

## **EKONOMİ ve KİTLİK**

Ekonomi, ekonomik karar birimlerinin karar verme süreçlerini ve kararların sonuçlarını inceleyen sosyal bir bilim olarak tanımlanabilir. Sonsuz olan istekler karşısında kaynakların kit olması, bir tercih yapma zorunluğu doğurur. İktisat bilimi hem bu seçimin nasıl yapılacağı hem de bu seçimin sonuçları ile ilgilenir. Ekonomi bilimi, kıt kaynakların idaresidir. Ekonomide, ihtiyaçların kaynaklardan daha fazla olmasına “kıtlık” denir. Kıtlık tüm iktisadi problemlerin odak noktasıdır. Eğer bir mal, toplumun gereksinim duyduğu miktardan fazla olursa fiyatı olmayacaktır ve karşılığında bir bedel ödenmeyecektir. Bedeli ödenerek sahip olunan her mal “kıt”tır ve bu mallara “ekonomik mallar” denir. Ekmek, kitap, otomobil gibi elle tutulabilen mallar yanında eğitim, sağlık güvenlik gibi kullanıldığında insanlara fayda sağlayan hizmetlerdir. Kıt olmayan, diğer bir deyişle gereksinme duyulan miktardan fazla olan mallara ise “serbest mallar” denir. Serbest mallara havayı güneş ışığını örnek verebiliriz. Serbest malların fiyatları yoktur. Sınırlı kaynaklarla sınırsız ihtiyaçları giderebilmek için bazı ihtiyaçlardan vazgeçmek gerekir. Alternatifler arasında bir seçim yapmak zorunda kaldığınızda, vazgeçmek zorunda kaldığınız diğer kazançlar sizin fırsat maliyetinizi oluşturur. Tüketim, üretim ve devletin harcama kararlarında fırsat maliyeti söz konusudur. Hangi malı tüketeceğine karar veren tüketiciler, hangi malı üreteceğine karar veren üreticiler ve harcamalarını nasıl bölüşüreceğine karar veren devlet içinde alınan her kararın mutlaka bir fırsat maliyeti vardır. Ekonominin Temel Sorunları ve Üretim Olanakları Eğrisi Emek, sermaye, doğal kaynaklar ve girişimcilikten oluşan üretim faktörlerinin tamamının kullanılması durumunda üretilebilecek mal ve hizmet miktarını gösteren eğriye “üretim olanakları eğrisi” denilmektedir. Her toplum hangi ekonomik sistemi benimsemiş olursa olsun kıt kaynakların idaresinde tam kullanım, etkin kullanım ve iktisadi büyüme ve kalkınma sorunu ile karşı karşıyadır. Bir ekonomide üretim faktörlerinin tamamının üretime katılması “tam istihdam”, bir kısmının üretime katılamaması hâli ise “eksik istihdam” olarak adlandırılır. Üretim olanakları eğrisi üzerindeki noktalardan birinde üretim yapılması tam istihdamı ifade ederken, üretim olanakları eğrisinin altındaki herhangi bir noktada üretim yapılması eksik istihdamı ifade eder. Eksik istihdam durumunda mevcut üretim faktörlerinin bir kısmı üretime girmediğinden toplam üretim azalmakta, dolayısıyla toplum refahı düşmektedir. Kaynakların etkin kullanımının sağlanması için verilecek kararlarda, ne, ne kadar, nerede, nasıl ve kimin için üretilecek sorularının cevabı aranır. Bir ekonomide toplum refahının artması için üretilen mal ve hizmet miktarının artması gerekir. Zaman içerisinde üretim teknolojisinin değişmesi, üretim faktörlerinin miktarı ve veriminin artmasına bağlı olarak üretim olanakları eğrisi dışı doğru kayar. Bu kayma ekonomideki üretim artışını ifade eder. Ekonomik büyüme de üretim artışının yüzde ifadesidir. Pozitif ve Normatif İktisat - Mikro ve Makro İktisat Pozitif iktisat, olayların ne olduğuyla ilgilenirken; normatif iktisat, olayların ne olması gerektiğiyle ilgilenir. Pozitif iktisat, olaylar arasındaki neden-sonuç ilişkisini ortaya koyarken test edilebilir ve değer yargılarını içermez. Normatif iktisatta ise değer yargılarını içerir ve olaylar arasında neden sonuç ilişkisi aramaz. Mikro iktisat, tüketicilerin ve firmaların davranışlarını incelerken; makro iktisat ekonominin bütününe ele alarak enflasyon, büyüme işsizlik ve dış ekonomik denge gibi değişkenleri inceler. Ekonomik Terimler İnsanların günlük yaşamında sıkça duyduğu ekonomik terimlerden fayda, bireyin malın tüketiminden elde ettiği doyumken; ekonomik mal ve hizmetlere verilen nispi öneme değer denilmektedir. Fayda mutlak, değer nispi bir büyüklüktür. Değer kavramında bir karşılaştırma olgusu vardır. Bir değişkenin başka bir değişkenden belirli değişmeye gösterdiği duyarlılık ölçüsü esneklik olarak adlandırılır. Talebin fiyat, gelir ve çapraz esnekliği, arzın ise fiyat esnekliği hesaplanır. Talebin fiyat esnekliği, bir maldan talep edilen miktarın o malın fiyatındaki değişmeye karşı gösterdiği duyarlılığı, talebin gelir esnekliği talep edilen miktarın tüketicinin gelirindeki değişmeye olan duyarlılığını, talebin çapraz esnekliği ise bir malın talep edilen miktarının ilişkili bir diğer malın fiyatındaki değişmelere olan duyarlılığını ölçer. Arz esnekliği ise arz edilen miktarın fiyattaki değişmelere olan nispi etkisini ölçer. Ekonominin bütünüyle ilgilenen makro iktisat fiyatlar genel düzeyindeki sürekli yükseliş olan enflasyonu, paranın kullanım bedeli olan faizi, fiyat istikrarını, ekonomide belirli bir dönemde dolaşımda bulunan para miktarını gösteren para arzını, ulusal paranın yabancı paralar karşısındaki değerini gösteren döviz kurunu, ekonomide üretilen mal ve hizmet kapasitesinde meydana gelen artışı ifade eden büyüme ve büyümenin yanında sosyal, kültürel ve siyasi alanda da gelişmeyi ifade eden niteliksel gelişme olarak adlandırdığımız kalkınma kavramlarını inceler. Üretim Faktörleri Arz ve Talep Üretim faktörleri; emek sermaye, doğal

