alınıp teminat garantisi verilen sağlık hizmetleri de sağlık sisteminin performansına yansımaktadır.

Sağlık ekonomisi açısından kapsayıcılık üç boyutta ele alınmaktadır:

1. Sosyal güvenlik şemsiyesi altına giren, diğer bir deyişle aldığı sağlık hizmetinin bedeli toplanan finansman havuzundan karşılanan nüfus,
2. Bedelinin karşılanması garanti edilen sağlık hizmetlerinin kapsamı ve
3. Hizmetlerin karşılığı olarak ödenen bedel.

Sağlık politika dönüşümlerinde bu üç boyutun bir arada değerlendirilmesi gerekmektedir. Nüfusun ne kadarının kapsam içine alındığı, hangi hizmetlerin kapsandığı ve kapsanan hizmetlerin hangi oranda karşılandığı sağlık politika dönüşümlerinin iyi cevaplaması gereken hususlardır.

Maliyet Paylaşımı

Sağlık hizmetinin bedelinin karşılanmasında sosyal güvenlik sistemi ile hizmet alan hastanın maliyet paylaşımı kritik bir konudur. Bu paylaşım hastanın hizmet anında katkı payı ödemesi şeklinde doğrudan paylaşım şeklinde olabileceği gibi, hastaların hizmetlere erişiminin zorlaştırılması ve bekleme listelerinin oluşturulması gibi dolaylı yollarla da yapılabildiği ileri sürülmektedir. Bu bakımdan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması

bir anlamda maliyet paylaşımını azaltan bir uygulama gibi etki etmektedir. Erişimin kolaylaştırıldığı bir sistemde hastanın sürece maddi katılımı, yani bir anlamda elini taşın altına koyması da önemli bir yönlendirme aracıdır. Bu husus doğrudan parasal bir gelir olmaktan ziyade sistemin bozulmasını ve kötüye kullanılmasını önleyici bir araç olması bakımından önemlidir. Bu ayrıntıyı politika yapımcıların gözden kaçırmaması gerekir. Hastanın hizmete maddi katılımı sisteme gelir kaynağı gibi görülürse sistemin ana hedeflerinden sapma riski ortaya çıkar. Bu itibarla hastaların hizmetlere maddi katılımı, sürekli izlenerek aracın amaca hizmet ettiği derecede korunacağı veya bu yönde ayarlamaların yapılacağı dinamik bir uygulama olmalıdır.

KontROLSÜZ SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık, toplum refahının hem gerekli şartı hem de sonucudur. Toplum sağlıklı olursa refah düzeyini yakalama fırsatı elde eder; refah düzeyi yükseldikçe sağlık düzeyini de yükseltecek önlemler alınır. Bu esnada hayata geçirilen sağlık harcamaları kontrol mekanizmaları sağlık harcamalarını kısımaya yeterli olmayacaktır. Sağlıkta başarı yeni bir yükün, yeni bir sorumluluğun başlangıcını oluşturur. Bebek ölümlerini azaltmayı başardıkça daha fazla yoğun bakım ortamı, daha fazla sorunlu bebeğin bakımı ile karşılaşırız. Sağlık hizmetlerini güçlendirip riskli bireyleri tedavi ve rehabilitasyonla ayakta tutmayı başardıkça daha fazla hizmet yükü ve daha fazla sürekli bakım ve tedavi ihtiyacı duyan nüfusa sahip oluruz. İnsanların erken ölümlerini önlemeyi başardıkça ortalama yaşam düzeyini yükseltir; daha fazla kronik hastalığı olan, tedavi ve rehabilitasyon gerektiren bir yaşlı nüfusa sahip oluruz.

Bütün bunları yaparken yeni teknolojik gelişmeler, yeni tanı araçları, yeni tedavi yöntemleri, yeni ilaçlar hep sisteme ilave yükler hâline gelirler. Piyasa dinamikleri sağlıkta tüketimi artırıcı bütün araçlarını kullanmaktadır. Kısacası sağlık harcamaları, harcadıkça artmaya devam eder. Toplumun risklerden korunması, sağlıklı hayat biçiminin teşviki, hastalanmadan önlemeye yönelik tedbirler, kaçınılmaz hastalıkların komplikasyonlarının önlenmesi, hastalık yönetimi, akılcı ilaç kullanımı gibi çalışmalar eğer hakkıyla başarılı bir şekilde yapılabilirse, sağlık harcamalarının kontrolsüz artışını önlemeye yarayacaktır. Yoksa sağlık harcamaları azalmayacaktır. Toplum, refah düzeyi ile paralel olarak sağlık hizmetlerine kaynak ayırmak ve bunun karşılığını almak zorundadır. Sağlık sistemini yönlendirenler, bu kaynağın refah düzeyi ile paralel olarak ayrılmasını temin etme ve ayrılan kaynaktan en iyi sonucu elde etme sorumluluğunu taşımalıdır. Ne bu kaynağın azaltılması ne de ayrılan kaynağın değeri altında hizmet üretilmesi hedef olamaz, olmamalıdır. Her ikisi de sağlık düzeyi ile refah arasındaki ilişkiyi bozacak girişimlerdir. Zaten sağlık harcamaları ile elde edilen sağlık çıktılarının her zaman paralel olmadığı gerçeği, bu durumu yansıtmaktadır. Politika yapımcıların en dikkatli davranmaları gereken nokta burasıdır.

Ülkelerin gelişmişliği, gelişmişliğe endeksli çeşitli faktörlerle sağlık harcamalarını artırıcı rol oynamaktadır. Bu yüzden bütün politika geliştirme çabaları ve tedbirlere rağmen, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artışını yavaşlatmak zordur. Dünya Sağlık Örgütü liderliğinde yapılan bir projeksiyon çalışmasına göre, 2020'de Avrupa ülkelerinde sağlık harcamasının GSYH'nin %12'sini bulması beklenmektedir. Çalışma, bu artışın nedenlerine dikkat çekmektedir. Buna göre nüfusun yaşlanması yılda %0,5 artışa yol açmaktadır. Morbidite değişiklikleri ve gittikçe artan oranda ağır hastalıkların tedavi edilebilir olması %0,5 ilave yük getirmektedir. Tüketici beklentilerinin değişmesi ve daha kaliteli hizmet talebinin yıllık getirdiği yük, %0,75 civarındadır. Gelişen tıbbi teknoloji ve yeni ilaçların kullanıma girmesinin ek yükü yılda %1,25'i bulmaktadır. Personel giderlerinde de yılda %0,5'lik bir artış öngörülmektedir. Neticede bu durumun sürdürülmesinin zorluğu aşikârdır. Sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini riske eden önemli hususun, sosyal refah üzerine önemli bir baskı yapmakta olan emeklilik ve kronik hasta bakımı har-

camaları olduğu bilinmektedir. Bu harcamalar bazı Avrupa ülkelerinde hızla artmaktadır. Bağımlılık oranları (15 yaş altı ve 65 yaş üstü insanların toplam nüfusa oranı) %40'lardan %55'lere doğru çıkmaktadır.

Finansal Sürdürülebilirlik

Sağlık hizmetleri, daha iyi verildikçe ihtiyacı azalan değil artan bir hizmettir. Sağlık dışı genel hizmetler açısından baktığımızda, bir toplumun bir konuda ihtiyacı varsa ve bu hizmet karşılandığı oranda ihtiyaç giderilmiş olur. Dolayısıyla talebin değişimine göre tavır alınarak ya hizmetin kalitesi artırılarak yeni talep oluşturulur ya da derinlemesine yeni hizmet alanları oluşturulur. Ancak yukarıda da değinildiği gibi, sağlık hizmetlerinde çelişkili gibi görünen bir durum vardır. Toplumun genel sağlık düzeyi toplumdaki bireylerin ortalama ömürlerine yansır. Engelli insanlara yeterince destek verilemezse onların topluma katılımı düşük olur. Hatta hayatta kalmaları o oranda azalır. Beklenen ortalama ömür süresi düşer; çocuk ve anne ölümleri artar. Böyle bir sağlık düzeyine sahip toplumda görünen sağlık harcaması sınırlıdır. Bu yüzden dünyada kişi başı çok az sağlık harcamasına sahip ülkelerle binlerce dolar sağlık harcamasına sahip ülkeler bir arada var olabilmektedir.

Eğer sağlık hizmetlerinde toplumsal talep artırılabilir, daha fazla kaynak ayırıp gerekli yatırımları yapar daha nitelikli insan gücü yetiştirilir ve günün ulaşılan imkanları seferber edilerek topluma hizmet verilirse, toplumun sağlık düzeyi yükseltilmiş olur. Örneğin belli bir hastalıktan ölen bebeklerin yaşatılmasının başarılması, bu tedavi için kuvözler, yoğun bakımlar hatta bazen ömür boyu süren tedaviler gerektirecektir. Eğer ortalama beklenen yaşam süresi uzatılabilirse, sağlık sistemi şeker, kalp romatizmal hastalıklar, kanser gibi çok ciddi hastalıklarla mücadele etmek durumunda kalır. Sağlık hizmetlerinde başarılı olmuş ve insanların hayat kalitesini yükseltmiş, ortalama ömürlerini uzatmayı başarmış bir toplum daha yaşlı, daha çok kronik hastalığa sahip bir nüfusa sahip olur. Sistemin yükü artar. İroni gibi görünse de sağlık hizmetlerindeki her başarı yeni ve büyük bir yük doğurmaktadır. Bu yüzden sağlık ekonomisinde sürdürülebilirliğe farklı açıdan yaklaşmak gerekir. Yani sağlık sisteminin iyileştirilmesi, kaliteli sağlık hizmetinin verilmesi, verimliliğin sağlanması ve iyi çıktıların elde edilmesi ile sağlık harcamalarının azalacağı gibi bir yargı doğru değildir.

Öncelikle sağlıklı bir kaynak tüketme alanı görme zafiyetinden, saplantısından kurtulmamız gerekiyor. Kaynakları verimli kullanmak kaydıyla sağlığa ne kadar yatırım yapılırsa toplumun sağlık düzeyi o denli yükseltilebilir. Sağlığa yapılan yatırım bir harcama kalemi olduğu kadar, toplumun gelişmesini ve kalkınmasını hızlandırıcı rol oynamaktadır. Sağlık sektörü kaynak tüketen bir alan olduğu kadar, en çok ve en hızlı kaynak üreten bir alandır da.

Sağlık harcamalarının zorunlu artışı ile verimliliğin elde edilemediği bir sistemde kaynakların israf edilmesi ayrı değerlendirilmelidir. Genelde sürdürülebilir bir sağlık finansmanı için sağlık harcamalarına odaklanan politikaların geliştirilmesi, sağlık sistemin hedeflerini riske eden araçlara dönüşebilir. Sağlık finans yönetiminde şeffaflık ve hesap verme gibi ilkeler gözetilerek sürdürülebilir bir model ortaya konsa bile, sağlık sisteminin ana hedeflerinin göz ardı edilmesi ya da hedeflerden sapma olması riski her zaman mevcuttur.

Yönetimler her zaman bu hedeflerden sapmak için yeterince mazeret bulabilmektedir. Bu mazeretlerin en belirgin olanı bütçe kısıtlılığıdır. Sağlık sisteminde finansman politikalarının sistem dışı aktörlerden bağımsız olması beklenemez. Ülkenin yönetim biçimi, ekonomi politikası ve toplumu etkileyen finansal düzenlemelerin yanında en önemlisi ülkenin mali durumu, politikalara yön verme potansiyeli taşımaktadır.

Mali durum ile devletin mevcut ve gelecekte beklenen harcama kapasitesi kastedilmektedir. Kamu harcamalarının gayrisafi yurt içi hasılaya (GSYİH) oranı, mali durumu

Sağlık Harcaması: Bir ülkede doğrudan ve dolaylı olarak kamu ve özel sektör ayırımı yapılmaksızın sağlık talebinin karşılanması için harcanan toplam meblağ.

Finansal Sürdürülebilirlik: Sistemin hedeflerinden sapmaksızın bütçe dengelerinin korunabilmesi

yansıtan iyi bir göstergedir. Gelir durumları, uyguladıkları ekonomi politikaları, ülkenin büyüklüğü, demografik yapısı ve istihdam durumuna göre ülkeden ülkeye büyük farklılıklar görülmektedir. Bu değişkenler nedeniyle sağlık finansmanını analiz ederken sadece ülkenin geliri değil, mali durumu dikkate alınmaktadır. Sağlık harcaması kamu harcamasının bir alt başlığı olduğuna göre, kamu harcamasının GSYİH'ye oranı sağlık için ayrılabilecek kapasitenin de bir göstergesi olmaktadır. Sağlığa ne denli öncelik verildiği bu kapasitenin ne oranda kullanılabilmesine bağlıdır. (Daha azla bilgi için Bakınız: Ünite 7, Sağlık Ekonomisinde Ölçme Değerlendirme).

Zira hükümetler bütçe kısıtlılığı içinde hareket etmekte ve toplumun bütün taleplerini karşılayamamaktadırlar. Bu durum sağlık taleplerine de yansımakta ve önceliklendirme önem kazanmaktadır. Mali sürdürülebilirlik karşımıza çıkan en önemli sorun olmaktadır. Bunun için sağlık politika dönüşümleri mali durum ve sağlık ihtiyaçlarının öncelikleri dengesini korumayı gerekli kılmaktadır. Mali sürdürülebilirliği sağlık finansman sisteminin bir amacı olarak değil de bütçe sınırlarında kalma zorunluluğu olarak görmek gerekmektedir. Finans yönetimi sağlık harcamalarını kısımaya odaklanmak yerine, sağlık sistemi için gerekli kaynağın oluşturulmasına odaklanmalıdır. Bu durumda politika hedefleri açık kapatmaya değil, mevcut verimsizliklerin giderilmesiyle sağlık sistemi üzerindeki yükün azaltılmasına odaklanacaktır. Böylece sağlık sisteminin hedeflerinden sapmaksızın mali dengenin korunmasına çalışılacaktır.

DİKKAT



Mevcut bütçe kısıtlılığı içinde sürdürülebilir sağlık finansmanını sağlamak için sağlık harcamalarını kısarak açık kapatmayı hedef hâline getirmek, sağlık sisteminin hedeflerinden sapma riskini taşımaktadır.

Hesap Verebilirlik

Sağlık sisteminde hesap verebilir olma, bütüncül ve şeffaf bir şekilde hesap verme, politikaların dönüşümünü kolaylaştırıcı bir güç olmakta ve sağlıkta yapılan reformların halk tarafından benimsenip desteklenmesine katkı sağlamaktadır. Sağlık sisteminde bütüncül hesap verme ile finansal açıdan, performans açısından ve politik açıdan hesap verme kast edilmektedir. Finansal hesap verme finans kaynaklarının takip ve gözetimiyle, performans açısından hesap verme önceden belirlenen ve üzerinde uzlaşılan sistem hedeflerine ulaşmayla, politik hesap verme ise daha çok yönetenlerin benimsenirliğinin vatandaşlar nezdinde artmasıyla ilgilidir. Bilhassa sağlık harcamalarında saydam ve hesap verebilir olmak, sağlık sisteminin politik liderliğini de pekiştiren önemli bir unsurdur.

SIRA SİZDE



5

Sürdürülebilir sağlık finansmanı politikaları geliştirilirken muhtemel riskleri ve gözetilmesi gereken hedefi anlatınız.

Özet



Toplumun sağlık taleplerini karşılamayı hedefleyen sağlık sistemlerinin ana fonksiyonlarını ayırt edebilmek

Toplumun sağlık taleplerini karşılamak üzere ülkeler kendi ulusal örgütlenmeleri ile ulusal plan ve programlarını yapmakta ise de her ülkeye has bir sağlık sistemi modelinden söz edemeyiz. Sağlık sistemleri toplumların refah düzeyi ve sosyal politika tutumlarıyla yakından ilişkili olmakla birlikte zamanla hızlı değişimler göstermektedir. Değişen toplumsal talepler karşısında günümüzde birçok ülke sağlık reformunu gündeminde tutmaktadır. Bununla birlikte sağlık sisteminde uygulama detayına takılmadan ve hangi finans ve yapılanma modelinin baskın olduğuna bakılmaksızın, ana fonksiyonların ortak olduğu kabul edilebilir.

Dünya Sağlık Örgütü, model farklılıklarına bakmaksızın bütün sağlık sistemlerinin dört ana fonksiyona sahip olduğu varsayımından hareketle ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendirmektedir. Bu fonksiyonlardan birincisi denetleme, planlama, politika üretme gibi anlamlar verebileceğimiz liderlik ve yönetim görevi, ikincisi altyapı ve insan kaynaklarını esas alan kaynak geliştirilmesi, üçüncüsü bireysel ve toplumsal alandaki bütün hizmetleri kapsayacak şekilde sağlık hizmetinin sunumu ve dördüncüsü de sağlık sisteminin finansmanıdır. Bir ülkenin sağlık sistemi, bu dört fonksiyonu hayat geçirecek olan kurum ve kuruluşları tasarlaması, hayata geçirmesi, bu yapıları değerlendirip kontrol etmesine göre değerlendirilmektedir.



Sağlık sisteminin dönüşümü ve güçlendirilmesinde liderliğin yeri ve önemini açıklayabilmek

Sağlık sisteminde liderlik, sağlık hizmetleri ile ilişkili olan her şeyin dikkatli ve sorumlu yönetimi olarak görülmektedir. Sisteme liderlik etmek, toplumun sağlığını etkileyen bütün aktörleri ilgilendiren politikaları ve icraatları yönlendirmeyi gerektirir. Düzenleme, planlama ve plan doğrultusunda yürütülmesi gereken uygulamaların denetimi bu kapsamda değerlendirilir. Sağlık sisteminin kaynak geliştirilmesi, hizmet sunumu ve finansman gibi diğer fonksiyonlarının uyumlu bir şekilde işlemesi için güçlü bir liderliğe ihtiyaç vardır. Sağlık sistemine liderlik etmesi gereken kamu otoritesi, yani Sağlık Bakanlığıdır. Bir anlamda bu fonksiyon Sağlık Bakanlığının ana görev ve sorumluluğunu tanımlamaktadır. Çoğu ülkenin hayata geçirmeye çalıştığı sağlık politika dönüşümlerinin başarılı

olarak yürütülebilmesinde bu liderliğin önemi daha da artmaktadır. Yönetişim, düzenleme- kural koyma, gözetim, denetim ve verinin bilgiye dönüştürülerek kullanılması liderlik kapsamında ele alınan konulardır. İleri teknoloji kullanımı, hızlı ve yoğun hizmet üretilmesi, risk yönetimi, toplum sağlığının korunmasında erken uyarı sistemleri gibi birçok nedenle sağlık sistemimizde çok yoğun veri üretilmektedir. Sağlık bilişimi bu verinin bilgiye dönüştürülerek kararlara yansımaları sağlayan en önemli araçtır. Sağlık sisteminde politikalara yön verecek olan liderlik bilişimin etkin kullanımı sayesinde mümkün olmaktadır.



Gelişen sağlık sisteminde, değişen toplum taleplerini ve ortaya çıkan yeni şartları ayrıştırarak bu gibi durumlarda ihtiyaç duyulan nitelikli insan gücünü açıklayabilmek

Nitelikli sağlık insan gücü sağlık sisteminin en önemli kaynağıdır. Az gelişmiş birçok ülke, sınırlı sayıda sağlık personeliyle sınırlı sağlık hizmetleri yürütmektedir. Toplum geliştikçe, gelişen imkanlar, hizmet talep ve sunumundaki değişiklikler ve sağlık hizmetlerindeki kapsam ve nitelik değişimi, sağlık sisteminin yapısını değiştirmektedir. Böylece bireysel hizmetlerden entegre sistemlere dönüşüm olmakta ve bunları yürütecek insan gücüne olan ihtiyacı artırmaktadır. Sağlıkta her türlü ilerleme, yeni teknoloji ve yöntemin hizmete girmesi, daha kaliteli, daha fazla eğitim almış, çok çeşitlenmiş ve daha çok sayıda insan kaynağı ihtiyacı doğurmaktadır.

Günümüz gelişmiş sağlık hizmet anlayışı içinde takım elemanları ne kadar çeşitli ve yetişmiş olursa, görev odaklı paylaşılmakta ve doktorun yükü azalmaktadır. Bu yüzden sağlık insan kaynağı politikalarında sadece doktora değil, diğer sağlık personellerine de odaklanmak gerekir. Dünyada çok az ülke hariç, doktor açığı sağlık sistemlerinin temel sorunlarından biri olarak görülmekle birlikte, başta hemşire olmak üzere diğer sağlık personeline daha fazla ağırlık verilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte bugün aşına olduğumuz sağlık personellerinden başka ortaya çıkan görevin niteliği ve türüne göre yeni sağlık meslekleri de ihtiyaca göre ihdas edilebilir. İnsan kaynağının yetişmesi uzun yıllar aldığı için geleceğin dinamikleri öngörülerek insan kaynağının yetiştirilmesi gerekmektedir. İnsan kaynağını göz önüne alarak sağlıkta sürdürülebilirlik tahminleri geleceğin sağlık sisteminin durumuna bakarak yapılması gerekir.

Dünyada başta hemşire ve doktorlar olmak üzere sağlık personelinin gelişmekte olan yoksul bölgelerden gelişmiş varlıklı bölgelere göçü sağlık hizmetlerinde adaletin bozulmasına yol açtığı kadar insan kaynağı planlamasını da güçleştirmektedir. Sağlık hizmetinin kalitesini güvence altına almak için süreçlerin ve bu süreçlerde görev alacak personelin görev yetki ve sorumluluklarının iyi belirlenmiş olması gerekmektedir. Tanımlanmış görevlere uygun, o görevin gerektirdiği bilgi ve beceri yetkinliği ile donatılmış meslek mensuplarının yetiştirilmesini teşvik eden eğitim politikaları gerekir.

Yaşlı insanlara has ihtiyaçların ve taleplerin karşılanması birçok yönden özellik arz etmektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte birçok yönden sağlık hizmetlerinin karakteri, değişmekte ve yaşlı insanların sağlığı ile ilgilenen sağlık meslekleri önem kazanmaktadır.



Sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın ve bu hizmetin sunumunun zaman içinde değişen dinamiklerini ayrıştırarak dönüşüm önerileri üretilebilir

Gelişen dünyamızda hastalar artık pasif hizmet alıcıları değil, bilgili ve talep eden tüketiciler konumundadır. Hizmeti talep eden hasta, hizmetle ilgili karar sürecine katılım hakkını da elde etmektedir. Hasta bu hakkını doğrudan talep etmese bile, sağlık alanındaki ilerlemeler, riskli durumlarda ortaya çıkan hukuki durumlar, hasta tatmini gibi hususlar sistemi bu katılıma zorlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde sunucuların farklılaşması sonucunda, başta rekabet olmak üzere diğer piyasa etkileri sağlık sistemine yansımaktadır. Ayrıca iletişim kanallarının çok artmış olması, yoğun bilgi bombardımanı sayesinde olumlu ve olumsuz yönlendirmeler yapmaktadır. Bu yönlendirilmiş talepleri karşılamaya yönelik çabalar, gerekli ve uygunluğu tartışılır birçok hususun sağlık hizmetine karışmasına yol açabilmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunum anlayışındaki değişmelerle birlikte insanların sağlık sisteminden yararlanma biçimi de farklılaşmaktadır. Hizmet talep sıklığı bu farklılığın başında gelmektedir. Toplumlarının refah düzeyi, kültürel farklılaşma, sağlık sistemlerinin genel yaklaşımı, demografik değişim, sağlık kuruluşlarının işleyiş ve finansman modeli, sosyal güvenlik sistemi ve kamu politikaları ile günümüzün teknoloji ağırlıklı çağdaş hayat tarzı gibi birçok unsur bu hususta etkilidir. Bu sürecin en fazla etkilediği alan sağlık ekonomisidir.

Sağlık sistemini güçlendirmeyi amaçlayan politikalar içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemizde yaygın olarak yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri, gelişen şartlar ve imkânlarla birlikte değişme gösterecektir. Koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı hâle gelmesi için ekip oluşumunu teşvik edecek politikaların geliştirilmesi gerekir. Bu ekipte yer alacak farklı sağlık mesleklerinden insan kaynakları nicelik ve nitelik olarak yetiştirilmelidir. Bu değişim birinci basamak hizmetlerin daha fazla kronik hasta takibine, korucu hekimliğe ve rehabilitasyona eğilmesini sağlayacaktır. İnsan kaynakları yönetiminde doğrudan doktor sayısını artırma girişimleri yerine bu şekilde ekip elemanlarını çeşitlendirme ve uzmanlaştırma girişimi daha gerçekçi bir yol olabilir.



Sağlıkta finansman politikalarının geliştirme sürecinde gözetilmesi gereken hedefleri değerlendirebilmek

Sağlık sisteminin dört ana fonksiyonundan biri sağlık finansmanıdır. Sağlık finansmanı, toplumu finansal risklere karşı koruma, sisteminin finansman yükünün olabildiğince hakkaniyetli dağıtılmasını temin etme, sağlık hizmetlerinden ihtiyaca göre hakkaniyet ölçüsünde yararlanılmasını sağlama, sağlık harcamalarında saydamlık ve hesap verebilirliği temin etme ve hizmet sunumunda kalite ve verimliliği teşvik etme ilkelerini gözetecek şekilde tasarlanmalıdır. Sağlık finansman politikalarının hedefi ile genel sağlık sisteminin hedefleri örtüşmelidir. Ancak, sağlık finansmanı uygulamada sıklıkla bu ilkelere sapma riski taşımaktadır.

Sağlık finansmanının ana hedeflerinden biri olan finansal risklere karşı koruma, insanların sağlık hizmet almaktan dolayı yoksullaşmasını önleyecek nitelikte olmalıdır. Eğer ülkenin finansal kaynakları yeterli değil ya da verimli kullanılamıyorsa toplumu kapsayan bir finansal koruyuculuk sadece teoride kalmaktadır. Finansal yükün hakkaniyetli dağıtılması da önemli bir husustur. Bununla ilişkili sağlık finansmanında cepten ödemeyi en aza indirecek politikalara ihtiyaç vardır. Toplam sağlık harcaması içindeki cepten harcamanın oranıyla katastrofik sağlık harcaması yapanların yüzdesi arasında güçlü bir ilişki mevcuttur.

Cepten ödeme, insanın hizmet alma anında ve çaresiz durumdayken yüklenmek zorunda kaldığı bir sorumluluk olduğu için adil olma veya finansal koruyuculuk aracı olma gibi bir şey söz konusu değildir. Böylece

finansal riskten koruma bir yana, finansal yükün adil paylaşılmadığı bir durum ortaya çıkmaktadır. Halbuki finansal riskten korumanın yanında finansman yükünün adil paylaşımı da sağlık sisteminin hedefleri arasında olmalıdır. Cepten ödemeye dayalı modeller ise adil olmaktan çok uzaktır. Sağlık hizmetine erişimde hakkaniyet, hizmetlerin insanların karşılığını ödeyebilme gücüne göre değil, ihtiyaçlarına göre dağıtılmasıyla mümkündür.

Sağlık finansmanında yapılan düzenlemeler kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasını yeterince teşvik edecek şekilde tasarlanmalıdır. Sağlık hizmet sunumu sürecinde teknik verimlilik ve yönetim verimliliği sağlık finansmanının sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Sistemin başarısı kapsama alınan nüfus kadar, kapsam içine alınıp teminat garantisi verilen sağlık hizmetlerinin sunulmasına bağlıdır.

Genelde sürdürülebilir bir sağlık finansmanı için sağlık harcamalarına odaklanan politikaların geliştirilmesi, sağlık sistemin hedeflerini riske eden araçlara dönüşebilir. Ülkenin yönetim biçimi, ekonomi politikası ve toplumu etkileyen finansal düzenlemelerin yanında en önemlisi ülkenin mali durumu, politikalara yön verir. Mali sürdürülebilirliği sağlık finansman sisteminin bir amacı olarak değil de, bütçe sınırlarında kalma zorunluluğu olarak görmek gerekmektedir. Finans yönetimi sağlık harcamalarını kısma odaklanmak yerine, sağlık sistemi için gerekli kaynağın oluşturulmasına odaklanmalıdır. Böylece sağlık sisteminin hedeflerinden sapmaksızın mali dengenin korunmasına çalışılacaktır.

Kendimizi Sınavalım

1. Dünyada gelişmiş ülkelerde hakim olan sağlık sistemi modelleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Merkezîyetçi modellerdir.
 - b. Ademi merkezîyetçi modellerdir.
 - c. Ülkelerin coğrafik konumuna göre farklılaşmaktadır.
 - d. İki uç arasında, ülkelere göre farklılık gösterir.
 - e. Ülkelerin büyüklüğüne göre değişiklik gösterir.
2. Aşağıdakilerden hangisi Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık sisteminin ana fonksiyonlarından biridir?
 - a. İstihdam sağlanması.
 - b. Adaletli gelir dağılımının sağlanması.
 - c. Gerekli sağlık insan gücünün yetiştirilmesi.
 - d. Toplumun refah düzeyinin artırılması.
 - e. Yoksulluğun önlenmesi.
3. Sağlık politikalarında dönüşüm çabalarının başarıya ulaşmasındaki **en önemli** unsur aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Ulusal otoritenin düzenleme-kural koyma gücü.
 - b. Güçlü sağlık bilişimi alt yapısı.
 - c. Sağlık sisteminde finansmanı sağlayan kurumlardaki yönetim becerisi.
 - d. Sağlık sisteminin hedeflerine tutkulu bir şekilde bağlı bir liderlik ve politik istikrar.
 - e. Şeffaf ve hesap verebilir bir yönetim.
4. Sağlıkta planlama ve düzenleme konusu ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Sağlık hizmetlerinde planlama ve düzenleme gereklidir.
 - b. Düzenleme ve planlamalar kamu sağlık otoritesi tarafından yapılır.
 - c. Yatırım ve rekabet serbestisi nedeniyle planlama ve düzenlemeler özel sektörü kapsamamalıdır.
 - d. Merkezî otorite tarafından makro planda bir stratejik plan yapılmalıdır.
 - e. Yerel birimler stratejiler doğrultusunda uygulama planlarını geliştirmelidir.
5. Sağlık alanında insan kaynağı sıkıntısını aşmak için gerçekçi yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Çoğu ülkede doktor açığı vardır, eğitim kapasitesi artırılmalıdır.
 - b. Daha çok hemşire açığı vardır, ağırlık buraya verilmelidir.
 - c. Doktor yardımcısı ve hemşire yardımcısı gibi mesleklerle açık kapatılmalıdır.
 - d. Esas olan takımın diğer elemanlarıdır, öncelikle günümüzdeki gerçek ihtiyaca cevap vermelidir.
 - e. Meslek çeşitliliğini dikkate alarak gelecek öngörülerine uygun eleman yetiştirilmelidir.
6. Kaliteli sağlık hizmeti üretebilmek için hizmette rol alan sağlık profesyonellerinin görev tanımlarıyla ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Sağlık profesyonellerin ekip içindeki pozisyonları, görev yetki ve sorumlulukları her zaman net olmalıdır.
 - b. Sağlık ekibinde görev anında baskın kültür veya kişisel davranışlarla sorumluluk ve yetki paylaşımları yapılmalıdır.
 - c. Sağlık profesyonellerinin kazandıkları yetkinlikleri ile görev anındaki yetki ve sorumlulukları örtüşmelidir.
 - d. Süreçlerin ve bu süreçlerde görev alacak aktörlerin görev yetki ve sorumluluklarının iyi belirlenmiş olması gerekir.
 - e. Her meslek sahibi, kendi mesleki sınırları içindeki görevleri tam olarak yerine getirebilmeli ve bunun hesabını verebilmelidir.
7. Hastaların pasif hizmet alıcıları değil, bilgili ve talep eden tüketiciler konumunda olduğu anlayışıyla hizmeti talep eden hastanın hizmetle ilgili karar sürecine katılım hakkı aşağıdakilerden hangisini **kapsamaz**?
 - a. Hastanın kendi üzerinde yapılacak müdahâle hakkında detaylı bilgi sahibi olması.
 - b. Kendisi hakkında verilecek kararların kendisinin görüşü ile alınması.
 - c. Tedavi alternatifleri arasında kendi tercihi kullanması.
 - d. Hastanın algı, anlayış ve beklentilerince yönetilen bir sürecin oluşması.
 - e. Hastanın tedavi maliyetinin bir kısmını üstlenmesi.
8. Sağlıkta artan iletişim kanalları ile tanıtım ve reklamların etkileri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Farklı sağlık hizmet alternatiflerini duyururlar.
 - b. Hastalar sağlık sisteminin farklı hizmet sunucularına müracaat eğilimini artırır.
 - c. Sağlıkla ilgili doğru olmayan abartılı bilgilerin yaygınlaşmasını sağlarlar.
 - d. Bilgi kirliliği nedeniyle sahte hastalıklar ve tedavileri gündeme getirirler.
 - e. Sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğine katkı sağlarlar.
9. Sağlık sisteminin hedefleri arasında doğrudan sağlık finansmanı alanına girmeyen ifade aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Finansal risklere karşı koruyuculuk sağlamak.
 - b. Sağlık hizmetlerinden ihtiyaca göre hakkaniyet ölçüsünde yararlanılmasını sağlamak.
 - c. Sağlık harcamalarında saydamlık ve hesap verebilirliği temin etmek.
 - d. Hizmet sunumunda kalite ve verimliliği teşvik etmek.
 - e. Gelişmiş teknolojiyle donanmış, kapsamlı hastaneler inşa etmek.

10. Sağlık sisteminde bütüncül hesap vermeyi aşağıdaki ifadelerden hangisi karşılar?

- Finansal açıdan, performans açısından ve politik açıdan hesap verme
- Finansal açıdan, politik açıdan ve ekonomik açıdan hesap verme
- Ekonomik açıdan, politik açıdan ve yatırım açısından hesap verme
- Performans açısından, finansal açıdan ve hizmet açısından hesap verme
- Finansal açıdan, politik açıdan ve hizmet açısından hesap verme

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

- d Yanıtınız yanlış ise “Giriş” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
- c Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminin Temel Fonksiyonları” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
- d Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminde Liderlik” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
- c Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminde Liderlik” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
- e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminde Kaynak Geliştirme” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
- b Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminde Kaynak Geliştirme” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
- e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminde Hizmet Sunumu” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
- e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminde Hizmet Sunumu” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
- e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminin Finansmanı” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
- a Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminin Finansmanı” konusunu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık sisteminin dört ana fonksiyonu bulunmaktadır. Bütün sağlık sistemleri bu dört fonksiyonu icra edecek olan kurum ve kuruluşları tasarlamak, hayata geçirmek, değerlendirip kontrol etmek durumundadır. Bu fonksiyonlardan birincisi denetleme, planlama, politika üretme gibi alt bileşenleri olan liderlik ve yönetim görevi, ikincisi sistemin altyapısı ve insan gücünü esas alan kaynak geliştirilmesi, üçüncüsü bireysel ve toplumsal alandaki bütün hizmetleri kapsayacak şekilde tasarlanan sağlık hizmetinin sunumu ve sonucusu da sağlık sisteminin finansmanıdır.

Sıra Sizde 2

Ülkenin sağlık sistemini tasarlayıp sağlık hizmetleri ile ilişkili olan her şeyin dikkatli ve sorumlu yönetimi kamu sağlık otoritesinin görevidir. Bu sorumluluk ülkelerde genellikle Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmektedir. Toplumun sağlığını etkileyebilecek bütün sektörlerdeki politikaları ve icraatları yönlendirir. Doğru planlamalar yapar ve bu planların uygulanmasını sağlayacak araçları geliştirir, buna yönelik stratejiler ortaya koyar. Kısa ifadeyle toplumun sağlığını korumak için dizginleri elinde tutar. Dünya Sağlık Örgütü, kamu otoritesinin doğrudan icraya odaklanmak yerine, sağlıkla ilgili bütün sektörleri sağlık sisteminin hedeflerine yönlendirme

gücünü elinde bulundurması gerektiği varsayımıyla kürek çeken değil, dümen tutan bir Sağlık Bakanlığı önermektedir. Özetle söylemek gerekirse kamu sağlık otoritesinin üstlenmesi gereken bu liderlik sorumluluğu, sağlık sisteminin ana fonksiyonlarının başında gelmektedir. Kaynak geliştirilmesi, hizmet sunumu ve finansman gibi sağlık sisteminin diğer fonksiyonları arasında uyumlu bir düzen kurulması ancak bu liderlik görevinin iyi yürütülmesiyle mümkün olabilmektedir. Sistem liderliği, ülke kaynaklarının verimli kullanımının sağlanması, vatandaşlarının hakkaniyetli olarak sağlık hizmetlerine erişiminin temini ve nihayet sağlık sistemi hedeflerine ulaşma sorumluluğunu gerektirmektedir. Bu da kamu sağlık otoritesine, sağlık hizmetlerinde planlama ve düzenleme ve denetim görevini yüklemektedir.

Sıra Sizde 3

Gelir düzeyi düşük, yeteri kadar entegre örgütlenmesi olmayan, sağlık hizmetlerine erişimde iddialı olmayan ülkelerde kısıtlı sayıda sağlık personeliyle sağlık hizmeti yürütülmektedir. Bu ülkelerde sağlık insan kaynağı ihtiyacı teorik olarak daha fazla olsa da sahip oldukları hizmet düzeyi ve talep hacmi bakımından bu insan kaynağı ihtiyacı sınırlı olmaktadır. Toplum geliştikçe, imkanların artışı, hizmet talep ve sunumundaki değişiklikler ve sağlık hizmetlerindeki kalite artışı bireysel hizmetlerden entegre sistemlere dönüşümü zorlamakta ve bunları yürütecek insan gücüne olan ihtiyaç artmaktadır. Sağlıkta her türlü ilerleme ile birlikte daha kaliteli, daha fazla eğitim almış, çok çeşitlenmiş ve daha çok sayıda insan kaynağına ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlık insan gücü ihtiyacını doktor ihtiyacıyla sınırlamak yanıltıcıdır. Sağlık hizmetini sunan takım elemanları ne kadar çeşitli ve yetişmiş olursa doktorun yükü o denli azalmaktadır. Doktora olan ihtiyaç da bu oranda azalmaktadır. Bu yüzden hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık personelleriyle doktorları desteklemek daha doğrudur. Klinikte doktor tarafından yapılan birçok işin yetişmiş sağlık personeline devredilmesi, amaca yönelik verimli sağlık hizmeti sunmayı kolaylaştırır. Böyle bir politika, hizmetlerin niteliğine uygun mesleklerin geliştirilmesi ve yetkin insan kaynağının yetiştirilmesini gerektirmektedir. Bu meslek mensuplarını sadece doktorun yardımcıları olarak sınırlamak yerine hizmet bütünlüğü içinde kendi görev tanımları ve sorumluluk alanlarını belirleyerek sistemde rol almaları sağlarsa insan kaynağı ihtiyacının niteliği de değişecektir. Geleceğin dinamikleri öngörülerek insan kaynağının yetiştirilmesi gerekmektedir. Toplumun talepleri, gelişen teknoloji, tanı ve tedavi araçlarının değişimine göre yeni sağlık mesleklerinin ihdas edilmesi gerekmektedir. Toplumdaki sosyoekonomik gelişmeler ce demografik değişim sağlık insan gücüne olan ihtiyacın niteliğine de etki etmektedir.