kaynaklar ve girişimcilikten oluşur. Piyasada alıcılar talep, satıcılar ise arz ile temsil edilirler. Belirli bir mal ve hizmet için tanımlandığında talep, bir tüketicinin bir fiyattan satın almak istediği mal miktarını ifade eder. Satın alma isteği gelir ile desteklendiği takdirde talep oluşur. Dolayısıyla satın alma gücü ile desteklenmiş talep aslında efektif taleptir. Tüketicilerin talep fonksiyonlarının toplamına piyasa talebi demekteyiz. Piyasa talebi her bir fiyat seviyesinden tüm tüketicilerin satın almak istedikleri toplam mal ve hizmet miktarını gösterir. Bir malın talep edilen miktarını belirleyen temel etmenler; malın kendi fiyatı, tüketicinin geliri, zevk ve tercihleri, satın aldığı ikame ve tamamlayıcı malların fiyatları, beklentiler, gelir dağılımı ile tüketici sayısı (nüfus) şeklinde özetlenebilir. Belirli bir mal ve hizmet için arzı tanımladığımızda, üreticilerin satmak istediği mal miktarı şeklinde tanımlanabilir. Bir malın arz edilen miktarını belirleyen temel etmenler; malın kendi fiyatı, üretim faktörlerinin fiyatları, teknolojik gelişmeler ve üreticinin üretebildiği diğer malların fiyatları, beklentiler ve üretici sayısıdır. Tüm üreticilerin bireysel arz eğrilerinin toplamı piyasa arzının oluşturur. Talep ve arzın dengeye gelmesi piyasa dengesi olarak adlandırılır. Piyasa dengesinde denge fiyatı ve denge miktarı oluşur.

## **SAĞLIĞIN TANIMI VE MAHİYETİ**

Sağlık genel olarak; toplumdaki bireylerin hastalık, rahatsızlık ve sakatlıklarının olmamasıyla birlikte, o toplumdaki bireylerin akli, fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan da tam bir huzur ve uyum içinde bulunmaları durumudur. Hastalık ise, organizmada bir takım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla fizyoloji görevlerinin bozulması durumu olarak tanımlanabilir. Sağlık, hastalıklardan uzak olma ve sağlıklı olmama durumunu ifade eder. Bu, hem ruhi hem de bedeni açıdan gereklidir. Sağlığı kısaca, hastalıklardan uzak olma ve sağlıklı olmama durumu olarak da ifade etmek mümkündür. Sağlık konusunda üç görüş mevcuttur. Bunlardan birincisi olan biyomedikal görüşe göre tamamen tıbbi olan, kanser, yüksek tansiyon, şizofreni gibi çeşitli hastalıklar sağlıksızlık olarak görülmektedir. İkinci görüş fonksiyonel yaklaşımda ise, fertlerin duygu, düşünce ve yeteneklerinin normalden farklılık arz etmesi ve fonksiyonlarını yerine getirememesi durumu sağlıksızlık olarak kabul edilir. Sonuncu yaklaşım olan kültürel yaklaşımda da fonksiyonel yaklaşıma benzer şekilde, kişinin toplum içindeki yerini, sorumluluğunu ve ödevlerini yerine getirememesi durumu sağlıksızlık olarak kabul edilmektedir.

## **TARİHTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK ALANINDAKİ GELİŞMELER**

Türkiye’de tarihi süreç içerisinde sağlık alanındaki gelişmeleri iki alt başlıkta incelemek mümkündür. Bunlar; Cumhuriyet öncesi temel gelişmeler ve Cumhuriyet sonrası temel gelişmelerdir. Cumhuriyet öncesi temel gelişmeler Türklerde tıp ilmi yüzyıllar boyunca çeşitli kaynaklardan ve medeniyetlerden etkilenmiştir. Bunların arasında en önemli yeri Arap, İran ve Yunan tababetleri tutar. Ancak Türk tababetinin önemli bir özelliği bu medeniyetlerin bazılarında tedavi yöntemi olarak uygulanan bazı batıl inançlardan (büyü, sihir vb.) kendisini koruyup, bağımsız bir tıp ekolü olarak ortaya çıkabilmesidir. Türkler tarihi süreç içerisinde tıp alanında önemli çalışmalar yapmışlardır. Osmanlı Türklerinin ilk tıp kitabı olarak İshâk bin Murâd tarafından Hicri 792 senesinde (M. 1389) "Havassu'l Edviye" adıyla yazılan kitap kabul edilmektedir. Fatih devri tabiplerinden Altuncuzâde, "İhtibâs-ı Bevl (idrâr tutulması)" tedavisinde kullanılan bir sonda imal edip, bunu ilk olarak kullanmak suretiyle Türk tıp tarihine önemli bir katkı sağlamıştır. Türklerin dışında hastalıklara ilaç bulmakla uğraşan ve tıp alanında büyük söz sahibi olan Nasturiler, bugünkü Urfa ve Harran yörelerinde üniversiteler açmışlardır. İran padişahlarından Nuşûrevan, Nasturiler’i İran’ın güneybatısında olan Cundûşapur’da iskân etmiş ve buradaki ilk tıp fakültesi ve hastanesi anlamında olan Maristan, Nasturiler tarafından kurulmuştur. Anadolu’da ilk tıp kuruluşlarından en önemlisi, Artuklular devrinde inşa edilen ve bugün bir mimari şaheseri olarak kabul edilen Mesudiye Medresesi’dir. Selçuklular ve Osmanlılar Dönemi’ndeki tüm sağlık kuruluşları, padişahların kurdukları vakıflar aracılığı ile yönetilmekteydi. Hekimbaşılar aynı zamanda, Osmanlı sarayının da özel doktorluğunu yapmışlardır. Ankara’daki ilk "Millî Hükûmet" bünyesinde 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 numaralı yasa ile "Sihhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı)" kurulmuştur. Cumhuriyet sonrası temel gelişmeler Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam döneminde hazırlanan ilk çalışma programında (1925), devlet sağlık örgütünün genişletilmesi, sağlık elamanı yetiştirilmesi, "Numune Hastaneleri", doğumevi ve çocuk bakım evi açılması gibi görevlerin yanı sıra sıtma, verem, trohom vb. salgın hastalıklara karşı mücadele konularının ağırlık kazandığı görülmektedir. Yine 1930’da çıkarılan "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ve 1936’da çıkarılan "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" da Dr. Refik Saydam dönemine aittir. Sınırlı ekonomik imkânlarla rağmen, 1923-1950 döneminde, gerek tedavi edici gerekse koruyucu hekimlik alanında küçümsenemeyecek işler başarılmıştır. Birçok il ve ilçe merkezinde "numune hastaneleri", "doğum ve çocuk bakım evleri" ve dispanserler açılmıştır. Kuduz, frengi, lepra, sıtma, verem, çiçek vb. bulaşıcı hastalıklarla zamanın koşulları oranında etkili bir mücadele yürütülmüştür. 1950 yılından sonra değişik kamu kurum ve kuruluşları ile çeşitli bakanlıklar sadece kendi personellerine sağlık hizmeti sunmak üzere yeni hastaneler kurmuşlardır. Böylece tek elden sunulan kamuya ait tedavi edici sağlık hizmetleri uygulaması da son bulmuştur. 1980’den sonra da sağlık sektöründe çeşitli ve önemli gelişmeler olmuştur. Bunların en önemlisi de başlatılan aşı kampanyalarıdır. Bu kampanyalarla her çocuk ücretsiz olarak bizzat evinde, okulunda veya götürüldüğü sağlık kuruluşlarında aşılanmak suretiyle koruyucu sağlık hizmetlerinin en güzel örneği verilmiştir. 1990’dan sonra ise, sağlık konusuna olan ilgi devam etmiş, yeşil kart uygulaması gibi yöntemlerle tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanması sağlanmaya çalışılmıştır. 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren ise genel sağlık sigortası sistemine geçilerek yeşil kart uygulaması kaldırılmıştır.