Yaşlı insanlara has ihtiyaçların ve taleplerin karşılanması birçok yönden özellik arz etmektedir. Nasıl ki özellik arz etmesinden dolayı çocuk bakımı geleneksel annelik pratiğinden bir mesleğe, bir disipline dönüşmüşse, yaşlı bakımı da, benzer şekilde hızla özel eğitim gerektiren bir meslek hâline almış durumdadır. Yaşlı nüfusun oranı arttıkça, sağlık hizmetleri kronik hastalıkların kontrolüne ve rehabilitasyonuna yönelmekte bu alanlardaki disiplin de gittikçe önem kazanmaktadır.

Bölge ve ülkeler arası dengesizlikler, sağlık personelinin dağılımında da dengesizliklere yol açmaktadır. Bu durum sağlık insan gücü dağılımı bakımından ülke içi adaletsizliklere yol açtığı gibi ülkeler arasında daha büyük sorun olmaktadır. Yetiştirilen insan kaynağı daha çok ihtiyacı olan bölgelerden daha az ihtiyacı olan fakat refah düzeyi daha yüksek bölgelere kaymaktadır. İhtiyaç belirlemede bu durum göz önüne alınması gereken önemli bir husustur.

Sıra Sizde 4

Günümüz toplumlarının refah düzeyi, kültürel farklılaşma, sağlık sistemlerinin genel yaklaşımı, demografik değişim, sağlık kuruluşlarının işleyiş ve finansman modeli, sosyal güvenlik sistemi ve kamu politikaları ile günümüzün teknoloji ağırlıklı çağdaş hayat tarzı gibi birçok unsurun sağlık hizmet talebini farklılaştırmaktadır.

Hastalar artık pasif hizmet alıcıları değil, bilgili ve talep eden tüketiciler konumundadır. Hizmeti talep eden hasta, hizmetle ilgili karar sürecine katılmayı, kendi üzerinde yapılacak müdahale hakkında detaylı bilgi sahibi olmayı ve gerektiğinde tedavi alternatifleri arasında kendi terciini kullanmayı isteyebilir. Çeşitlenen tanı ve tedavi alternatifleri, riskli durumlarda ortaya çıkan hukuki durumlar, hasta tatmini gibi hususlar hastanın sürece dahil edilmesini zorunlu hâle getirmektedir.

Sağlık hizmetlerinde sunucuların farklılaşması sonucunda, rekabet başta olmak üzere piyasa dinamikler hizmet sunumunu etkiler hâle gelmiştir. Ayrıca iletişim kanallarının çok artmış olması, aydınlatıcı yönlendirmeler yanında bilgi kirliliği ile insanları yanlış yollara sevk edebilmektedir. Bu beklentileri karşılamaya yönelik çabalar, geleneksel sağlık hizmetinden oldukça farklılaşan ve gerekliliği ve uygunluğu tartışılır birçok hususun sağlık hizmetine karışmasına yol açmaktadır. Birçok tanı aracı ve tedavi yöntemi bu tartışmalara muhatap olmaktadır. Kaldı ki, doğrudan sektörün finansmanı ile yapılan ARGE çalışmaları ve yönlendirilmiş araştırmaların yayınlanmasıyla oluşturulan kanıtlar da kuşku uyandırabilmektedir.

Sıra Sizde 5

Genelde sürdürülebilir bir sağlık finansmanı için sağlık harcamalarına odaklanan politikaların geliştirilirken, resmin tamamı kaçırılarak sağlık sisteminin ana hedeflerinin göz ardı edilmesi ya da hedeflerden sapma olması riski mevcuttur. Sağlık finans yönetimleri başta bütçe kısıtlılığı olmak üzere bu hedeflerden sapmak için er zaman yeterince mazerete sahip olmaktadır. Ülkenin yönetim biçimi, ekonomi politikası ve toplumu etkileyen finansal düzenlemelerin yanında en önemlisi ülkenin mali durumu, sağlık finansman politikalarını yönlendirmekte, bu arada sağlık sisteminin hedefleri ikinci plana itilebilmektedir.

Bütçe kısıtlılığı içinde hareket eden hükümetler, toplumun bütün taleplerini karşılayamamakta, sağlık bütçesinin açık vermesini önlemek adına sağlık hedeflerinden de taviz vermektedir. Bunun için sağlık politika dönüşümleri mali durum ve sağlık ihtiyaçlarının öncelikleri dengesini korumayı gerekli kılmaktadır. Mali sürdürülebilirliği sağlık finansman sisteminin bir amacı olarak değil de, bütçe sınırlarında kalma zorunluluğu olarak görmek gerekmektedir. Finans yönetimi sağlık harcamalarını kısımaya odaklanmak yerine, sağlık sistemi için gerekli kaynağın oluşturulmasına odaklanmalıdır. Bu durumda politika hedefleri açık kapatmaya değil, mevcut verimsizliklerin giderilmesiyle sağlık sistemi üzerindeki yükün azaltılmasına odaklanacaktır. Böylece sağlık sisteminin hedeflerinden sapmaksızın mali dengenin korunması hedeflenmelidir.

Yararlanılan Kaynaklar

- Aydın S (2007): Vekilharçlık (stewardship) ve yönetim. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 4: 44-5.
- Aydın S.(2007) (editör): **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın Değişen Rolü**. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Aydın S (2012): Sağlıkta vizyon: Sağlık harcamalarında sürdürülebilirlik. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 23: 68-9.
- Aydın S (2012): Sağlıkta vizyon: Sağlıkta insan kaynakları açmazı. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 25: 62-3.
- Aydın S (2013): Sağlıkta vizyon: otorite kullanımı. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 26: 88-9.
- Aydın S, Özen O (2013): Sağlık mesleklerinde kesişim ve görev kayması. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 27: 10-11.
- Aydın S: (2014) Yaşlanan Türkiye'ye sağlık politikası üretmek. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 32: 48-52.
- Aydın S (2015): Sağlıkta bilişimle imtihanı. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 33: 62-6.
- Definitions, Sources and Methods (2014). In: **OECD Health Statistics 2014**.
- Hill E (2003): Understanding When to Use the New Patient E/M Codes. **Fam Pract Manag**; 10(8): 33-6.
- Keith Barnard (1999) (editor): The Future of Health-Health of The Future, **Fourth European Consultation on Future Trends**, Nuffield Trust and World Health Organization, London.
- Kutzin J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. **Health Policy**, 56: 171-204.
- Kutzin J. (2010). Conceptual framework for analyzing health financing systems and the effects of reforms. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M (editors). **Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition**. Ch 1. Pp 3-24. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 (2014), Ankara.
- Toros A, Öztek Z (1996) (editors): **Health Services Utilization Survey in Turkey**, Health Project Unit, Ministry of Health, Ankara.
- WHO (2000). **World health report 2000. Health systems: improving performance**. World Health Organization. Geneva.
- Xu K et al. (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. **Technical briefs for policy-makers**, N. 2, WHO/EIP/HSE/ PB/05.02. World Health Organization. Geneva.

6

Amaçlarımız

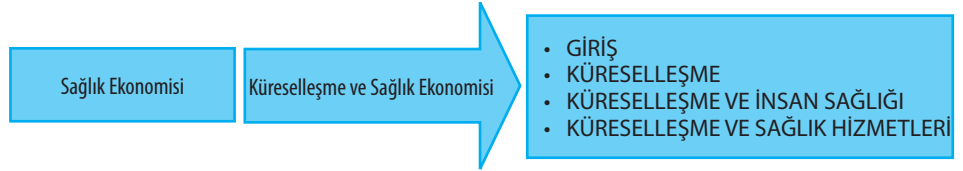
Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- Küreselleşmenin gerçekleşmesinde rol alan ana dinamikleri açıklayabilecek,
- Küreselleşmenin, insan sağlığını hangi yollarla ve nasıl etkilediğini açıklayabilecek,
- Küreselleşmenin, ülkelerin sağlık hizmetleri üzerinde hangi kanallarla ve ne yönde rol oynadığını açıklayabilecek bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.

Anahtar Kavramlar

- Küreselleşme
- İnsan Sağlığı
- Sağlık Ekonomisi
- Sağlık Hizmetleri

İçindekiler



Küreselleşme ve Sağlık Ekonomisi

GİRİŞ

Küreselleşme, modern çağda toplumların ve ekonomilerin şekillenmesinde kritik bir unsur olarak rol oynamıştır ve oynamaya devam edecektir. Dolayısıyla küreselleşmenin dinamiklerini ve etkilerini anlamak, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için önem arz etmektedir. Bu çerçevede küreselleşmenin, ekonominin pek çok alanında olduğu gibi sağlık sektörü üzerinde de yansımalar gösterdiği bilinmektedir. Buradan hareketle bu ünite, küreselleşmenin sağlık ekonomisi üzerindeki etkilerini global ölçekte detaylı olarak incelemeyi amaçlamaktadır. Bunu yaparken ise öncelikle küreselleşmenin temel dinamikleri işlenecek, sonrasında da söz konusu dinamiklerin, sağlık sektörünün talep ve arz kanatlarında ne tür etkiler ortaya çıkardığı ele alınacaktır.

KÜRESELLEŞME

İnsanoğlunun dünyanın uzak mesafeleriyle entegre olma çabası, binlerce yıllık bir tarihe dayanmaktadır. Söz konusu gayretlere örnek olarak; Asya'dan Avrupa ve Afrika'ya uzanarak küresel ticari ve kültürel alışverişin önünü açan tarihi İpek Yolu verilebilir. Bu ve benzeri girişimlerin temelinde ise günümüzde de çağdaş bir kimlikle dünyayı etkisi altına alan küreselleşme kavramı yatmaktadır. Nitekim çok çeşitli tanımları olan küreselleşme, en basit bir ifadeyle ülkeler ve toplumlar arasındaki etkileşim ve bütünleşme süreci olarak tanımlanabilir.

Daha geniş bir çerçevede ifade edilecek olursa ise OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) tarafından yapılan tanıma göre küreselleşme; mal ve hizmet piyasalarının, üretim araçlarının, finansal sistemlerin, rekabetin, kurumların, teknolojinin ve sektörlerin giderek daha uluslararası bir hale gelmesidir.

Ekonomik anlamda global etkileşimlerin 19. yüzyılda hızlanmasından yola çıkılarak, modern küreselleşmenin bu yüzyılın ortalarında başladığı iddia edilmektedir. Söz konusu küreselleşme dalgası 1. Dünya Savaşı ile kesintiye uğramış, sonrasında 2. Dünya Savaşı'nın bitimiyle yeniden canlanmıştır. Esas itibarıyla asırlar alan bir süreç ile 19. ve 20. yüzyıllarda son dönemecine giren küreselleşmenin, teknolojik gelişimin ivme kazanmasına paralel olarak son birkaç on yılda ise en hızlı hâlini aldığı söylenebilir.

Bu bağlamda, küreselleşme kavramının özellikle 1980'ler itibarıyla daha çok gündeme gelmiş olmasında, bu dönemde ticaret, finans ve beşerî sermaye akımlarının kolaylaşması ve sıklaşması etkili olmuştur. Tüm bunların arka planında ise İnternet başta olmak üzere, iletişim kanallarındaki gelişmeler de önemli rol oynamıştır. Bununla beraber, küreselleşmenin siyasi, kültürel ve çevresel boyutlar taşıdığı gerçeğinin de altını özellikle çizmek

gerekir. Nitekim artan küreselleşme, bilgi paylaşımını ve erişimini kolaylaştırarak, dünya bireylerinin ve toplumlarının ekonomiden kültüre pek çok alanda birbirine bağlı olmasını ya da birbirinden etkilenmesini beraberinde getirmiştir.

Küreselleşmenin Temel Dinamikleri

Küreselleşmenin sonuçlarını sağlıklı bir şekilde inceleyebilmek için, söz konusu trendin ortaya çıkmasında rol oynayan temel faktörleri anlamak önem arz etmektedir. Bu doğrultuda, yukarıda da bahsi geçen ilgili dinamikleri 3 ana kategoride sınıflandırmak faydalı olacaktır. IMF (Uluslararası Para Fonu) tarafından 2000 yılında yapılan bir sınıflandırma da, küreselleşmeyi tetikleyen olgular açısından benzer bir çerçeve çizmektedir. Buna göre, küreselleşmenin 3 ayağı aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Ticaret, sermaye ve yatırım akımları
- Göç ve insan mobilitesi
- Teknolojik gelişim ve bilginin yayılması

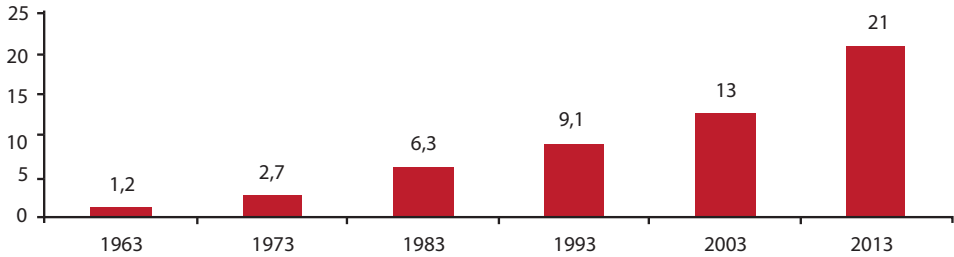
Ticaret, Sermaye ve Yatırım Akımları

Dünya ticareti, 2. Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde ciddi bir artış sürecine girmiştir. Bununla birlikte, 1970'lerde yaşanan petrol şokları ve diğer olumsuz ekonomik koşullar nedeniyle sonrasında bir yavaşlama yaşamıştır. Küreselleşmenin hız kazandığı 1990'lara gelindiğinde ise ticaret akımları yeniden ivme kazanmış ve 2000'lerin dünya ekonomisinde giderek artan bir öneme sahip olmuştur.

Bu gelişimin bir göstergesi olarak, ihracatın dünya ekonomisinden aldığı payın giderek artmış olması örnek verilebilir. Resim 6.1'de görüldüğü üzere, küresel ihracatın dünya Gayrisafi Yurt İçi Hasılası (GSYH) içindeki payının, 1963 yılında %1,2 iken 30 yıl içinde %9,1 seviyesine, sonraki 20 senelik dönemde ise %21'e yükseldiği anlaşılmaktadır. Grafikteki oranlar, ihracatın global ekonomi içindeki rolünün özellikle 1990'lar ve 2000'lerde giderek arttığına işaret etmektedir. İhracata ilişkin bu tabloya paralel olarak, aynı zamanda dünya ithalatında da benzer gelişmeler yaşanmıştır.

Tablo 6.1
Küresel GSYH'da
İhracatın Payı (%)

Kaynak: CIA World
Factbook, Earth Policy
Institute, Yazarın
hesaplamaları



Bu bağlamda dünya, söz konusu gelişim sürecinde, artan mal ve hizmet akımlarıyla giderek daha entegre bir hal aldığından, ticaret hareketliliğinin küreselleşmenin temel unsurlarından olduğunu ifade etmek mümkündür. Bu hareketlilik ise ilgili dönemde pek çok ülkenin ticaret engellerini azaltması ile gerçekleştirilmiş, bu noktada, uluslararası ticaret anlaşmaları kısıtlamaların hafifletilmesinde etkili olmuştur. Bu sayede, gümrük vergilerinin kaldırılması/düşürülmesi, kotaların iyileştirilmesi, sermaye kontrollerinin yumuşatılması, fikri mülkiyet haklarının uyumlaştırılması gibi faktörler, dünya çapında serbest ticaretin yaygınlaşmasına imkân tanımıştır. Buna ek olarak, lojistik ve teknolojik gelişmelerin ulaşım maliyetlerini azaltması da, küresel ticaretteki bu gelişime önemli bir destek vermiştir. Böylelikle hareketlenen ithalat ve ihracat akımları ekonomilere esnek-

lik ve canlılık kazandırmış, verimlilik artışlarına yol açmıştır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler, bu süreçte dünya ticareti içindeki paylarını gözle görülür bir şekilde artırarak ekonomik gelişimlerine ivme kazandırmıştır.

Küreselleşme sürecinde, hiç şüphesiz dünya finans piyasalarında yaşanan büyüme de etkili olmuş, sınırlar ötesi sermaye akımları 90'ların ikinci yarısından sonra global ekonomide daha büyük bir söz sahibi olmuştur. Söz konusu gelişim, gelişmiş ekonomilerde en hızlı şekilde tecrübe edilmiş, bununla birlikte yükselen piyasalar ve gelişmekte olan ülkeler de bu dönemde finansal anlamda daha entegre olmuştur. Finansal küreselleşme olarak da adlandırılabilir bu hareketin, ekonomik büyümeye verdiği katkılar anlamında bir katalizör rolü oynarken, yarattığı oynaklık ve risklerle aşağı yönlü etkiler oluşturma potansiyeli taşıdığı da belirtmek gerekir. 2008-2009 yıllarında yaşanan global finansal kriz, bunun en belirgin örneklerinden biridir.

Öte yandan, ülkelerin sermaye piyasalarında görülen güçlenmeler, uluslararası yatırım sermayesi mobilitesini artırmış, küreselleşme dalgasıyla birlikte şekillenen politikalar ve fırsatlar, firmaların ülkeleri dışındaki aktivitelerinde de niceliksel ve niteliksel anlamda ve ayrıca kapsam boyutunda ciddi büyümelere olanak sağlamıştır. Bu bağlamda, sermaye akımları ve yabancı yatırım hareketleri, 20. yüzyılın sonları ile 21. yüzyılın başlarında gözle görülür bir yükseliş yaşamış, ekonomik gelişim hızının belirlenmesinde kritik bir faktör olmuştur.

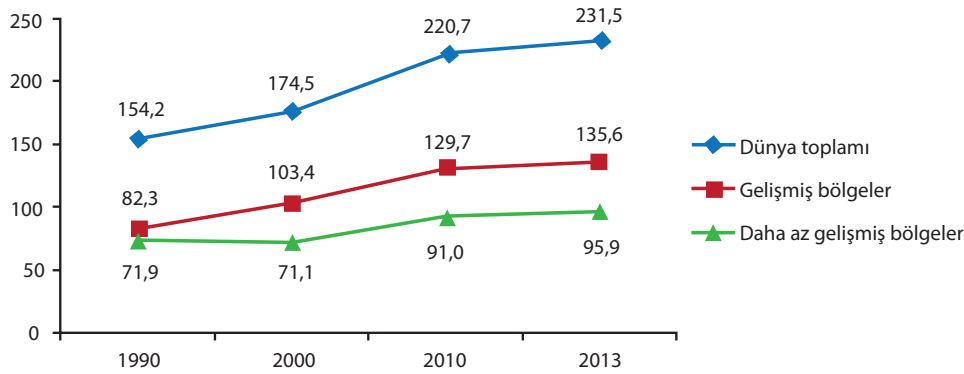
Finansal küreselleşme, ekonomik gelişime olumlu katkılar sağlarken, yarattığı oynaklık ve risklerle, aşağı yönlü etkiler oluşturma potansiyeli de taşır.



DİKKAT

Göç ve İnsan Mobilitesi

Küreselleşme, bölgelerin ve ülkelerin birbiriyle olan bağlarını güçlendirirken, mal ve sermaye akımlarının yanı sıra, insanların da sınırlar ötesi akımlarını kolaylaştırmıştır. Hiç şüphesiz ülkeler arası göçler, modern küreselleşme sürecinin çok öncesinde de cereyan eden bir olgu olmakla birlikte, son birkaç on yılda gerek göçmen sayısı, gerek hızı, gerekse kapsamı anlamında farklı bir döneme sahne olmuştur. Birleşmiş Milletler (BM) Nüfus Birimi (UN Population Division) verilerine göre; 1970'te 84,5 milyon olan uluslararası göçmen sayısı, 2000 yılında 174,5 milyona, 2013 itibarıyla ise 231,5 milyona yükselmiştir. Göçmen sayısındaki gelişim, özellikle yeni milenyumla birlikte hareket kazanmıştır. Nitekim 1990-2000 yılları arasında dünya çapında yıllık %1,2 oranında artış kaydeden uluslararası göçmen sayısı, 2000-2010 döneminde hızını %2,3'e çıkarmıştır. Veriler, bu gelişimde göçmenlerin, gelişmiş bölgelerin yanı sıra, az gelişmiş bölgelerde de hareketlilik göstermesinin rol oynadığı mesajını vermektedir.



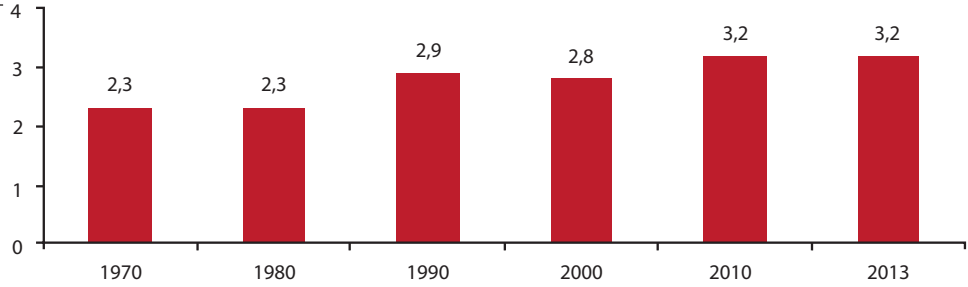
Tablo 6.2
Uluslararası Göçmenlerin Sayısı (milyon)

Kaynak: Birleşmiş Milletler

Bu çerçevede, 2000 yılında 103,4 milyon olan gelişmiş bölgelerdeki göçmen sayısı, BM tarafından açıklanan son verilere göre 2013 itibarıyla 135,6 milyona ulaşmıştır. Daha az gelişmiş bölgeler olarak sınıflandırılan ülkelerde ise, bu rakam aynı dönemde 71,1 milyondan 95,9 milyona yükselmiştir (Tablo 6.2). Oransal olarak bakıldığında ise, 1970 yılında dünya nüfusunun %2,3'lük bir kısmına karşılık gelen toplam göçmen oranının, 2013 yılında %3,2'ye ulaştığı anlaşılmaktadır (Tablo 6.3).

Tablo 6.3
Uluslararası
Göçmenlerin Dünya
Nüfusundaki Payı (%)

Kaynak: Birleşmiş
Milletler



Öte yandan, göçmenlerin nüfus içindeki paylarını bölgeler bağlamında inceleyen Tablo 6.4 ise, gelişmiş bölgelerde bu oranin kademeli olarak gözle görülür bir yükseliş yaşadığını ve 2013 itibarıyla %10,8 gibi önemli bir seviyeye eriştiğini göstermektedir. Buna paralel olarak, Kuzey Amerika, Okyanusya ve Avrupa bölgelerindeki oransal artışlar dikkat çekmektedir. Bu bölgelerde, Kanada, ABD, Avustralya, Yeni Zelanda ve çeşitli Batı Avrupa ülkeleri, göçmen paylarındaki artışlarla öne çıkmaktadır.

Tablo 6.4
Uluslararası
Göçmenlerin Bölge
Nüfuslarına Göre Payı
(%)

Kaynak: Birleşmiş
Milletler

	1990	2000	2010	2013
Dünya geneli	2,9	2,8	3,2	3,2
<i>Gelişmiş bölgeler</i>	7,2	8,7	10,5	10,8
<i>Daha az gelişmiş bölgeler</i>	1,7	1,4	1,6	1,6
Afrika	2,5	1,9	1,7	1,7
Asya	1,6	1,4	1,6	1,6
Avrupa	6,8	7,7	9,3	9,8
Latin Amerika	1,6	1,2	1,4	1,4
Kuzey Amerika	9,8	12,8	14,8	14,9
Okyanusya	17,3	17,3	20,0	20,7

Tablo 6.4 aynı zamanda, daha az gelişmiş bölgelerdeki göçmen payının da %1,6 olduğuna işaret etmektedir. Bu kapsamda, Afrika genelinde göçmen oranı gerilemiş, diğer bölgelerde ise 2000'li yıllarda yeniden yükseliş kaydedilmiştir.

Uluslararası göçlerdeki bu söz konusu gelişimin arkasında, dünyadaki dönüşümlerin küreselleşme süreciyle bir araya gelmiş olması yatmaktadır. Bir diğer deyişle, ülkelerin yaşadığı çeşitli demografik dinamikler, küreselleşmeyle birlikte göçlere ivme kazandırmıştır. Bu dinamiklerin başında, düşen doğurganlık oranları ve yaşlanan nüfus gelmektedir. Bu durumun yaygın olduğu gelişmiş ülkelerin, özellikle işgücü kazanmak anlamında göçlere kapılarını açtığı bilinmektedir. Bunun yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde yaşanan savaşlar da, uluslararası göçlerin artmasına sebep veren unsurlar arasında önemli bir yer almaktadır.

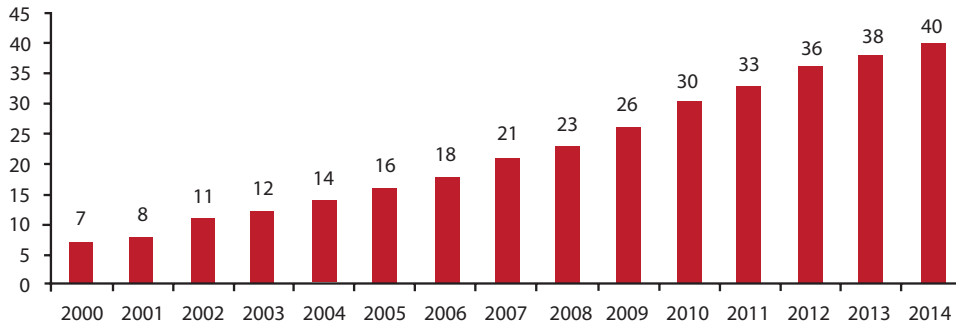
Teknolojik Gelişim ve Bilginin Yayılması

Yüzyıllar alan bir süreç yaşayan küreselleşme çabalarının 1900'lü yılların sonlarına doğru yepyeni bir boyuta geçmesinde rol oynayan tetikleyici unsurlardan bir diğeri de teknolojik gelişim ve bilginin yayılmasıdır. Nitekim 20. yüzyılın sonlarında bilgi teknolojisinde kaydedilen gelişmeler, küresel ekonominin entegrasyonunda özel bir konuma sahiptir. Küresel bilgi devrimi olarak adlandırılabilir bu sürece, pek çok buluş ve yenilik katkı vermekle birlikte, öne çıkan ilgili gelişmeler şu şekilde özetlenebilir:

- Kişisel bilgisayarlar ve modem kullanımındaki patlama
- 1991 yılında keşfedilen World Wide Web (www)
- Yüksek bant genişliğinde sinyal kapasitesi olan fiber optik kablo sistemlerinin uygulanması
- Dijital cihazların günlük hayatın bir parçası olması

İletişim alanında hayatı geçiren bu ve diğer benzeri yenilikler, bireylerin ve kurumların entegrasyon derecesini önemli bir şekilde artırmıştır ve yukarı yönlü bu trend 2000'li yıllarda da hızla sürmektedir. Buna örnek olarak; dünya genelindeki İnternet kullanıcılarının gelişimi verilebilir. 2000 yılında toplam dünya nüfusu içindeki payı %7 olan İnternet kullanıcısı sayısı, ciddi bir hızla yükselmiş ve 2014 itibarıyla %40 düzeyinde önemli bir orana ulaşmıştır (Tablo 6.5).

Bunun yanı sıra, iş dünyası açısından, tedarikçileri ve satıcıları entegre eden arz zincirlerine yönelik geliştirilen yöntemler de ekonomik küreselleşmenin önemli parçalarından olmuştur. Ticaret, sermaye ve yatırım akımlarını büyük ölçüde hızlandırdığı bilinen ulaşım imkânlarındaki kolaylıklar da, teknolojik gelişim kapsamında kritik bir önem taşımaktadır. Buna paralel olarak, bilgi ve iletişim teknolojileri sayesinde bilginin dünya çapında yayılması, diğer alanlardaki teknolojik yeniliklerin de küreselleşmesini beraberinde getirerek, bireylerin, kurumların ve toplumların ekonomik ve sosyal dönüşümler geçirmesini sağlamıştır.



Tablo 6.5
İnternet
Kullanıcılarının Toplam
Dünya Nüfusundaki
Payı (%)

Kaynak: International
Telecommunications
Union

Küreselleşmeye İten ve Çeken Faktörler

Küreselleşme olgusunun dinamiklerini bu şekilde özetleyip sağlık ekonomisi ile ilişkisini irdelemeye geçmeden önce, ülkelerin ve temel ekonomik oyuncularını olan bireyler ile firmaların küreselleşmeye neden yöneldiğini anlamak da önem taşımaktadır. Ekonomik aktörleri küreselleştirmeye yönelten çok çeşitli faktörlerden söz etmek mümkün olmakla birlikte, bu faktörlerin bir kısmı küreselleşmeye itici, bir diğer kısmı da çekici nitelikte etkiler göstermektedir. Uluslararası literatürde push factor olarak geçen "iten unsurlar", kararların şekillenmesinde zorlayıcı şartların yaptığı etkiyi adreslerken, pull factor olarak adlandırılan "çeken unsurlar" ise daha avantajlı koşulların bir yönelim yaratmasına işaret etmektedir.

İten ve Çeken Unsurlar:

İten unsurlar, kararların şekillenmesinde zorlayıcı şartların yaptığı etkiyi adreslerken, çeken unsurlar ise avantajlı koşulların bir yönelim yaratmasına işaret eder.

Buradan hareketle öncelikle küreselleşmeye çeken sebepler incelenecek olursa yukarıda sözü edilen temel dinamikler çerçevesinde sonuçlar çıkarmak anlamlı olacaktır. Örneğin; dünyanın geride kalan son on yıllarda ticaret bağlamında daha entegre bir hâle gelmiş olmasının ve bu süreçte olgunlaşan ticari kolaylıkların, firmalar için cezbedici nitelikte olduğu ortadadır. Yeni pazar fırsatları yaratan bu süreç, diğer yandan üretim ve yatırım açısından farklı ülkelerde sunulabilen avantajlarla da teşvik edici bir ortam yaratmıştır. Günümüzde çok sayıda firmanın uluslararası bir kimlik kazanması da maliyetleri düşüren, verimliliği artıran, iş birliklerini güçlendiren ve yeni pazarlar kazandıran bu faktörlerle doğrudan ilişkilidir.

Küreselleşmeye çeken sebeplerden bir diğeri de bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı gelişimdir. Nitekim bu dinamik, uluslararası entegrasyonu ve bilgi edinimini ciddi biçimde kolaylaştırarak, bireylerin, firmaların ve kurumların dünyaya açılıp kendilerini geliştirmelerini ve yeni fırsatlara erişmelerini sağlamıştır. Öte yandan, küreselleşmeyle hızlanan göçler ve insan mobilitesi ise eğitim ve işgücü piyasasında bir takım çekici etkiler barındırmaktadır. Örnek vermek gerekirse; dünyanın farklı bölgelerinde eğitim ve çalışma fırsatlarının yaygınlaşması bireyler için cezbedici bir faktörken, kurumlar ve işletmeler için ise özellikle nitelikli insan kaynağına ulaşmak küreselleşmeye yönelen unsurlar arasında sayılabilir.

Küreselleşmeyi çekici kılan bu öğelerin yanı sıra, benzer ekonomik ve demografik dinamikler çerçevesinde itici yönde etki yapan faktörlerin de olduğu bilinmektedir. Bunların başında, ticaret, sermaye ve yatırım akımlarının global ekonomide yarattığı yüksek düzey rekabet gelmektedir. Nitekim küreselleşmenin yoğunlaştığı bir konjonktürde ortaya çıkan fırsatlardan yararlanan ekonomik aktörler, diğerleri için dezavantajlar yaratabilerek rekabet ortamını kızıştırmaktadır. Buna ek olarak, dünya ekonomisindeki bağlantıların giderek güçlenmesi, uluslararası standartlar ve düzenlemeleri de daha yaygın bir hâle getirmektedir. Tüm bunların sonucunda ise, küresel iş birlikleri ve anlaşmalar kaçınılmaz olmaktadır.

Öte yandan, küreselleşmeye dair altı çizilmesi gereken bir husus da sağladığı net fayda üzerinde tartışmalar olduğudur. Nitekim küreselleşmenin, dünya ekonomisindeki gelişimi büyük ölçüde tetikleyerek olumlu katkılar yaptığını şüphe yokken, bazı olumsuzluklara da sebebiyet verdiği iddia edilmektedir. Küreselleşmenin savunucuları, yoksul ülkelerin refahlarının bu yolla yükselme şansı bulduğuna inanırken, karşıtları ise uluslararası pazarlara yayılan gelişmiş ülke firmalarının yerli işletme ve bireyler için dezavantaj oluşturduğunu savunmaktadır (SUNY Levin Institute). Bunun yanı sıra, küreselleşmenin gelir eşitsizliğini artırdığına dair de eleştiriler bulunmaktadır. Buradan hareketle, iddialar kapsamında her ülke ve ilgili aktörler için farklı etkiler görülebilmekle birlikte, küreselleşmeye dair kararlarda fayda-maliyet analizinin yapılmasının gerekli olduğu da ortadadır.

Sonuç olarak küreselleşme, sunduğu tüm faydaların yanında bazı riskleri de doğal olarak barındırmaktadır. Buna paralel olarak, sağlıkla ilgili konularda da, küreselleşmenin getirdiği fırsat ve zorlukların bir arada bulunmakta olduğunu vurgulamak gerekir. Ünite-nin ilerleyen bölümlerinde, tüm bu gerçekler göz önüne alınarak, küreselleşmenin sağlık ekonomisi üzerindeki etkileri, gerek insan sağlığı gerekse sağlık hizmetleri sistemleri açısından geniş bir perspektifle incelenecektir.

SIRA SİZDE



Dış ticaret küreselleşme üzerinde nasıl bir etki oluşturmuştur?

SIRA SİZDE



Küreselleşmeyle birlikte gözlenen ekonomik gelişim çerçevesinde, gelir dağılımı nasıl değerlendirilmektedir?

KÜRESELLEŞME VE İNSAN SAĞLIĞI

Küreselleşmenin hüküm sürdüğü son birkaç on yılda, sağlık alanında oldukça önemli değişiklikler yaşanmıştır. Bu doğrultuda, küreselleşmenin sağlık ekonomisi üzerindeki etkilerini anlayabilmek için, iki yönlü bir yaklaşımla hareket etmek faydalı olacaktır. Nitekim ekonomilerin talep ve arz göre şekillenerek dengeye kavuşmaya çalıştığı göz önüne alındığında, küreselleşmenin söz konusu rolünü de bu tür bir çerçevede ele almak mümkündür. Zira yukarıda detaylı olarak incelenen ilgili dinamikler, bir yandan insan sağlığı üzerinde değişimlere sebebiyet vererek talep tarafında etkili olurken, diğer yandan da arz cephesinde sunulan ürün, hizmet ve sistemlerin de gelişiminde rol oynamıştır ve oynamaya devam etmektedir.

Küreselleşmenin sağlık ekonomisi üzerindeki yansımalarını kavramak için, arz ve talep perspektiflerinden bakmak faydalı olacaktır.



DİKKAT

Bu bağlamda, küreselleşmenin sağlık ekonomisi ile bağlantısının oldukça karmaşık olduğunu ifade etmek gerekir. Bunun nedeni ise yalnızca arz ve talep kanatlarındaki farklı unsurlardan değil, aynı zamanda dolaylı ve dolaysız olarak tabir edilebilecek etkileri analiz etmenin zorluğundan da kaynaklanmaktadır. Buna, küreselleşme süreçlerinde birbiriyle etkileşen kanalların yarattığı etki de dâhildir. Üstelik her ilgili dinamik, farklı bölgelerde farklı sonuçlara yol açabilmektedir. Bu minvalde örnek olarak; küreselleşmenin, gelişmekte olan ülkelerdeki insanların sağlığı üzerindeki etkileri literatürde de odaklanılan ilgi alanlarından biri olmuştur. Araştırmaların bulguları ise bu ülkelerdeki yoksul bireylerin sağlığının, küreselleşme sonucunda bazı yönlerden iyileşmeler, diğer bazı yönlerden ise kötüleşmeler yaşayabildiğini göstermektedir. Bu noktada, küreselleşmenin, sağlık çıktılarını farklı kanallardan nasıl etkilediğine dair birkaç örnek vermek gerekirse; bunların başında sosyoekonomik koşullar, devlet kaynakları ve politikaları, sağlık sektörüne ilişkin ticaret politikaları, global sağlık riskleri gibi faktörler gelmektedir.

Özetlemek gerekirse küreselleşme pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanına da hem fırsatları hem de tehditleri beraberinde getiren bir süreç olmuştur. Dolayısıyla da küreselleşme olgusunun sağlık ekonomisindeki yansımalarının oldukça kompleks bir yapıda olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, ünitenin bu bölümünde insan sağlığı, bir sonraki bölümünde ise sağlık hizmetleri boyutu ele alınarak küreselleşmenin çıktılarıyla ilgili netleştirici bir tablo çizmek amaçlanmaktadır.

Küreselleşmenin Sağlık Üzerindeki Etkileri

Bu bölüm, küreselleşmeyle birlikte farklı bir boyuta geçen başlıca ekonomik, teknolojik ve politik unsurların, insan sağlığı üzerinde yarattığı dolaylı ve dolaysız etkileri yakından incelemektedir.

Ekonomik Gelişim ve Refah Yoluyla

Dünyanın içinden geçtiği küreselleşme süreci, gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere, tüm ekonomilerin başını döndüren bir hızda gerçekleşmiştir. Bu kapsamda, ekonomik büyüme ile buna yakından bağlı olan refah ve gelir dağılımı gibi konular da, global sağlık açısından çoklu kanallardan etkiler yaratmıştır. Söz konusu ilişkiyi çok genel ifade etmek gerekirse, yükselen gelir ve azalan yoksulluk düzeylerinin daha iyi sağlık göstergelerini beraberinde getirdiği söylenebilir. Buradan hareketle öncelikle küreselleşmenin ekonomik büyümeyi nasıl etkilediğini, sonrasında ise bunun refaha ne düzeyde yansıdığını incelemek gerekmektedir.

Ekonomiler, dünyanın daha da entegre hâle gelmesiyle birlikte, uluslararası ticaret, sermaye ve teknoloji akımları gibi temel dinamiklerden önemli ölçüde etkilenmiştir. Örnek olarak; ticaretin kolaylaştırılması, gelişen ekonomilerin dış ticaret kanalıyla gelir elde etmeleri anlamında dev bir fırsat sağlarken sermaye akımları da bu ülkelerin büyüme hikâyelerinde önemli bir destekleyici unsur olmuştur. Bu noktada, 1944 yılında GATT (General Agreement on Tariffs and Trade – Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması) ile başlatılan ticaret engellerinin kaldırılması girişiminin yerini 1995'te alan DTÖ'nün (Dünya Ticaret Örgütü), çok uluslu anlaşmaları yöneten bir platform olarak bu süreci tetiklediğini belirtmek gerekir.

Bununla birlikte, ticaret ve sermaye akımlarının olumsuz etkilerinin de ekonomileri zorlayan gelişmeler olarak çeşitli dönemlerde kendini gösterdiğinin altını çizmek önemlidir. Bu çerçevede, küreselleşmeyle birlikte artan rekabetin aşağı yönlü etkileri ile global dalgalanmalara bağlı oynaklıklar ve istikrarsızlıklar başlıca örnekler olarak gösterilebilir. Yakın dönemde yaşanan bir örnek olarak, 2008-2009 finansal krizinde yaşanan küresel karmaşa, bu noktada oldukça anlamlı mesajlar vermektedir. Daha önceki dönemlerde de, gerek bölgesel gerekse global ölçekte bu tür toplu etkilenmeler yaşanmıştır. Sermaye akımlarının küresel yoğunluğu, bu oynaklıkların temelini oluşturmaktadır.