## **SAĞLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sağlığı etkileyen faktörler, çevresel ve bünyesel etmenler şeklinde iki başlıkta incelenmektedir.

Çevresel faktörler Çevresel faktörler de kendi içerisinde üç alt başlık hâlinde incelenebilir. Biyolojik çevre, fiziki çevre, sosyokültürel ve ekonomik çevre. Biyolojik Çevre: İnsan sağlığını olumsuz olarak etkileyebilen mikroorganizmalar, parazitler, vektörler, besinler, bitkiler ve hayvanlar biyolojik çevre olarak değerlendirilmektedir. Fiziki Çevre: İnsanları etkileyen fiziki çevre içerisinde; sular, barınaklar, atıklar, iklim, gürültü ve kazalar gibi unsurlar yer almaktadır. Sosyokültürel ve Ekonomik Çevre: Günümüzde bir insan için diğer insanlar da çevre faktörüdür. İlişki içerisinde bulunan insanların davranışları doğrudan sağlığı etkileyen bir etmen olarak ortaya çıkabilmektedir. Bünyesel faktörler İnsan vücudunun yapısına bağlı olarak bazı hastalıklar ortaya çıkabilir. Genetik bozukluklar, metabolizma ve hormonal hastalıklar veya kalıtsal birtakım hastalıklar bunlara örnek gösterilebilir.

**SAĞLIK ÖLÇÜTLERİ** Bir toplumdaki sağlık düzeyini yansıtan en önemli sağlık ölçütleri; o toplumdaki bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, genel ölüm hızı, ortalama yaşam süresi, beklenen yaşam süresi, hastalık oranları, sağlık sektöründeki insan gücü (doktor, hemşire, laborant vb.) sayısı, doktor başına düşen nüfus, sağlık kuruluşlarının sayısı, temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, sağlık bakımı, hastalıkları tedavi etme usulleri, sağlık sigortaları, sağlık harcamaları ve sağlık politikalarıdır.