Dolayısıyla, küreselleşmenin ekonomik gelişim üzerindeki net etkisi konusunda bazı fikir ayrılıkları belirmektedir. Ticaret açısından bakıldığında, ekonomilerin dışa açılmasının büyüme üzerinde pozitif bir etki yaptığını dair bulgular içeren ampirik çalışmalar olduğu gibi (örnek: Sala-i-Martin, 1997), buna karşı ya da belirsiz sonuçlar elde eden makalelere de (örnek: Rodrik ve Rodriguez, 2001) rastlanmaktadır. Öte yandan, nispeten kapalı ekonomilerin göreceli olarak daha yavaş tempolar sergileyebildikleri de bilinmektedir.

DİKKAT



Küreselleşmenin ekonomik gelişim üzerindeki net etkisi konusunda bazı fikir ayrılıkları belirmektedir.

Bu noktada odaklanılması gereken bir diğer önemli husus ise gerçekleşen ekonomik büyümenin gelir dağılımı üzerindeki etkisidir. Nitekim ekonomilerin dışa açılması ve gelir dağılımı arasındaki ilişki, literatürde farklı bulgular içermektedir. Gerek metodolojik seçimlerden gerekse ülkelerin farklı dinamiklerinden kaynaklanabilecek bu soru işaretleri bir yana, küreselleşme dalgasında pek çok ülkenin gözle görülür bir büyüme kaydettiği ancak bu ekonomilerin bir kısmında eşitsizliğin de büyük ölçüde arttığı bilinmektedir. Dolayısıyla, sorgulanması gerekli olan bir kritik mesele de küreselleşmeyle birlikte artan gelirin toplumun kesimleri arasında eşitlikçi bir dağılıma sahne olup olmadığıdır. Zira yüksek ekonomik büyüme oranları, gelir eşitsizliğini çözmekte yeterli olamamaktadır. Bunun en belirgin örnekleri, Çin başta olmak üzere 1990'lar ve 2000'lerde hızlı bir büyüme performansı sergileyen Doğu Asya ülkelerindeki zengin ve yoksul arasında genişleyen makas ile gözlenmektedir. Ayrıca eklemek gerekir ki; küreselleşme ve ekonomik büyüme ile şekillenebilen gelir ve servet eşitsizliği, sadece ülkelerin kendi içinde değil, uluslararası boyutta da incelenmektedir. Zira söz konusu makas genişleyerek, ülkeler arası eşitsizlikleri de artırabilmektedir.

Sonuç olarak, küreselleşmenin ekonomiler üzerindeki etkisi, bir yandan sağladığı ivme ile artması beklenen gelir, diğer yandan da bunun dağılımıyla doğrudan ilişkilidir. Bu kombinasyonun ideal olması hâlinde ise yükselen gelirin sağlık üzerinde pozitif bir etki yapması kaçınılmazdır. Nitekim kişi başına millî gelirin artmasıyla birlikte, insanların daha iyi şartlarda yaşamlarını sürdürme imkânı bulmaları, sağlıkları üzerinde pozitif etki yapmaktadır. Bu anlamda, beslenme ve hijyen kritik faktörler olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca, geliri yükselen ülkeler, vatandaşlarına nicelik ve nitelik açısından daha üstün sağlık ürünleri ve hizmetleri sunarken, refah seviyeleri artan toplum bireyleri de bunlara daha kolay bir erişim sağlayabilmektedir. Tüm bunlar ise insan sağlığını hiç şüphesiz olumlu etkilemektedir.

Öte yandan, küreselleşmeyle birlikte yoğunluk kazanan uluslararası ekonomik ilişkilerde meydana gelen dönemsel dalgalanmaların ise özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık görünümünü negatif etkilediğine dair bulgular olduğunu da eklemek gerekmektedir. Buna örnek olarak, 1997 yılında Asya'da patlak veren ekonomik krizde Endonezya'nın böyle bir etkiye maruz kaldığı tespit edilmiştir. Ülkenin ulusal para biriminin ciddi ölçüde değer kaybına uğraması, işsizliğin artması, sosyal huzursuzluğun ve politik problemlerin patlak vermesi ile birlikte, bu dönemde toplumdaki bireylerin sağlığının olumsuz etkilendiği bilinmektedir (Diaz-Bonilla ve diğerleri, 2002). Bu ve benzeri örnekler ise gelişmekte olan ülkelerin, söz konusu ekonomik krizlerde sağlık yönünden de olumsuz etkilenebilecek kırılgan bir yapıda olduğuna işaret etmektedir.

Tüm bunlara ek olarak, ekonomik büyüme ve refahın sağlık ile ilişkisine ters taraftan da bakmak önem taşımaktadır. Nitekim sağlık görünümünün daha iyiye gitmesinin, ekonomiyi pozitif etkilediği büyük ölçüde kabul gören bir savdır. Bunun en temelinde ise sağlıklı toplumun daha yüksek iş verimliliği sağlaması argümanı yatmaktadır. Zira hiç şüphe yok ki; sağlıklı bireyler ekonomik büyümeyi aşağı yönlü etkilemektedir. Bu noktada, özellikle bulaşıcı ve/veya ölümcül hastalıklar etkin rol oynayabilmektedir. Örneğin; Afrika'da HIV virüsünün ekonominin gelişimi olumsuz etkilediği bilinmektedir. Yapılan ampirik çalışmalar, 1990-1997 yılları arasında bölgede yıllık %0,4 oranında kaydedilen kişi başına büyüme hızının, AIDS hastalığının olmaması halinde 3 katı yüksek bir seviyede gerçekleşebileceğini tahmin etmektedir.

AIDS örneği, daha çok ölümcül sonuçlar yoluyla ekonomiyi olumsuz etkilemekle birlikte, verimsizlik bağlamında sıkça tartışılan bir diğer hastalık da sıtmadır. Sahra Altı Afrika'da yaygın olan ve diğer bölgelerde de görülebilen bu salgın hastalık, bilhassa çocukluk döneminde yakalandığı durumda uzun vadeli kayıplara yol açabilmektedir. Farklı ülkelerden edinilmiş verilerle yapılmış bir araştırmaya göre, çocukluk döneminde sıtmaya maruz kalmamanın, yetişkinlik dönemine gelindiğinde bireysel gelirleri %50 civarında artırabildiği tespit edilmiştir.

Bununla birlikte, toplumdaki sağlık sorunlarının, tedavi ve önlemlere yönelik uygulamalarla ciddi bir ekonomik maliyet yüklediğini de vurgulamak gerekir. Araştırmalar, salgın hastalıkların, yoğun oldukları bölgelerde turizm ve ticaret gelirlerinde de olumsuz etkiler yarattığına işaret etmektedir (Saker ve diğerleri, 2004).

İletişim ve Ulaşım Yoluyla

Küreselleşme dalgasının belirleyici unsurlarından olan iletişim ve ulaşım kanallarındaki dikkat çekici gelişmeler, global sağlık tablosuna da çeşitli yollardan artı ve eksi yönde etkiler yapmıştır.

Bu etkilerin en bilinenlerinden biri, modernleşen ve genişleyen ulaşım ağı ile artan ticaret, turizm ve göçlerle birlikte sağlık risklerinin de küresel bir form almış olmasıdır. Hiç şüphesiz, koleradan çiçek hastalığına kadar uzanan çeşitli salgın ve ölümcül hastalıkların, tarih boyunca çeşitli toplumları, ülkeler ve hatta bölgeler kapsamında büyük kayıplara uğrattığı bir gerçektir. Bununla birlikte, modern çağda yaşanan küreselleşmenin, hastalıklara neden olan patojenleri ve onları taşıyan vektörleri, sayı, hız ve kapsam olarak daha önce görülmemiş yüksek seviyelere ulaştırdığı da bilinmektedir. Bunun ise, bulaşıcı hastalıkların global düzeyde yayılabilmesine sebep olduğu ifade edilebilir. Nitekim patojenler, insan ve kargo trafiği sayesinde dünyanın bir ucundan diğerine oldukça hızlı bir şekilde erişebilmekte ve çoğu bulaşıcı hastalığın yumurtlama süresi 36 saati geçtiğinden, enfeksiyonlar farklı coğrafyalara kısa sürede ulaşabilmektedir.

SARS adıyla bilinen Şiddetli Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu ile ilgili olarak 2000'lerde yaşanan bir olay, küresel ulaşım ile sağlık arasındaki bu ilişki açısından önemli bir

örnek teşkil etmektedir. Buna göre, 2003 yılında SARS hastalığı olan Çinli bir doktor bir günlüğüne ziyaret ettiği Hong Kong'taki bir otelde bulunan 16 ziyaretçiye enfeksiyon bulaştırmış, bu kişiler ise döndükleri Toronto, Singapur ve Vietnam gibi çeşitli yerlere hastalığı taşımıştı. Bunun sonucunda, sadece birkaç hafta içinde 5 kıtadaki 26 ülkede 8000'i aşkın insan SARS'a yakalanmış, DSÖ'nün de (Dünya Sağlık Örgütü) girişimleriyle devreye sokulan ciddi tedbirler ve tedaviler sonucu, salgın 4-5 ay gibi bir sürede durdurulabilmişti.

Söz konusu olayda ölüm sayısı diğer bazı hastalıklara göre daha düşük bir seviyede kalmış olsa bile, SARS'ın hızı ve yayılımı, küreselleşen modern dünyada sağlığın ve ekonominin ne denli yüksek bir risk potansiyeli taşıdığını göstermiştir. Bu bağlamda, yakın dönemden bir başka örnek olarak Domuz Gribi vakaları verilebilir. Nitekim 2009 yılında Meksika'da baş gösteren ve H1N1 olarak adlandırılan virüs, kısa sürede 191 ülkeye ulaşarak 800,000 kişide görüldü ve 8000'in üzerinde kişinin hayatını yitirmesine sebep oldu.

Küreselleşmenin etki yaptığı süreçlerden biri olarak görülen küresel iklim değişikliğinin de insan sağlığı üzerinde çeşitli değişimlere sebep olduğu düşünülmektedir. Küresel ısınma ve hava şartlarının normalin üzerinde seyretmesi gibi gelişmeleri içeren iklim değişikliğinin, özellikle enfeksiyon yayılımı üzerinde olumlu ya da olumsuz rol oynayabildiği iddia edilmektedir.

Örneğin, patojenleri taşımada etken bir vektör olarak bilinen sivrisineklerin son derece hassas sıcaklık eşikleri olduğu bilinmektedir. Bu ise ortalama çevre şartlarından sapmalar görüldüğü takdirde, ilgili vektörlerin hayatta kalmalarını zorlaştırarak hastalığın yayılımını düşürebilmektedir. Buna karşın, sıcaklığın hayatta kalabildikleri bir aralıkta artması ise sivrisineklerin ısırma olasılığını artırmakta, ayrıca taşıdıkları parazit ve virüslerin olgunlaşmasını da hızlandırmaktadır. İşte bu da bulaşıcı hastalıkların yayılması açısından olumsuz bir etkiye işaret etmektedir. Bu örnekten hareketle ve ilgili çalışmaların edildiği bulgular çerçevesinde, iklim şartlarındaki değişikliklerin hastalıkların nakli üzerindeki net etkisinin oldukça karmaşık bir yapıda olduğu söylenebilir.

Küreselleşmeyle birlikte görülen ve sağlığı olumsuz etkileyen bir diğer faktörün ise yasa dışı ilaçların ve uyuşturucuların kullanımı olduğu söylenebilir. Birleşmiş Milletler tarafından suçların globalleşmesine ilişkin olarak yayımlanan raporda da belirttiği üzere, küreselleşmeyle birlikte giderek açılan ticaret, finans, ulaşım ve iletişim kanalları ekonomik gelişime destek vermekle birlikte, suçluların da büyük fırsatlar bulmasını sağlamıştır. Bu bağlamda yaygınlaşan organize suç örgütleri arasında ise, uyuşturucu kartelleri dikkat çekmektedir. Orta Amerika, Karayipler ve Batı Afrika'da yayılan bu örgütlerin katkısıyla uluslararası uyuşturucu trafiği önemli ölçüde hız kazanmış, başta eroin ve kokain olmak üzere çeşitli yasadışı maddeler Avrupa'dan Amerika'ya birçok bölgeye yayılmıştır.

Küreselleşmenin toplum ve insan sağlığı üzerindeki bir diğer etkisi ise göçler yoluyla gerçekleşmektedir. Gerek ekonomik nedenler gerekse savaş gibi gerekçelerle artan göçler, varılan ülkenin sağlık görünümünde kötüleşmelere sebep olabilmektedir. Bunun en belirgin göstergelerinden biri AIDS hastalığıdır. Nitekim araştırmalar, sınır ötesi işçi göçlerinin HIV virüsünün yaygınlaşması riskini artırdığını göstermektedir. Bu etki, özellikle düşük gelirli ülkelere kaynaklı ekonomik göçlerde göze çarpmaktadır.

Gelişmiş ülkelere yapılan göçlerde ise izine az rastlanan ya da gözlenmeyen ve dolayısıyla bağışıklığın düşük olduğu enfeksiyonların ülkeye giriş yapması durumu, bir risk ve maliyet olarak belirmektedir. Bir örnek vermek gerekirse 2000'li yılların başında yayınlanan veriler ve raporlar, ABD, Avustralya, Kanada gibi ülkelere göç eden kişilerde rastlanan tüberküloz vakası oranının, nüfus genelindeki oranın 5 ila 6 katı seviyesinde olduğu tespit edilmiştir (Knobler ve diğerleri, 2006).

Öte yandan, küreselleşmenin motor güçlerinden iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı gelişimin ise global sağlığa çeşitli kanallardan fayda ettiği ifade edilebilir. Bunların başında, gerek İnternet ve televizyon gerekse diğer modern iletişim araçları yoluyla bilgiye erişimin kolaylaşması ve yaygınlaşması gelmektedir. Nitekim böylelikle insanlar, hastalıklar ve sağlıkla ilgili bilgiler edinebilmekte ve bilinç seviyeleri artmakta, ayrıca çözüm odaklarına da daha kolay erişebilmektedir. Bunun yanı sıra, uydu ve medya teknolojisindeki gelişmelerle geline nokta, doğal felaketlerden salgınlara kadar varabilen ve insan hayatını tehdit eden olayları kısa sürede dünya çapına yayarak, bilgilendirme ve yerli ya da yabancı destek sağlayabilme imkânı tanımaktadır.

Bu kapsamda, küreselleşmenin ulaşım ve iletişim yoluyla insan sağlığına etki yapma kanallarından birinin de sınır ötesi tedavi olanaklarına başvurmaya başladığını eklemek gerekir. Özellikle 2000'li yıllarda ciddi bir tırmanış sergileyen sağlık turizmi, bu etkinin bir ispatı niteliğindedir. Küreselleşme dalgasının yarattığı son trendlerden olan sağlık turizmi, hastaların uluslararası dolaşımı giderek daha cazip bulmasıyla birlikte önemini artırmaktadır. Aynı ya da benzer bir tedaviyi farklı bir ülkede çok daha uygun şartlarda bulan hastalar, bu hizmeti yurtdışında almayı seçebilmektedir. Hastaların seçiminde turizm amaçları nispeten küçük bir rol oynayabilirken, kendi ülkelerindeki yüksek maliyetler, uzun bekleme süreleri ya da daha düşük kaliteli hizmetler, sağlık turizmini tetikleyen ana faktörler olarak öne çıkmaktadır. Bu faktörler, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerdeki hastalar için farklı boyutlarda geçerlidir.

Küreselleşmenin getirdiği artan entegrasyonun kişisel sağlık üzerinde bu tür olumlu etkileri mevcutken, öte yandan modern iletişim kanallarının bilgi kirliliği içerebildiği de unutulmamalıdır. Nitekim sağlıklı yaşam, hastalıklar ve beslenme gibi konularda yayılabilecek yanlış ya da zararlı bilgiler, insan sağlığı üzerinde ölümcül boyutlara varabilecek olumsuz etkilere yol açabilmektedir.

Bu konuyla bağlantılı olarak, ulaşım, iletişim ve ticaret kanallarının bütünleşerek olumsuz etki yarattığı bir diğer kanaldan da bahsetmek önem taşımaktadır: Beslenme dönüşümü. Nitekim uluslararası gıda ticaretinin artışı, geniş çevrelerce, besin dönüşümünün önemli bir belirleyicisi olarak görülmektedir. Bunun arkasında ise, küreselleşmenin, üretimden işleme, tedarikten perakendeciliğe kadar bütün gıda tedariki zincirinde şirket mülkiyetinin yoğunlaşmasındaki anlamlı artışla ilişkilendirilmesi yatmaktadır (Labonte ve diğerleri, 2011). Bu kapsamda, orta gelirli ülkelerde, yüksek kalorili, düşük besin değerli ve özellikle işlenmiş gıdaların tedarik, bulunabilirlik, reklam ve tanıtımında dramatik artışlar gözlenmiştir. Özellikle gıda reklamcılığı ve promosyonunun, gıda tüketim kalıplarını etkilediğine dair açık kanıtlar olduğunu vurgulamak gerekir. Bazı sistematik değerlendirmeler, çocukları ve gençleri hedef alan gıda reklamcılığının, ilgili seçimleri etkilediğine işaret etmektedir.

Bu minvalde, önceleri yüksek gelirli ülkelerde gözlenen yüksek yağ ve şeker içeren beslenme alışkanlıklarının, daha düşük gelirli ülkelere de hızla sirayet ettiği ve aşırı kilo, obezite ve bunlara bağlı kronik hastalıklara ilişkin sorunları artırdığı bilinmektedir. Bu ise, zaman içinde ilgili toplumlarda gözlenen hastalıklarda da bir değişimi beraberinde getirmiştir. Örnek olarak; düşük gelirli ülkelerde daha önceleri beslenme eksikliğinden kaynaklanan hastalıklar ağırlıklı bir sorun oluştururken, zararlı beslenme eğilimiyle neticesinde, bunlara artan oranda kalp ve damar hastalıkları da eklenmiştir. Dolayısıyla küreselleşmenin sonucunda dünya çapına yayılan unsurlardan birinin de beslenme alışkanlıklarındaki değişimler olduğu göz önüne alındığında, insan sağlığına dair bir etkinin de bu çerçevede yaşandığı ifade edilebilir.

Sağlık Turizmi: Sağlık turizmi, hastaların kendi yaşadıkları yerden başka bir yere sağlık amacı ile seyahat etmesidir.

KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Küreselleşme dalgasıyla birlikte pek çok alanda yaşanan hızlı gelişmeler, bir önceki bölümde işlendiği üzere, insan sağlığını etkileyerek sağlığa dair farklı yönde ve çeşitli taleplerin oluşmasına sebebiyet vermiştir. Öte yandan, söz konusu dönüşüm sürecinde, ilgili taleplere cevap veren ya da vermesi beklenen mekanizmaların da benzer ya da farklı kanallardan etkilendiğine şüphe yoktur. Bu ise beraberinde, sağlık hizmetleri piyasasında da durmak bilmeyen bir dönüşüm sürecini getirmiştir. Bir başka deyişle globalleşmenin dinamikleri, sağlık ekonomisinin arz cephesinde yer alan sistemler ile bu minvalde sunulan ürün ve hizmetlerin de gelişiminde söz sahibi olmuştur.

Sağlık sistemleri, DSÖ tarafından; “sağlığı iyileştirmeye yönelik aksiyonlara adanmış kurum, kuruluş ve kaynaklar” olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda, sağlık sistemlerinin amaçları, bir yandan toplum genelinde optimal bir sağlık düzeyini hakkaniyetli bir biçimde sağlamak, diğer yandan da risklere karşı yeterli korumayı temin etmek olarak ifade edilebilir. Bunun yanı sıra, sağlık sistemlerinden yararlanan bireylerin memnuniyeti ve kaynakların verimli kullanımı da, amaçlar arasında zikredilmektedir. Dünya genelinde sağlanması arzulanan bu hedeflerin, ülkelerin gelir düzeyleri ve politikaları bağlamında önemli farklılıklar sergilediğini de belirtmek gerekir.

Bu doğrultuda, ünitenin bu bölümünde, küreselleşmenin sağlık sistemleri çerçevesinde ne tür değişimlere sahne olduğu incelenecektir. Bununla birlikte, daha önce bahsi geçen karmaşık yapının bu cephede de mevcut olduğunu ve ele alınacak faktörlerin dolaylı olarak sağlık çıktılarını da etkilediğini belirtmekte fayda vardır.

Küreselleşmenin Sağlık Hizmetlerine Etkileri

Bu bölüm, küreselleşme sonucunda, insan kaynağı, teknoloji, sağlık kurumları gibi temel unsurlarda ortaya çıkan gelişmeleri irdeleyerek, bunların sağlık hizmetleri ve piyasaları üzerindeki yansımalarını ele almaktadır.

İnsan Kaynağı Yoluyla

Çeşitli sebeplere bağlı olmakla birlikte, insan mobilitesi ve göçün, küreselleşmenin ana parametrelerinden olduğu ve bunun toplumların sağlığına olan etkileri daha önceki bölümlerde ele alınmıştı. Söz konusu dinamiğin sağlık sistemleri üzerinde de önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Bunun başlıca nedeninin ise sağlık alanındaki çalışanların ülkelerinden ayrılmalarına bağlı olarak, gerek göç ettikleri ülkede, gerekse kendi ülkelerinde yaratmış oldukları etkiler olduğu söylenebilir. Zira sağlık insan gücünün düşüklük düzeyi, toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Sağlık profesyonelleri göçünün arkasında ise gerek iten gerekse çeken unsurlar bulunmaktadır. İten unsurlara örnek olarak, mensup olunan ülkedeki kötü çalışma koşulları, işsizlik, altyapı yetersizliği ve toplumsal çatışmalar verilebilecekken, çeken faktörler için ise yabancı ülkedeki cazip çalışma şartları, refah ve istikrarlı ortam ile mesleki gelişim ve kariyer fırsatları gibi etmenler gösterilebilir.

Buradan hareketle genel resmi çizmek gerekirse, sağlık profesyonellerinin mobilitesinin daha düşük gelirli ülkelerin aleyhine sonuçlar verdiği söylenebilir. Özellikle genç sağlık çalışanlarının, eğitim için buldukları daha gelişmiş ülkelerde mezuniyet sonrası yerleşmeleri, bu bağlamda verilebilecek en klasik örnektir. Bir diğer etken ise bazı yüksek gelirli ülkelerde personel açığını kapamak amacıyla uygulanan politikalarla düşük gelirli ülkelerden insan kaynağı transfer edilmesidir.

Sağlık Sistemleri: Sağlığı iyileştirmeye yönelik aksiyonlara adanmış kurum, kuruluş ve kaynaklardır.



Olayın göze çarpan bir boyutunun da eğitim cephesinde gözlemlendiğini eklemek gerekir. Nitekim son yıllarda gelişmekte olan ülkelerdeki bazı üniversitelerin, sağlık alanında Batı standartlarında eğitim verebilen kurumlar hâline geldiği gözlenmektedir. Uluslararası camiada kabul görebilen bu programlar, insan kaynağına farklı yönlerden etki edebilmektedir. Bunlardan biri, hiç şüphesiz, mezun olan yerli öğrencilerin kendi ülkelerinde çalışmaları durumunda sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması olarak ifade edilebilir. Söz konusu öğrencilerin diplomalarının yurtdışında kabul görmesi durumunda ise beyin göçüyle de karşılaşılabilir. Öte yandan, artan eğitim kalitesinin yanı sıra mali olarak da avantajlı olabilen bu programlar, yurt dışından da öğrenci çekebilmektedir. Buna ek olarak, sağlık profesyonellerinde gözle görülür bir göç yaşanması, gelişmekte olan ülkelere eğitim alanında zarar görmesine de neden olabilmektedir.

Araştırmalar, bir ülkenin sağlık alanında sahip olduğu insan kaynağı ile edindiği sağlık çıktıları arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğuna dair bulgular içermektedir. Nitekim sağlık sektöründeki ehliyetli kişilerin ülkeden ayrılması, sağlık hizmetlerini aksatıcı ya da kaliteyi düşürücü yönde etkiler gösterebilmektedir. Bu çerçevede, düşük gelirli ülkelerde özellikle belli başlı uzmanlıklara sahip çalışan sayısının göreceli olarak az olduğu düşünüldüğünde, göçlerin, bu ülkelerdeki durumu daha da kötüleştirilmesi kaçınılmazdır.

Gelişmiş ülkeler kanadında mevcut olan verilere bakıldığında, göçlerin ne denli önem taşıdığı bir kez daha anlaşılmaktadır. Zira söz konusu ülkelerdeki sağlık iş gücünün hatırı sayılır bir bölümünü, yabancı uyruklu ya da yabancı ülkede eğitim almış personelinin oluşturduğu gözlenmektedir. Örnek olarak, DSÖ ve OECD tarafından yayınlanan mevcut veriler dâhilinde, İngiltere'deki kayıtlı doktorların %37'sini başka ülkede eğitim almış kişiler oluştururken, bu oran ABD'de %25,9, Kanada'da %24'tür (Tablo 6.6).

Dünya çapında artmakta olan sağlık profesyoneli açığı ve sağlık işgücünün adil olmayan dağılımı, son birkaç on yıldaki uluslararası göçlere bağlı olarak, giderek daha komplice bir hal almıştır. Bu süreçte, gelişmiş ülkelerin evde bakım uzmanlarından hemşirelere ve doktorlara uzanan geniş bir spektrumda istihdam oluşturmak için yabancı göçlere daha da bağımlı hale geldiği görülmüştür. DSÖ, ilgili ülkelerdeki artan yaşam süreleri ve büyüyen yaşlı nüfuslar da göz önüne alındığında, sağlık mesleklerindeki bu ihtiyacın ve eğilimin gelecek on yıllarda da yoğunlaşarak devam edeceğini öngörmektedir.

Ülke	Doktor Oranı (%)
Avusturya	4,1
Danimarka	6,1
Belçika	6,7
Finlandiya	11,7
İsveç	18,4
İsviçre	22,5
Kanada	24
ABD	25,9
İrlanda	35,5
İngiltere	37
Yeni Zelanda	38,9

Tablo 6.6
Yabancı Bir Ülkede
Eğitim Almış Doktor
Oranı*

Kaynak: DSÖ (2014)

*Veriler ülkeler bazında
tarih değişikliği
göstermekte olup 2007
ve sonrası yıllara aittir

Girdiler ve Teknoloji Yoluyla

Küreselleşmenin sağlık piyasaları üzerindeki önemli bir yansıması da, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan ecza ürünleri ve tıbbi cihazlar vasıtasıyla görülmüştür. İlaç ve aşıdan teşhis ve tedavi teknolojilerine kadar uzanan bu geniş yelpazenin, küreselleşmeyle birlikte sağlık hizmetlerinde yeni bir çığır açmasının arkasında ise iki ana sebebin yattığı ifade edilebilir. Bunlardan biri, söz konusu tıp ürünlerinin ticari anlamda sınırları daha kolay aşarak özellikle gelişmekte olan ülkelere ulaşması, diğeri ise yoğunlaşan Ar-Ge çalışmalarıyla yaratılan bilgi, teknoloji ve inovasyonun transfer edilmesi ya da yayılmasıdır.

Buradan hareketle aşı teknolojilerindeki gelişim ve yayılma, küreselleşme sürecinin global sağlık hizmetleri üzerinde oynadığı rol açısından önemli bir boyutu teşkil etmektedir. Bilindiği üzere, aşı yoluyla önlenemeyen hastalıklara karşı aşılama, her yıl dünya çapında milyonlarca potansiyel ölüm riskini ortadan kaldırmaktadır. Bu doğrultuda, çocuk felci yok etme girişiminin, 1998 yılında yılda 350.000 civarındaki vaka sayısını 4 yıl içinde 800'e kadar indirmesi, bu kapsamda yakın döneme ait oldukça anlamlı bir örnek olarak verilebilir.

Bu minvalde aşılama, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerdeki toplumları olumlu yönde etkilediğine şüphe yoktur. Bununla birlikte, yüksek gelirli ülkelerin sağlık piyasalarında hâkim olan ve gelişmekte olan dünyanınkilerden oldukça farklı olan ihtiyaçların, ticari aşı geliştirme çalışmalarına büyük ölçüde yön verdiği ifade edilebilir. Bu noktada, aşı araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) çalışmalarının hem maliyetli, hem de yüksek riskli bir iş olduğunu belirtmekte de fayda vardır. Söz konusu sürecin komplike olması ve araştırmaların ürünle sonuçlanmasının 10 yılı aşabilen süreler almasının yanı sıra, düşük kar marjları, kısıtlı kullanımlar ve belirsiz talep gibi unsurlar da, aşı geliştirmeyi ekonomik açıdan sıkıntılı ve seçici kılabilmektedir.

Öte yandan, küreselleşmenin etkileriyle birlikte, gelişmekte olan ülkelerdeki üreticilerin de aşı üretiminde çeşitlilik ve kapasite anlamında daha gözle görülür bir rol olması, dünya çapında aşılama görünümünün değişmesine katkıda bulunmuştur. Bununla beraber, gelişen ekonomilerdeki aşı üretiminde görülen bazı uluslararası kalite standartlarına uyumsuzluklar, dünya çapında aşı kalitesinin sorgulanmasını da artırmıştır. Bu bağlamda, uluslararası aşı kalitesinin artırılması amacıyla DSÖ 1990'lı yıllarda, aşı üretimi yapılan ülkelerde ulusal aşı düzenleme ajanslarını güçlendirme çalışmalarına odaklanmıştır. Buna ek olarak, 2004 yılında da Gelişmekte Olan Ülkelerin Aşı Düzenleyicileri Ağı (DCVRN-Developing Countries' Vaccine Regulators Network) adı altında bir girişim, aynı amaca hizmet etmek için devreye sokulmuştur.

Düzenleyici standartlar bağlamında sınırlar ötesi uyumun yaygınlaşmasının yanı sıra, global tehdit içeren grip salgınları ya da biyoterörizm gibi çeşitli risklere karşı artan ilginin de, küreselleşmenin bir getirisi olarak dünya çapında aşı tedariki ve hizmetleri konusunda gelişmelere ön ayak olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, söz konusu gelişmelerin, finansman açısından elverişli seviyelere sahip yüksek gelirli ülkelerde daha aktif olarak gözlemlendiğini belirtmek gerekir. Dolayısıyla hastalıkların ve tehditlerin küreselleşmesinin bir sonucu olarak aşı endüstrisinde ortaya çıkan yeni fonlama ve çalışmaların, finansal olarak çekici olan pazarların ötesinde global sağlık önceliklerini hedeflemek yönünde zorluklar yaşadığını vurgulamak önem taşımaktadır (Milstien ve diğerleri, 2006).

Aşı sektöründe gelişmekte olan ülkelerin dezavantajlı kalmasına sebep olan bu tablo, ilaç piyasasında da benzer gelişmelere sahne olmuştur. Küresel ilaç sanayinin ağırlıklı bölümünün ABD ve Avrupa ülkeleri başta olmak üzere gelişmiş dünyada yer alması, Ar-Ge çalışmalarında daha çok bu toplumların ihtiyaçlarına yönelik alanlara yoğunlaşmasını

beraberinde getirmiştir. Nitekim kâr amacı güden söz konusu ilaç şirketleri, Ar-Ge'den fiyatlamaya kadar çeşitli kararlarını bu perspektifte şekillendirmektedir.

Bu bağlamdaki gelişmelerin bir diğer olumsuz yönü ise gerek ilaç gerekse aşılarda gerçekleştirilen inovasyonların, gelişmekte olan ülkelerdeki insanların bunlara ulaşmasını zorlaştıran fiyatlarda sunulması olmuştur. Bu ise ahlaki olmayan bir durum olarak değerlendirilmenin yanı sıra, dünyanın uzun vadeli menfaatleri açısından da doğru bulunmamaktadır. Bununla beraber, gerek inovatif araştırmaların gerekse jenerik ilaç üretiminin Çin ve Hindistan gibi gelişen ekonomilerde de yer bulduğunu ve küreselleşmeyle birlikte bu kapsamda uluslararası işbirliklerin görüldüğünü eklemek gerekir. Öte yandan, gelişmekte olan ülkelerin bir kısmında ecza sektörünün giderek daha aktif hale gelmesinin, düşük maliyet nedeniyle bu pazarlara kaydırılmış Ar-Ge ve üretim çalışmalarından da kaynaklandığı ifade edilebilir.

Bununla beraber, birçok gelişen ekonomide, küreselleşme ve ecza sektörü ilişkisinin, yerli üretim ve ihracatta düşüşe, ithalat, fiyat ve masraflarda artışa sebep olduğu da iddia edilmektedir. Buna örnek olarak, gelişmekte olan bir ülke olan Türkiye'nin ecza sektörüne eskiden beri uygulanan global baskılardaki artışa bağlı olarak çok uluslu şirketlere bağlılığının arttığı ve zaten zayıflamış olan ulusal sektörün kademeli olarak zedelendiği belirtilmektedir (Semin ve Güldal, 2008). Buna paralel olarak ecza sanayindeki aktörlerin, küreselleşme trendinin etkisiyle dünya çapında etkilerini artırmak amacıyla, reklamcılıktan lobiciliğe kadar uzanan çeşitli tanıtım faaliyetleri için dev miktarlar harcadıkları da bilinmektedir. Dolayısıyla ilaç piyasasındaki küresel gelişmelerde, pazarlama çalışmalarının da payı oldukça büyüktür.

Tam bu noktada, küreselleşme ve ecza piyasası arasındaki kritik bir bağ olan ticari anlaşmalar, fikrî mülkiyet hakları ve patent konularından da bahsetmek gerekir. Bu bağlamda, Dünya Ticaret Örgütü'nün kamu sağlığını etkileme yönünde bazı anlaşmaları devreye soktuğu vurgulanmalıdır. Bu anlaşmalardan biri, fikrî mülkiyet haklarının ticari yönlerini ele alan TRIPS (The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights- Ticaretle Bağlantılı Fikrî Mülkiyet Anlaşması) olup, DTÖ üyelerinin söz konusu hakları koruması amacıyla minimum standartlar belirlemesini şart koşturmuştur.

Gelişmekte olan ülkeler açısından, TRIPS anlaşmasının en önemli yönlerinden biri, patentlerle ilgili hükümler olmuştur. Dolayısıyla patent hükümleri sağlık bağlamında, ecza ürünleri kapsamında ilgili ülkelerde çeşitli etkiler göstermiştir. Nitekim TRIPS öncesinde, yüksek gelirli ülkelerin ecza ürünlerinde güçlü bir koruma sistemine sahipken, çoğu gelişen ülkenin bu anlamda zayıf olduğu bilinmektedir. Bu çerçevede, gelişmekte olan ve özellikle düşük gelirli ülkelerde, patent sistemlerinin güçlendirilmesi, TRIPS'in fiyatları artıracığı ve ecza ürünlerine erişimi zorlaştıracığı yönünde endişeleri de beraberinde getirmiştir. Nitekim güçlendirilmiş patent hakları, maliyetli ve riskli Ar-Ge süreçlerini ve çıktılarını koruyarak sistemi güçlendirmeye amaçlarken, bir yandan da ilaçlar ve aşılarda insan sağlığı için kritik olan ürünlerde patent sahibine ekstra gelir sağlayarak monopol güce destek vermektedir. Bu ise söz konusu ürünlere muhtaç ve geliri nispeten düşük dünya toplumlarında mağduriyetlere sebebiyet vermektedir.

Dolayısıyla küreselleşme sürecinin sağlık boyutunda yarattığı etkilerin, farklı çelişki ve çatışmaları da ortaya çıkardığı anlaşılmaktadır. Fikrî mülkiyet haklarına dair uluslararası düzenlemeler, bir yandan sağlık teknolojisinin gelişimine destek verirken diğer yandan da bunların düşük ve orta gelirli ülke toplumlarının maddi gücünü sarsması yönüyle, bu çatışmalara verilebilecek en anlamlı örneklerden biridir.

TRIPS: 1995 yılında, ticaretle bağlantılı fikrî mülkiyet haklarını düzenleyen bir anlaşma olarak uluslararası ticaret sistemine eklenmiştir.

Bunlardan bir diğeri ise yukarıda da belirtildiği üzere, küresel hastalık yükünün önemli bir bölümünün gelişen dünya tarafından taşınmasına rağmen, Ar-Ge çalışmalarında bu ülkelerdeki hastalıklara dair oranın düşük olmasıdır. Bu nedenle de özellikle yoksul kesim hastalıkları göz önünde bulundurulduğunda, yeni ilaç keşfinin teşviki açısından alternatif mekanizmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Labonte ve diğerleri, 2011). Bu bağlamda, gelişen ülkelerde gereksinim duyulan ürünlerin geliştirilmesine yönelik birçok kamu-özel ortaklığı oluşturulmuş olsa da, bu tarz girişimlerin sürdürülebilmesi zorlu süreçler gerektirmektedir.

Sonuç olarak, küreselleşme sürecinin, burada işlenen faktörler ve benzerlerine bağlı olarak, girdiler ve teknoloji cephesinde, dünya sağlık piyasalarını ve bunların hizmet sunduğu milyonlarca insanı, “uluslararasılaşan tıp” ile olumlu etkilediği ancak birçok soru işareti ve olumsuzluğu da beraberinde getirdiği ifade edilebilir.

Uluslararası Düzenlemeler ve Politikalar Yoluyla

Globalleşmeyle birlikte büyüyen uluslararası ilişkiler ağı, bir ülkeden diğerine ticaret ve ulaşım yollarıyla transfer olabilecek sağlık risklerine dair endişeleri tırmandırmıştır. Bu bağlamda, sağlığa ilişkin mevcut ve potansiyel sorunlar da, uluslararası camianın ortak ajandasına girerek, ülkeleri karşılıklı tedbirler konusunda çalışmalar yapmaya sevk etmiştir.

Bu konuda göze çarpan adımlardan biri, Dünya Sağlık Örgütü'ne üye devletlerin, 1995 yılında küresel ölçekte daha iyi hastalık kontrolü ve tepki mekanizmalarına ihtiyaç duyulduğu konusunda anlaşmaya varmış olmasıdır. Bundan bir süre sonra ise uluslararası SARS salgınının patlak vermesi ve ayrıca ölümcül kuş gribinin yayılması üzerine, DSÖ ciddi ölçüde revize edilen Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri'ni (IHR- International Health Regulations) 2005 yılında kabul etmiştir (Fischer ve diğerleri, 2011).

IHR 2005 olarak bilinen düzenlemeler, kamu sağlığına yönelik tehditleri, sınırlar ve limanların da ötesinde ülkelerin her köşesinde engellemeye odaklanmıştır. Yenilenen düzenlemeler, ülkelere sağlık krizlerini seri ve şeffaf bir şekilde bildirme mecburiyeti, DÖS'ye ise uluslararası tehditlere karşı koordinasyon sorumlulukları yüklemiştir. 2005 düzenlemelerinin ülkelere getirdiği yükümlülükler arasında, raporlama ve hızlı tepki vermenin yanı sıra, hastalıkları saptama ve değerlendirme konularında da kapasitelerini güçlendirmeleri talebi dikkat çekmektedir.

Bununla birlikte, ilgili düzenlemelerin, uygulama anlamında dünyanın her köşesinde aynı derecede başarılı olduğu söylenemez. ABD başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde daha uyumlu bir görünüme ulaşmakla birlikte, bazı düşük ve orta gelirli ülkelerin, kaynaklar ve uygulama sıkıntıları nedeniyle zayıf tablolar çizdikleri gözlenmektedir. DSÖ tarafından getirilen düzenlemelerin, küresel sağlık çıktıları üzerinde olumlu bir rol oynadığına şüphe yoktur. Öte yandan, global düzeyde risklerin minimuma indirilmesi için, zincirin sağlam kalması gerektiği ve bu bağlamda tüm ülkelerde güçlü uygulamalara ihtiyaç duyulduğu da ortadadır. Ek olarak, DSÖ bünyesindeki uluslararası çalışmaların, doğal felaketler ve savaşlar neticesinde ortaya çıkan insani krizler ile Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne yönelik işbirlikleri ve düzenlemeler içerdiğini de belirtmek gerekir.

Küreselleşmenin sağlık alanındaki pozitif etkilerinden bir diğerinin de, iş güvenliğine ilişkin global standartların teşvik edilmesi olduğu söylenebilir. Özellikle Uluslararası Çalışma Örgütü ILO (International Labor Organization) tarafından belirlenen standartlar, çalışanların iş ortamlarında hayatlarını daha sağlıklı ve güvenli bir biçimde sürdürmelerine destek vermektedir. Bununla beraber, belirtmek gerekir ki; DSÖ düzenlemelerinde olduğu gibi, bu alanda da her ülkede eşit seviyede bir uyum yakalamak zordur.

Bilindiği üzere, söz konusu standartların varlığında dahi, her yıl dünya çapında binlerce insan iş yerine bağlı hastalık veya kazalardan ötürü hayatını kaybetmektedir. Bu noktada, standartların uygulanmasının bir yandan insan hayatını diğer yandan da maliyetleri azaltacağı göz önüne alındığında, ülkelerin bu konuya önemle eğilmesi şart görülmektedir. ILO tarafından 2003 yılında benimsenen küresel strateji, bu doğrultuda önleyici güvenlik ve sağlık kültürünü pekiştirmeyi, ilgili enstrümanların gelişmesini teşvik etmeyi ve teknik destek vermeyi amaçlamıştır.

Öte yandan, küreselleşmenin temel dinamiklerinden olan ticaret akımlarının tırmanış sergilemesi de sağlık üzerinde ciddi etkileri olabilen gıda güvenliği konusunu, global ajandanın önemli maddelerinden biri haline getirmiştir. Bu kapsamda ise ülkelerin kendi belirledikleri standartların yanı sıra, DTÖ tarafından da açıklanmış düzenlemeler mevcuttur. Gıda güvenliği ile bitki ve hayvan sağlık standartlarına dair anlaşma olan Sağlık ve Bitki Sağlığı Önlemleri Anlaşması SPS (Sanitary and Phytosanitary Measures Agreement) bu bağlamda zikredilmelidir. DTÖ'nün Ticarete Teknik Engeller Anlaşması ile bağlantılı bir şekilde dizayn edilen bu uluslararası anlaşma, ithal edilen ürünlerde sağlık risklerinin kontrol edilmesini amaçlamıştır. Üye ülkeler, ilgili uluslararası standartları, yönergeleri ve tavsiyeleri uygulamak konusunda teşvik edilmiştir.

Dolayısıyla küreselleşmenin sebep olabileceği sağlık risklerinden mümkün olduğunca korunmak amacıyla ilgili uluslararası kurumların ve ayrıca karşılıklı ülkelerin belirlediği düzenlemeler ve standartlar dünya çapında geniş ölçüde yer bulmakta ve insan sağlığına olumlu yansımalar yapmaktadır. Bununla beraber, küresel ölçekte maksimum başarı için, ilgili düzenlemelerin dünya genelinde etkili bir şekilde uygulanması gerektiğine de şüphe yoktur.

Öte yandan, küreselleşmenin sağlık ekonomisi üzerinde oynadığı rollerden bir diğeri de, sağlık hizmetlerinin evrenselleştirilmesi çabalarına bağlı olarak ülkelerin sağlık politikalarında hayata geçirilen reformlar yoluyla gerçekleşmiştir. Bu doğrultuda, ulusal sağlık sistemlerinin şekillenmesinde baskın rollerden birinin, 1990'lar itibarıyla araştırma ve bağışların sponsor ya da kreditorlüğünü üstlenen Dünya Bankası tarafından oynadığı ifade edilebilir. Bunun yanı sıra, IMF ve DTÖ gibi etki gücü yüksek küresel kurumların da bu süreçte sahne aldığını eklemek gerekir. Söz konusu kurumların global ölçekte yürütmeyi amaçladığı sağlık sektörü reformlarında ise belli başlı unsurlar öne çıkmaktadır. 2007 tarihli Lister çalışmasında belirtildiği üzere, bunlardan başlıcaları;

1. Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinde asgari devlet katkısını amaçlayan ve bu hizmetleri minimum ya da temel paketlerle kısıtlayan bir model teşviki
2. Bazı küçük muafiyetler dışında, çoğu sağlık hizmeti için ücret yaptırımını
3. Çeşitli formlarda sağlık sigortası kurulmasının teşviki
4. Özel sektör veya sivil toplum örgütlerine, kamu adına fonlanmış sağlık hizmetlerini tayin etmek amaçlı teşvik kontratları
5. Kamu hizmetleri tedarikinde artan bir rol oynaması amacıyla, özelleştirmeler ve kamu-özel ortaklıkları yoluyla özel sektörün azami şekilde dâhil edilmesi
6. Evrensel bir reform savunuculuğu adına, siyasi ve sosyal şartlara bakılmaksızın, sağlık sistemlerinin merkezi yönetim anlayışından çıkarılması (decentralization)
7. Sağlık hizmeti tedarikçilerinin, özel bir firma çizgisinde girişimci bir tarzda işlev görmesini sağlamak amacıyla kurumsallaştırılması
8. Orta ve yüksek gelirli ülkelerde, "hasta seçimi" gibi tüketici yanlısı politikaların savunulması isteği

Öne çıkanları yukarıda özetlenen ve özellikle düşük ile orta gelirli ülkelerin uygulama yönünde baskı gördüğü söz konusu reformlar çeşitli eleştirilere maruz kalırken, Dünya Sağlık Örgütünden de da bir direnç görülmediğini belirtmek gerekir. Nitekim DSÖ de, bahse konu olan piyasa reformlarından bir kısmını benimseme yoluna gitmiştir. Bunlar arasında, özel sektör kurumlarıyla yakın işbirliğine açılma, ücret yaptırımlarına karşı takınılan geleneksel duruşta yumuşama, evrensellik ve eşitlik odağının yerine Dünya Bankası'nın "temel paket" nosyonunu benimseme gibi yaklaşım değişiklikleri göze çarpmaktadır.

Özel sektör marifetine ağırlık veren bu reform paketlerin eleştirildiği temel çerçeve, verimlilik ve hakkaniyet anlamında olup, pek çok OECD ülkesi tarafından maliyet ve komplikasyon doğurucu olarak tanımlanmıştır. Buna paralel olarak, reformları uygulamak durumunda kalan düşük ve orta gelirli ülkelerde de olumsuzluklarla karşılaşıldığı ifade edilmektedir. Bu kapsamda en önemli eleştirilerden biri, yoksulların sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaşılabilecek zorluklar olarak öne çıkmıştır. Dolayısıyla en temele inilecek olursa; reformlara muhalif seslerin yükselmesinde, düşük gelirden yüksek gelire farklı refah seviyesi ve yapılarıdaki ekonomilerde "tek tip reçete" yaklaşımının benimsenmesinin esas sebep olduğu söylenebilir.

Özet



Küreselleşmenin gerçekleşmesinde rol alan ana dinamikleri açıklamak

Asırlar alan bir süreç olmakla birlikte, 1980'ler itibarıyla yoğunlaşan modern küreselleşme dalgasında, dünya çapındaki ticaret, sermaye ve yatırım akımlarının yanı sıra, göçler ve insan mobilitesi ile teknolojik gelişim ve bilginin yayılması temel dinamikler olarak öne çıkmaktadır. Ülkeleri ve temel ekonomik oyuncularını küreselleşmeye yönelten dinamikler ise iten ve çeken faktörler olarak adlandırılmaktadır. Ticari kolaylıklar, yeni Pazar fırsatları ve üretim avantajları çeken faktörler arasındayken, artan rekabet ve güçlenen uluslararası standartlar ise iten faktörlere örnek olarak verilebilir.



Küreselleşmenin, insan sağlığını hangi yollarla ve nasıl etkilediğini açıklamak

Küreselleşmenin hüküm sürdüğü söz konusu dönem, sağlık ekonomisi açısından da oldukça önemli değişimleri beraberinde getirmiştir. Nitekim ilgili dinamikler, bir yandan insan sağlığı üzerinde değişimlere sebebiyet vererek sağlık sektöründe talep tarafında etkili olurken bir yandan da arz cephesinde sunulan ürün, hizmet ve sistemlerin gelişiminde rol oynamıştır. Küreselleşmenin insan sağlığı üzerindeki etkileri incelendiğinde, önemli bir kanalın ekonomik gelişim ve refah yoluyla gerçekleştiği görülmektedir. Zira ticaret, sermaye ve yatırımlar yoluyla şekillenen ekonomik gelişmeler, toplumların sağlık düzeyi üzerinde çeşitli etkilere yol açabilmektedir. Bunun yanı sıra, küreselleşmenin ana unsurlarından olan iletişim ve ulaşım yolu da insan sağlığını olumlu ve olumsuz olarak etkileyebilmektedir.



Küreselleşmenin, ülkelerin sağlık hizmetleri üzerinde hangi kanallarla ve ne yönde rol oynadığını açıklamak

Küreselleşmenin sağlık hizmetleri anlamında ortaya çıkardığı sonuçlara bakılacak olursa, sağlık profesyonelleri kapsamındaki insan kaynağının mobilitesinin, dikkat çeken bir faktör olduğu gözlenmektedir. Ülkelerin global entegrasyonunun sağlık piyasasına bir diğer yansıması ise ilgili hizmetlerin temelini oluşturan ecza ürünleri ve tıbbi cihazlar, bir diğer deyişle, girdiler ve teknoloji vasıtasıyla görülmüştür. Öte yandan, küreselleşmenin yoğunlaşması, sağlığa ilişkin mevcut ve potansiyel sorunların uluslararası camianın ortak ajandasına girmesinin ve bu doğrultuda karşılıklı tedbirlerden reformlara uzanan çeşitli radikal düzenlemelerin yapılmasını beraberinde getirmiştir.

Kendimizi Sınavalım

1. Küreselleşme süreciyle ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Küreselleşme ülke ekonomilerini şekillendirmede önemli rol oynamıştır.
 - b. Küreselleşme 1980'ler itibariyle daha çok gündeme gelmiştir.
 - c. Küreselleşme asırlar alan bir süreç olmuştur.
 - d. 1. Dünya Savaşı küresel entegrasyonu kesintiye uğratmıştır.
 - e. 2. Dünya Savaşı sonrasında da küreselleşme yavaş seyrini sürdürmüştür.
2. 2008-2009 Krizi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Küreselleşmeyle bağlantılıdır.
 - b. Ekonomik gelişim açısından aşağı yönlü etkileri olmuştur.
 - c. Sermaye akımı kontrolleriyle bağlantılıdır.
 - d. Finansal küreselleşmenin risklerini göstermektedir.
 - e. Global ölçekte etkileri olmuştur.
3. Uluslararası göçmen sayısı 2013 itibariyle dünya çapında kaç kişiye ulaşmıştır?
 - a. 103,4 milyon
 - b. 174,5 milyon
 - c. 95,9 milyon
 - d. 231,5 milyon
 - e. 345,4 milyon
4. 2013 yılı BM verilerine göre, göçmenlerin ülkelerdeki nüfuslar içindeki oranları bağlamında aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?
 - a. Afrika'da Latin Amerika'dan yüksektir.
 - b. Asya'da Avrupa'dan yüksektir.
 - c. Avrupa'da Okyanusya'dan yüksektir.
 - d. Kuzey Amerika ve Okyanusya'da eşit düzeydedir.
 - e. Avrupa'da en yüksektir.
5. Küreselleşme ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
 - a. Küreselleşme, avantajlarının yanı sıra dezavantajlar da barındırmaktadır.
 - b. Küreselleşmenin sağlık ekonomisine etkileri oldukça basit bir çerçevededir.
 - c. Küreselleşme sürecinde birbiriyle etkileşen kanallar mevcuttur.
 - d. Ekonomiler, arz ve talep ile şekillenerek denge bulur.
 - e. Küreselleşme, sağlık üzerinde hem dolaylı hem dolaysız yansımalar gösterir.
6. Ampirik çalışmalar ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Tüm ampirik çalışmalar, ekonomilerin dışa açılmasının büyümeye pozitif etkileri olduğunu gösterir.
 - b. Nispeten kapalı ekonomilerin yavaş tempo sergilediklerine dair herhangi bir gözlem yoktur.
 - c. Bazı ampirik çalışmalar, dışa açılmanın belirsiz büyüme etkilerine sahip olduğunu gösterir.
 - d. Yüksek büyüme oranları, gelir hakkaniyetsizliğini çözenin temel şartıdır.
 - e. Salgın hastalıkların ilgili ülkenin ticaretini etkileyebileceği söylenemez.
7. Dünyayı etkileyen SARS vakasının yılı ve ilk patlak verdiği yer aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. 2003- Singapur
 - b. 1993- Vietnam
 - c. 2003- Hong Kong
 - d. 1973- Toronto
 - e. 1993- Toronto
8. Küreselleşmenin insan sağlığına etkileri açısından aşağıdakilerden hangisi daha dolaylı bir etki içerir?
 - a. İnternet
 - b. Refah artışı
 - c. Patojenler
 - d. Reklamlar
 - e. Beyin göçü
9. Aşağıdakilerden hangisi, küreselleşmenin sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerine direkt hizmet eden kanallardan biri **değildir**?
 - a. Aşılar
 - b. İklim değişikliği
 - c. Tıp mezunlarının göçü
 - d. Uluslararası sağlık düzenlemeleri
 - e. İlaç sektörü
10. DSÖ tarafından 2005 yılında kabul edilen uluslararası sağlık düzenlemelerinin, aşağıdakilerden hangisine odaklandığı **söylenemez**?
 - a. Hastalıkları saptama
 - b. Sağlık krizlerini yönetme
 - c. İş sağlığı ve güvenliği
 - d. Uluslararası tehditlere karşı koordinasyon
 - e. Kamu sağlığına yönelik tedbirler

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. e Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
2. c Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
3. d Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
4. a Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
5. b Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme ve İnsan Sağlığı” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
6. c Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme ve İnsan Sağlığı” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
7. c Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme ve İnsan Sağlığı” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
8. e Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme ve İnsan Sağlığı” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
9. b Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme ve Sağlık Hizmetleri” konusunu yeniden gözden geçiriniz.
10. c Yanıtınız yanlış ise “Küreselleşme ve Sağlık Hizmetleri” konusunu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Ticaret hareketliliğinin, küreselleşmenin temel unsurlarından olduğunu ifade etmek mümkündür. Gümrük vergilerinin kaldırılması/düşürülmesi, kotaların iyileştirilmesi, sermaye kontrollerinin yumuşatılması, fikrî mülkiyet haklarının uyumlaştırılması gibi faktörler, dünya çapında serbest ticaretin yaygınlaşmasına imkân tanımıştır. Buna ek olarak, lojistik ve teknolojik gelişmelerin ulaşım maliyetlerini azaltması da küresel ticaretteki bu gelişime önemli bir destek vermiştir. Özellikle gelişmekte olan ülkeler, bu süreçte dünya ticareti içindeki paylarını gözle görülür bir şekilde artırarak ekonomik gelişimlerine ivme kazandırmıştır. Bu çerçevede, küresel ihracatın dünya Gayrisafı Yurt İçi Hasılası içindeki payı, 1963 yılında %1,2 iken 2013 itibarıyla %21'e yükselmiştir.

Sıra Sizde 2

Küreselleşmenin ekonomiler üzerindeki etkisi, bir yandan sağladığı ivme ile artması beklenen gelir, diğer yandan da bunun dağılımıyla doğrudan ilişkilidir. Ekonomilerin dışı açılması ve gelir dağılımı arasındaki ilişki ise literatürde farklı bulgular içermektedir. Gerek metodolojik seçimlerden gerekse ülkelerin farklı dinamiklerinden kaynaklanabilecek bu soru işaretleri bir yana, küreselleşme dalgasında pek çok ülkenin gözle görülür bir büyüme kaydettiği ancak bu ekonomilerin bir kısmında eşitsizliğin de büyük ölçüde arttığı bilinmektedir. Dolayısıyla küreselleşmeyle birlikte artan gelirin, toplumun kesimleri arasında hakkaniyetli bir dağılıma sahne olup olmadığı sorgulanmaktadır. Zira yüksek ekonomik büyüme oranları, gelir eşitsizliğini çözmekte yeterli olmamaktadır. Bunun en belirgin örnekleri, Çin başta olmak üzere 1990'lar ve 2000'lerde hızlı bir büyüme performansı sergileyen Doğu Asya ülkelerindeki zengin ve yoksul arasında genişleyen makas ile gözlenmektedir.

Sıra Sizde 3

Küreselleşmenin insan sağlığı üzerindeki en bilinen etkilerinden biri, modernleşen ve genişleyen ulaşım ağı ile artan ticaret, turizm ve göçlerle birlikte, sağlık risklerinin de küresel bir form almış olmasıdır. Nitekim patojenler, insan ve kargo trafiği sayesinde dünyanın bir ucundan diğerine oldukça hızlı bir şekilde erişebilmektedir. SARS ve domuz gribi gibi küresel vakalar buna örnek olarak verilebilir. Küreselleşmeyle birlikte sağlığı olumsuz etkileyen bir diğer faktör ise, yasa dışı ilaç ve uyuşturucuların kullanımındaki yaygınlaşma olmuştur. Bir diğer etki ise göçler yoluyla gerçekleşmektedir. Gerek ekonomik nedenler gerekse savaş gibi gerekçelerle artan göçler, varılan ülkenin sağlık görünümünde kötüleşmelere se-

bep olabilmektedir. Bunun en belirgin göstergelerinden biri AIDS hastalığıdır. Öte yandan, küreselleşmenin motor güçlerinden iletişim teknolojilerinde yaşanan hızlı gelişimin ise global sağlığa çeşitli kanallardan fayda ettiği ifade edilebilir. Bunların başında, gerek İnternet ve televizyon gerekse diğer modern iletişim araçları yoluyla bilgiye erişimin kolaylaşması ve yaygınlaşması gelmektedir. Bu kapsamda küreselleşmenin insan sağlığına etki yapma kanallarından birinin de sınır ötesi tedavi olanaklarına başvurmak olduğu ifade edilebilir.

Sıra Sizde 4

TRIPS, 1995 yılında ticaretle bağlantılı fikri mülkiyet haklarını düzenleyen bir anlaşma olarak uluslararası ticaret sistemine eklenmiş ve DTÖ üyelerinin söz konusu hakları koruması amacıyla minimum standartlar belirlemesini şart koşmuştur. Gelişmekte olan ülkeler açısından, TRIPS anlaşmasının en önemli yönlerinden biri, patentlerle ilgili hükümler olmuştur. Dolayısıyla da patent hükümleri, ecza ürünleri kapsamında ilgili ülkelerde çeşitli etkiler göstermiştir. Nitekim TRIPS öncesinde, yüksek gelirli ülkelerin ecza ürünlerinde güçlü bir koruma sistemine sahipken, çoğu gelişen ülkenin bu anlamda zayıf olduğu bilinmektedir. Bu çerçevede, gelişmekte olan ve özellikle düşük gelirli ülkelerde, patent sistemlerinin güçlendirilmesi, TRIPS'in fiyatları artıracığı ve ecza ürünlerine erişimi zorlaştıracağı yönünde endişeleri de beraberinde getirmiştir. Nitekim güçlendirilmiş patent hakları, maliyetli ve riskli Ar-Ge süreçlerini ve çıktıları koruyarak sistemi güçlendirmeye amaçlarken, bir yandan da ilaçlar ve aşılardan gibi insan sağlığı için kritik olan ürünlerde patent sahibine ekstra gelir sağlayarak monopol güce destek vermektedir. Bu ise söz konusu ürünlere muhtaç ve geliri nispeten düşük dünya toplumlarında mağduriyetlere sebebiyet vermektedir.

Yararlanılan Kaynaklar

- Aron, R. (2009). **Globalized Health Care: Driven by Technology**, Johns Hopkins Carey Business School, <http://onearchive.carey.jhu.edu/2009/fall/globalized-health-care-driven-by-technology/>.
- Bloom, D. ve D. Canning (2008). **Population Health and Economic Growth**, The World Bank.
- CIA World Factbook. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.
- Diaz-Bonilla, E. Et al. (2002). **Globalizing Health Benefits For Developing Countries**, International Food Policy Research Institute, TMD Discussion Paper No. 108.
- DSÖ (2014). **Migration of Health Workers: WHO Code of Practice and The Global Economic Crisis**, İsviçre. Earth Policy Institute. http://www.earth-policy.org/data_center/.
- Fischer, J.E. et al. (2011). **The International Health Regulations: Surveillance and Response in an Era of Globalization**, Stimson Center.
- ILO. **International Labour Standards on Occupational Safety and Health**, www.ilo.org.
- IMF (2008). **Globalization: A Brief Overview**, <https://www.imf.org/external/np/exr/ib/2008/053008.htm>.
- International Telecommunications Union. <http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/publications/wtid.aspx>.
- Knobler, S. et al. (2006). **The Impact of Globalization on Infectious Disease Emergence and Control**, The National Academies Press, Washington, D.C.
- Labonte, R. et al. (2011). **Küreselleşme ve Sağlık**, İnsev Yayınları, İstanbul.
- Lister, J. (2007). **Globalization and Health Systems Change**, Institute of Population Health, University of Ottawa.
- Marchal, B. ve Kegels G. (2003). **Health Workforce Imbalances in Times Of Globalization: Brain Drain or Professional Mobility?**, International Journal of Health Planning and Management, 18, s. 89-101.
- Milstien, J.B. et al. (2006). **The Impact Of Globalization on Vaccine Development and Availability**, Health Aff (Millwood). 25(4), s. 1061-1069.
- Rodrik, D. ve Rodríguez F. (2001). **Trade Policy and Economic Growth: A Skeptics Guide to the Cross-National Evidence**, in B. Bernanke and K. Rogoff, NBER Macroeconomics Annual 2000, 15, MIT Press, s. 261-325.
- Saker, L. et al. (2004). **Globalization and Infectious Diseases: A Review of the Linkages**, UNICEF/UNDF/WB/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.

- Sala-i-Martin, X. (1997). **I Just Ran Two Million Regressions**, The American Economic Review, 87(2), s.178-183.
- Scheffler, R. ve V. Pathania (2005). **Medicines and Vaccines for the World's Poorest: Is There Any Prospect For Public-Private Cooperation?** Globalization and Health, 1(10), p.8.
- Segouin, C. et al. (2005). **Globalization in Health Care: Is International Standardization of Quality a Step Toward Outsourcing?**, International Journal for Quality in Health Care, 17(4), s. 277-279.
- Semin, S. ve Güldal D. (2008). **Globalization of the Pharmaceutical Industry and The Growing Dependency of Developing Countries: The Case of Turkey**. International Journal of Health Services, 38(2), s. 379-98.
- SUNY Levin Institute. **Globalization 101**, www.globalization101.org, ziyaret tarihi: 25.09.2015.
- Tatem, A.J. et al. (2006). **Global Transport Networks and Infectious Disease Spread**, Advances in Parasitology, 62, s.293-343.
- Tarcan, E. (2001). **Küreselleşmenin Sağlık Üzerine Etkileri ve Sağlık İşletmelerinin Küreselleşme Süreci**. Yönetim, 12(39), s. 29-43.
- UN (2010). **The Globalization of Crime**, UN Office On Drugs and Crime, Viyana.
- WHO. **Economic Growth**. <http://www.who.int/trade/glossary/story019/en/>, ziyaret tarihi: 25.09.2015.
- WTO. **Food, Animal and Plant Products: How Safe is Safe?**, https://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/agrm4_e.htm.

7

Amaçlarımız

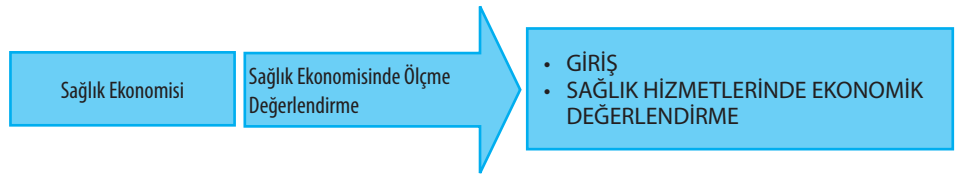
Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme kavramını tanımlayabilecek,
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan ekonomik değerlendirme tekniklerini tanımlayabilecek,
- Ekonomik değerlendirme tekniklerinin farklarını açıklayabilecek,
- Ekonomik değerlendirme tekniklerini yorumlayabilecek bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.

Anahtar Kavramlar

- Maliyet-Etkililik Analizi
- Maliyet-Fayda Analizi
- Maliyet-Minimizasyonu Analizi
- Maliyet-Yararlanım Analizi
- Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları

İçindekiler



Sağlık Ekonomisinde Ölçme Değerlendirme

GİRİŞ

Kaliteli sağlık hizmeti sunumu toplumun gelişmişlik düzeyini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin giderek artan maliyetleri hem özel hem de kamu sağlık organizasyonlarının etkili, kaliteli, verimli hizmet sunmasını güçleştirmektedir. Etkili hizmet sunumunda hem nicelik hem de nitelik olarak sunulan hizmetin toplumun iyi oluş hâlinde yaptığı olumlu değişiklikler ifade edilmektedir. Kaliteli hizmet sunumunda müşteriyi tatmin edecek ve değer katacak hizmetin en hızlı, en az maliyetle sunulması ifade edilmektedir. Verimli hizmet sunumunda ise kaliteden ödün vermeden en az maliyetle sağlıkta en fazla iyileştirme sağlanması ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme teknikleri toplumun kıt kaynaklarını dağıtırken karar vericilere yardımcı olacaktır. Demografik yapıdaki değişiklikler, sağlık maliyetlerindeki artışı beraberinde getirmekte ve hizmet sunucuları ciddi finansal problemlerle karşı karşıya bırakmaktadır.

Sağlık ekonomisi genel ekonomiden bağımsız düşünülemez. Toplumun sağlık statüsünü daha yukarıya taşımak için kaynak gerekir. Bu kaynakların kısıtlı olması temel çıkış noktasını oluşturur ve bu kaynaklardan en büyük sağlık çıktısını elde etmek üzere neler yapılacağı sağlık ekonomisi çalışma alanının temel sorusu olarak ortaya çıkar. Dolayısıyla kıt kaynaklar ile ihtiyaçlar arasında uyum sağlamak gerekir. Bunun için de ekonomik değerlendirme tekniklerinden faydalanılmaktadır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kıtlığı, verimli kullanılma zorunluluğu, fırsat maliyetinin olması, yarar (utility) ve rasyonellik gibi kavramlar sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Ekonomik değerlendirmenin önemi kalite ve değer kavramları ile beraber ele alındığı zaman istenilen toplumsal fayda gerçekleşecektir.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRME

Sağlık sektörü hızla değişmekte ve gelişmekte aynı oranda rekabet de yoğunlaşmaktadır. Sağlık bilişim ve teknolojilerindeki gelişimin sağlığa olumlu katkıları yanında maliyetleri arttıran yönü de göz ardı edilmemelidir. Politika yapıcılar maliyet artışını etkili ve verimli hizmet sunumu ile karşılamak için çeşitli yollar aramaktadırlar. Sağlık ekonomisi çalışma alanı kıt kaynaklar ile toplumun beklentisi olan kaliteli sağlık sonuçlarının nasıl alınabileceğini araştırmaktadır.

Sağlık ekonomisi sistemi, sağlık arz ve talebinin sağlık piyasasında nasıl ve hangi şartlarda karşılandığını ve değişimin nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizmadır.

Sağlık alanında kullanıldığı şekliyle ekonomi bilimi şu sorulara cevap aramaktadır; Kaynak dağılımı etkililiği yani sağlık bütçesi nasıl kullanılmalı? Nerelere kaynak ayrılmalı?

Karar vericiler “hastane yöneticileri her yeni teknolojiyi satın almalı mı?”, “bireyler yıllık sağlık kontrolü talebinde bulunmaları için teşvik edilmeli mi?” ve “yeni ve pahalı bir ilaç pozitif listeye alınsın mı?” şeklinde daha özel soruları cevaplandırmak durumunda kalabilir.

Ekonomik değerlendirme, alternatiflerin maliyet ve sonuçlarının karşılaştırmalı analizidir. Bir başka ifadeyle ekonomik değerlendirme, “*mevcut kaynakları nereye tahsis edersek, en iyi sonucu elde edebiliriz?*” sorusunu cevaplandırırken karar vericilere yardımcı olan bir değerlendirmedir.

Sağlıkta ekonomik değerlendirme, sağlık ve maliyetin her ikisinin etkileri bakımından tedavilerin veya sağlık programlarının karşılaştırmalı analizidir. Alternatif tedavi sonuçlarını hastaların nasıl değerlendirdiğini bilmek doktorlar ve karar vericiler için tedavinin planlanması ve ekonomik analizler için faydalı olabilir. Unutulmaması gereken, sağlık hizmetlerinin sadece maliyet temelinde değerlendirilmemesi gerektiğidir.

Ekonomik değerlendirme yöntemlerinin kullanım alanları toplumsal, sağlık ve sağlık alt-sistem düzeylerinde aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Toplumsal sistem düzeyinde
 - Toplam kaynaklardan sağlığa ayrılacak pay
 - Kamu ve özele ayrılacak pay
 - Savunma ve eğitime ayrılacak pay
- Sağlık sistemi düzeyinde
 - Mevcut kaynakların programlar, uzmanlıklar ve hastalıklar arasındaki dağılımı
 - Yeni teknolojilerin finansman kararları
- Alt-sistem düzeyinde
 - Belirli bir hastalık veya hasta grubu arasındaki kaynak dağılımı
 - En iyi sonuç veren müdahale veya teknolojinin tayininde

Sağlık alanında uygulanan ekonomik değerlendirme yöntemlerinin yetersizlikleri vardır. Bunlar;

- Ekonomik analizin nitelikli tıbbi bulgulara, örneğin randomize klinik deneylere dayanmaması,
- Ortalama maliyetlerin uygun olmayan kullanımını, özellikle hastane maliyetlerinin tahmininden ya da hastane kalış süresinin kısaltılmasından dolayı sağlanan tasarrufların tahmininde kullanılması,
- Hasta bireyin, ailenin ya da gönüllülerin maliyetlerinin göz önüne alınmasında yapılan hatalar,
- Maliyet ve kazanç tahmininde belirsizliğin dağıtılamaması,
- Sağlık hizmeti planlaması ve klinik uygulamalarla ilgili değerlendirme sonuçları ve kararlar arasındaki ilişkinin göz önüne alınmasındaki yetersizlik,
- Ekonomik etkililik dışındaki faktörlerin göz önüne alınmasındaki (eşitliklerle ilgili konularda ve politika değişikliği getiren yönetsel süreçlerde) yetersizliklerdir.

Sağlık ekonomisi sistemi, sağlık arz ve talebinin sağlık piyasasında nasıl ve hangi şartlarda karşılandığını ve değişimin nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizmadır.

DİKKAT



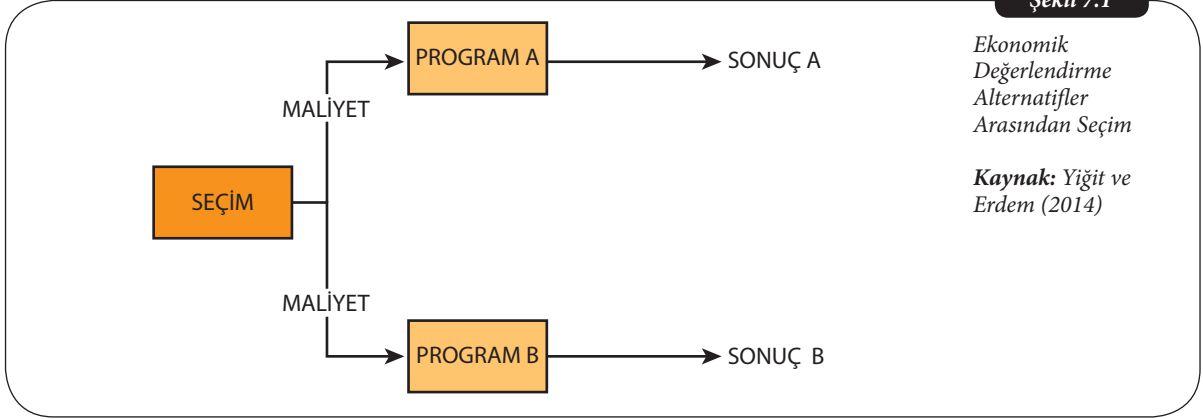
Ekonomik değerlendirme, alternatiflerin maliyet ve sonuçlarının karşılaştırmalı analizidir.

Ekonomik Değerlendirme Süreci ve Teknikleri

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme süreci farklı basamaklardan oluşmaktadır. Bunlar;

- Amaç belirlenmesi
- Alternatiflerin belirlenmesi
- Alternatiflerin değerlendirilmesi

- Maliyet ve sonuçların belirlenmesi
- Maliyet ve sonuçların ölçülmesi ve indirgeme
- Duyarlılık analizi
- Değerlendirme ve seçim sürecidir.



Ekonomik değerlendirme alternatif programların girdi (kullanılan kaynakların maliyeti) ve çıktılarının (müdahalenin/programın etkililiği, kazançları, faydası, yararlanımı) karşılaştırılmasına dayanan stratejik bir karar verme yöntemidir.

Sağlık hizmetlerinin uygulanmasında alternatif tercihleri belirlemede kullanılan yöntemler basitten karmaşığa doğru bir sıralama ile maliyet-minimizasyonu, maliyet-fayda, maliyet-yararlanım, maliyet-etkililik analizleridir.

Yöntem	Analiz Tipi	Sağlık Kazanımı Ölçü Birimi	Kullanım Alanları
MMA (CMA)	Maliyet Minimizasyon Analizi	Çıktı sabit veya aynı (sadece maliyete bakılır)	İki girişim aynı derecede etkili ise
MFA (CBA)	Maliyet Fayda Analizi	Parasal; maliyetler ve faydalar para ile ifade edildiğinde	Tüm sağlık (daha çok özel sektör) ve diğer sektör girişimleri
MEA (CEA)	Maliyet Etkililik Analizi	Doğal veya fiziki birimler (Mortalite ve morbidite ölçütleri)	İki farklı girişim aynı tür ölçüt ile farklı miktarda çıktı gösteriyorsa
MYA (CUA)	Maliyet Yararlanım Analizi	Yararlanım ölçütleri (kaliteye ayarlanmış yaşam kalitesi) (QALY)	Tüm sağlık girişimleri

Tablo 7.1
Ekonomik değerlendirme teknikleri

Kaynak: Ünal (2013)

Ekonomik değerlendirme sürecini yazınız.



SIRA SİZDE

Maliyet Minimizasyon Analizi (Cost Minimization Analysis-CMA)

Maliyet minimizasyonu analizi, aynı etkideki alternatif seçeneklerin maliyetlerinin ölçümünü gerektiren ekonomik değerlendirmenin en basit biçimidir. Maliyet minimizasyon analizi, çıktının tek veya aynı olduğu durumlarda iki veya daha fazla teşhis, tedavi, tıbbi teknoloji alternatiflerinin veya girişimlerinin maliyetler bakımından en az olanını belirlemek için uygulanan **yöntemdir**. Bu analizde en önemli nokta, mukayese edilecek sağlık aktivitelerinin benzer sonuç vermesidir. Aksi takdirde, en ucuz yöntemin seçimi en etkili yöntemin seçimi anlamına gelmeyecektir. Örneğin kamu hastanelerinde ilaç alımında aynı etken maddeye sahip ilaçlar içinden maliyeti en az olan tercih edilmek-

tedir. Eğer sonuçlar farklı ise bu analiz uygulanmaz, yani sağlık çıktısının aynı olduğu durumlar için geçerlidir. Örneğin sınıfındaki mevcut ilaçlarla aynı özelliklere sahip yeni bir ACE inhibitörünün üretilmesi örnek verilebilir. Eş değer etkililik için iki ilacın dozunda güvenilir test temelli bilgi gerektiği için görüldüğü kadar kolay değildir. İki ilacın pazarda göreceli fiyatını belirlemek için önerilen günlük dozu kullanmak bir alternatif olabilir.

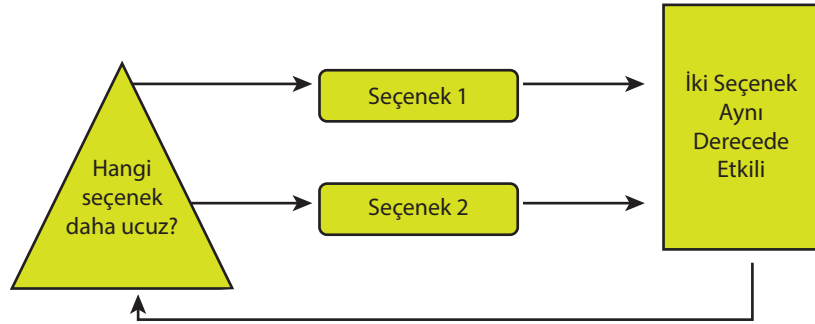
Bu analiz yapılırken ortaya çıkan üç ana maliyet göz önünde bulundurulmalıdır;

- Sağlık hizmeti maliyeti
- Hasta ve yakınlarına yansıyan maliyetler
- Topluma yansıyan dışsal maliyetler

Vaka örneği Elektrolit replasmanı maliyet minimizasyonu analizi randomize çift kör teste kabul edilen hastaların verileri kullanılarak yapıldı. Plazma-Lyte A'nın nispeten yüksek maliyeti olmasına rağmen magnezyum replasman ihtiyacı azdır. Hastanedeki ilk 24 saat boyunca 24 hastadan 4ü %0,9 sodyum klorüd ile tedavi edildi, karşılaştırma ürünü alan hastaların hiç birene ilave magnezyum gerekmedi. 40 yaş altında mortalite ve morbidite sebeplerinin başında travma önemli bir yer tutmaktadır. Travma geçiren hastalara çok farklı izotonik solüsyonlar uygulandığı halde, Amerika Birleşik Devletleri'nde kan transfüzyonuna uygunluğu nedeniyle ilk sırada %0,9luk sodyum klorüd seçilir. Alternatif İ.V. sıvılar %0,9luk sodyum klorüd injeksiyonuna göre yüksek alım maliyetleri nedeniyle eleştirilmektedir. Buna karşılık plazma Lyte A kullanımı daha az toplam maliyetle sonuçlanır. Aslında Plazma Lyte A daha pahalıdır. Sodyum klorüd tedavisinde magnezyum ilavesi gerekmektedir. 24 saatlik magnezyum replasman tedavisi maliyetine sarf malzemesi ve emek ilave edilince sodyum klorüd ile tedavi edilen hasta maliyeti 12.35 dolar olup Plazma Lyte A'dan daha maliyetli hâle gelmektedir. Bu fark küçük görülmesine rağmen, her yıl travma nedeniyle 37 milyon acil birim ve 2.6 milyon hastane kabulü beyan edilir. Amerika Birleşik Devletleri bir yılda travmalı hastaların %10'na dahi magnezyum ilavesini önleyebilse yılda 3.3 milyon \$ tasarruf eder.