### **SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE ÖZGÜN YAPISI**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır: Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinme ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir. Sağlık hizmetlerini üretmenin amacı, tüm toplumun sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamaktır. Sağlık hizmetleri arz ettiği çeşitli özelliklerden dolayı en demokratik ülkelerde bile devlet tarafından karşılanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlık hizmetleri, devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir." tanımını vermesi de sağlık hizmetlerinin kamusal bir yönünün olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında tüketici konumundaki kişinin özgürlüğü sınırlıdır. Bu insan kendisinin adına bir hekimin talep şeklini ve miktarını belirlemesini sağlamak zorundadır. Hekim hasta için gerekli olan mal ve hizmet çeşitlerini belirlerken de maliyet, fiyat, gelir gibi iktisadi faktörleri değil, tıbbın imkânlarını dikkate alır. Sağlık hizmetleri piyasasındaki hasta fert, normal piyasalardaki tüketicilerin bağımsız davranışlarının aksine, hekim, hastane idaresi ve ilaç firması karşısında "mutlak bağımlı" durumundadır. Sağlık hizmetleri piyasasında elde edilen toplumsal marjinal fayda, bireysel marjinal faydadan büyük olabilmektedir. Sağlık, hem üretimi etkileyen bir ara mal hem de doğrudan faydayı etkileyen bir tüketim malıdır. Sağlık sektöründe rekabet oldukça sınırlıdır veya yoktur. Sağlık hizmetleri temel arz edicisi olan doktorların durumu da normal hizmet arz edicilerden üç noktada ayrılmaktadır: Birincisi, hekim normal bir hizmet üretiminden farklı bir davranış içindedir. İkincisi, hekimin ürettiği hizmeti deneme imkânı yoktur. Üçüncüsü, hekim, kendi çıkarından çok toplumun çıkarına dönük bir çaba içindedir.

### **SAĞLIK EKİPMANININ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI**

Sağlık ekipmanını kısaca sağlık sektöründe çalışan personel, bina ve teçhizat olarak tanımlamak mümkündür. Sağlık hizmetleri ise mevcut sağlık ekipmanı vasıtasıyla fertlerin ve toplumun sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için sarf edilen çalışmalardır. Sağlık Ekipmanının Sınıflandırılması Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek için kurulan sağlık kurumlarında çalışan ve sağlık hizmetlerinin arzını gerçekleştiren sağlık personelini Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) şu şekilde sınıflandırmıştır: Hekim, diş hekimi, eczacı, tıbbi teknoloji, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, radyoloji teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, hemşire ve ebe. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. Temel sağlık hizmetleri, bazı kaynaklarda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere iki kısımda incelenirken; kimi kaynaklarda da bunlara bir de rehabilitasyon hizmetleri eklenerek üç kısımda incelenmektedir.

### **SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERİ**

Toplumsal düzeyde bakıldığında, sağlık hizmetinin değeri, ona aktarılan toplam kaynakların değeri kadardır. Böylece sağlık sektörü kendisi değer üreten, toplumsal zenginliği arttıran değil, kendi değeri, toplumsal zenginliğin mutlak miktarı ve bu miktarın bölüşümü ile bağlantılı olarak belirlenen bir üretim alanı durumundadır. Bireysel düzlemde ise, sağlık hizmetinin değeri, kendisi için ayrılacak bireysel kaynakların değeri kadardır.

### **SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK GÖSTERGELERİ**

Sağlık hizmetleri etkinlik göstergeleri olarak; demografik göstergeler ( nüfus ve yaşam göstergeleri), ekonomik göstergeler, hastane göstergeleri, sağlık insan gücü göstergeleri değerlendirilmektedir. Demografik Göstergeler Gelişmiş ülkeler birçok hastalık önlenmesine rağmen, nüfus artışlarını belli bir oranda tutmaya çalışırken; gelişmekte olan ülkeler, nüfus artış hızlarını gelişmiş ülkelerin seviyesine çekmeye çalışmaktadırlar. Çünkü kişi başına düşen gelir ile yaşam standardı arasında yakın ilişki vardır. Kişi başına gelir arttıkça yaşam standardı da artmaktadır. Nüfus göstergeleri ile sağlık arasındaki ilişki, sağlık hizmetlerinin ve sağlayıcılarının planlama sürecine katkıda bulunması, ülke sağlık düzeyinin oluşturulması, sağlık hizmetleri ile nüfus artışı arasında doğrudan bir bağın olması ile açıklanmaktadır. Yaşam göstergeleri olarak; bebek ve anne ölüm hızları, doğurganlık oranları ve doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi dikkate alınmaktadır. Türkiye, yaşam göstergeleri açısından ABD, Almanya, Fransa gibi gelişmiş ülkelerin gerisinde; ancak Meksika, Endonezya gibi gelişmekte