Şekil 7.2

Maliyet
Minimizasyonu
Analizi



Maliyet Fayda Analizi (Cost Benefit Analysis-CBA)

Sağlık müdahalelerinin maliyet fayda analizlerinin ölçümü 1956 yılında sağlık ekonomisi alanında uzman olan Christopher Cundell ve Carlos McCartney tarafından tasarlanmıştır.

Maliyet fayda analizinde sağlık programının, tedavinin veya müdahalenin kendi içinde girdileri ve çıktıları parasal olarak karşılaştırılır. Eğer faydalar maliyetinden fazla ise matematiksel olarak fayda/maliyet oranı 1'den büyüktür ve uygulamaya değerdir.

Bu analiz iki farklı tedavi yaklaşımını karşılaştırarak, alternatiflerin maliyet ve faydalarını ekonomik terimlerle ifade eder. Bu çalışmalar kişisel maliyet ve yararları kapsa-

maz. Çünkü bu maliyetlerin gerçekçi bir şekilde ekonomik terimlerle değerlendirilmesi imkânsızdır. Maliyet fayda analizinin avantajları şeffaflığı, belirsizliği ortadan kaldırma yeteneği ve kıyaslanabilir oluşudur.

Örnek Vaka 1: Prospektif analiz bir üniversite hastanesinin gerontoloji biriminde ve yoğun bakım ünitesinde 2007 yılında gerçekleştirildi. Faydalar, izolasyon, dekontaminasyon, antimikrobiyal tedavinin önlenmesi ve etkilenen hastaların hastanede uzun kalışıyla hastane tasarruflarından oluşuyordu. Metisiline dirençli stafilokokus aereus (MRSA), yayılımını önlemek ve kontrol altına almak için bul ve yok et politikası üniversite hastanesi tarafından uygulandı. Bu politika gereği hastaneye kabul ve kalma süresince risk faktörü olan hastalara tarama yapıldı. Buna ilaveten risk faktörü olan hastalar yoğun bakım ünitesine kabul edildiğinde de karantinaya alınırlardı. Enfekte hastalar izole edilir ve antimikrobiyal tedavi başlanırdı. Bu çalışma böyle bir politikanın olmadığı yoğun bakım ünitesi ile karşılaştırıldığında hemşirelerin %23 maliyetler %16 fayda oluşturduğu görülmüştür. Gerontoloji ünitesinde hemşirelerin katkısı maliyetlere %19 faydaları %28'e ulaşmıştır. MRSA kolonizasyonların ve infeksiyonların sayısını azaltmanın faydaları, hastane kabulde ve hastanede kalış süresince tarama yapılan hastaların maliyetlerini aştı. Metisiline dirençli St. Aereus hastalar, sağlık sistemi ve topluma önemli klinik ve ekonomik yükler. Yetersiz hemşire kadrosu ve artan iş yükü MDSA yayılım hızı ile ilişkilidir. Yüksek uygulama maliyetleri ve metisiline dirençli Staphylococcus aureus için bir 'arama ve imha' politikasının bilinmeyen etkinliği böyle bir politikanın yararlarının maliyetlerine ağır basıp basmadığının belirsiz olduğunu göstermektedir. Hastane tasarrufu esas olarak MDSA nedeniyle uzamış kalış süresinin bu politika ile azaltılmasından kaynaklanmıştır.

Maliyet fayda analizi ve maliyet yararlanım analizi kamu ve özel finansman kararlarına yardımcı olarak kullanılabilir politik analiz teknikleridir. Maliyet fayda analizi (CBA) bu tekniklerin en değişkenlisidir. Belirli bir projeyi finanse etmek, seçilen projeyi finanse etmek veya birbirine ters projeler arasından herhangi birini seçme kararına yardımcı olabilir. Maliyet ve fayda parasal terimlerle ifade edilmelidir, böylece parasal olmayan bütün maliyet ve faydalar, toplumun ürün için *ödemeye istekli olduğunu* yansıtan dolar değerinde değerlendirilmelidir. Bu maliyetlerin ve faydaların zaman akışları *iskonto oranı* kullanılarak bugünkü değerine dönüştürülür ve bir projenin net bugünkü değeri faydaların bugünkü değeri eksi maliyetlerin bugünkü değeri olarak hesaplanır.

Maliyet Etkililik Analizi (Cost Effectiveness Analysis-CEA)

Maliyet etkililik analizi kıt kaynakların en etkili şekilde kullanımını tanımlayan bir tekniktir. Sağlık hizmeti çıktıları ile bu hizmetleri gerçekleştirmek için kullanılacak olan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade eder. Farklı maliyetler ve farklı çıktı miktarı birbirlerine oranlanarak birim çıktı başına düşen maliyet hesaplanır. Maliyet etkililik analizi sağlık faydalarını, kazanılan sağlıklı yaşam yılı, kurtarılan yaşamlık sayısı, önlenilen komplikasyon sayısı, ağrısız ve semptomsuz günler, önlenilen vaka sayısı gibi daha basit ve tanımlayıcı bir şekilde ifade eder. Maliyet etkililik analizi bir tıbbi müdahalenin değerine göre ilave maliyetini ve ilave etkililiğini değerlendirmektedir. Örneğin; Amerika Birleşik Devletleri (ABD), yıllık grip salgınları maliyeti tahmini 87,1 milyar \$ (doğrudan tıbbi maliyetler ve devamsızlık ve erken ölüme dayalı dolaylı maliyetler) olarak açıklanmıştır. Bunun içinde doğrudan tıbbi maliyetler 10,4 milyar \$ (2003 nüfus dayalı) olarak tespit edilmiştir. Yeni aşı teknolojileri kabul edilebilirliği, dağıtım ve ürün etkililiğini arttırabilir. Mikro iğne bant teknolojisi bu amaçla geliştirilmektedir. Sonuçlar maliyetleri, QALY, ilave maliyet etkililik oranını (ICER) ve olguları kapsamaktadır. Sağlık yöneticilerine göre mikro iğne bantlarının üretiminin değerlendirilen pazar payında (%10-60) ve bütün fiyat noktalarında (9.50\$-30\$) maliyet etkili olacaktır (ICERs ≤ \$23,347/QALY).

Maliyet etkililik analizinde *zaman dilimi*, karşılaştırma yapılan teknolojiler arasındaki maliyet ve sonuçlardaki farklılıkları yansıtabilecek kadar uzun olmalıdır. Diyabet, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar ve birçok kanser türünde maliyet etkililik çalışması yapabilmek için yaşam boyu zaman dilimini seçmek ve bu hesaplama için de modelleme yapmak gerekmektedir. Akut infeksiyon gibi durumların analizinde zaman dilimi yaşam boyundan daha kısa olabilmektedir.

Ayrıca maliyet unsurları ve sonuçları farklı zaman dilimlerinde ortaya çıkabileceği için hem maliyetlerin hem de sonuçların gelecekteki parasal değerlerinin ortaya konulması gerekir ki buna *indirgeme* denir. Böylece seçilecek tedavinin karar aşamasında bu değerler de dikkate alınmalıdır. Klinik ve ekonomik analizlerde, her zaman belirsizlik ve risk mevcuttur. Bu nedenle *duyarlılık* analizlerinin yapılması gerekir.

Maliyet etkililik analizi sonuçları genellikle iki oranla ifade edilir, maliyet etkililik oranı ve ilave maliyet etkililik oranı (ICER). Ortalama maliyet etkililik oranı, müdahaleler arasında karşılaştırma olmadığı zaman, uygun ölçümdür ve oran basit bir müdahale veya tedavi için sonuç başına maliyet tanımıdır. İki veya daha fazla müdahale karşılaştırılacağı zaman ilave maliyet etkililik oranı kullanımı politika yapıcılara daha faydalı olur. Örneğin, A ve B müdahalesi karşılaştırılacak ve B müdahalesinin daha pahalı olduğunu varsayalım,

$$ICER = \frac{\text{Total maliyet (B)} - \text{Total maliyet (A)}}{\text{Sağlık sonuçları (B)} - \text{Sağlık sonuçları (A)}}$$

Böylece alternatifler arasında seçim yapılabilir. Maliyet etkililik analizinde karar verebilmek için bir eşik değerin belirlenmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü, kişi başına gayri-safi yurt içi hasılanın (GSYİH) eşik değer olarak alınabileceğini ve bir alternatifin maliyet-etkili olup olmadığının aşağıdaki şekilde belirlenebileceğini önermektedir;

- ICER kişi başına GSYH'den düşük ise maliyet etkililiği yüksek,
- ICER kişi başına GSYH'nin 1-3 katı ise maliyet etkili,
- ICER kişi başına GSYH'nin 3 katından fazla ise maliyet etkili değildir.

Birçok tıbbi müdahalelerinin kendisi onlarca veya yüzlerce dolar maliyet etkililik oranına sahip olmasına rağmen, Detsky, çeşitli müdahalelerin etkinliğini gösteren klinik çalışmaların, kazanılan yaşam yılı başına 2-3\$ gibi düşük maliyet etkililik oranından 400-700\$ gibi yüksek maliyet etkililik oranına sahip olduğunu gösterdi.

Maliyet etkililik analizi sonuçları karşılaştırılan müdahalelerin sağlık etkileri ve maliyetleri arasında denge sağlayan ölçümleri karar vericilere sunar. Bu teknik nihai sağlık sonuçları (hayatta kalanlar) için kullanılır ve bu teknik orta vadeli sağlık sonuçları (sigarayı bırakan hasta sayısı) için de kullanılır. Orta vadeli sonuçlar daha kolay ve daha hızlı ölçülür. Daha faydalı olması için orta vadeli sonuçlar nihai sonuçlarla açık ve öğretici şekilde ilişkilendirilmelidir (sigarayı bırakan hastalarda akciğer kanserinin önlenmesi gibi). Maliyet etkililik oranı çeşitli sağlık faydaları ile sağlık sonuçlarını karşılaştırmak için kullanılmaz (sigara bırakma programı ile prenatal bakım kampanyası karşılaştırması).

Maliyet etkililik analizi çalışmalarında dikkat edilmesi gereken noktalar:

- Maliyetlerin hangi bakış açısına (toplumsal, hasta, sağlık uzmanları, kurum, sigortacılar, ilaç endüstrisi, iş verenler vb.) göre belirleneceğine karar verilmelidir.
- Çalışma konusuyla ilgili olan doğrudan ve dolaylı tüm maliyetler saptanarak maliyetlerin belirlenmesinde hangi yöntemin (Friction, Human capital) kullanılacağına karar verilmelidir.
- 1 yılı aşkın sürenin söz konusu olduğu çalışmalarda maliyet ve sağlık sonuçlarının uyarlanması gerektiğinden indirgeme (discounting) oranı belirlenmelidir. Maliyet etkililik analizlerinde önerilen indirgeme oranı %3'tür.

- Duyarlılık (sensitivity) analiziyle ICER oranının bazı kritik parametreleri değiştirilerek ICER oranındaki değişim incelenmelidir.

Net Etkiler	Net Maliyet Pozitif	Net Maliyet Sıfır ya da Negatif
Pozitif	Maliyet etkililik=Net maliyetler-Net sağlık etkisi. Gerçek etkiler ve gerçek maliyetler bulunur. Kullanıcıların sağlık durumları programın olmamasına göre daha iyi olacaktır.	Program ekonomik olarak etkilidir. Genellikle uygulanması gerekir.
Sıfır ya da Negatif	Programın yararları morbidite ya da uygunsuzluktan dolayı kayboluyor. Program uygulanmamalıdır.	Maliyet etkililik=Net maliyetler-Net sağlık etkisi. Maliyeti en etkili olarak azaltan program seçilir.

Tablo 7.2
Maliyet etkililik analizinde karar kuralları

Maliyet etkililik analizi sonucunda net etkiler sıfır ya da negatif ise ve net maliyetler pozitif ise nasıl bir karar alınır?



Kamu Sağlık Müdahaleleri	Klinik Hizmetler
1. Aşılama: DPT, Polio, Kızamık, Hepatit B	1. TBC için kısa süreli kemoterapi
2. Okul sağlığı programı	2. Hasta çocuk yönetimi: Akut respiratuar hastalıklar, diyare, malarya, malnutrisyon
3. Sağlık iletişimi, beslenme, aile planlaması	3. Gebe bakımı ve doğum
4. Tütün ve alkol kontrol programları	4. Aile planlaması
5. Hastalık izleme, vektör kontrolü	5. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi
6. AIDS önleme programı	6. Kaynakların elverdiği oranda enfeksiyon, travma, ağrı bakımı, değerlendirme

Tablo 7.3
Gelişmiş ülkeler için başlıca maliyet etkili sağlık hizmetleri

Sigara bırakma programının Maliyet etkililik analizi;

Secker Walker ve ark. yaptığı National İnstitute of Health (NIH) tarafından finanse edilen sigarayı bırakma projesi "breath easy" kolay nefes olarak adlandırılmıştır. 18-64 yaş arası kadınlar çalışma grubuna alınmıştır. Göze çarpan demografik karakteristikler karşılaştırılmıştır. Telefonla veri toplanmış, standart mortalite tablolarından kazanılan yıllar hesaplanmıştır. Maliyetler a.yalnız müdahale maliyetleri ve b.indirekt maliyetler ve müdahale maliyetlerini de içeren sosyal perspektif olmak üzere iki farklı perspektiften hesaplanmıştır. Kampanya süresince bütün maliyetler müşteri fiyat indeksi kullanılarak 2002 dolara ayarlanmıştır. Kazanılan yaşam yılı başına dolar olarak ifade edilen maliyet etkililik oranı çoklu indirim oranları kullanarak hesaplanmıştır. %5 indirim oranı ile, sadece müdahale perspektifi kullanılarak kazanılan yaşam yılı başına maliyet etkililik oranı 1922 dolar, indirekt maliyetler dahil edildiğinde 6683 dolar bulunmuştur. Maliyet etkililik oranı indirim oranı kullanılmadan veya %3 indirim oranı ile hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yazarların bulguları önceki 20 yılda bulunan CE oranları ile benzer çıkmıştır.

Örnek Vaka 2: Bu vakada subakut veya kronik kas iskelet ağrısı nedeniyle parttime veya full time hastalık izninde olan çalışanlar popülasyonu oluşturmaktadır. Her ikisi için de 15 hafta olmak üzere 40saat mesleki rehabilitasyon ve 100saat mesleki rehabilitasyon takımı olmak üzere iki multidisipliner çalışma takımı mevcuttur. 100 saatlik mesleki re-

habilasyon 5 modülü kapsar; iş katılımı koordinasyonu, kademeli aktivite, kognitif davranış terapisi, grup eğitimi ve gevşeme. Hastalar hastalık izni tipi (part time, full time), hastalık izni süresi (altı haftadan az veya çok) şeklinde tesadüfi olarak seçilir. Primer sonuçlar kendi kendine bildirilen hastalık izin günleri ile ölçülen iş katılımıdır (temel, orta dönem, taburcu ve 2-4-6-8-10-12. Aylarda takip). İkincil sonuçlar iş yeteneği, özürüllük, yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyonlardır ve referans hattı, taburculuk işlemleri ve 6 ve 12. aylarda takipler sırasında değerlendirilmiştir. Maliyet sonuçları devamsızlık, seyahat maliyetleri, sağlık kullanımınıdır.

Maliyet-fayda analizinde maliyet ve sonuçların ikisi de para birimi ile ölçülür. Dongen ve ark göre, yatırım getirisi analizi 3 ölçüm ile hesaplanır;

Net faydalar = Faydalar – maliyetler

Fayda maliyet oranı = Faydalar / maliyetler

Yatırım getirisi = (Faydalar – maliyetler) / Maliyetler (× 100)

Maliyetler müdahale maliyetleri olarak tanımlanır. Faydalar ölçüm periyodu boyunca para kazandıran sonuç ölçütlerindeki 100 saat ve 40saat mesleki rehabilitasyon arasındaki fark olarak tanımlanacaktır, 40 saatlik grupta azalan harcamaları gösteren pozitif faydalar ile beraber ele alınır.

Aşağıdaki kriterler karşılandığı takdirde 40 saat mesleki rehabilitasyon mali getirileri pozitifdir; Net faydalar>0, Fayda maliyet oranı>1 ve Yatırım getirisi>0%.

Örnek Vaka 3: Tip 2 Diyabetes Mellitus kronik bir hastalıktır ve sonuçları hastalar ve sağlık profesyonellerinin kararı ile ilişkilidir. Kanarya adalarında yapılan çalışmada primer bakımda çalışmaya katılan grup doktorlar ve hemşirelerden oluşmaktadır. Diyabet tanısı konan hastalar, 18-65 yaş grubunda, düzenli mobil telefon kullananlar arasından tesadüfi olarak seçilmiştir. Küme primer sağlık uygulamaları için yeterli sayıda profesyonel ve müdahale için uygun yerden oluşmaktadır. Örneklem 2300 hastadan oluşmaktadır. 1.gruptaki hastalar sekiz bölümden oluşan grup eğitim programını almaktadırlar. İkinci grup sağlık profesyonellerinden oluşmakta ve onlarda diyabet hakkında bilgilerini tazelemek üzere eğitime alınmaktadırlar. 3. grup ise hasta, hekim ve hemşirelerden oluşturulmuştur. Primer son nokta 2 yılda HA1c değişimidir. İkinci sırada kardiyovasküler risk faktörleri, makro ve mikro vasküler diyabet komplikasyonları, yaşam kalitesi, psikolojik sonuçlar, diyabet bilgisi gelmektedir. Tekrarlanan zaman ölçümleri ile genelleştirilmiş doğrusal karma modeller sonuçlarda değişiklikleri analiz için kullanılmıştır. Sağlık hizmetleri açısından maliyet etkililik analizi, kaliteye ayarlanmış yaşam yılı başına doğrudan tıbbi maliyetleri biri test dönemi içinde (2 yıl) diğeri yaşam boyu olmak üzere iki dönem için incelenmiştir. İyi geliştirilmiş öz bakım iyileştirilmiş Tip 2 Diyabetes Mellitus sonuçları ile ilişkilidir. Maliyet-etkililik, yaygın kronik hastalıklara yönelik bilgi iletişim teknolojileri temelli müdahalelerin değerlendirilmesi için özellikle uygundur.

Başka bir örnek olarak toplumsal tabanlı meme kanseri taramasında mamografi kullanımını hasta tanı evrelerinde belirgin iyileşme sağlamaktadır. Tarama sonucunda meme kanseri hastalarının daha erken evrelerde yakalanması orta ve uzun vadede tedavi giderlerinde ciddi bir tasarruf sağladığı kadar kurtarılan DALY's'de artırmaktadır.

Maliyet Sonuçları Analizi (Cost Consequences Analysis-CCA)

NİCE (Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü) İngiltere ulusal sağlık sistemi bünyesinde sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi ile ilgili iyileştirme uygulamaları konularında ulusal rehberler oluşturulmasından sorumlu, bağımsız bir organizasyondur. Kaliteye ayarlanmış yaşam yıllarını (QALY) değerlendirmek için kullandı-

ğı EuroQoL EQ-5D enstrümanlarını kapsayan sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümünden daha geniş olarak yaşam kalitesi ve refah düzeyinin her ikisini de ölçebilir. Sonuçların maliyetlerden ayrı olarak raporlandığı bir ekonomik analiz metodudur.

Maliyet minimizasyonu analizi ile maliyet etkililik analizinin kullanım alanlarını belirtiniz.



SIRA SİZDE

Maliyet Yararlanım Analizi (Cost-Utility Analysis-CUA)

Sağlık programının kazanımlarını kalite boyutuyla kavrayarak ortak ve eş değer bir ölçüt ile değerlendirmeye maliyet yararlanım analizi denir. Bu analiz için geçerli ve kolay uygulanabilen hayat kalitesi ölçümlerine ihtiyaç vardır. Sonuçlar 'kaliteye ayarlanmış yaşam yılları' tahmini oluşturabilmek için 'hayatta kalma' verileri ile birleştirilebilir. Yani sayıyı değil kaliteyi ön plana alan bir analizdir.

Maliyet yararlanım analizi, orantının paydasında kazanım olarak kaliteye ayarlanmış yaşam yılında artmanın, payında ise buna bağlı olarak maliyette meydana gelen artışın yer aldığı maliyet-etkililik analizinin özel bir türüdür. Örneğin kronik böbrek yetmezliği ile ilgili bir tedavi yöntemi bireyin yaşam süresini uzatması nedeniyle bu durumda yaşam süresi önem kazanırken, bir tür romatizmal hastalık olan artrit tedavisi sonucunda bireyin fiziksel ya da sosyal fonksiyonlarını yerine getirebilmesi hatta psikolojik durumu bile iyileşme sürecine dahil edilmektedir.

Maliyet yararlanım analizi yaşama dolar olarak değer atfetmenin etik problemlerini önlemek için maliyet fayda analizine alternatif olarak geliştirilmiştir. Maliyet yararlanım analizi net bugünkü değere dayalı bir karar kuralını kullanmaz. Bütçe kısıtının mevcudiyetinin analiz öncesi belirlendiği durumlarda faydalı olur. Maliyet yararlanım analizi optimal finansman düzeyini zorla kabul ettirmez.

Maliyet-yararlanım analizi, kısıtlı bütçe altında mümkün olan maksimum sağlık faydaları elde etmek için tahsis edilen sağlık kaynakları rehberi olarak kullanılacak bir tekniktir. Buna rağmen, mevcut uygulamaya sağlık faydalarına ilişkin toplumsal tercihleri elde etmede açık, belirgin, net değildir.

Yaşamsal fayda sağlayan sağlık müdahalelerinin analizinde, sosyal tercihleri yansıtan tek ampirik değişken piyasa faiz oranlarıdır.

Bu yaklaşımın dayandığı varsayımlar; i) sağlık müdahaleleri maliyet etkililik rasyolarına göre sıralanmalıdır ii) maliyet yararlanım analizinde maliyetler için indirim oranı, maliyet-fayda analizinde kullanılanla eşit olmalıdır iii) maliyet fayda analizi indirim oranı, uzun vadeli devlet bonoları piyasa faiz oranı olmalıdır iv) the Keeler-Cretin paradoksu sağlık müdahalelerinin maliyet yararlanım analizine uygundur, onun için maliyet yararlanım analizindeki faydaların indirim oranı maliyetlerin indirim oranına eşit olmalıdır.

Örnek Vaka 4: Klinik deneyler İnterforon Beta ile Multiple Skleroz aktivasyonlarında azaltıcı etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Lezyon büyüklüğünde azalma MRI ile ortaya konmuştur. Çalışmanın amacı, interferon beta ile yaşam kalitesindeki kazancı ortaya koymaktır. Net maliyetlerle yaşam kalitesindeki artışı ortaya koymaktır. Veri interferon ile ilgili mevcut çalışmalardan toplanmış ve yeni veri bir grup MS hastasından elde edilmiştir. Kilit sonuç ölçütü QALY olarak tespit edilmiştir. İnterforon beta etkililiği üzerine mevcut çalışma verileri kullanılarak kazanılan QALY başına maliyet yararlanım oranı 809.000 Sterlin olarak tahmin edilmiştir. Zaman diliminde hastalığın olası ilerlemesi durumunda maliyet yararlanım oranı 229.300-328.300 Sterlin olarak ortaya çıkar. İnterforon beta yaşam kalitesinde artış meydana getirir fakat nadiren ve kısa sürelidir ve büyük bir ilave maliyetle elde edilebilir.

Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları (QALY)

Son yıllarda QALY kavramında sağlık sonuçlarını ölçen maliyet etkililik analizinin bir tipi olan yayınlanmış maliyet yararlanım analizi sayısında muazzam bir artış vardır. 1980'lerde sağlık durumunu 0-1 ölçeğinde ölçmek amacıyla çok nitelikli yararlanım araçları ge-

liştirilmemeye başlandı. Bunlar (EuroQoL-5 Dimensions [EQ-5D], Health Utilities Index [HUI], Short-Form-6 Dimensions [SF6D], Assessment of Quality of Life [AQoL], 15 Dimensions [15D], Quality of Well-Being [QWB], Quality Adjustment Life Years (QALY). Bu ölçeklerin hepsi farklı değerlendirme metotları kullanarak farklı tanımlayıcı sistemlere dayanmaktadır. En büyük zorluk, aynı cevap verenler aynı sağlık durumu için farklı yararlanım puanları verirler.

Kalite-ayarlanmış yaşam yılları (QALY) sağlığın iki ya da daha fazla yönünü(ağrı, özürlülük, ruh hâli, ya da öz bakım kapasitesi veya ücretli istihdam, evde çalışma gibi sosyal olarak faydalı aktiviteler gibi) değerlendirerek ölçülen yaşam kalitesinde değişikliklere ayarlanmış yaşam beklentisini ölçer. QALY hastanın mükemmel sağlık durumunda geçirilmiş yılını ve belirli bir tedaviden sonra kabul edilebilir bir kalitede olmak şartıyla ne kadar daha fazla ay ya da yıl yaşadığını gösterir. QALY yaşamın uzunluğu dahil, sağlık iyileştirmelerinin sergilendiği zaman periyodu ve iyileşme derecesi olmak üzere sağlık sonuçlarının iki boyutunu birleştiren tedavi ve müdahalelerin etkisinin bir ölçüsüdür. QALY belirlenmesi sağlık sistemi hakkında karar vermenin en etkili yollarından biridir. Metot hastalar için olası en yüksek faydayı getirecek şekilde harcamak için kaynakları dağıtmak üzere tasarlanmıştır. Böylece hastanın yaşam uzunluğu ve kalitesi üzerine sağlık müdahalesinin etkisinin ne olduğunu ifade eder. 0-1 skalası üzerinde değerlendirilir, 0 en kötü olası durumu, 1 en iyi olası durumu belirtir. Hastanın sağlık durumu bu ölçek kullanılarak belirlenir, bu şartlar altında geçirdiği süre ile çarpılır ve QALY değeri elde edilir. Örneğin en iyi olası sağlık durumunun 1 yılı (skala üzerinde yararlanım değeri 1), 1QALY eşittir. Eğer sağlık yararlanım değeri iki yıllık dönem için 0.75 ise QALY 1,5 tir. Bu metot bize aynı birimlerde farklı sağlık müdahalelerinin parasal değerini ölçme imkanı verir ve böylece geniş çapta uygulanabilir evrensel bir ölçüm elde edilir.

Yaşanan 1 yıl × Yaşam kalitesi ağırlık endeksi 1 ise	=	1 QALY
1 yıl mükemmel sağlık		1 QALY
1 yıl bastona bağlı yaşamak		0.85 QALY
1 yıl orta derece migren ile yaşamak		0.75 QALY

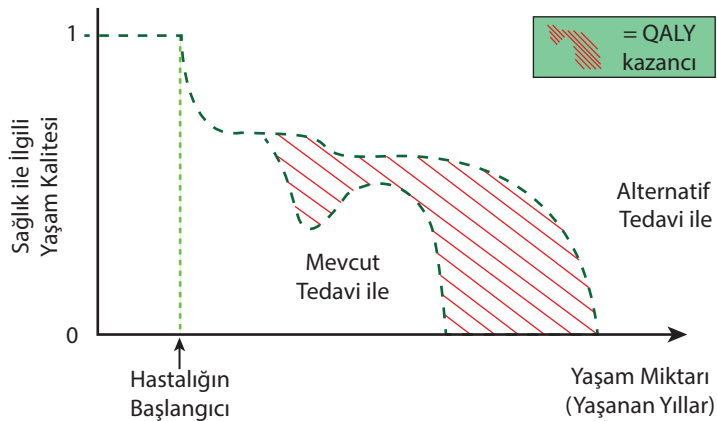
İlk kez Klarman vd. (1968) tarafından kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde böbrek nakli ile diyaliz tedavisi karşılaştırıldığında böbrek nakli ile yaşam kalitesinin daha fazla arttığı sonucuna varıldığından dolayı yaşam kalitesi önem kazanmıştır.

Dünya Bankası (1993) ve DSÖ (2000) tarafından Kaliteye ayarlanmış yaşam yılları (QALY) ve Engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılları (DALY) gibi ölçümler aracılığıyla hastalık yüklerinin analizi arkasındaki felsefi yaklaşım nesnel faydacılıktır.

Şekil 7.3

Tedavi sonucunda QALY kazancı

Kaynak: (John Hutton, York Üniversitesi, İngiltere; York Health Economics Consortium'dan uyarlanmıştır.) Şahin, Toprak, Ünal, 2012.



Şekil 7.3'te görüldüğü gibi hasta olmadan önce yaşam kalitesi 1 olarak görülmektedir. Mevcut ve alternatif tedavi metotlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi ve alternatif tedavinin yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir.

Hastanın yararlanım değerini ölçmek ve skala üzerinde yerleştirmek karşılaşılan zorluklardan biridir. Meltzer'e göre belli sağlık şartlarının yararlanım değerini ölçmenin uzman görüşü almak, daha önceki çalışmalarla belirlenen sağlık durumunun yarar değerinin değerlendirilmesi ve doğrudan veya dolaylı araştırma yapmak üzere üç yolu vardır.

ÖRNEK

Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan erkek hastayı ele alalım. Hasta standart tedavi görürse 1 yıl yaşayacak ve QALY göre yaşam kalitesi 0,4. Eğer hastaya yeni bir ilaç uygulanırsa, 0,6 yaşam kalitesiyle 1 yıl 3 ay yaşayacak. Bu iki durum karşılaştırıldığında;

Standart sağlık müdahalesi $1 \times 0,4 = 0,4$ QALY

Yeni ilaç uygulaması $1,25 \times 0,6 = 0,75$ QALY

Böylece 0,35 iyileştirme elde edilir. Her QALY maliyet ile çarpılır. Yeni ilaç tedavisinin maliyeti 10.000 euro ve standart tedavinin maliyeti 3000 euro ise, 0,35 QALY iyileştirmesi için gerekli olan maliyetlerde 7000 euroluk bir fark elde ederiz. Yeni ilaç için QALY başına 20.000 euroluk bir maliyet ilavesi gerekir.

İki sağlık müdahalesi arasında seçim yapılacak olsa;

Sağlık Müdahalesi	Maliyetler	Ömür Beklentisi	Sağlık Yararlanım değeri	QALY
SM1	20.000 €	4,5	0,60	2,7
SM2	10.000 €	3,5	0,72	2,5

Maliyet/Fayda oranı = $20\ 000 - 10\ 000 \text{ €} / 2,7 - 2,5 \text{ QALY} = 50\ 000 \text{ € QALY'a göre}$

Bu örnekte İCER kullanırsak;

ICER = $20\ 000 - 10\ 000 \text{ €} / 4,5 - 3,5 = 10\ 000 \text{ € bir yaşam yılı başına.}$

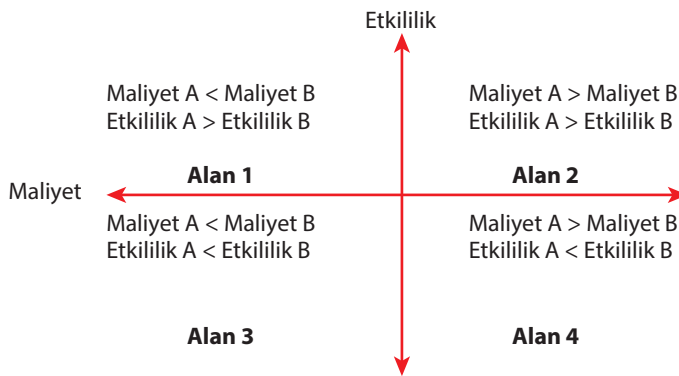
Bu hesaplama hastanın yaşam kalitesi ile sağlık müdahalesinin gerçek maliyetini birleştirir.

Şekil 7.4

$$\text{ICER} = \frac{\text{Etkililik A} - \text{Etkililik B}}{\text{Maliyet A} - \text{Maliyet B}} = \text{QALY başı maliyet}$$

QALY başına maliyet

Kaynak: Şelale ve ark.



Bu şekilde görüldüğü gibi 1. ve 4. alana uyan durumlarda seçim yapmak kolaydır. Alan 2 ve 3 de ise seçim yapmak oldukça zordur. Bu durumlarda benimsenen politika doğrultusunda bazıları maliyetleri arttırarak maksimum etkililik durumunu savunurlar.

Uzamış mekanik ventilasyona ihtiyacı olan hastalar artmakta ve ciddi finansal yüke sebep olmaktadır. Yapılan bir çalışmada 1997-2007 arasında 21 günden uzun sürekli mekanik ventilasyon kullanan 50481 hastadan veri toplanmıştır. Bilinci kapalı hastalarda QALY başına 100.000\$ maliyet, yarı kapalı ve siroz, kranial veya spinal kord travması olan hastalarda tedavi maliyetleri 56.000\$dan biraz az olarak bulunmuştur. Uzamış mekanik ventilasyon QALY başına maliyetler hastanın yaşına, solunum yetmezliği altında yatan nedene ve mortalite riskine bağlı olarak değiştiği saptanmıştır.

Hasta bakım personelinin QALY üzerinde doğrudan etkisi vardır ve aynı zamanda bakım gereksinimleri ve hastanın sağlık durumunda değişikliklerden kaynaklanan dolaylı etkileri olabilir. Bakımın sağlık üzerindeki etkisi bakım etkisi veya aile etkisi şeklinde ifade edilir. Mesela kaza veya hastalık sonrası yapılan rehabilitasyon müdahaleleri hastayı hedefleyen ancak bakıcının aktif katılımını gerektiren durumlardır. Burada rehabilitasyon yapan personelin işinde başarılı olamaması hastanın QALY'ni düşürecektir. Aile etkisi ise aynı evde yaşayanların örneğin ebeveynlerin aşı maliyetini üstlenmemeleri sonucu çocukta kalıye bağlı yaşam yıllarında meydana gelebilecek değişikliklerden bahsedilebilir.

Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY)

DALY kaybedilen yaşam yılları ile engellilikle beraber geçen yaşam yıllarının bir toplamıdır. Bir müdahalenin DALY üzerine etkisi ise müdahalenin yapılması ile yapılmadığı durum karşılaştırılarak ölçülmektedir. Esas amacı, hastalık ve yaralanmaların hastalık sınıflamalarına göre ülkelerin sağlığına olumsuz yüklerini açığa çıkarmaktır. DALY kavramı, çeşitli hastalıkların neden olduğu prematür ölümler (YLL) ile ölümlerle sonuçlanmayan, ancak uzun dönemli sakatlık ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün, tek bir ölçüt ile değerlendirilebilmesini amaçlamaktadır. DALY erken ölümden doğan kaybedilen yaşam yılları, sakatlık ya da iyi olmayan sağlık durumundan dolayı sağlıklı yaşam yıllarının kaybını da kapsar. Engellilikle geçirilen yaşam yılları (YLS) alt bileşenidir. 2001 yılı küresel verilerine göre, unipolar depresif bozuklukların, her iki cinsten de en fazla Engellilikle Geçirilen Yaşam Yılları'na (YLD) neden olan sorunlar olduğu belirlenmiştir; kadınlardaki yükünün erkeklerden %50 daha fazla olduğu saptanmıştır. Depresyonun, her iki cins ve tüm yaş gruplarında 2020 yılında en önemli ikinci Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) nedeni olacağı beklenmektedir.

$$DALY = YLL + YDL \text{ şeklinde hesaplanır.}$$

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Hastalık Yüğü araştırmasında temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yükünün (YLD) dağılımı ortaya konulmuştur. Buna göre, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı nöropsikiyatrik hastalıklar, ikinci ve üçüncü sırayı ise yaralanmalar ve kas-iskelet sistemi hastalıkları almaktadır.

TÜİK tarafından gerçekleştirilen Türkiye Özürlüler Araştırmasına (2002) göre Türkiye'de nüfusun %12,29'u engelli olup bu oran kadınlar için %13,45, erkekler için %11,10'dur. TÜİK-2010 "Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması"na göre ise engellilerin %42,4'ünde özür oranı %70 ve üzerindedir.

ÖRNEK

Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkililik (UHY-ME) çalışmasının bulgularının yardımıyla, Türkiye'de yetişkin döneminde görülen işitme kayıplarının yarattığı hastalık yükünün ve bölgesel dağılımı araştırılmıştır. Türkiye UHY-ME çalışması, 2002-2004 yılları arasında Sağlık Bakanlığı ve Başkent Üniversitesinin iş birliği içerisinde Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün sağladığı teknik ve finansal destekle yapılmıştır. Hastalık yükü hesaplamalarında nüfus analizleri, ölüm analizleri, yaşam tabloları hazırlanmış ve YLL (Kaybedilen Yaşam Yılı) hesaplamaları yapılmıştır. Daha sonra hastalık prevalansları ve YLD'ler (Sakathkla Kaybedilen Yaşam Yılları) hesaplanmıştır. Bu aşamayı DALY (sakathğa ayarlanmış yaşam yılları) hesaplamaları takip etmiştir. UHY-ME çalışması sonuçlarına göre işitme kaybına bağlı toplam YLD sayısı erkeklerde 97714, kadınlarda 86978 olup toplamda 184693'tür. Ulusal düzeyde erişkin yaş grubundaki işitme kaybı prevalansları ise hafif derecede %60,8, orta derecede %21,8, ağır işitme kaybında %6,2, ileri derecede işitme kaybında %2,0 olarak saptanmıştır. Yetişkinlerde görülen işitme kaybı Ulusal düzeyde 184693 YLD ile kentsel alanda 117425 YLD ile kırsal alanda 67268 YLD ile dördüncü sırada yer almaktadır. YLD nedenleri arasında işitme kaybı Ulusal düzeyde %3,8, kentsel alanda %3,7 ve kırsal alanda %3,9'luk paya sahiptir UHY-ME çalışması bize yetişkin dönemde görülen işitme kayıplarının, özellikle hafif ve orta derecede, önemli bir hastalık yükü nedeni olduğunu göstermektedir. Bu sorun giderek nüfusun yaşlandığı ülkemizde, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek etkenler arasındadır.

Yaşam döngüsü değerlendirmesi (LCA) yaygın çevresel karar almayı desteklemek için uygulanan çevresel yönetim aracıdır. Bir fonksiyonel birim etrafında çerçeve oluşturarak bir hizmet, süreç veya ürünün yaşam döngüsü boyunca, insan sağlığına zarar dahil olmak üzere, potansiyel çevresel etkileri değerlendirir. Son nokta seviyesinde etkiler insan sağlığı gibi koruma alanları düzeyinde ifade edilmiştir. İnsan sağlığı bir son nokta etki kategorisi olarak yaşam döngüsü değerlendirilmesi için önemlidir. Ozonun azalması, iklim değişiklikleri, toksisite dahil olmak üzere bir dizi orta düzey indikatörler insan sağlığını etkiler. Mortalite / morbidite ölçütleri olarak uluslararası ölçekler kullanılır. Bunlar, kaybedilen yaşam yılları (YLL) dahil kaliteli ayarlanmış yaşam yılları (QALY), engelli hayat beklentisi (DALE), sağlıklı yaşam yılı (Healy) ve engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları (DALY). DALY kantitatif risk değerlendirme için en sık kullanılan ölçümdür. Aşağıdaki hususlar göz önünde bulundurulmalıdır;

- DALY farklı coğrafi bölgeler için değerlendirilmeli,
- DALY farklı zamanlar için değerlendirilmeli,
- Sosyal tercihlerin uygulaması için değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak; Bu doğrultuda yaşam kalitesi ölçekleri başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kullanım analizlerinde olmak üzere, tıbbi bakım ve tedavinin izlenmesi, zaman içindeki etkilerinin belirlenerek diğer yöntemlerle karşılaştırılması, doktor-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması amacıyla kullanılmaktadır. Kronik hastalıklar hem kişilerin yaşam kalitesini bozar hem de sağlık harcamalarını arttırır. Bu durum hem kişi hem de ülke ekonomisi açısından önemli bir problem oluşturur.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Hastalık Yükü araştırmasında temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yükünün (YLD) dağılımı ortaya konulmuştur. Burada ilk sırada olan hastalıklar hangileridir ve sağlık ekonomisi açısından anlamı nedir?



4

SIRA SİZDE

www.who.int, www.saglik.gov.tr, ekutuphane.sagem.gov.tr.



İNTERNET

Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, Yrd. Doç. Erdinç Ünal, Sağlık Ekonomisine Giriş, Prof. Dr. Ayşegül Mutlu- Prof. Dr. Kadir Işık.



K İ T A P

Özet



Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme kavramını tanımlayabilmek

Kaliteli sağlık hizmeti sunumu toplumun gelişmişlik düzeyini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin giderek artan maliyetleri hem özel hem de kamu sağlık organizasyonlarının etkili, kaliteli, verimli hizmet sunmasını güçleştirmektedir. Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme teknikleri toplumun kıt kaynaklarını dağıtırken karar vericilere yardımcı olacaktır. Demografik yapıdaki değişiklikler, sağlık maliyetlerindeki artışı beraberinde getirmekte ve hizmet sunucuları ciddi finansal problemlerle karşı karşıya bırakmaktadır. Politika yapıcılar maliyet artışını etkili ve verimli hizmet sunumu ile karşılamak için çeşitli yollar aramaktadırlar. Sağlık ekonomisi çalışma alanı kıt kaynaklar ile toplumun beklentisi olan kaliteli sağlık sonuçlarının nasıl alınabileceğini araştırmaktadır. Sağlıkta ekonomik değerlendirme, sağlık ve maliyetin her ikisinin etkileri bakımından tedavilerin veya sağlık programlarının karşılaştırmalı analizidir. Sağlık hizmetlerinin uygulanmasında alternatif tercihleri belirlemede kullanılan yöntemler basitten karmaşığa doğru bir sıralama ile maliyet-minimizasyonu, maliyet-fayda, maliyet-yararlanım, maliyet-etkinlik analizleridir.



Sağlık hizmetlerinde kullanılan ekonomik değerlendirme tekniklerini tanımlayabilmek

Maliyet minimizasyonu analizi, aynı etkideki alternatif seçeneklerin maliyetlerinin ölçümünü gerektiren ekonomik değerlendirmenin en basit biçimidir. Maliyet minimizasyonu analizi, çıktının tek veya aynı olduğu durumlarda iki veya daha fazla teşhis, tedavi, tıbbi teknoloji alternatiflerinin veya girişimlerinin maliyetler bakımından en az olanını belirlemek için uygulanan yöntemdir.

Maliyet fayda analizinde sağlık programının, tedavinin veya müdahalenin kendi içinde girdileri ve çıktıları parasal olarak karşılaştırılır. Eğer faydalar maliyetinden fazla ise matematiksel olarak fayda/maliyet oranı 1'den büyüktür ve uygulamaya değerlidir.

Maliyet etkililik analizi kıt kaynakların en etkili şekilde kullanımını tanımlayan bir tekniktir. Sağlık hizmeti çıktıları ile bu hizmetleri gerçekleştirmek için kullanılacak olan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade eder. Farklı maliyetler ve farklı çıktı miktarı birbirlerine oranlanarak birim çıktı başına düşen maliyet hesaplanır. Maliyet etkililik analizinde zaman dilimi, kar-

şılaştırma yapılan teknolojiler arasındaki maliyet ve sonuçlardaki farklılıkları yansıtabilecek kadar uzun olmalıdır.

Sağlık programının kazanımlarını kalite boyutuyla kavrayarak ortak ve eş değer bir ölçüt ile değerlendirmeye maliyet yararlanım analizi denir. Maliyet-yararlanım analizi, kısıtlı bütçe altında mümkün olan maksimum sağlık faydaları elde etmek için tahsis edilen sağlık kaynakları rehberi olarak kullanılabilen bir tekniktir.



Ekonomik değerlendirme tekniklerinin farklarını açıklayabilmek

Maliyet minimizasyonu analizinde çıktı aynı ise sadece maliyete bakılır. Maliyet fayda analizinde maliyetler ve faydalar para ile ifade edilir. Maliyet etkililik analizi iki farklı girişim aynı tür ölçüt ile farklı miktarda çıktı gösteriyorsa kullanılır. Maliyet yararlanım analizi sağlık programının kazanımlarını kalite boyutuyla kavrayarak ortak ve eşdeğer bir ölçüt ile değerlendirme olarak tanımlanır.



Ekonomik değerlendirme tekniklerini yorumlayabilmek

QALY hastanın mükemmel sağlık durumunda geçirilmiş yılını ve belirli bir tedaviden sonra kabul edilebilir bir kalitede olmak şartıyla ne kadar daha fazla yaşa da yıl yaşadığını gösterir. Böylece hastanın yaşam uzunluğu ve kalitesi üzerine sağlık müdahalesinin etkisinin ne olduğunu ifade eder. 0-1 skalası üzerinde değerlendirilir, 0 en kötü olası durumu, 1 en iyi olası durumu belirtir. Hastanın sağlık durumu bu ölçek kullanılarak belirlenir, bu şartlar altında geçirdiği süre ile çarpılır ve QALY değeri elde edilir. DALY kaybedilen yaşam yılları ile engellilikle beraber geçen yaşam yıllarının bir toplamıdır.

Bu doğrultuda yaşam kalitesi ölçekleri başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kullanım analizlerinde olmak üzere, tıbbi bakım ve tedavinin izlenmesi, zaman içindeki etkilerinin belirlenerek diğer yöntemlerle karşılaştırılması, doktor-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması amacıyla kullanılmaktadır. Kronik hastalıklar hem kişilerin yaşam kalitesini bozar hem de sağlık harcamalarını artırır. Bu durum hem kişi hem de ülke ekonomisi açısından önemli bir problem oluşturur.

Kendimizi Sıyalalım

1. Bir tıbbi müdahaleyi izleyen ilave yaşam yıllarının bireylere faydasını ölçmeye çalışan analiz tipi aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Maliyet minimizasyonu
 - b. Maliyet yararlanım analizi
 - c. Kar maksimizasyonu
 - d. Kaliteye ayarlanmış yaşam yılları
 - e. Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları
2. Maliyet fayda analizinde toplumsal olarak en uygun durum aşağıdakilerden hangisi olduğu zaman gerçekleşir?
 - a. Toplam faydalar maksimize edildiğinde
 - b. Toplam faydalar minimize edildiğinde
 - c. Toplam maliyetler toplam faydalara eşit olduğunda
 - d. Marjinal maliyetler marjinal faydalara eşit olduğunda
 - e. Minimal maliyetler minimal faydalara eşit olduğunda
3. Analistler aşağıdakilerden hangisi için QALY ölçümünü kullanır?
 - a. Epidemiyolojik çalışmalarda bağıntı ve nedenselliği çözmek için
 - b. Yaşam beklentisini doğru olarak değerlendirmek için
 - c. Yaşam kalitesi ve süresi arasında bir hesaplama yapmak
 - d. Maliyet fayda analizi için sağlık sonuçlarının parasal karşılığını ortaya çıkarmak
 - e. Sağlık müdahalelerini maliyet etkililik oranlarına göre sıralamak
4. Engelliliğe göre Ayarlanmış Yaşam Yılı'nın amacı aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Hastalık ve yaralanmaların hastalık sınıflamalarına göre ülkelerin sağlığına olumsuz yüklerini açığa çıkarmaktır.
 - b. Sonuçları karşılaştırılan müdahalelerin sağlık etkileri ve maliyetleri arasında denge sağlayan ölçümleri karar vericilere sunmaktır.
 - c. Yapılan müdahalelerin faydalarını karşılaştırmaktır.
 - d. Yapılan müdahalelerin maliyetlerini karşılaştırmaktır.
 - e. Yapılan müdahalelerin yaşam kalitesine etkisini karşılaştırmaktır.
5. "Orantının paydasında kazanım olarak kaliteye ayarlanmış yaşam yılında artmanın, payında ise buna bağlı olarak maliyette meydana gelen artışın yer aldığı maliyet-etkililik analizinin özel türü" aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Maliyet minimizasyon analizi
 - b. Maliyet fayda analizi
 - c. Maliyet etkililik analizi
 - d. Maliyet sonuçları analizi
 - e. Maliyet yararlanım analizi
6. Çıktının tek veya aynı olduğu durumlarda iki veya daha fazla teşhis, tedavi, tıbbi teknoloji alternatiflerinin veya girişimlerinin maliyetler bakımından en az olanını belirlemek için uygulanan yöntem aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Maliyet minimizasyon analizi
 - b. Maliyet fayda analizi
 - c. Maliyet etkililik analizi
 - d. Maliyet sonuçları analizi
 - e. Maliyet yararlanım analizi
7. Sağlık kazanımlarının ölçü birimi parasal değerlerle ifade ediliyorsa yapılan analiz aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Maliyet minimizasyon analizi
 - b. Maliyet fayda analizi
 - c. Maliyet etkililik analizi
 - d. Maliyet sonuçları analizi
 - e. Maliyet yararlanım analizi
8. Aşağıdakilerden hangisi erken ölümden doğan kaybedilen yaşam yılları, sakatlık ya da iyi olmayan sağlık durumundan dolayı sağlıklı yaşam yıllarının kaybını kapsar?
 - a. DALY
 - b. QALY
 - c. YLL
 - d. YLD
 - e. LCA
9. QALY ve DALY analizleri altında yatan felsefi yaklaşım aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Özel faydacılık
 - b. Nesnel faydacılık
 - c. Liberalizm
 - d. Toplumculuk
 - e. Paternalizm
10. "Bir tıbbi müdahale buna alternatif olabilecek başka bir müdahale ile karşılaştırılırken, sağladıkları fayda ve maliyetleri oranı" olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Maliyet fayda oranı
 - b. Maliyet etkililik oranı
 - c. İlave maliyet etkililik oranı
 - d. Marjinal maliyet etkililik oranı
 - e. Kaliteye ayarlanmış yaşam yılları

Okuma Parçası

Müdahale tanımı, müdahalenin yapıldığı veya girişildiği yerle ilgili bilgileri içermelidir örneğin dağıtım yeri (klinik veya toplum merkezi) ve bakım düzeyi (birinci, ikinci, üçüncü düzey); müdahale kapsamında hedef kitle; maliyet verilerinin zamanı; tedavi kürü; müdahalenin dağıtım sıklığı (tarama yapılmasının sıklığı); hedef nüfusun kapsama alanı ve diğer önemli bilgileri içermelidir.

Yeni tanı konmuş tüberküloz hastasının doğrudan gözlemlenen kısa süreli tedavisini vermek için bir program tanımı ilave bilgiler gerektirebilir. Hedef coğrafi bölgenin %95ne ulaşmaktır. İlk balgam smear'ında en az iki kez aside dirençli basil saptanması ile devlet hastanelerine başvuran semptomatik vakaların tanısı ve tümü tavsiye edilen dozlarda olmak üzere, smear pozitif vakaların tedavisinde, haftada üç kez karma ilaç kombinasyonu ile kemoterapi yapılır. Rifampicin, İsoniazid, Pirazinamid ve Ethambutol ile iki aylık yoğun kür arkasından Rifampisin ve İsoniazid ile dört aylık kür devam etmektedir.

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. d Yanıtınız yanlış ise "Ekonomik Değerlendirme Süreci ve Teknikleri" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
2. d Yanıtınız yanlış ise "Ekonomik Değerlendirme Süreci ve Teknikleri" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
3. c Yanıtınız yanlış ise "Maliyet Sonuçları Analizi (Cost Consequences Analysis-CCA)" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
4. a Yanıtınız yanlış ise "Maliyet Etkililik Analizi (Cost Effectiveness Analysis-CEA)" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
5. e Yanıtınız yanlış ise "Maliyet Fayda Analizi (Cost Benefit Analysis-CBA)" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
6. a Yanıtınız yanlış ise "Maliyet Minimizasyon Analizi (Cost Minimization Analysis-CMA)" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
7. b Yanıtınız yanlış ise "Maliyet Fayda Analizi (Cost Benefit Analysis-CBA)" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
8. a Yanıtınız yanlış ise "Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
9. b Yanıtınız yanlış ise "Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
10. c Yanıtınız yanlış ise "Maliyet Etkililik Analizi (Cost Effectiveness Analysis-CEA)" konusunu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

- Amaç belirlenmesi
- Alternatiflerin belirlenmesi
- Alternatiflerin değerlendirilmesi
- Maliyet ve faydaların belirlenmesi
- Maliyet ve faydaların ölçülmesi ve indirgeme
- Duyarlılık analizi
- Değerlendirme ve seçim

Sıra Sizde 2

Program uygulanmamalıdır.

Sıra Sizde 3

Maliyet minimizasyon analizi iki girişim aynı derecede etkili ise maliyeti az olan tercih edilir.

Maliyet etkililik analizi iki farklı girişim aynı tür ölçüt ile farklı miktarda çıktı ortaya koyuyorsa kullanılır.

Sıra Sizde 4

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Hastalık Yükü araştırmasında temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yükünün (YLD) dağılımı ortaya konulmuştur. Burada ilk sırada olan hastalıklar hangileridir ve sağlık ekonomisi açısından anlamı nedir?

Buna göre, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı nöropsikiyatrik hastalıklar, ikinci ve üçüncü sırayı ise yaralanmalar ve kas-iskelet sistemi hastalıkları almaktadır. Bu hastalıklar Engeliliğe ayarlanmış yaşam yılı analizini gerektirir.

Yararlanılan Kaynaklar

- Al-Janabi, H., Flynn, T.N., Coast J. (2011). **QALYs and Carers**, *Pharmacoeconomics*, 29 (12), 1015-1023.
- Akın, A., Ersoy, K. (2012) **2050'ye Doğru Nüfus Bilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış**, Kasım, TÜSİAD Yay. No: TÜSİAD-T/2012-11/533. <http://www.tusiad.org.tr>. (Erişim tarihi: 11.10.2014).
- Ardıç, A., Köşkeröglü, C. (2014). **Sağlık Hizmetlerinde Finansal Değerlendirme, Özel Hastane Uygulaması**, *IAAOJ, Scientific Science*, 2(1), 41-73.
- Aydın, A., Akgün, S., Bakar, C. (2007). **Türkiye'de İtme Kayıplarının Yarattığı Hastalık Yükü**, *Türk Otorinolarenoloji XXIX Ulusal Kongre Özetleri*.
- Balçık, P., Şahin, B.(2013). **Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi**, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt: 16 Sayı: 2*, 121-134.
- Beemster, T.T., Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C.A.M., Frings-Dresen, M.H.W. and Reneman, M.F. (2015). **Cost-effectiveness of 40-hour versus 100-hour vocational rehabilitation on work participation for workers on sick leave due to subacute or chronic musculoskeletal pain: study protocol for a randomized controlled trial**, *Trials* (2015) 16:317 DOI 10.1186/s13063-015-0861-4 (Erişim tarihi: 25.9.2015).
- Bleichrodt, H., Wakker, P. and Johannesson, M. (1997). **Characterizing QALYs by Risk Neutrality**, *Journal of Risk and Uncertainty* ; 15: 107-114.
- Bleichrodt, H., Pinto, J. (2012). **The Elgar Companion to Health Economics**, In: Jones, A.M. (Ed.), Edward Elgar, Cheltenham, UK.
- Cohen, B.J. (2003). **Discounting in Cost-Utility Analysis of Healthcare Interventions**, *Pharmacoeconomics*; 21 (2): 75-87.
- Çalışkan, Z. (2009). **Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet Etkililik Analizi**, *Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi*, C. 14, S.2, sy.311-332.
- Çelik, Y. (2011). **Sağlık Ekonomisi**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Donev, D. (2010). **Basic concepts in health economics and methods for economic evaluation**, *Methods and Tools in Public Health*, <http://www.researchgate.net/publication/256012953> (Erişim tarihi: 15.7.2015).
- Drummond, MF, O'Brien, BJ., Stoddart, GL., Torrance, GW.(1997). **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. New York: Oxford University Pres.

- Drummond, M.F. et al. (2006). **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**, Oxford University Press Inc., New York.
- Eser, SY., Fidaner, H., Fidaner. C. ve ark. (1999). **Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF**. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* (3P), 7(Ek 2) : 5-13.
- Filiz, Y. (2010). **Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi**, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Finansman Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Fox-Rushby, J. A., ve Hanson, K.(2001). **Calculating and presenting disability adjusted life years (DALYs) in cost-effective analysis**, *Health Policy and Planning*, 16 (3), s. 326-331.
- Gilden, J., Staring, A.B.P., Van der Gaag, M., Mulder C.L. (2011). **Does Treatment Adherence Therapy reduce expense of healthcare use in patients with psychotic disorders? Cost-minimization analysis in a randomized controlled trial**, *Schizophrenia Research* 133, 47-53.
- Hofstetter, P., Hammit, J.K. (2001). **Human Health Metrics for Environmental Decision US EPA Office of Research and Development Support Tools: lessons from health economics and decision analysis and development**, In: National Risk Management Research Laboratory Office of Research (Ed.), U.S. Environmental Protection Agency, Cincinnati.
- Hung, MC., Lu, H.M., Chen, L., Lin, M.S., Chen, C.R., Yu, C.J., Wang, J.D. (2012). **Cost per QALY (Quality-Adjusted Life Year) and Lifetime Cost of Prolonged Mechanical Ventilation in Taiwan**, *PLOS ONE* | www.plosone.org, September | Volume 7 | Issue 9. (Erişim tarihi: 12.2.2014).
- Kaptanoğlu, A. (2011). **Sağlık Ekonomisi ve İlaç Ekonomisi**, Sağlık Yönetimi, (Ed. Kaptanoğlu A.), sy. 266, Beşir Yay.
- Kernick, D., McDonald, R. (2002). **Getting Health Economics into Practice**, Edited by David Kernick, Radcliffe medical Press, United Kingdom.
- Kılıç, E. (2008). **Türkiye’de Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Seçilmiş AB Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Bir Analiz**, T. C. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Niğde.
- Kısa, A. (1999). **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Usta Matbaacılık, Ankara.
- Kobayashi, Y., Peters, GM., Ashbolt, NJ., Shiels, S., Khan, SJ. (2015). **Assessing burden of disease as disability adjusted life years in life cycle assessment**, *Science of the Total Environment* 530–531(2015) 120–128.
- Komatsuzaki, Y., Gramegna, P., Stephens, J.M., Botteman, M.F., Pashos, C.L., Redaelli, A. (2006), *Am J Cancer* 2006; 5 (1): 27-34.
- Kurtulmuş, S. (1998). **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, sy. 77, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Lee, BY., Bartsch, SM., Mvundura, M., Jarrhian, C., Zapf, KM., Marinar, M., Wateska, AR., Snyder, B., Swaminathan, S., Jacoby, E., Norman, JJ., Prausnitz, MR., Zehring, D.(2015). **An economic model assessing the value of microneedle patch delivery of the seasonal influenza vaccine**, *Vaccine* 33 , 4727–4736.
- McDowell, I., and Newell, C. (1987). **Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires**, New York: Oxford University Press.
- Mc Farland, A.,(2014). **Economic evaluation of interventions in health care**, *Nursing Standard*. 29, 10, 49-58.
- Mrazek, M.F., and Mossialos, E. (2003). **Methods for Monitoring and Evaluating Process and Outcomes**, M.N.G. Dukes, F.M. Haaijer-Ruskamp, C.P. de Joncheere ve A.H. Rietveld (Ed.). *Drug and Money - Prices, Affordability and Cost Containment*. The Netherlands: IOS Press.
- Miller, P.(2001). **Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care**, *Health Economic Evaluation, Trent Focus*.
- Mishan, EJ.(1988). **Cost-benefit Analysis**, 4th edition. London: Unwin Hyman.
- NİCE (2012). **Methods for the development of NICE public health guidance** (third edition), NICE article (PMG4), Published date; 2012.
- Ökem, Z.G. (2008). **Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme: Politika Kararları ve Uygulama**, Sağlık Sektörü Çalıştayı, Maliye Politikaları Analiz ve Değerlendirme Modellerinin Geliştirilmesi Projesi.
- Öksüz, E., Malhan, S. (2005). **Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalimetri**, Başkent Üniv. Yay. Ankara.
- Özgen, H., Tatar, M.(2007). **Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye’de Durum**, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:10, Sayı:2.
- Phelps, C. (2003). **Health Economics**, 3rd Edition, sy. 489, Pearson Education.
- Prüss-Üstün, A., Mathers, C., Corvalán, C., Woodward, A. (2003). **Environmental Burden of Disease Series, No.1 – Introduction and Methods: Assessing the Environmental Burden of Disease at National and Local Levels**. World Health Organization, Geneva.

- Ramallo-Fariña, Y., García-Pérez, L., Castilla-Rodríguez, I., Perestelo-Pérez, L., Wägner, A.M., Pablos-Velasco, P., Domínguez, A.C., Cortés, M.B., Vallejo-Torres, L., Ramírez, M.E., Martín, P.P., Puente, I.G., Fort, M.A.S., Aguilar, M.G.S. and INDICA team (2015). **Effectiveness and cost-effectiveness of knowledge transfer and behavior modification interventions in type 2 diabetes mellitus patients—the INDICA study: a cluster randomized controlled trial**, *Implementation Science* (2015) 10:47, DOI 10.1186/s13012-015-0233-1.
- Richardson, J., McKie, J., Bariola, E. (2011). **Review And Critique of Health Related Multi Attribute Utility Instruments**, Centre for Health Economics: Monash University.
- Saka, Ö. (2015). **Sağlık Ekonomisi Analiz/Modelleme Yöntemlerinin Kullanımı**, www.saglik.gov.tr. ,(Erişim: 27.8.2015)
- Smith, C.A., Duby, J.J., Utter, G.H., Galante, J.M., Scherer, L.A., Schermer, C.R. (2014). **Cost-minimization analysis of two fluid products for resuscitation of critically injured trauma patients**, *Am J Health-Syst Pharm*–Vol 71 Mar 15, 470-475.
- Stoto, M.A., Cosler, L.E. (2008). **Evaluation of public health interventions**, *Public Health Administration*, Principles for Population-Based Management, 495-544, Jones and Bartlett Publishers, www.jblearning.com.
- Sur, H. (2011). **Sağlık ve Sağlık Ekonomisi**, Çerçeve, 3 aylık Ekonomi ve Düşünce Dergisi, Yıl:9, Sayı:55, ss:6-10, Şubat.
- Şahin, Ş., Toprak, S., Ünal, E. (2012). **QALY; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları**, *Medicine Science* (1)4, 232-243.
- Tav, A.Ş. (2006). **Şizofreni tedavisinde direkt maliyeti belirleyen değişkenlerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi**, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul. (Erişim: www.istanbulsaglik.gov.tr, 10.9.2015).
- Tıraş, H. (2013). **Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme**, sy. 125-151.
- Tokat, M. (2015). **Sağlık Ekonomisi**, www.husep.hacettepe.edu.tr, Erişim tarihi: 20.9.2015.
- Ünal, E. (2013). **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**, Ekin yay.
- Višnjić, A., Veličković, V., Milosavljević, N.S. (2011). **QALY - Measure of Cost-Benefit Analysis of Health Interventions**, *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš*;28(4):195-199.
- Weinstein, M. C. and Torrance, G. And McGuire, A. (2009). **QALYs: The Basics**. *Value in Health*; 12 (S1): S5-S9.
- Wisløff, T., Hagen, G., Hamidi, V., Movik, E., Klemp, M., Olsen, J.A. (2014). **Estimating QALY Gains in Applied Studies: A Review of Cost-Utility Analyses Published in 2010**, *Pharmacoeconomics* (2014) 32:367–375, DOI 10.1007/s40273-014-0136-z
- WHO (2003). **Guide to Cost Effective Analysis**.
- Yiğit, V., Erdem, R. (2014). **Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi**, Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi, C. 19, S.2, sy. 211-236.
- www.who.int, (2003), **İntroduction to Drug Utilization Research**, (Erişim tarihi: 11.9.2015).
- www.saglik.gov.tr, http://ekutuphane.tusak.gov.tr, (2004). **Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması**, (Erişim tarihi: 3.4.2014).
- Yazıhan, N. (2015), **Türkiye’de Meme Kanseri: Ekonomik Etkinlik ve Maliyet Etkililik**; http://www.researchgate.net/publication/242562900.

8

Amaçlarımız

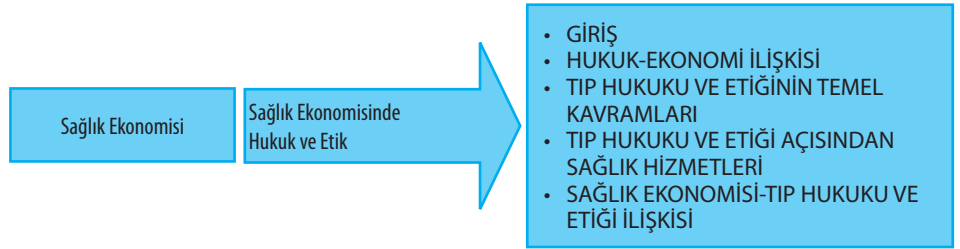
Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- Hukuk ve ekonomi arasındaki ilişkiyi genel hatlarıyla açıklayabilecek,
- Tıp hukuku ve etiğinin temel kavramlarını tanımlayabilecek,
- Tıp hukuku ve etiği bakımından sağlık hizmetlerini yorumlayabilecek,
- Sağlık ekonomisi ile tıp hukuku ve etiği arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek, bilgi ve becerilere sahip olacaksınız.

Anahtar Kavramlar

- Defansif Tıp
- Ekonomi Hukuku
- Hekim - Hasta İlişkisi
- Tıp Hukuku
- Tıp Etiği
- Tıbbi Müdahale
- Sağlık Hakkı
- Sağlık Hukuku
- Yaşama Hakkı
- Özerklik

İçindekiler



Sağlık Ekonomisinde Hukuk ve Etik

GİRİŞ

Öngörülen ekonomik bir sistemin başarısı toplumun ve onu oluşturan bireylerin ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığı veya ne düzeyde karşıladığı ile ilgilidir. Kaynaklarını toplumsal ihtiyaçların tatmin edilmesi doğrultusunda harekete geçirebilen ekonomik sistemler ve işleyişler başarılı olarak kabul edilir. Sistemin başarısı hiç şüphesiz, onun hukuki ve etik temellere dayanmış olması ile de yakından ilgilidir.

Ekonomi ve hukuk farklı disiplinler olmakla birlikte, ortak noktalarının başında insan unsuru yer almaktadır. Ekonomik bakış açısı ile bir ülkenin en önemli kaynağı insan olduğu gibi, tıp ve hukukun temel konusu da insandır. Bu noktada birey ve toplum yaşamında önemli yeri olan sağlık ve sağlık hizmetleri özel bir önem taşımaktadır. Toplumlara oluşturan bireylerin birbirlerinden çok farklı ve çeşitli ihtiyaçları olmakla birlikte, en temel ihtiyaçların başında sağlık hizmetlerinin yer aldığı kabul edilmektedir.

Sağlığı toplumsal bir olgu, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış temel bir insan hakkı, sağlık hizmetlerini ise toplumsal bir görev ve sorumluluk olarak gören sağlık politikaları, sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi görevini toplumun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlık hakkı, diğer bütün insan hakları gibi devletlere üç tür ve kademede sorumluluk yüklemektedir. Bunlar, saygı, koruma ve gereğini yerine getirme yükümlülüğüdür. Bu durum, hakkın herkese sağlanması, haktan fiilen yararlanılmasının temin edilmesi, kişilerin sağlığı açısından olası zararlı müdahalelere karşı korunmaları yanında, sağlık hizmeti kalitesinin olumsuz yönde etkilememesinin güvence altına almasını da ifade etmektedir.

Devletlerin sağlık hakkına ilişkin yükümlülükleri ve sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların giderek artması sonucu almaları gereken ekonomik tedbirler ikileminde, sağlık ekonomisi ile hukuk arasındaki ilişki daha da önem kazanmıştır.

Kitabınızın son ünitesinde, ilk başlık yer alan, “Hukuk-Ekonomi İlişkisi” bölümünde, ekonomi ve hukuk arasındaki ilişki genel hatlarıyla incelenecektir. İkinci başlık olan “Tıp Hukuku ve Etiğinin Temel Kavramları” bölümünde, sağlık hukukunun geniş ve dağınık olan kapsamı nedeni ile, konuyu sınırlayabilmek için, sağlık hizmetlerinin uygulanmasından kaynaklanan hukuki sorunları ele alan, daha dar kapsamlı tıp hukuku ve tıp etiği kavramları açıklanacaktır. Bu bölümde, alt başlıklar altında tıp hukuku ve etiğinin temel kavramlarına (tıbbi müdahale, yaşama hakkı, sağlık hakkı vd.) da kısaca yer verilmiştir. Diğer yandan, temel bazı kavramların sadece ekonomi odaklı ya da hukuka dayalı olarak tanımlanmalarının mümkün olmaması nedeniyle, “Tıp Hukuku ve Etiği Bakımından Sağlık Hizmetleri” başlığı altında, sağlık ekonomisinin de temelinde yer alan sağlık hizmeti

kavramı ele alınacak ve son olarak “Sağlık Ekonomisi-Tıp Hukuku ve Etiği İlişkisi” bölümünde, daha önce verilen temel bilgiler doğrultusunda sağlık ekonomisi-hukuk ve etik ilişkisi, somut bazı örneklerle incelenecektir.

HUKUK-EKONOMİ İLİŞKİSİ

Ekonomik bir sistemin sağlıklı işleyebilmesi, ihtiyaçların karşılanmasına olduğu kadar, etkin bir hukuk sisteminin varlığına da bağlıdır. Ekonomik refah ve bunun topluma yayılmasında, hukuk ve ekonominin birbirlerini tamamlaması esastır.

Hukuk çok genel olarak toplum yaşamını düzenleyen ve devlet yaptırımlarıyla güçlendirilmiş bulunan kurallar bütünü olarak tanımlanmakla birlikte; sosyal görünümde içinde kavranabilen, insan iradesinin yarattığı, sosyal, ekonomik etkileri ve yansımaları olan bir alandır. Diğer yandan, kurumsal yapılarla, bu yapıların içinde geliştiği toplumsal gerçeklik içinde organik ilişkiyi kuran en önemli araç olan hukuk, sosyal, ekonomik ve siyasi değişimlerin etkilerine de açıktır. Bu değişimlere bağlı tercihlerin etkili olabilmesi ancak yapılacak hukuki düzenlemeler ile mümkündür. Daha açık bir ifade ile sosyal ve siyasi alanda olduğu gibi, ekonomi alanında da hukukun meşrulaştırıcı bir etkisi vardır.

Hukukun ekonomi ile olan yakın ilişkisi, ekonomik yaşama uygun hukuk kurallarının varlığını gerektirmekle birlikte, özellikle sağlık alanında sadece ekonomik veri ve görüşlerden yola çıkarak hukuki düzenlemelerin yapılması mümkün değildir. Akademik açıdan ayrı alanlar olarak görülen hukuk ve ekonominin son dönemlerde hızla yakınlaştığı alanlardan birisi olan sağlık ekonomisinde de sağlık hizmetlerinin işleyişini, etik ve hukuk kurallarına göre değerlendirmenin önemi ortaya çıkmıştır.

Ekonomide yaşanan gelişmeler, ekonominin birçok alanında hukuk kökenli kavramların daha yaygın biçimde kullanılmasına yol açtığı gibi, hukuk diline de ekonomi kavramlarının girmesini hızlandırmıştır. Hatta ekonomik yaşamın, devlet tarafından çeşitli düzenleme ve sözleşmelerle yönlendirilmesi ve denetlenmesi ekonomi hukuku olarak nitelendirilen yeni bir alanı yaratmıştır. Ekonomi hukuku, devlet, özel teşebbüs ya da her ikisinin ortak faaliyetinden doğmuş olan, ekonomik gelişme ve organizasyonu düzenleyen, ekonomik yaşamın bütün yönleri ile düzenlenmesini konu alan bir hukuk dalıdır. Sağlık ekonomisi bir yönüyle de ekonomi hukuku ile ilişki halindedir.

Ekonomi ve hukukun toplumsal sorunlara bakış açısı farklıdır. Hukuk ve ekonomi izledikleri amaç doğrultusunda aynı konulara farklı şekilde yaklaşırlar. Hukukçu karşılaştığı sorunda hakkaniyete en uygun çözümü ararken, ekonomist en yararlı çözüm peşindedir. Ekonomi bir gözlem bilimidir ve konusu kıt olan kaynakların rasyonel kullanımına odaklanır. Hukukçu ve ekonomistin aynı kavrama farklı anlamlar yüklemeleri de mümkündür. Hukukun hasta, hastalık, sağlık, sağlık hizmetleri gibi kavramlara verdiği anlam ile ekonominin bu kavramları ele alış şekli birbirinden farklıdır. Hatta bir hukukçu bakımından günlük yaşam dilinde, hasta için tüketici, sağlık hizmetleri arzı ve talebi, sağlık hizmetleri piyasası/pazarı vb. ifadelerinin kullanılması uygun dahi görülmeyebilir.

Ekonomi ile hukuk arasındaki ikilemleri en iyi yansıtan alanlardan birisi sağlık hizmetleri alanıdır. Örneğin; on yılı aşkın bir süredir sağlık politikası araştırmacıları, yaşamın son dönemine ilişkin hasta bakım maliyetlerinin yüksek olmasına dikkat çekmekte, hasta için ölüm evresinde yapılan sağlık harcamalarına eleştirel yaklaşmaktadırlar. Buna paralel olarak ekonomik kaygıları temel alan boşuna ya da etkisiz tedavi, ötenazi gibi kavramlar daha sık dile getirilmekte, yaşamın sonlandırılmasına ilişkin kararlar ve yaşam kalitesi olgusu ekonomik bakış açılarıyla tartışılmaktadır. Bir ekonomist için sonuç alınamayacak olmasına rağmen, yaşama şansı olmayan bir hastaya yoğun tedavi girişimi uygulamak yararsız kaynak kullanımı olarak görülebilmektedir. Bu durumda, eldeki kaynaklarla “mevcut hasta yerine diğer bir hastanın tedavisi daha verimli ve etkili” ya

Ötenazi: Ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıp biliminin verilerine göre iyileştirilmesi olanağı olmayan veya dayanılmaz acılar içinde olan kişinin, tıbbi yöntemlerle yaşamının sonlandırılması (aktif ötenazi) veya tıbbi yardımın kesilerek (pasif ötenazi) ölüme terk edilmesi.

da ekonomi biliminin terminolojisiyle “marjinal verimliliği daha yüksek olacaktır” şeklindeki bir yaklaşım, insani ve bilimsel olarak kabul edilebilir mi? Bu soruya hukukçunun vereceği cevap nettir; hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özenin gösterilmesi gerekir. Hastanın yaşamını kurtarmak mümkün olmadığı takdirde dahi, ızdırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur. Hekimler sağlık hizmeti sunarlarken ekonomik kaygılarla karşı karşıya bırakılamaz. Hekim hastasının durumunun gerektirdiği en uygun tedaviyi vermek zorundadır, aksine bir tutum ve davranış, hukuki ve etik bir yaklaşım olarak kabul edilemeyeceği gibi hekimin hukuken sorumluluğunu da gerektirir.

Verilen örnekte görüldüğü gibi, hukuk ve ekonomi aynı vakayı farklı şekilde değerlendirebilmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki, sağlık harcamalarına ilişkin analizlerin yapılması, sağlık hizmetlerinin planlanması için bir zorunluluktur. Normatif ekonomi çalışmaları, hukuk politikalarının ekonomik sonuçlarını değerlendirerek kanun yapma sürecinde önerilerde bulunur ve ekonomik etkinlik için gereken hukuki düzenlemelerin gerçekleştirilmesini hedef alır. Yaşamın son dönemindeki sağlık harcamalarına ilişkin analizler, maliyeti yüksek olan yaşam destek tedavilerinin kesilmesi gerektiği anlamına gelmez. Yaşlanan nüfus ile beraber bu hizmetlere olan talebin artacağı göz önüne alındığında, gerekli ekonomik ve hukuki düzenlemelerin yapılması için yol gösterici olabilir. Bununla birlikte toplumların ekonomik-sosyal ve siyasi tercihleri ile şekillenen sağlıklı bakışın giderek daha ekonomik bir boyut kazandığı da bir gerçektir.

Sağlık ve sağlık hizmetlerine özgü bazı özellikler, ekonomik kuralların diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörü için kullanılamayacağı ve bazı düzenlemelerin yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak gelişmesine etki eden faktörlerden birisi de bu durumdur. Aynı yaklaşımı hukuk açısından da görmek mümkündür. Hukukun genel prensiplerinin sağlık alanında yetersiz kalması, sağlık hizmetlerinin kendisine özgü ve farklı bir bakış açısı ile ele alınması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu durum sağlık hukuku ve bir alt dalı olan tıp hukukunun ayrı birer hukuk disiplini olarak ortaya çıkmasını gerektirmiştir.

Bu noktada, ekonomi ve hukuk arasındaki farklılıklar, ekonominin alt dalı olan sağlık ekonomisi ve hukukun alt dalı olan sağlık hukuku ile daha kolay aşılabilecektir. Sağlık hizmetleri ve sağlık hizmet sunumunun kendisine has özelliklerini dikkate alan bu iki disiplin arasında, tıp hukuku ve etiği çerçevesinde hasta yararına bir etkileşim daha mümkün görünmektedir.

Sağlık ekonomisi, sağlık ve ekonomi alanının kesişme noktasında yer almaktadır. Bu nedenle sağlık ekonomisi, ekonominin temel kavramları kadar, tıp hukuku ve etiğinin temel kavramlarının da bilinmesini gerektirir. Sağlık alanında yapılan ekonomik analizler ancak bu kavramların gereği gibi anlaşılması ile yorumlanarak, ayağı yere basan gerçekçi sonuç ve uygulamalara dönüşebilir.

TIP HUKUKU VE ETİĞİNİN TEMEL KAVRAMLARI

Tıp bilimi ve teknolojisinin gelişimi, sağlık hizmetleri ve tıbbi girişimlerin boyutlarında yaşanan yenilikler, sağlık hizmetleri ile ilgili faaliyetlerin “sektör” haline gelmesi, sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu sağlık otoritelerinin özellikle mali bütçenin gerçekleştirilmesi ile ilgili sorumlulukları nedeniyle verebildikleri hatalı kararlar, günümüzde tıp hukuku ve etiği kavramını daha da önemli hale getirmiştir.

Devlet koyduğu kurullarla toplumsal yaşamı düzenlerken, menfaatler arasındaki çatışmaları ortadan kaldırmak, bireylerin ekonomik ve toplumsal yararlarını korumaya yönelik tedbirler almak durumundadır. Sağlık hizmetinin tüketicisi olan hastanın haklarının korunması, tecrübe ve bilgi eksikliğinden yararlanılarak ekonomik menfaat elde edilmesini önleyecek her türlü tedbirin alınması esastır.

Sürekli genişleme eğiliminde olan sağlık sektörü, ekonominin “kaynakların kıtlığı ve sınırsız ihtiyaçlar” temel argümanı için en iyi örneklerden birini oluştururken, hukuk, ekonomik sistem içindeki bireyler, kurumlar, devlet gibi aktörlerin etkinliklerini belirleyen ve düzenleyen kurallar koymak durumundadır. Sağlık ekonomisinin karar alma süreçlerinde etkili olabilmesi, ekonomik olarak varılan sonuçların hukuk ve etik açısından kabul edilebilir olmasına bağlıdır. Bu durum, tıp hukuku ve etiğinin temel kavramlarının bilinmesini gerektirir.