olan ve diğer az gelişmiş ülkelerin ise ilerisindedir. Ekonomik Göstergeler Ülkelerin ekonomik göstergeleri ile sağlık göstergeleri arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Çünkü daha güçlü bir ekonomiye sahip olan ülke, sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırabilir ve böylece daha sağlıklı insanlardan oluşan bir topluma sahip olabilir. Örneğin, dünya nüfusunun yaklaşık yarısının yaşadığı fakir ülkelerde ortalama ömür 60 yıl civarındadır. Bu rakam, gelişmiş ülkeler ortalamasından 20 yıl daha azdır. Bu farklılığın en önemli nedeninin ekonomik güç ve kötü kamu sağlık politikalarının olduğu belirtilmektedir. Hastane Göstergeleri Yatarak tedavinin sağlandığı temel sağlık birimleri, hastanelerdir. Hastanelerle ilgili bilgilerin belirlenmesi; teknik yenilikler, maliyet-hasıla değerlendirmesi, hastanelerin etkin çalışıp çalışmadıklarının ortaya çıkarılması gibi konularda sağlık plancılarına yardımcı olacaktır. Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri Sağlık hizmetlerinin sunulmasında hastanelerle birlikte en önemli unsurlardan birisi de sağlık sektöründe çalışanlardır. Sağlık insan gücünün belirlenmesindeki amaç; nüfusun ihtiyacı olan teknik elemanın yetiştirilmesi ve gelecek projeksiyonlarının yapılması, ihtiyaca göre etkili bir dağılımın gerçekleştirilmesi, sağlık personelinin ücreti konusunda yeterince kaynak temin edilebilmesi gibi unsurların yerine getirilebilmesidir. Türkiye, sağlık insan gücü açısından Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülkelerin gerisinde, az gelişmiş ülkelerin ise ilerisindedir. Sağlık hizmetlerinde etkinlik göstergeleri olarak değerlendirilen demografik, nüfus, yaşam, ekonomik, hastane ve sağlık insan gücü göstergeleri ülkelerin sundukları sağlık hizmetlerinin etkinlik ve verimliliğini de belirleyebilmektedirler. Örneğin, bir ülkede hastane sayısı yeterli; ancak sağlık insan gücünü temsil eden doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları yetersiz ise o ülkede etkili ve verimli sağlık hizmeti sunulması mümkün olmaz. Yine hastane ve personel yeterli olsa bile ekonomik yetersizlik dolayısıyla tıbbi malzeme alınamaması da sağlık hizmetlerinin etkin ve verimliliğini olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde etkinlik göstergeleri olarak değerlendirilen hususların aynı zamanda birbirlerini destekleyici ve tamamlayıcı unsurlar olduğunu da bilmek gerekmektedir.

### **SAĞLIK EKONOMİSİNİN TANIMI VE MAHİYETİ**

İktisat konu olarak; üretim, tüketim insanlar arasındaki ticari ilişkiler, piyasanın özellikleri ile bu aktivitelerin piyasa dışı yapısı ve bütün bunların birbirleriyle olan ilişkileri vs. alanlarla uğraşmaktadır. En geniş anlamıyla sağlık ekonomisi, iktisadi teknikleri, kavramları ve teorileri, sağlığı etkileyen etkinliklere, aktörlere ve kurumlara uygulama işidir. En kısa anlamıyla ise, ekonomi biliminin sağlık sektörüne tabiki şekilde ifade edilebilir. İktisat ile karşılaştırıldığında ise; iktisat, kıt kaynakların sınırsız insan isteklerini karşılamak için en rasyonel yol ve yöntemleri geliştirip uygulayan bilim dalıdır. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların etkin kullanımını sağlamaya çalışan ve bunun için önlemler almak için araştırmalar yapan iktisatçıların uğraş alanına da sağlık ekonomisi denir.