Tıp Hukuku ve Etiği

Tıp ve hukuk, yüzyıllardır birbirini tamamlayan iki alan olarak kabul edilmektedir. Bunun nedeni, bunlardan birisinin insan yaşamını ve sağlığını, diğerinin ise temel hak ve özgürlükleri korumaya adanmış iki disiplin olmasıdır.

Tıp hukuku, sağlık hukukunun bir alt dalı olarak, sağlık hizmetlerinin uygulanmasından kaynaklanan; sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumlulukları, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal (tıbbi cihaz ve malzeme) hukuk gibi konuları ele alan hukuk dalıdır. Sağlık hukuku daha geniş kapsamlı olup doğrudan tıbbi uygulamalar ile ilgili olmayan ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm faaliyetleri kapsadığı gibi, gıda güvenliği, çevrenin korunması, sağlığa zararlı tüm etmenlerin önlenmesi gibi konuları da içerir. Sağlık ve tıp hukuku disiplinler arası birer hukuk dalı olarak, anayasa hukuku, ceza hukuku, idare hukuku, medeni hukuk gibi hukukun tüm diğer alanları ile de ilişkilidir.

Tıp hukuku, hukukun bir alt disiplini olarak son yıllarda, özellikle hasta haklarının gelişmesi ile şekillenmeye başlamıştır. Esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını dile getiren ve dayanağını insan hakları ile ilgili temel belgelerden alan hasta hakları, karmaşık sağlık sistemi içindeki hastanın korunması gereği ile ortaya çıkmıştır. Tarihsel süreç içinde gelişen ve 1970’li yıllarda hukuki himayeye kavuşmaya başlayan bu haklar, 1980’li yıllarda uluslararası alana taşınmış, 1990’lı yıllarda ülkelerin yasal düzenlemelerinde yer almış ve uygulanmaya başlamıştır. Türkiye’de 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği (R.G. 23420/01.08.1998) gibi doğrudan doğruya sağlık ile ilgili yasal düzenlemeler olduğu gibi, başta Anayasa olmak üzere çeşitli yasal düzenlemeler kapsamında doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak sağlık alanı ile ilgili hükümler yer almaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği, hasta haklarını somut olarak göstermesi ve gerektiğinde hastanın hukuki korunma yollarını kullanabilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemesi bakımından önemlidir.

Tıp hukukuna ilişkin hükümlerin büyük bir kısmı tıp etiğine uygun olmakla birlikte, tıp etiğinin tüm ilkelerinin hukuk kurallarına dönüşmesi söz konusu değildir. Daha açık bir ifade ile hukuk ve etik, temelde insan davranışlarını düzenleyen kurallar olmakla birlikte, iki kavram birbirinden farklıdır. Hukuk, toplumsal ilişkileri düzenleyen ve uyulması devlet zoruna (yaptırıma) bağlanmış kurallar bütünüdür. Etik bakımından böyle bir yaptırım söz konusu değildir. Aynı şekilde etik ve ahlak arasında yakın anlam ilişkisi bulunmakla birlikte farklı kavramlardır. Etik, ahlakı da içeren daha geniş bir alanı ifade eder; değerlerin sorgulandığı, iyi-kötü kavramlarının eleştirisel değerlendirilmelerinin yapıldığı felsefenin bir alt alanıdır. Hukuk yaptırım ve sorumlulukları belirlerken, etik açık uçlu sorulara cevap bulmaya çalışır.

Tıp etiği ise tıbbi uygulamalar sırasında ortaya çıkan değer sorunlarını inceler. Tıp etiği alanında, bir eylemin değerini hangi yaklaşıma göre sorgularsak sorgulayalım, evrensel olarak kabul görmüş dört temel ilkeye uygun davranılması gerektiği kabul edilmektedir. Tıp etiğinin temel ilkeleri; zarar vermeme ilkesi, yararlılık ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi ve adalet ilkesidir.

Tıp etiğinin ilk iki ilkesi birbiriyle bağlantılı olarak, öncelikle tıbbi uygulamalar sırasında hastaya yararlı olunması ve zarardan korunması olarak belirlenmiştir. Her koşulda

hasta yararına öncelik verilmelidir şeklindeki yararlılık ilkesi, hiç zarar vermeden mutlak yararlı bir tıbbi uygulamanın pek mümkün olmaması nedeniyle yarar ve zararın denge-lenmesi olarak yorumlanmaktadır. Diğer yandan hasta haklarının ve aydınlatılmış onam kavramının gelişmesiyle önem kazanan hastanın özerkliğine saygı ilkesi ile hekim tarafın-dan değerlendirilen yararlılık ilkesinin zaman zaman çatışabildiği bir gerçektir.

Hekimin mesleki yükümlülükleri doğrultusunda, hekim-hasta ilişkisinde yakın dö-neme kadar kabul gören paternalizm (paternalist yaklaşım), yerini hasta özerkliğini ön plana alan hasta odaklı, katılımcı yaklaşımlara bırakmıştır. Buyurgan ya da babacıl yakla-şım olarak ifade edilen paternalist yaklaşımın özünde, hastanın tedavisine ilişkin kararlar-ın hekim tarafından alınması yatmaktadır. Günümüzde hekimlerin hastaları adına karar vermeleri ve hareket etmeleri, hastanın özerkliğini zedeleyen bir tutum olarak görülme-kte, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının varlığı kabul edilmektedir.

Gelişen hasta haklarıyla birlikte özerkliğe saygı ilkesi günümüzde daha çok önem ka-zanmıştır. Özerklik, kişinin kendi değerleri ve tercihleri doğrultusunda, yaşamına ilişkin kararlarda yer alabilmesini ifade ederken, tıp etiği bakımından hekimin hastayı kendi sağ-lığı ve yaşamıyla ilgili kararları alabilmesi için ayrıntılı olarak bilgilendirmesi ve sonrasında hastanın rızasını alması görevine işaret etmektedir. Tıp etiğinde özerkliğe saygı ilkesi-nin tıp hukukundaki yansıması aydınlatılmış onamdır. Bilgilendirilmiş rıza kavramı ile de ifade edilen aydınlatılmış onam, sağlık hukuku mevzuatında çeşitli düzenlemeler içinde yer almış, özellikle Hasta Hakları Yönetmeliği ile bilgilendirmenin kapsamı, usulü, bilgi verilmesi gerekmeyen haller ayrıntılı şekilde düzenlenmiştir. Tıbbi müdahaleler açısından hastanın ve/veya yasal temsilcisinin bilgilendirmeye dayanan rızası, hem özel hukuk hem de ceza hukuku bakımından bir hukuka uygunluk nedeni olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, sunulan hizmet hakkında bilgi sahibi olan hekimlerdir. Hastalar sunulan hizmetin niteliği ve kalitesi konusunda yeterli bilgi sahibi değildir. Sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmeti kullanıcıları arasındaki bilgi asimetrisi, has-taların aldığı hizmeti ve kendilerine sağlayacağı yararı değerlendirememeleri nedeni ile hekimlerine güvenmeleri sonucunu yaratmaktadır. Dolayısıyla hekim, hasta adına hem hizmetin kalitesini hem de tüketim miktarını tek taraflı olarak belirleme gücüne sahiptir. Sağlık hizmeti sunumunda standart bir hekim davranış modeli olmadığı için, her heki-min hizmet sunumu, tedavi yöntemi, hastaya yaklaşımı farklı olabilecektir. Hatta sağlık profesyonelleri bazı durumlarda gerekmediği hâlde sağlık hizmet talebini arttırmakta, kaynakların aşırı kullanılması ve harcamaların artmasına neden olabilmektedir. Hekimin hastayı tıbbi müdahale konusunda bilgilendirme yükümlülüğü, hastayı bilgi asimetrisin-den kaynaklanan istismarlardan koruma açısından da önemlidir.

Tıp etiğinin diğer ilkesi olan adalet ilkesi, sağlık ekonomisi bakımından da ele alınan temel ilkelerden biridir. Adalet benzer durumdaki kişilere eşit şekilde davranıldığı süreç eylemlerin ahlaka uygun olduğunu ileri süren ilkedir. Farklı adalet kuramlarında kaynak-ların adil dağılımı için farklı yaklaşımlar sunulmaktadır. Örneğin eşitlikçi adalet anlayı-şında sağlık hizmetinin ihtiyaç temelinde dağıtılması öngörülür. Adalet kavramı herkese hakkı olanı vermeyi, hürriyeti, eşitliği ve insan haklarına saygıyı sağlamayı amaçlar. Hak-kaniyet kavramı ise somut olayın özelliklerine başvuruyla adaletin sağlanmasıdır. Sağlık ekonomisi ve tıp etiğinin ortak konusu olan hakkaniyet, herkesin uygun sağlık hizmet-lerine erişebilmesi ve kullanabilmesidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hakkaniyet arasındaki ilişki, doğrudan doğruya tıp hukuku ve etiğinin de konusudur.

Tıp hukuku açısından hasta, sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun ola-rak faydalanma hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde bu husus açıkça şu şe-killde ifade edilmektedir:

Madde 6: "Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hiz-

Paternalizm: Bir kişiye yararlı olmak amacıyla ve o kişinin esenliği gözetilerek, ancak kişinin iradesi dikkate alınmaksızın ya da iradesine karşı eylem.

metlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hak-kaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.”

Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü sağlık ekonomisi açısından büyük önem taşır, ancak sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının karşılanması, dağılımının dengelenmesi, erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası vd. düzenlemelerin yapılması sadece sağlık ekonomisinin konusu olmayıp tıp hukuku ve etiği açısından da üzerinde durulması gereken konulardır.

İNETERNET



Sağlık hukuku mevzuatı için <http://www.mevzuat.gov.tr/> adresini ziyaret edebilirsiniz.

Tıbbi Müdahale ve Hukuka Uygunluk Şartları

Tıp, bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak sürekli değişmekte ve gelişmektedir. Bu değişim ve gelişim karşısında tıbbi müdahaleler, yeni imkânlar ve umutlar sağlamakla birlikte, farklı hukuki ve etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu durum karşısında tıbbi müdahalelerin hukuki sınırlarını belirlemek ve tıbbi müdahalenin kesin bir tanımını yapmak da kolay değildir. Bu nedenle kişinin yaşam, sağlık, vücut bütünlüğü değerleri gibi kişilik değerlerini ihlal eden ya da ihlal etme olasılığı bulunan tıbbi müdahale kavramı genellikle geniş tanımlanmakta ve bu tanım içinde müdahalenin hukuka uygunluk şartları da sayılmaktadır.

Tıbbi müdahale, kişilerin bedensel, fiziksel veya psikolojik bir hastalığını, eksikliğini teşhis ve tedavi etmek, bu mümkün olmadığında hastalığını hafifletmek veya acılarını dindirmek yahut rahatsızlıktan korumak veya nüfus planlaması amaçlarıyla, tıp mesleğini icraya yasal olarak yetkili kimseler tarafından, tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallara göre gerçekleştirilen en basit teşhis ve tedavi yöntemlerinden başlayarak en ağır cerrahi müdahalelere kadar uzanan her çeşit faaliyettir.

Verilen tanımda görüldüğü gibi, kişinin yaşamına, sağlığına veya vücut bütünlüğüne yönelik bir müdahalenin tıbbi müdahale olarak kabul edilebilmesi ve hukuka uygun sayılabilmesi için aşağıda yer alan şartların var olması gerekir:

- yetkili kişiler tarafından gerçekleştirilmesi
- hukuken öngörülmüş amaçlara yönelik olması
- tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve esaslara uygun olması
- hastanın tıbbi müdahaleye rıza göstermesi (aydınlatılmış onamının bulunması)

Tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek yetkili kişiler arasında hekimler ilk sırada yer alırlar. Hekimlerden sonra tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek yetkili kişiler ise hekim dışındaki diğer sağlık personelidir. Kanunen yetkili kişi tarafından gerçekleştirilen müdahale, hukuken öngörülmüş amaçlara yönelmiş olmalıdır. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün (R.G.10436/19.02.1960) 13. maddesinin 3. fıkrası, tıbbi müdahalenin, teşhis, tedavi ya da koruma amaçlarından en az birini taşıması gerektiğini, bunların dışında bir sebeple hekimin müdahalede bulunamayacağını hükme bağlamıştır. Diğer yandan, tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına aykırı bir müdahale, teknik açıdan tıbbi müdahale olarak değerlendirilemeyeceği gibi, uygulayıcının sorumluluğuna gidilmesi durumu da söz konusu olacaktır. Bir müdahalenin tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olup olmadığı değerlendirilirken, somut olayın özellikleri ile tıp biliminin o tarihte ulaştığı bilimsel ve teknik gelişmişlik düzeyine bakılmalıdır.

Amacı teşhis, tedavi ya da korumaya ilişkin olsa da kişinin vücut bütünlüğü, yaşamı, sağlığı gibi değerlerine yönelik yapılacak müdahalelerin hukuka uygun olması için kişinin

söz konusu tıbbi müdahaleye rızası gerekmektedir. Burada rızanın ayrıntılı bir bilgilendirmeye dayanmasının gerekliliğini ayrıca vurgulamak gerekir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde bilgilendirmenin kapsamı belirtilmiştir:

Madde 15 (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)

“ Hastaya;

- a. Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- b. Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- c. Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- ç. Muhtemel komplikasyonları,
- d. Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- e. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- f. Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- g. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği,

hususlarında bilgi verilir.”

Tıbbi müdahalenin hastanın bilgilendirilmiş rızasına (aydınlatılmış onama) dayanmaması hâlinde, aydınlatma yükümlülüğünün olmadığı hâller istisna olmak kaydıyla hekim hastayı iyileştirmek amacıyla müdahalede bulunmuş olsa dahi, sorumluluğu söz konusu olabilecektir.

Sağlık hizmetlerinin temel konularından biri olan tıbbi müdahaleler, kişinin yaşama ve sağlık hakkı ile doğrudan bağlantılı olup söz konusu faaliyetler aslında vücut tamlığına bir saldırı niteliğinde görülmekle birlikte, belirli koşullar altında hukuk düzeni tarafından koruma altına alınmışlardır. Yaşam, sağlık ve vücut tamlığı gibi haklar, insanın “kişi” olarak sahip bulunduğu ve hukuken koruma altına alınmış önemli değerlerinin başında gelmektedir. Kişinin yaşamı üzerinde tasarrufta bulunmasına temel olarak izin verilmezken, vücut tamlığına yönelik yapılan bazı müdahaleler, yukarıda görüldüğü gibi, gerekli şartları taşımasıyla kişilik haklarına aykırı kabul edilmeyecek ve müdahalede bulunana- nın sorumlu tutulmasını gerektirmeyecektir. Tıbbi müdahaleler insanın yaşam, sağlık ve vücut tamlığı gibi değerlerine zarar verici nitelikte görülmesine rağmen, amaç bu değerlerin korunması, daha da güçlendirilmesini sağlamak olduğundan tıp hukuku ve etiği açısından kabul görmektedir.

Yaşama ve Sağlık Hakkı

Yaşam, sağlık ve vücut tamlığı gibi insanın, insan olması nedeniyle sahip bulunduğu, vazgeçilmez, devredilmez nitelikteki haklar, başta Anayasa olmak üzere ulusal ve uluslararası belgelerle koruma altına alınmıştır. Tıbbi müdahaleler gerekli şartları taşıması halinde meşru olarak kabul edilmiş, hekimin kişinin yaşamını ve sağlığını korumak için yaptığı müdahalelere izin verilmiş ve hatta desteklenmiştir. Ancak bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun kabul edilebilmesinin koşulları belirlenirken, bu koşullara uygun olmayan müdahaleler nedeniyle ilgililerin hangi hallerde sorumlu olacağı da hukuk tarafından belirlenmiştir.

Yaşam, kişinin maddi kişilik değerlerinden en önemlisi ve diğer kişilik değerlerinin varlık sebebidir. Yaşam kavramı ile bağlantılı olarak “yaşama hakkı ve değeri”, kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü koruyabilmesi, devam ettirebilmesi ve varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilmesidir. Kişiler yaşama haklarının korunmasını, geliştirilmesini ve ona saygı gösterilmesini isteyebilecekleri gibi, başkasının yaşama hakkına da saygılı olmak ve onu korumakla yükümlüdürler.

Yaşama hakkı, kişinin sahip olduğu en temel hak olarak, ayrıca ve açıkça, birçok uluslararası ve ulusal düzenleme ile koruma altına alınmıştır. Anayasa’da temel hak ve

özgürlükler arasında sayılan yaşama hakkı, niteliği itibarıyla dokunulmaz, devredilmez ve vazgeçilmez, kişiye sıkı surette bağlı bir haktır. Günümüzde sadece beden bütünlüğü değil, kişinin beden ve ruh tamlığı olarak tanımlananan “vücut tamlığı hakkı”, yaşam hakkı kadar önemli ve koruma gerektiren bir hak olarak kabul edilmiş ve aynı şekilde korunmuştur.

1982 Anayasası'nın 17. maddesinin 1. fıkrasında, herkesin, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu açıkça düzenlenmiş, ikinci fıkrasında tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı hâller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz hükmüne yer verilmiştir.

Madde 17: “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı hâller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”

İnsan hakları ile ilgili uluslararası belgelerde ifade edilen “sağlıklı yaşam hakkı” kavramı sağlık hakkı ile yaşama hakkı arasındaki önemli bağa işaret etmektedir. Sağlık kavramının, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli olarak ifade edilmesi, beraberinde, sağlık hakkı kavramının içinin de önleme, koruma ve tedavi gibi unsurlar ile tamamlanması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Burada söz konusu olan, kişinin sağlıklı olması için bazı hizmetlerin sunulması yanında, onun hâlihazırdaki sağlığını bozucu etkisi açık olan bir faaliyetin devlet eliyle yapılmaması yahut üçüncü kişiler eliyle yapılmasına da izin verilmemesidir.

Kişilerin, sağlık haklarının kapsamı, modern sağlık hizmetlerinin sunulmasına göre, “koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma”, “tıbbi kaynaklara ulaşma” ve “sağlık hizmeti sağlayıcılarına karşı ileri sürülebilecek haklar” olarak daraltabilir veya “mümkün olan en yüksek sağlık standardına erişim” biçiminde genişletebilir.

Sağlık hakkı, konusu yönünden “sosyal haklar” arasında sayılmakta ve Devletin sağlık hakkından doğan ödevleri, ilk olarak Anayasa'nın 2. maddesinde yer alan “*insan haklarına saygılı, (...) sosyal hukuk devleti*” niteliği ışığında değerlendirilmektedir. Bu bakış açısı sağlık hakkının gerçekleşmesi bakımından Devletin önemli yükümlülükleri bulunduğuna işaret etmektedir. Devlet, gerek doğrudan eylemleri ile gerekse yerel yönetimler ve özel sektör ile işbirliği kurarak, sağlık hakkının gerçekleştirilmesini sağlamalıdır. Sağlık hakkı, Anayasa'da “temel haklar” arasında yer verilen bir hak olduğu gibi, Türkiye'nin taraf olduğu ve usulüne göre iç hukukuna dahil ettiği uluslararası hukuk kaynakları tarafından düzenlenmiş bir “insan hakkı”dır. Sağlık hakkı, Anayasa'nın “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlığı altında düzenlenmiştir. Anayasa'nın 56. maddesi, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı olduğuna işaret ederek, bu konuda Devletin çeşitli yükümlülüklerine değinmiştir:

Madde 56: “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir... Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirir.”

Anayasa'da da belirtildiği gibi devlet sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanmasını sağlamak için gereken tüm faaliyetleri yapmakla yükümlüdür.

TIP HUKUKU VE ETİĞİ AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı ekonomik, sosyal, hukuki yönüyle gerek sağlık ekonomisi gerek ise tıp hukuku ve etiğinin temel konularının başında gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve üretilen sağlık hizmetlerinin toplum içinde dağıtımı sağlık ekonomisinin konusu içinde yer alırken sağlık ekonomisine ilişkin hemen hemen tüm tanımlarda sağlık hizmeti kavramına yer verilmekte, hatta sağlık ekonomisinin, sağlık hizmetleri ekonomisi olarak ifade edildiği tanımlar da yapılmaktadır. Diğer yandan, sağlık hukukunun bir alt dalı olan tıp hukuku, sağlık hizmetlerinin yasal sınır ve kapsamını, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden kaynaklanan hak ve yükümlülükleri, tarafların hukuki sorumluluğunu konu almaktadır. Ancak ünitenin ilk başlığında belirtildiği gibi, ekonomi ve hukuk aynı kavramlara farklı anlamlar yükleyebilmekte ya da kavramları farklı yönleri ile ele alabilmektedir.

Bu bölümde, sağlık ekonomisi kavramı, tıp hukuku ve etiği açısından ele alınacak ve sağlık hizmeti kapsamında sağlık, hasta, hekim kavramları yanında hasta-hekim ilişkisi ayrıca değerlendirilecektir.

Sağlık kavramı, diğer kavramlar gibi sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel alandaki ve insanlığın tüm kültürel mirasındaki birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı değişen bir kavramdır. Sağlıklı bireysel açıdan yaşam kalitesinin ve emek verimliliğinin alt yapısını oluşturmaktadır; bireyin refahının ve yaşam kalitesinin temel belirleyicilerindedir. İyi bir sağlık düzeyi, yaşamak ve üretmek için olması gereken bireysel kapasitenin en temel girdisidir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı bireysel bir tüketim gibi görünmekle birlikte, sağlıklı birey, bireysel refahını ve bununla birlikte toplumsal refaha olan katkısını da en üst düzeyde gerçekleştirebilme fırsatına kavuşabilmektedir. Ekonominin bakış açısıyla, toplumsal açıdan sağlık, ulusal refahın ve toplumsal zenginliğin üretilmesinde gerekli insan kaynağının oluşmasını ve emeğin verimliliğini belirleyen önemli bir girdi olup, sosyal dayanışma ve sosyal adaletin gerçekleştirilmesi için zorunlu ve rasyonel bir iktisadi alandır.

Hukuk açısından, "sağlık" temel bir insan hakkı olduğu için, bu hakkın herkese tanınması ve haktan fiili olarak yararlanılmasının temin edilmesinin gerekliliği ve bu gerekliliği temin etmekle yükümlü unsurun da çağdaş devlet olduğunun kabulüdür. Sağlık hizmeti kavramı, temelde bir kamu hizmeti olarak, sağlık bilimleri ve teknolojisi temelinde sağlığı korumaya ve gerektiğinde yeniden tesis etmeye yönelik örgütlenmiş hizmetlerdir. En geniş biçimiyle, toplumda sağlıklılık durumunu korumayı ve sağlık düzeyini geliştirmeyi amaç edinmiş hizmetlerdir.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un (R. G. 10705 / 12.01.1961) 2. maddesinde sağlık ve sağlık hizmetleri tanımı yapılmıştır:

Madde 2: "*Sağlık: Sağlık, yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.*

Sağlık hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir."

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin toplumsal hedefi öncelikle hastalıkların önlenmesi, hasta bireylerin tedavisi, engellilerin ve iş gücünü kaybedenlerin rehabilitasyonu ve sağlıklıların sağlık donanımını yükseltmeyi sağlamaktır.

Sağlık ekonomisi açısından, piyasada alınıp satılan mal ve hizmetlerden farklı olarak, sağlık hizmeti istisnasız herkese sunulması gereken bir kamu hizmeti olmasının yanısıra, insan yaşamını doğrudan ilgilendirdiği için ertelenemez, ikame edilemez hizmetlerdir. Danıştay 10. Daire'si de aynı şekilde (Esas:2011/6191 Karar:2011/29.06.2011 tarihli Yürütmeyi Durdurma Kararı), sağlık hizmetinin ikame edilemez ve ertelenemez bir hizmet olduğunu ifade etmiştir:

“...Sağlık hizmetleri doğrudan yaşam hakkı ile ilgili olması nedeniyle diğer kamu hizmetlerinden farklıdır. Sağlık hizmetinin temel hedefi olan insan sağlığı, mahiyeti itibarıyla ertelenemez ve ikame edilemez bir özelliğe sahiptir. İnsanın en temel hakkı olan sağlıklı yaşam hakkı ile bu yaşamın sürdürülmesindeki yeri tartışmasız olan hekimin statüsünün de bu çerçevede değerlendirilerek diğer kamu görevlileri ile bu yönden farklılığının gözetilmesi gerekir.”

Görüldüğü gibi, sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklılığı, gerek sağlık ekonomisi gerek ise hukuk ve etik bakımından göz önüne alınması gereken bir unsurdur.

Sağlık hizmetleri sisteminde temel kişisel öge, hastadır. Hasta Hakları Yönetmeliği hastayı “sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse (m.2)” olarak tanımlamıştır. Tanıma bakıldığında aslında hepimizin tanım içinde yer aldığı açıktır. Aynı yönetmelikte, hasta hakları: “Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklar (m.2)” olarak ifade edilmiştir.

Sisteminin diğer önemli ögesi ise hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini verecek olan mesleki ögedir. Hekimler başta olmak üzere, hemşireler, sağlık memurları, diyetisyenler, eczacılar ve günümüzde sayısı giderek artan sağlık çalışanları, sağlık hizmetleri sisteminin mesleki ögesini oluşturmaktadır. Sağlık sistemi bileşenleri ve bunlar arasındaki ilişkiler, sağlık ekonomisi bakımından önemli olduğu gibi, tıp hukuku açısından hasta-hekim arasındaki hukuki ilişki özel ve ayrı bir anlam taşımaktadır.

Tıp hukuku ve etiği çerçevesinde belirlenmiş olan hekim-hasta ilişkisi, güvene dayalı özel bir ilişkidir. Güven, hastanın hekime en gizli kişisel bilgilerini dahi açmasına olanak sağlayan ve tedavi sürecinin bir parçası olan yakın bir ilişki doğurur. Aşağıda yer alan Yargıtay kararında da görüldüğü gibi, güvene dayalı bu ilişkide hekim sadece hastasının yararını amaçlar.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi Esas: 2004/12088 Karar: 2005/1728 Tarih: 07.02.2005

“...Doktor, hastasının zarar görmemesi için, mesleki bütün şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz şekilde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorundadır. Aşgari düzeyde dahi olsa, bir tereddüt doğuran durumlar da, bu tereddüdünü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada da, koruyucu tedbirleri almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yapılırken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmalı, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınmalı ve en emin yol seçilmelidir. Gerçekten de müvekkil (hasta), mesleki bir iş gören doktor olan vekilden, tedavinin tüm aşamalarında titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemek hakkına sahiptir...”

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin organizasyonu bakımından idare tarafından sunulan veya finanse edilen sağlık hizmetleri yanında, sağlık hizmetlerinin özel hukuk kişileri tarafından (özel hastaneler, özel muayenehaneler...) sunulması da mümkündür. Bu durumda, sağlık hizmetini sunan ve bundan yararlananlar arasındaki hukuki ilişkinin niteliği birbirinden farklıdır. Bazı hallerde hasta özel hastaneye veya hekimin muayenehanesine başvurduğunda, hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisi kurulacaktır. Hekim ile hasta arasındaki ilişki özel hukuk hükümleri çerçevesinde değerlendirilecektir.

Kamu hastanelerinde hasta ile hastane arasındaki ilişki kamu hukuku kurallarına tabi bir ilişkidir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, devlet ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin elemanı olan hekimler ve diğer sağlık çalışanları mesleki

faaliyetlerini yürütürken (önleyici-koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında yapılan her türlü eylem ve işlem) hastalara hizmeti şahsen değil, mensubu oldukları kurumun birer ajanı olarak verirler. Burada hasta-sağlık çalışanı ilişkisi, aslında hasta-kurum arasında belirlediği için, hastanın uğradığı zarar nedeni ile idarenin sorumluluğu söz konusu olacaktır. Hizmetin kuruluş ve işleyişinden meydana gelen aksaklıklar hizmet kusuru olarak ifade edilmekte ve idarenin sorumluluğuna yol açmaktadır. İdarenin hizmet kusuru “hizmetin kötü işlemesi”, “geç işlemesi”, “hizmetin hiç işlememesi” olarak üçe ayrılır. Örneğin, araç, gereç, personel eksikliği nedeniyle hizmetin kötü işlemesi, hizmetin niteliğine uygun makul bir süre içinde yerine getirilmeyerek geç işlemesi veya idarenin yerine getirmekle yükümlü olduğu hizmetleri yerine getirmemesi suretiyle hizmetin hiç işlememesi hâlinde idarenin sorumluluğu söz konusu olacaktır.

Her hâlükârda sağlık hizmetinin yürütülmesi sırasında zarar görenler, maddi ve/veya manevi zararlarının giderilmesini talep edebileceklerdir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin idare veya özel hukuk tüzel kişileri tarafından verilmesi arasında fark olmadığı gibi, hizmetlerin sunulmasında uyulması gereken ilkeler de aynıdır. Hasta Hakları Yönetmeliği 5.maddesinde sağlık hizmetlerinin sunulmasında uyulması gereken ilkelere yer vermiştir:

Madde 5: “Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

- Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima gözönünde bulundurulur.
- Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.
- Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.
- Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı hâller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.
- Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.
- Kanun ile müsaade edilen hâller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.”

Hastanın muayenesini ve tetkiklerini yaparak, hastalığını teşhis eden hekim tarafından hastaya önerilen tıbbi malzemenin bedeli devlet tarafından ödenmediği takdirde, hasta bedeli ödenen tıbbi malzemenin kullanılmasına razı olmalı mıdır? Örneğin kalp damarları daralmış bir hasta, kendisine hekim tarafından önerilen ancak bedeli devlet tarafından ödenmeyen ilaç salınımlı koroner stentin bedelini kendisi ödeyecek ya da daha ucuz olan ve bedeli devlet tarafından ödenen stentin takılmasını tercih edecektir. Bu durumu tıbbi uygulamalar ve tıp etiği bakımından nasıl değerlendirirsiniz?



SIRA SİZDE

SAĞLIK EKONOMİSİ-TIP HUKUKU VE ETİĞİ İLİŞKİSİ

Herşeyden önce temel bir insan hakkı olan “sağlık hakkı”, her bireyin sağlığının korunması, ihtiyacı hâlinde tedavi edilmesi, bu konudaki tüm hizmet ve olanaklardan yararlanabilmesini gerektirir. Anayasa ile teminat altına alınmış olan bu hak, Devlete bireylerin sağlığının korunması ve sağlık hizmetleri sunumunun bir görev olarak yüklenmesi sonucunu doğurmuştur.

Hasta, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda, sunulan sağlık hizmetinin standartının, tedavisini yüklenen hekim ve diğer sağlık çalışanlarının mesleki yeterliliklerinin kamu otoritesinin ruhsatı ve denetimleriyle garanti altına alınmış olduğunu varsayar.

Ekonomide rekabet kaçınılmaz olmakla birlikte, sağlık sektöründe çoğu uygulama için rekabet kısıtlanmıştır. Sağlık hizmeti sunucularının ve kurumların reklam yapamamaları bu sınırlamalara örnek olarak gösterilebilir. Burada rekabetteki sınırlamanın temel amacı ise özellikle etik yönleri olan bazı sonuçlardan toplumu korumaktır. Hastane ve her türlü sağlık kuruluşunun ruhsatlandırılması, tıbbi tedavi ve bakım standartlarının oluşturulması kamunun yetkisindedir. Diğer yandan, dezavantajlı konumdaki birey ya da grupların sağlık hizmetlerine erişimi konusunda gereken tedbirlerin alınması devletin yükümlülükleri arasındadır.

Daha önce belirtildiği gibi, sağlık sosyal bir haktır ve yaşam hakkının bir parçasıdır. Kişilerin gelir düzeyinden bağımsız, asgari sağlık hizmetinden yararlanması gerektiği düşüncesi evrensel olarak kabul gören bir bakış açısıdır. Üretilen sağlık hizmetlerinden kimlerin yararlandığı ve yararlanması gerektiğinin belirlenmesinde ekonominin kriterleri kadar tıp etiği kriterleri de önem taşımaktadır. Aynı şekilde sağlık hizmetlerine erişimde, hizmetlerin fiyatının kullanımı etkilediği bilinen bir gerçek olmakla birlikte, maliyeti düşürmeye yönelik ekonomik kararlar ancak tıp hukuku ve etiğinin temel ilkeleri doğrultusunda uygulanabilir olacaktır.

Günümüzde, hekim, diğer sağlık çalışanları ve hasta arasındaki ilişkiler değişmiş, bireylerin hekim ve sağlık sistemine yönelik beklentileri farklılaşmıştır. Diğer yandan hatalı tıbbi uygulamaların ve bu konuda açılan davaların günden güne artması, sadece hekim-hasta ilişkisini değil, sağlık politikalarına ilişkin tercihlerin de sorgulanması sonucunu doğurmuştur. Hukukun sağlık hizmetlerine bakış açısı içinde, sağlık hizmetinin maliyeti temel kriter olmamakla birlikte, ekonomik kaygularla iyi planlanmamış sağlık hizmetlerinin sonuçları, özellikle uygulamadan zarar gören tarafların açtığı davalar ile hukukun gündeminde önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık ekonomisi ve tıp hukuku, sağlıkta aşırı talep, defansif tıp, sağlık hizmeti sunucuları ve hizmetin kullanıcıları arasındaki bilgi asimetrisi, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması gibi konuları sonuçları bakımından birlikte ele almak durumundadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu, sadece tıbbi unsurlar ekseninde değil; tıba işlevsellik kazandıran ekonomik, sosyal ve hukuki pek çok boyut ile beraber gerçekleşmektedir. Tıbbın uygulanması esnasında meydana gelen her aksaklık, aynı zamanda pek çok boyutta etkisini göstermekte ve sağlık hizmetleri bileşenleri üzerinde ciddi sonuçlar yaratabilmektedir. Bu noktada, başta sağlıkta aşırı hizmet kullanımı ve defansif tıp olmak üzere, sağlık ekonomisi ve tıp hukuku açısından etki ve hukuki sonuç yaratan somut örnekler üzerinde durulacaktır.

Kişi sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunun farkına vardığından sonra, talep ettiği hizmetin gerekli olup olmadığına ya da hangi tür hizmetin gerekli olduğuna karar verecek olan hasta değil, hekimdir. Sağlık hizmetini talep eden hasta, hekimin sahip olduğu tıbbi bilgiye sahip değildir, dolayısıyla hekim, hasta adına hizmetin kalitesini ve tüketim miktarını belirlemede temel role sahiptir. Bu noktada sağlık profesyonellerinin gerekmediği hâlde sağlık hizmeti talebini arttırabilmeleri ve aşırı tüketime neden olmaları mümkündür. Diğer yandan sağlık işletmelerinin gelirini ve karlılığını arttırmasının en temel yolu, sağlık hizmet sunucusuna başvuran hasta sayısını ve sunulan tıbbi hizmet sayı ve çeşitliliğini arttırmaktır. Sağlık hizmetlerinin aşırı tüketimi konusu özellikle sağlık harcamaları bakımından pek çok kez ele alınmakla birlikte, konunun tıp hukuku, etik ve hasta hakları bakımından değerlendirilmesinde yetersiz kalmıştır.

Günümüzde, hastalar açısından yapılan müdahalelerin tıbbi gerekliliği konusu endişe yaratırken, artan iş yükü, hastasına yeterli zaman ayıramayan hekimin aydınlatma yükümlülüğünü tam ve doğru şekilde yerine getirmesini de zorlaştırmakta hatta olanaksız hâle getirebilmektedir. Tanı ve tedavi için gerekli olmayan tetkiklerin istenmesi, alternatif

tedavi yöntemleri yerine cerrahi girişimlerin tercih edilmesi, sağlıklı yaşam önerileri ile durumundan düzelme olabilecek hastaya ilaç veya gereksiz başka tedavi yöntemlerinin önerilmesi, aydınlatmanın gerekli süre ve kapsamda yapılmaması çok açık olarak hasta haklarının ihlali sonucunu doğuracağı gibi, söz konusu tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk koşullarını ortadan kaldıracak, başka bir ifade ile bu müdahaleler hukuka aykırı olacaktır.

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının iş yükündeki artış, hastaya ayrılan sürenin kısılması, hasta bakım kalitesinin düşmesi ve tıbbi hataların artması anlamına gelmektedir. Hekimin tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik veya kurallara uymama sonucu tedavi ve bakım standartlarına uymayan davranışları ile hastasına zarar vermesi, tıbbi malpraktis olarak ifade edilir. Hekimlerin bu tür hatalı tıbbi girişimlerin hukuki sonuçlarıyla karşılaşma tehlikesi karşısında kendilerini koruma güdüsüyle hareket etmeye başladıkları bilinen bir gerçektir.

Tıbbi kötü uygulamadan (tıbbi malpraktis) kaynaklanabilecek sorumluluğun yarattığı endişe ile hekimler, görevlerini yaparken kaçınma davranışları sergileyebilmektedirler. Riskli hasta ve yüksek risk içeren teşhis ve tedavi yöntemlerinden kaçınma şeklinde kendini gösteren defansif tıp, diğer yönüyle hasta için izlenecek prosedürlerin gereksiz olarak genişletilmesi, gereksiz hastaneye yatış işlemlerinin yapılması, konsültasyon talep edilmesi gibi tıbbin yoğun olarak ve gereğinden çok uygulanması sonucunu yaratmaktadır. Bu durum, hekimin karşı karşıya kalabileceği hukuki sorunda veya muhtemel bir davada teşhis ve tedavi sırasında hiçbir prosedürel eksikliğin olmadığını ve tüm tıbbi standartların fazlasıyla uygulandığını ispat edebilme kaygısına dayanmaktadır. Bu nedenle gerekli olmadığı hâlde yapılan her işlem, açık bir hasta hakkı ihlali olduğu gibi hekim, sağlık çalışanları ve hasta bakımından zamanın gereksiz harcanmasına, mali külfete, hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisinin zedelenmesine neden olmaktadır.

Defansif tıbbi uygulamalar, hastalarda fiziksel ve ekonomik zararlar oluşmasına neden olabilmekte, dolayısıyla hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gündeme getirebilmektedir. Yürürlükte bulunan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin temel amacı ve barındırdığı ilkeler çerçevesinde bu türden uygulamalara yönelmek, hasta haklarına açık aykırılık teşkil etmekle beraber, sağlık hizmetlerinin kalitesini de düşüreceği bir gerçektir. Yapılan çalışmalarda defansif tıbbi uygulamaların toplam sağlık harcamalarına hatırı sayılır bir yük getirdiği, hastalar üzerinde yarattığı olumsuz etkiler nedeniyle sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü ifade edilmiştir.

Buraya kadar tüm anlattıklarımızı özetleyecek olursak, dünya üzerinde yalnızca piyasa ilkeleri üzerine inşa edilmiş bir sağlık sistemi mümkün değildir. Bu zorunluluğun başlıca nedenlerinden biri sağlığın doğrudan varoluşla ilgili bir durum olması ve eğitim, hukuk gibi toplumun ortak varlığı olarak değerlendirilmesidir. Piyasada sunulan bir malı tüketip, tüketmeme yönünde tercih yapılabilirken, hasta olmamak yönünde bir tercihte bulunma olanağı yoktur.

Sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin sunuma ilişkin yaklaşımları sadece finansal etkileri, mal ve hizmet sunumu kriterleri, piyasanın işleyiş mekanizmaları, tüketici davranışları ile açıklamak mümkün olmadığı gibi, hasta hakları bakımından şu ana kadar elde edilen kazanımlara katkı sağlamayacağı açıktır.