### **SAĞLIK EKONOMİSİNİN TARİHÇESİ**

Sağlık ekonomisi çok önemli bir alan olmasına rağmen, ekonomik kavram ve metotların sağlık alanına sistematik tabiki nispeten yenidir. Hastalık ve iktisadi durum ilişkilerini araştırdığı için sağlık ekonomisinin başlangıcı olarak William Petty'nin alınabileceği öne sürülmektedir. Sağlık ekonomisiyle ilgili ilk Birleşik Devletler konferansı 1992'de, ilk uluslararası konferans ise 1973'te yapılmıştır. Sağlık ekonomisi hakkında genel kabul görmüş herhangi bir kitap 1979'a kadar piyasaya çıkmamıştır. Diğer taraftan, Mezopotamya'da M.Ö. 2.000 yılları civarında hüküm süren Hamburgabi Kanunları'nda, hekimlik uygulaması yapan kişiye yönelik ödemeleri ya da hekimden alınacak tazminat miktarlarını düzenleyici maddelerin olduğu tespit edilmiştir. Sağlık alanına, ekonomik analiz, teknik ve prensiplerinin uygulanması, sağlık ve sağlık bakımının kendine özgü özelliklerinden dolayı güçlükler doğurmuştur. Sağlık üretim sürecinin yapısını açık ve tam bir şekilde belirlemek zordur. Çünkü sağlık herhangi bir tüketici malıyla aynı süreç izlenerek üretilmez. Sağlığı bir çıktı olarak belirtmek, ölçmek ve değerlemek zordur. Tanımlamalar, tanımdan sorumlu olana göre ve tanımların yapıldığı amaçlara göre değişir.

### **SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAPSAMI**

Sağlık ekonomisinin temel inceleme alanına giren analiz konuları şunlardır: Sağlık ve onun değerinin ne olduğu, sağlık bakımından (hizmetlerinden) başka sağlığı nelerin etkilediği, sağlık hizmetleri talebi ve arzının yapısı, sağlık piyasasının analizi, sağlık sektörünün mikro ekonomik açıdan değerlendirilmesi, planlama-bütçeleme ve izleme mekanizmalarının oluşturulması ve tüm sağlık sistemi çerçevesinde genel değerlendirmelerin yapılması.

### **SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL İLİŞKİLER**

Ülkelerin az gelişmiş ya da gelişmiş ülke olduklarına kimi zaman toplam doğurganlık hızı, ölüm hızı, hastalanma hızı, nüfus artış hızı gibi çeşitli sağlık göstergelerine bakılarak karar verilebilmektedir. Dünya Bankası verilerine göre, gelişmiş ülke olarak kabul edilen Japonya'da toplam doğurganlık oranı yaklaşık olarak, kadın başına 1.4, Danimarka'da 1.8, Belçika'da 1.8, Avusturya'da 1.4'dır. Buna karşılık, birer az gelişmiş ülke kabul edilen Afganistan'da bu oran 5.4, Kenya'da 4.5, Irak'ta 4.1, İran'da 1.9 ve Türkiye'de ise, 2.1'dir. Az gelişmiş ülkelerde temel ölüm nedenlerinden birisi de bulaşıcı ve parazitik hastalıklardır. Bunların ardında yatan neden ise, özellikle çocuklardaki yetersiz beslenmelerdir. Bulaşıcı hastalıklar, ölümün esas nedeni olmaları yanında, toplumdaki bir çok hastalığın da temel nedeni olmaktadır. ABD'de Medicare ve Medicaid toplumdaki bazı kesimlere hizmet sunmak için geliştirilmiş iki sigorta sistemidir. Bunlardan Medicare, ABD'de 1966 yılında 65 yaşın üstündekiler için bir sigorta programı olarak başlamıştır. Medicare programı, 65 yaşın üzerinde ve malül Amerikalıların sağlık faturalarının büyük bir bölümünü karşılamaktadır. Federal hükümet tüm federal harcamanın %12'sini yansıtan Medicare'e harcama yapmayı kararlaştırmıştır. Medicare, diğer sosyal güvenlik programından ayrı olarak federal bütçe içerisinde en geniş yurt içi programdır. Medicaid programı ise üç farklı nüfus gurubunu kapsamaktadır. Bunlar; yaşlılar, kör ve malullar ve fakir kadın ve çocuklardır.