Hiç şüphesiz sağlık hizmet alanındaki maliyetlerin çok yönlü olarak analiz edilmesi, ekonomik olarak değerlendirilmesi, planlanması gerekmele birlikte sağlık hizmeti, sunulan bir herhangi bir mal veya hizmet niteliğinde olmadığı gibi, sağlık hizmetlerine olan talebin yönetilmesi, piyasanın işleyiş şekline uygun olarak üretim maliyetlerine bağlı tüketim fiyatlarının oluşturulması da mümkün değildir. Sağlık hizmeti çıktıları paraya çevrilemeyen bir hizmet türü olduğu gibi, söz konusu hizmetlerin yetersizliğinin pek çok toplumsal ve hukuki soruna yol açacağı bir gerçektir.

Sağlık ekonomisinin en temel amaçlarının, toplumun ihtiyacı olan hangi sağlık hizmetinin ne miktarda üretileceği, bu hizmetlerin kim tarafından ve nasıl (hangi kurumlar ve teknolojik yöntemlerle) üretilmesi gerektiği ve kim için (toplumu oluşturan çeşitli sosyal gruplar ve kişiler bu hizmetlerden hangi ölçüde ve nasıl yararlanacak) üretileceği sorularının cevaplarında aranması gerektiği ifade edilmektedir.

Sorular sağlık ekonomisine ilişkin olmakla birlikte, bu sorulara verilecek cevaplar hukuk ve etik ile doğrudan ilgilidir. Ekonominin kuralları sağlık ekonomisi için de geçerli olmakla birlikte, yukarıda yer alan soruların cevaplandırılmasında tıp hukuku ve etiğinin temel prensiplerinin göz önüne alınması gerekliliği açıktır. Unutulmaması gereken nokta, sağlıkta tüm kararların hasta için olduğudur. Bir kişinin bütçesine göre daha ucuz bir ayakkabı veya daha kalitesiz bir cep telefonu satın alması mümkündür ancak bu kişiden daha ucuz ve kalitesiz bir sağlık hizmetine razı olması beklenemez. Hastayı ve hasta haklarını temel almayan her türlü yaklaşım, hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisinin zedelenmesine yol açacağı gibi, tıp hukuku ve etiğinin temel kriterlerinin ihlal edilmesi sonucunu doğuracaktır.

Hastayı temel alan bir sağlık sistemi için, sağlıkta kamunun koruyucu eli bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Devlet planlamalar yaparak, hizmet sunarak, bilgilendirerek, kurallar koyarak, finansman sağlayarak, denetleyerek, pazara girişi sınırlayarak, fiyatlandırma, ruhsatlandırma ve ödemede kısıtlamalar getirerek sağlığa müdahalede bulunmak durumundadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kaynakların etkin kullanılması ve verimlilikte kalitenin korunabilmesi için ekonomik analizlerin yapılması ve etkili çözümlerin üretilmesi gereklidir. Ancak önerilen her çözümün farklı hukuki ve etik sorunlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Örneğin tasarruf amacıyla bazı tıbbi işlemlerin paket ödeme kapsamına alınması uygulamada verilen hizmet kalitesinin düşmesi, hastanın erken taburcu edilmesi, komplikasyonların iyi yönetilememesi gibi sorunlara yol açabilmektedir.

Sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin etkinliğinin arttırılmasına yönelik uygun düzenlemelerin yapılması, hasta odaklı sağlık sisteminin oluşturulması, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik tedbirler alınması, tüm sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının her türlü şiddete karşı korunması, sağlık sektörünün tüm bileşenleri arasındaki ilişkilerin çağdaş bir anlayışla düzenlenmesi önemlidir. Gereken düzenlemeler yapılırken, sağlık hizmetlerinin sunulması ve finansmanıyla ilgili çağdaş enstrümanların tümünden yararlanılmalı ancak tıp hukuku ve etiğinin temel alındığı bir bakış açısıyla hareket edilmelidir.

Özet



Hukuk-ekonomi arasındaki ilişkiyi genel hatlarıyla açıklamak

Ekonomik sistemin sağlıklı işleyebilmesi, ihtiyaçların karşılanmasına olduğu kadar, etkin bir hukuk sisteminin varlığına da bağlıdır. Hukuk çok genel olarak toplum yaşamını düzenleyen, devlet yaptırımıyla güçlendirilmiş bulunan kurallar bütünüdür. Hukuk ve ekonomi izledikleri amaç doğrultusunda aynı konulara farklı şekilde yaklaşırlar. Hukukçu ve ekonomistin aynı kavrama farklı anlamlar yüklemeleri mümkündür. Bununla birlikte, hukuk ve ekonominin son dönemlerde hızla yaklaştığı alanlardan birisi de sağlık ekonomisidir. Ekonomik refah ve bunun topluma yayılmasında, hukuk ve ekonominin birbirlerini tamamlaması esastır.



Tıp hukuku ve etiğinin temel kavramlarını tanımlamak

Tıp ve hukuk, yüzyıllardır birbirini tamamlayan iki alan olarak kabul edilmektedir. Tıp hukuku, sağlık hukukunun bir alt dalı olarak sağlık hizmetlerinin uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumlulukları, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal (tıbbi cihaz ve malzeme) hukuk gibi konuları ele alan hukuk dalıdır. Hukuk ve etik, temelde insan davranışlarını düzenleyen kurallar olmakla birlikte, iki kavram birbirinden farklıdır. Hukuk, uyulması devlet zoruna (yaptırıma) bağlanmış toplumsal davranış kurallarıdır. Etik, değerlerin sorgulandığı, iyi-kötü kavramlarının eleştirilmesinin yapıldığı felsefenin bir alt alanıdır. Tıp etiği ise tıbbi uygulamalar sırasında ortaya çıkan değer sorunlarını inceler. Tıp etiğinin temel ilkeleri; zarar vermeme, yararlılık, özerkliğe saygı, adalet ilkesidir. Gelişen hasta haklarıyla birlikte özerkliğe saygı ilkesinin günümüzde daha çok önem kazanmasıyla birlikte, hekim-hasta ilişkisinde yakın döneme kadar kabul gören paternalist yaklaşım, yerini hasta özerkliğini ön plana alan hasta odaklı, katılımcı yaklaşımlara bırakmıştır. Tıp etiğinde özerkliğe saygı ilkesinin tıp hukukundaki yansımaları aydınlatılmış onamdır. Tıbbi müdahaleler bakımından hastanın tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesi (aydınlatılmış onam/bilgilendirilmiş rıza), tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebeplerinden birisidir. Diğer hukuka uygunluk sebepleri; tıbbi müdahalenin yetkili kişiler tarafından gerçekleştirilmesi,

hukukten öngörülmüş amaçlara yönelik olması ve tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve esaslara uygun olmasıdır. Tıbbi müdahaleler, kişinin yaşama ve sağlık hakkı ile doğrudan bağlantılı olup söz konusu faaliyetler aslında vücut tamlığına bir saldırı niteliğinde görülmekle birlikte, belirli koşullar altında hukuk düzeni tarafından koruma altına alınmışlardır. Yaşam, sağlık ve vücut tamlığı gibi insanın, insan olması nedeniyle sahip bulunduğu, vazgeçilmez, devredilmez nitelikteki haklar, başta Anayasa olmak üzere ulusal ve uluslararası belgelerle koruma altına alınmıştır.



Tıp hukuku ve etiği bakımından sağlık hizmetlerini yorumlamak

Sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı ekonomik, sosyal, hukuki yönüyle gerek sağlık ekonomisi gerek ise tıp hukuku ve etiğinin temel konularının başında yer gelir. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve üretilen sağlık hizmetlerinin toplum içinde dağıtımı sağlık ekonomisinin konusu içinde yer alır. Sağlık hizmeti kavramı, temelde bir kamu hizmeti olarak, sağlık bilimleri ve teknolojisi temelinde sağlığı korumaya ve gerektiğinde yeniden tesis etmeye yönelik örgütlenmiş hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri, toplumda sağlamlık durumunu korumayı ve sağlık düzeyini geliştirmeyi amaç edinmiş hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklılığı gerek sağlık ekonomisi gerek ise hukuk ve etik bakımından göz önüne alınan bir unsurdur. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin organizasyonu bakımından idare tarafından sunulan veya finanse edilen sağlık hizmetleri yanında, sağlık hizmetlerinin özel hukuk kişileri tarafından (özel hastaneler, özel muayenehaneler...) sunulması da mümkündür. Bu durumda, sağlık hizmetini sunan ve bundan yararlananlar arasındaki hukuki ilişkinin niteliği birbirinden farklıdır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde devlet ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin elemanı olan hekimler ve diğer sağlık çalışanları mesleki faaliyetlerini yürütürken mensubu oldukları kurumun birer ajanı olarak hizmet verirler. Burada hasta-sağlık çalışanı ilişkisi, aslında hasta-kurum arasında belirlediği için, hastanın uğradığı zarar nedeni ile idarenin sorumluluğu söz konusu olacaktır. Hizmetin kuruluş ve işleyişinden meydana gelen aksaklıklar hizmet kusuru olarak ifade edilmekte ve idarenin sorumluluğuna yol açmaktadır.



Sağlık ekonomisi ile tıp hukuku ve etiği arasındaki ilişkiyi açıklamak

Sağlık sosyal bir haktır ve kişilerin gelir düzeyinden bağımsız, asgari sağlık hizmetinden yararlanması gerektiği düşüncesi evrensel olarak kabul gören bir bakış açısıdır. Üretilen sağlık hizmetlerinden kimlerin, ne şekilde yararlandığı ve yararlanması gerektiğinin belirlenmesinde ekonominin kriterleri kadar tıp etiği kriterleri de önem taşımaktadır. Aynı şekilde sağlık hizmetlerine erişimde, hizmetlerin fiyatının kullanımı etkilediği bilinen bir gerçek olmakla birlikte, maliyeti düşürmeye yönelik ekonomik kararlar ancak tıp hukuku ve etiğinin temel ilkeleri doğrultusunda uygulanabilir olacaktır. Sağlık hizmetlerinin sunumu, sadece tıbbi unsurlar ekseninde değil; tıbbi işlevsellik kazandıran ekonomik, sosyal ve hukuki pek çok boyut ile beraber gerçekleşmektedir. Tıbbın uygulanması esnasında meydana gelen her aksaklık, aynı zamanda pek çok boyutta etkisini göstermekte ve sağlık hizmetleri bileşenleri üzerinde ciddi sonuçlar yaratabilmektedir.

Kendimizi Sıyalım

1. İnsanın, sadece insan olma vasfı ile doğuştan sahip olduğu temel kişilik hakkı aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Yaşama hakkı
 - b. Mülkiyet hakkı
 - c. Korunma hakkı
 - d. Velayet hakkı
 - e. Seçme-seçilme hakkı
2. Anayasa ile sağlık hakkının tanınması, devletin hangi temel ilkesi ile ilişkilidir?
 - a. Laik devlet ilkesi
 - b. Sosyal devlet ilkesi
 - c. Demokratik devlet ilkesi
 - d. Cumhuriyetçilik ilkesi
 - e. Eşitlik ilkesi
3. Tıp etiğinin temel ilkelerinden olan özerklik kavramının tıp hukukuna yansımaya şekli aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma
 - b. Kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini isteme
 - c. Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme
 - d. Öncelik sırasının belirlenmesini isteme
 - e. Rıza olmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulmama
4. Günümüzde, hasta ile hekim arasındaki ilişki aşağıdakilerden hangisi ile ifade edilir?
 - a. Hasta odaklı-katılımcı yaklaşım
 - b. Paternalist yaklaşım
 - c. Ahlaki-etik yaklaşım
 - d. Hekim odaklı yaklaşım
 - e. Toplum odaklı yaklaşım
5. Aşağıdakilerden hangisi tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarından biri **değildir**?
 - a. Tıbbi müdahalenin yetkili kişilerce gerçekleştirilmesi
 - b. Tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve esaslara uygunluk
 - c. Tıbbi müdahalenin uygun maliyetli olması
 - d. Hastanın aydınlatılmış onamının alınması
 - e. Hukuken öngörülmüş amaçlara uygun olması
6. Aşağıdakilerden hangisi devlet ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinde, hizmetin kuruluş ve işleyişinden kaynaklanan aksaklıklardan biri **değildir**?
 - a. Hizmetin kötü işlemesi
 - b. Hizmetin geç işlemesi
 - c. Hizmetin hiç işlememesi
 - d. Hizmetin ücretli olması
 - e. İdarenin kusuru ile hizmet alana zarar verilmesi
7. Aşağıdakilerden hangisi, Devletin sağlık sektörüne müdahalesini gerektiren nedenlerden biri **değildir**?
 - a. Sağlık hizmetlerinin tıp hukuku ve etiği standartları içinde sunulabilmesini sağlamak
 - b. Hastaların tecrübesizliklerinden veya bilgi eksikliklerinden yararlanarak ekonomik menfaat elde edilmesinin önüne geçmek
 - c. Kendi haline bırakıldığında sağlık piyasasının hasta ve toplum aleyhine olmasını önlemek
 - d. Kaynakları sağlık ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanabilmesi için organize etmek
 - e. Sağlık hizmet bedellerine müdahale ile hizmet sunucularının gelirlerini maksimize etmek
8. Devlet, özel teşebbüs ya da her ikisinin ortak faaliyetinden doğmuş olan, ekonomik gelişme ve organizasyonu düzenleyen, ekonomik yaşamın bütün yönleri ile düzenlenmesini konu alan hukuk dalı aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Ortaklıklar hukuku
 - b. Borçlar hukuku
 - c. Ticaret hukuku
 - d. Ekonomi hukuku
 - e. Medeni hukuk
9. Sağlık hizmetlerinde herkesin uygun sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve kullanabilmesini ifade eden, sağlık ekonomisi ve hukukun ortak kavramı aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Hakkaniyet
 - b. Eşitlik
 - c. Ulaşılabilirlik
 - d. Özerklik
 - e. Belirsizlik
10. Sağlık ekonomisi ve tıp hukuku ilişkisi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a. Hukukunun sağlık ekonomisindeki rolü sadece sağlık hizmetlerinin pazarlanmasına ilişkindir.
 - b. Tıp hukukunun temel kriteri sağlık ekonomisinin verileridir.
 - c. Tıp hukuku kuralları, sağlık piyasasının kar maksimizasyonunu gözeterek hazırlanır.
 - d. Sağlık ekonomisi ve tıp hukuku biraraya getirilmesi mümkün olmayan iki farklı disiplindir.
 - e. Her iki disiplin, konulara yaklaşımda sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısını dikkate alır.

Yaşamın İçinden

Hastanenin yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan Ali Bey, iyileşme umudu kalmayan ve ölümün kaçınılmaz olduğu düşünülen terminal dönem hastasıdır. Tıbbi olarak, hastanın altta yatan hastalığının ve bu duruma bağlı sistemik hasar oluşumunun geri dönüşümsüz olduğunu bilinmektedir.

Yukarıdaki olayda hasta Ali Bey'in tedavisinin ne kadar devam ettirileceği, sonlandırılıp sonlandırılmayacağı konusunda; sağlık ekonomisi ile tıp hukuku ve etiğinin konuya bakış açısının nasıl olabileceği yönünde sizlerin yorumu nedir? Bu konuda, tıbbi, hukuki, etik ve ekonomik alt yapıya bağlı olarak farklı yaklaşımlar ileri sürmek mümkün müdür? İnsan yaşamında, sağlık harcamalarının büyük bir kısmının "yaşamın son döneminde" gerçekleşmekte olduğu bilinmektedir. Bir ekonomist gözüyle baktığımızda, yaşamın son dönemindeki bir hastaya sağlık hizmeti vermek yerine, etkinliği daha yüksek hizmetlere yönelmek ve kaynakları bu alanlara ayırmak daha ekonomik ve mantıklı bir yaklaşım olarak görülebilir. Ali Bey'in tedavisini üstlenen hekim bakımından: Hekim, sağlık hizmetinin sunumunda, hizmetin maliyet ve yükünü değerlendirerek karar almaz. Hasta yararına ve menfaatine uygun davranmak hekimlik mesleğinin bir gereğidir. Ali Bey, tıbbi gereklere uygun tedavi hakkına sahiptir. Yaşamının en son anına kadar tıp biliminin olanakları doğrultusunda tedavisi sürdürülmelidir.

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin bir yere kadar azaltılması konusunda toplumsal olarak genel bir kabul olmakla birlikte, konu belli bir hastanın sağlığı veya tedavisi olduğunda gerek maliyeti nedeniyle sağlık hizmetinin sunulmaması gerek ise kaliteyi düşüren maliyet azaltıcı tedavilerin düşünülmesi söz konusu olamaz. Tıp bilimi, ekonomik analizler doğrultusunda, yaşamın son dönemindeki hastaya tıbbi destek sağlamaktan vazgeçemez. Hastaya hastalığının tüm evrelerinde tıbbi özen gösterilmesi kanuni bir yükümlülüktür. Bu husus Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 14. maddesinde de açıkça belirtilmiştir:

Madde 14: "Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırahını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur."

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. a Yanıtınız yanlış ise "Yaşama ve Sağlık Hakkı" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
2. b Yanıtınız yanlış ise "Yaşama ve Sağlık Hakkı" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
3. e Yanıtınız yanlış ise "Tıp Hukuku ve Etiği" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
4. a Yanıtınız yanlış ise "Tıp Hukuku ve Etiği" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
5. c Yanıtınız yanlış ise "Tıbbi Müdahale ve Hukuka uygunluk Şartları" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
6. d Yanıtınız yanlış ise "Tıp Hukuku ve Etiği Bakımından Sağlık Hizmetleri" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
7. e Yanıtınız yanlış ise "Tıp Hukuku ve Etiğinin Temel Kavramları" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
8. d Yanıtınız yanlış ise "Ekonomi-Hukuk İlişkisi" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
9. a Yanıtınız yanlış ise "Tıp Hukuku ve Etiği" konusunu yeniden gözden geçiriniz.
10. e Yanıtınız yanlış ise "Sağlık Ekonomisi-Tıp Hukuku ve Etiği İlişkisi" konusunu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Sağlık hizmetlerinin sınırlandırılmaması, başka amaçlar için gereksiz ve yararsız harcanan kaynakların sağlık hizmetlerine aktarılması gerektiği ileri sürülen görüşlerden biridir. Diğer yandan sağlık hizmetlerine olan talebin her zaman eldeki kaynaklardan fazla olacağı ve diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin sunumunda da sağlık hizmeti üretimi için toplum bazında kıt kaynakların kullanıldığı unutulmamalıdır. Herkese eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti insani olarak arzu edilen bir durum olmasına rağmen, kaynakların nasıl dağıtılacağı konusunda tercih yapma zorunluluğu, zor olsa da mantıksal bir dağılım yapılmasını gerektirmektedir. Ancak, sağlık harcamalarını karşılayamayacak durumda olanlara sağlık hizmetlerinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerine gereken kaynağın kamudan aktarılması, acil durumlar ve bazı hastalıklar bakımından hizmetin gerekirse ücretsiz olarak, hiçbir kişi dışlanmaksızın verilmesi söz konusudur.

Anayasa'nın 65.maddesinde (Değişik: 3.10.2001-4709/22 md.) "Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir." ifadesi yer almaktadır.

Anayasa Mahkemesi bir kararında (E.1987/16, K.1988/8 karar günü: 09.04.1988, RG.19908, 23.08.1988) "... kamu hizmetlerinin karşılığı olarak, yararlananlardan kullanım oranlarına ve ödeme güçlerine göre ücret alınabileceği kabul edilmektedir. ...Ancak gelir düzeyi ne olursa olsun belirlenen ücreti ödeyemeyecek olanlardan bu ücretin alınmaması ya da onlar adına ödenmesi olanakları da uygulamaya konulmalıdır" ifadelerine yer vererek, sağlık hizmetinde katkı payı alınmasının Anayasa'ya aykırı olmadığı ancak katkı payı veremeyecek durumda olanların da mutlak surette bu hizmetten yararlandırılmaları gerektiğini vurgulamıştır."

Sıra Sizde 2

Aşağıda yer alan Danıştay Kararı, hukukun söz konusu olaya bakış açısını yansıtmaktadır:

Danıştay 10. Daire Esas: 2010/6009 Karar: 2010/0000 tarih 16.06.2010 tarihli kararı:

"... hastanın muayenesini ve tetkiklerini yapmak süretiyle hastalığını teşhis eden doktor tarafından, hastalığın teşhisinde kullanılması uygun görülen ve kullanılması hastanın tercihine bırakılmayan (aksi yöndeki uygulama tıbbi gerekliliklere ve etik kurallara aykırıdır) ve hasta tarafından bedeli mukabilinde piyasadan temin edilen tıbbi malzemenin (stentin) bedelinin ödenmeyerek hastanın sağlık hizmetine erişim hakkının engellenmesi ve ağır bir maddi yük altında bırakılmasının, sağlıklı

yaşam hakkı ve sosyal devlet ilkesi ile bağdaşmadığı, tedavi giderlerinin tamamının (stentin) hasta ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler üzerinde bırakılmasının hukuka aykırı olduğu gerekçesiyle ilaç stent bedelinin ödenmemesine ilişkin işlemin yürütülmesinin durdurulmasına 20.5.2010 tarihinde karar vermiştir."

Yararlanılan Kaynaklar

- Baykal, C. M. (2008). **Hukuk-Ekonomi İlişkisi ve Ekonomi Hukuku Üzerine**, Ankara Barosu Dergisi, 66:76-87.
- Beauchamp T. L., Childress J. F. (2013). **Principles of Biomedical Ethics**, Oxford: Oxford University Press.
- Culyer, J. A. (2001). **Economics and Ethics in Health Care**, Journal of Medical Ethics, 27:217-222.
- Çelik, Y. (2014). **Sağlık Ekonomisi**, İstanbul: Siyasal Kitabevi.
- Çınarlı, S. (2013). **İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu**, Ankara: Orion Kitabevi.
- Gönenc, F. İ. (2015) "Sağlıkta Aşırı Talep ve Hasta Hakları", Sağlık Düşüncesi Tıp Kültürü Dergisi, 35: 40-41.
- Jackson, E. (2013). **Medical Law Text, Cases and Materials**, Oxford: Oxford University Press.
- Pattinson, S. D. (2014). **Medical Law and Ethics**, Croydon: Sweet&Maxwell.
- Ünal, E. (2013). **Sağlık Yönetimi ve Ekonomisi**, Bursa: Ekin Yayınevi.
- Veatch, R. M. (2010). **Biyoetiğin Temelleri**, Çev.T.Güven, İstanbul: Mega Basım.
- Yenerer Çakmut, Ö. (2003). **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi**, İstanbul: Legal Yayıncılık.
- Yılmaz, K., Polat, O., Kocamaz, B. (2014). **Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açından İncelenmesi**, TAAD, 16:19-51.
- <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/>
- TTB. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Yayın Tarihi : 01.02.1999. (Erişim tarihi 02.08.2015)

Sözlük

A

Ahlaki Tehlike: Ücretini sigortadan alacağını bilen bir doktor veya sağlık kuruluşu ile alacağı hizmet için cebinden ödeme yapmayan bir hastanın, hizmetlerin miktarı, maliyeti konusunda tutumlu ve mantıklı davranmaması şeklinde ortaya çıkan sorun.

AR-GE: Araştırma ve geliştirme.

Arz: Satıcıların mal veya hizmetleri kendilerine uygun fiyatlardan satmak istedikleri miktar.

B

Bilgi Asimetrisi: Sağlık hizmetini sunanlar ile alanlar arasında hizmetin miktarı, kapsamı, önceliği, alternatifleri konusundaki bilgi farklılığı.

Bireysel Mal ve Hizmet: Bir mal ya da hizmetin tüketimi, kullanımı sırasında rekabet ve dışlanabilirliğin bulunması.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk hizmeti alışı noktası.

D

Davranışsal Ekonomi: Ekonomi biliminin psikoloji ile kışımından doğmuş olan ara disiplin.

Dışlanabilirlik: Bir mal veya hizmetin kullanım ya da tüketiminin herkesin erişimine aynı ölçüde açık olmaması.

Duyarlılık Analizi: Klinik ve ekonomik analizlerde, her zaman belirsizlik ve risk mevcuttur. Bu belirsizliklerin sonuçları etkileme derecesini ortaya koymak için yapılan analiz.

E

Ekonomik Değerlendirme: Alternatiflerin maliyet ve sonuçlarının karşılaştırmalı analizi.

Emek-Yoğun: Kaçınılmaz olarak insan emeğinin çok kullanıldığı ve o işi yapabilmek için sadece maliyet değil, her anlamda insan emeği ve onu kontrol eden şartlara diğer faktörlerden daha fazla bağımlı olunan işler.

Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY): Kaybedilen yaşam yılları ile engellilikle beraber geçen yaşam yıllarının bir toplamı.

Erişilebilirlik: Herhangi bir ürünün, hizmetin, teknolojinin veya ortamın engelliler ve yaşlılar dâhil olmak üzere herkes tarafından ulaşılabilir ve kullanılabilir olması.

F

Fırsat-Veren Devlet: Kamu sorumluluklarının özelleştirme, yeniden metalaştırma, seçici hedefleme ve koşullu dayanışma ilkeleri doğrultusunda yeniden tanımlandığı devlet anlayışı.

Finansal Riskten Korunma: İnsanların sağlık hizmeti alırken yoksullaşmamaları ve sağlık taleplerini karşılamak

için ekonomik refahlarını feda etmelerini önlemek için oluşturulan ön ödeme modelleri.

Finansal Sürdürülebilirlik: Sistemin hedeflerinden sapsaksızın bütçe dengelerinin korunabilmesi.

G

GSYİH (Gayri Safi Yurt İçi Hasıla): Bir ülkenin ekonomik büyüklüğünün kabul görmüş birkaç ölçütünden biri. Bir ülke sınırları içerisinde belli bir zaman içinde, üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin para birimi cinsinden değeri.

H

Hakkaniyet: İhtiyacı olana ihtiyacı kadar sağlık hizmeti verilmesi, finans yükünün kişilerin gücü oranında dağıtılması.

Hakkaniyet: Tıbbi hizmetlerin sunumunun ve yapılacak harcamaların, bireylerin ihtiyaçları ve ödeme güçleri dikkate alınarak, adil şekilde gerçekleştirilmesi.

İ

İlave Maliyet Etkililik Oranı: Alternatifler arasında seçim yapabilmek için istenilen etkililiği sağlayacak ilave maliyeti tespit etmek.

İndirgeme: Maliyet unsurları ve sonuçları farklı zaman dilimlerinde ortaya çıkabileceği için hem maliyetlerin hem de sonuçların gelecekteki parasal değerlerinin ortaya konulması.

İnsani Gelişmişlik Endeksi: Sağlık ve uzun ömür, bilgi ve gelir düzeyi açısından bütün toplumun durumunun tek bir skorla ifade edilmesi.

İstihdam: Ülkedeki mevcut iş gücünün ekonomik faaliyetler içerisinde sürekli biçimde çalıştırılması.

K

Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları (QALY): Yaşamın uzunluğu dahil, sağlık iyileştirmelerinin sergilendiği zaman periyodu ve iyileşme derecesi olmak üzere sağlık sonuçlarının iki boyutunu birleştiren tedavi ve müdahalelerin etkisinin bir ölçüsü.

Kamusal Mal ve Hizmet: Bir mal ya da hizmetin herkesin tüketimine veya kullanımına açık olması, rekabet ve dışlanabilirliğin bulunmaması.

Kapsayıcılık: Sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınan toplam nüfus ve bu nüfusa temin edilen hizmetin çerçevesi

Kar amacı Gütmeyen Kuruluş: Birincil amacı kar etmek olmayan ve genellikle sivil toplum örgütleri, üniversiteler tarafından kurulup işletilen kuruluşlar.

Kulüp Malı: Sadece üye, abone olanların kullanımına açık olan, ancak rekabetin söz konusu olmadığı türde mal veya hizmetler.

L

Liderlik (Vekilharçlık): Sağlık hizmetlerinde önderlik etme, doğru planlama ve bu planların uygulanmasını sağlayacak araçların geliştirilmesine yönelik stratejik politikaları geliştirme yeteneği.

M

Maliyet Etkililik Analizi: Kıt kaynakların en etkili şekilde kullanımını tanımlayan bir teknik.

Maliyet Fayda Analizi: Sağlık programının, tedavinin veya müdahalenin kendi içinde girdileri ve çıktılarının parasal olarak karşılaştırılması.

Maliyet Minimizasyonu Analizi: Aynı etkideki alternatif seçeneklerin maliyetlerinin ölçümünü gerektiren ekonomik değerlendirmenin en basit biçimi.

Maliyet Yararlanım Analizi: Sağlık programının kazanımlarını kalite boyutuyla kavrayarak ortak ve eşdeğer bir ölçüt ile değerlendirmek için kullanılan analiz metodu.

N

Neoliberal Politikalar: Sağlık hizmetlerinde verimliliği arttırmak amacıyla devletin rolünün azaltılması, merkeziyetçilik yerine yerinden yönetim ilkelerinin benimsenmesi, toplumun çıkarları yerine bireyin ihtiyaçlarının ön planda olması, sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilen bir kamu hizmeti olması yerine özelleştirilerek piyasa, serbest “pazar” koşullarında sunulması esaslarına dayanan politikalar.

Net Fayda: Faydalardan maliyetlerin çıkarılması.

NİCE (Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü): İngiltere ulusal sağlık sistemi bünyesinde sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi ile ilgili iyileştirme uygulamaları konularında ulusal rehberler oluşturulmasından sorumlu, bağımsız organizasyon.

O

OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü): (İngilizce: Organisation for Economic Co-operation and Development) Ortalama maliyet, her bir ürün başına düşen birim maliyettir.

P

Pazar: Alış verişin iki tarafı meydana çıkınca, alışverişin gerçekleştirileceği zemin.

Protokol/Rehber: Tanı, tedavi ve izlemede uyulması gereken, yetkin kişi veya kuruluşlarca hazırlanan kuralları içeren metinler.

R

Rekabet: Bir mal veya hizmetin kullanım ya da tüketiminin başkalarının kullanım veya tüketimini etkilemesi.

S

Sağlığın Belirleyicileri: Sağlığı etkileyen faktörler.

Sağlık Alanında Özel Sektör: Kar-amaçlı özel sağlık kuruluşları ve özel girişimcilerin yanı sıra, yardım ve dayanışma amaçlı dernek ve vakıflar, üniversiteler tarafından kurulmuş olan “kar amacı gütmeyen kuruluşları” da kapsayan bir kavram.

Sağlık Bilişimi: Bilgisayar ve iletişim teknolojileri, bilişim, davranış bilimleri, toplum sağlığı, hasta güvenliği, matematik, istatistik, yönetim bilimleri ve sağlık hizmetinin oluşmasında rol alan bütün tıp dallarının keşiştiği alanda ayrı bir disiplin.

Sağlık Ekonomisi: Sağlık arz ve talebinin sağlık piyasasında nasıl ve hangi şartlarda karşılandığını ve değişimin nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizma.

Sağlık Harcamaları: Bir ülkede doğrudan ve dolaylı olarak kamu ve özel sektör ayırımı yapılmaksızın sağlık talebinin karşılanması için harcanan toplam meblağ.

Sağlık Hizmeti Talebi: Bireylerin veya toplumun ortaya koyduğu sağlık hizmeti beklentileri.

Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet: Eşit ihtiyaçlar durumunda hizmetlere eşit erişim ve eşit kalitede hizmetten yararlanım hakkı.

Sağlık Hizmetlerinin Toplam Maliyeti: Sağlık hizmetinin üretiminde kullanılan tüm kaynakların (hem sabit hem de değişken) maliyetlerinin toplamı.

Sağlık meslekleri: Sağlık alanında sorumluluk üstlenen farklı meslek dalları.

T

Talebin Fiyat Esnekliği: Talep edilen miktardaki orantısal değişikliğin fiyattaki orantısal değişikliğe oranı.

Talebin Gelir Esnekliği: Gelir düzeyindeki artışlarla bir mal veya hizmete olan talebin artış (Talep edilen miktardaki orantısal değişikliğin gelirdeki orantısal değişikliğe oranlanmasıyla hesaplanır).

Talep: Alıcıların belirli bir zaman içinde ve belirli fiyatla belirli bir mal veya hizmeti satın almaya razı olduğu toplam miktar.

V

Verimlilik: Bir üretim veya hizmet sürecinin belli bir döneminde üretilmiş olan ürün ve hizmetlerle (çıktı), bu üretimi gerçekleştirmek için kullanılan üretim kaynaklarının (girdi) birbirine oranı.

Y

Yarı-Pazar: Pazar dinamiklerinin sağladığı verimlilikten yararlanılırken, kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin korunuyor olması.

Yatırım: Belirli bir kaynağın ya da değer, gelir sağlamak amacıyla kalıcı bir biçimde kullanılması.

Yönetilen Rekabet: Hizmetleri sunanlar ile finanse edenlerin devletçe belirlenmiş kamu yararını koruyucu kurallara uymak kaydıyla, fiyat ve kalite konusunda rekabete girmesi.

Yönetişim: Sağlık hizmeti sunan bir örgütün, amaçlarını gerçekleşmesi için hizmet sunduğu kişilere, paydaşlarına ve tüm topluma hesap vererek kararlar alması ve yönlendirmeler yapması.

Dizin

A

Adalet İlkesi 176, 177, 187
 Ahlaki Tehlike 67, 71
 AIDS 137, 138
 Anayasa 176, 179, 180, 182, 183, 187
 Ar-Ge 142-144
 Aşı 142
 Ayakta Sağlık Hizmeti 67, 74
 Aydınlatılmış Onam 177-179, 187
 Aynı Katkı 69

B

Beslenme 136, 139
 Beveridge Modeli 60
 Bilginin Yayılması 130
 Bireysel Hizmet Sunucu 72, 75, 76, 78
 Bireysel Mal ve Hizmet 82
 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 102, 113
 Birinci Taraf 59
 Birleşmiş Milletler (BM) 131
 Bismarck Modeli 61

C

Cepten Ödeme 56, 57, 59-61, 63, 64, 66-70

D

Danıştay 181
 Defansif Tıp 172, 184, 185
 Dış Yardım 56, 78
 Dışlanabilirlik 82, 84, 85
 Doğrudan Ödeme 67
 Dönüşüm Liderliği 104
 Dünya Bankası 145, 146

E

Ecza Ürünleri 142, 143
 Ekonomi Hukuku 172, 174
 Esnek Bütçe 75

F

Finansal Risk 55, 58-60, 70, 71
 Finansal Yük 55, 58, 66
 Formal Cepten Ödeme 67, 69

G

Gayrisafi Yurt İçi Hasıla 55
 Gelir 134-136, 140, 143
 Gelir Kaybı 60, 70, 74

Genel Sağlık Sigortası 56, 62, 64, 78
 Global Bütçe 72, 75
 Göçmen 131, 132
 Gün Başına Ödeme 72, 74

H

Hakkaniyet 60-62, 78, 107, 115, 116
 Hanehalkı 61, 70
 Hasta 174-179, 181-187
 Hasta Hakları 176, 177, 179, 182-187
 Hasta Hakları Yönetmeliği 176, 177, 179, 182, 183, 185
 Hastalık 137, 144, 145
 HIV 137, 138
 Hizmet Başına Ödeme 72, 73, 75
 Hizmet Kusuru 183, 187

I-İ

IHR 144
 İhracat 130
 İkinci Taraf 59
 İlaç 142-144
 İlave Ücret 65, 67
 İletişim 129, 133, 134, 137-139
 ILO 144, 145
 IMF 130, 145
 İnfomal Cepten Ödeme 68
 İnsan Kaynağı 128, 140, 141
 İnsan Mobilitesi 130, 134, 140
 İnsan Sağlığı 134, 135, 138, 139, 143
 İnternet 129, 133, 139
 İşgücü 132, 134
 İthalat 130, 143

K

Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları 152, 160-162
 Kamu Sağlık Harcaması 57
 Kamusal Mal ve Hizmet 84
 Kapsayıcılık 102, 117
 Katastrofik 116
 Katastrofik Harcama 70, 71
 Katılım Eşikli Katkı Payı 67
 Katkı Payı 67-71
 Kişi Başına Ödeme 72-74, 76
 Kurumsal Hizmet Sunucu 61, 72, 73

L

Liderlik 103-106, 115, 116

M

Maaş 61, 64, 68, 78
 Mali Kaynak 59-61, 63-66, 69-71, 75, 78
 Maliyet 59, 61-64, 67
 Maliyet Etkililik Analizi 152, 155, 157-159, 166

Maliyet Fayda Analizi 152, 155-157, 161, 166
Maliyet Minimizasyonu Analizi 152, 155, 161, 166
Maliyet Paylaşımı 66, 67
Maliyet Yararlanım Analizi 152, 155, 157, 161, 166
Malpraktis 185
Minnettarlık 68, 69
Muafiyet 71

N

Neoliberal Politikalar 82

O-Ö

OECD 129, 141, 146
Ödeme Gücü 61, 62
Ödeme Yöntemi 61, 71-75, 77
Ön Ödeme 59, 63, 64, 66, 71,
Ötenazi 174
Özel Sigorta 57, 64-66
Özerklik 172, 177

P

Paternalizm 177
Pazar Ekonomisi 82
Performansa Dayalı Ödeme 77
Prim 58, 61-66
Prospektif Ödeme 72

R

Refah 55, 135, 136, 140, 146
Rekabet 82, 84, 85
Retrospektif Ödeme 71, 72
Rıza 177-180, 183, 187
Risk Havuzlama 60
Risk Paylaşımı 62

S

Sabit Fiyat 74
Sağlık Ekonomisi 128, 129, 133-135, 145
Sağlık Finansmanı 115, 116, 119, 120
Sağlık Hakkı 172, 173, 179, 180, 183, 187
Sağlık Harcamaları 102, 118
Sağlık Hizmet Sunumu 105, 109, 115, 116
Sağlık Hizmeti Paketi 63
Sağlık Hizmetleri 128, 134, 135, 140, 142
Sağlık İnsan Gücü 109
Sağlık Meslekleri 107, 108
Sağlık Sigortası 56, 58-67, 70
Sağlık Sistemi 103, 104, 107, 115, 119, 120
Sağlık Turizmi 139
SARS 137, 138, 144
Sermaye Akımları 131, 136
Sosyal Sağlık Sigortası 56, 59, 62, 64
Stewardship 104
Sürdürülebilirlik 107, 120

T

Tam Ödeme 67
Teknoloji 136, 140, 142, 144
Teknolojik Gelişim 133
Tıbbi Müdahale 172, 173, 177-179, 185, 187
Tıbbi Yoksulluk Tuzağı 70
Tıp Etiği 172, 173, 176, 177, 183, 184, 187, 188
Tıp Hukuku 172-179, 181-184, 186-188
Ticaret Akımları 130
Toplam Sağlık Harcaması 55, 57, 58, 70

U-Ü

Ulaşım 130, 133, 137-139, 144
Uluslararası Düzenlemeler 143
Uyuşturucu 138
Üçüncü Taraf 59, 60, 69, 71, 72, 74, 80

V

Vaka Başına Ödeme 72, 74, 76
Vekilharçlık 103, 104
Vektör 138
Vergiler 56, 59-61, 63, 64
Verimlilik 102, 116
Vücut Tamlığı Hakkı 180

Y

Yararlılık İlkesi 176, 177
Yargıtay 182
Yaşama Hakkı 172, 173, 179, 180, 183
Yoksullaşma 60, 70, 71
Yoksulluk 56, 70
Yönetilen Rekabet 82

Z

Zarar Vermeme İlkesi 176