### **SOSYO-EKONOMİK KALKINMA İLE İLGİLİ GENEL İLİŞKİLER**

Büyüme veya diğer bir ifadeyle gelişme, üretimin ve kişi başına gelirin bir önceki yıla göre arttırılmasıdır. Ancak bu artışın sürekli olması gerekmektedir. Kalkınma ise büyümenin tanımını da içine almakta ve üretim ile kişi başına gelirin arttırılmasının yanında, ülkenin sosyo-ekonomik yapısının da değiştirilmesi ve modernizasyonu anlamına gelmektedir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kalkınmanın sağlanabilmesi için sermaye birikimine büyük ihtiyaç olmaktadır. Ancak hızlı

nüfus artışı, gelir seviyesinin azlığı ve bunun neticesinde de tasarruf azlığı veya olmayışı gibi nedenler sermaye birikimini önlemektedir. Sağlık alanındaki iyileşme kalkınmanın temel üç tamamlayıcısından birisi olmaktadır. Kalkınma kavramının tanımındaki sosyo-ekonomik kalkınma sağlık alanını da kapsadığından sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması sosyo-ekonomik kalkınmayı da hızlandırabilmektedir. Kalkınmayla iç içe olan sağlık sektörü, kalkınmanın sonuçları olan sanayileşme, kentleşme, çevre kirliliği ve hızlı nüfus artışı gibi olumsuz etkenlerin giderilmesi ve belli bir standardizasyona gidilmesi konusunda sosyo-ekonomik gelişmeye katkı yapmaya muktedirdir. Sağlık hizmetlerinin ekonomik ve sosyal kalkınmayı geliştirici etkilerinin diğer yatırım akımlarında olduğu gibi açık seçik görünür cinsten olmaması, sağlık hizmetlerinin desteklenmesindeki en önemli güçlük olarak ortaya çıkmaktadır.

### **HASTALIKLARLA İLGİLİ GENEL İLİŞKİLER**

Sağlığın hastalıklara bağlı olarak önemini anlamak da mümkündür. Bunun için bakılması gereken göstergelerin başında ölüm oranları, ortalama ömürler, bebek ölüm oranları, beslenme durumları vb. unsurlar gelir. Bugün üçüncü dünya ülkeleri olarak adlandırılan az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda insanlar, düşük gelir seviyesiyle verdikleri yaşam mücadelelerine ek olarak, kötü beslenme, hastalık ve olumsuz sağlık koşullarıyla da karşı karşıyadırlar. Gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölümleri gelişmiş ülkelerdekinden yaklaşık altı kat daha fazladır. Düşük gelir kötü beslenmenin, kötü beslenme de çalışanın etkinlik ve verimliliğini azaltmasıyla düşük gelirin bir sebebidir. Birbirine bağlı olan bu karşılıklı ilişki, az gelişmiş ülkeler için neticede bir kısır döngü oluşturmaktadır. Az gelişmiş ülkelerdeki ölüm oranlarının yüksek gözükmesinin başlıca sebebi, çocuklar arasındaki yüksek ölüm oranlarının devam etmesidir. Kötü beslenme, ölüm oranları ve ortalama ömrün düşüklüğü, dikkatleri gelir seviyesi üzerine çekmektedir. Bugün gelir artışının neticede kamu sağlığında ilerlemeye sebep olacağı hususunda bir endişe yoktur.

### **SAĞLIK SİSTEMLERİ İLE İLGİLİ İLİŞKİLER**

Sağlık ekonomisinin uygulanmasını etkileyen ana öğelerden birisi de sağlık sistemidir. Ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyi, kültürü, tarihi, politik yapısı vb. gibi birçok faktör uygulanan sağlık sistemini etkilemektedir. Devletin sağlık piyasasına müdahalesinin en az olandan en çok olana göre sağlık sistemlerini sınıflandırma aşağıdaki gibi yapılabilir: • Serbest piyasa tipi sağlık sistemi • Refah yönelimli sağlık sistemi • Kapsayıcı sağlık sistemi • Sosyalist tip sağlık sistemi Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi Serbest piyasa tipi sağlık sistemine sahip ülkeler, daha ziyade gelişmiş veya sağlık sigorta sistemi etkin işleyen ülkelerdir. Serbest piyasa tipi sağlık sisteminin orta gelirli ülkeler arasındaki tipik örneği Filipinler, düşük gelirli ülkeler arasındaki örneği de Kenya'dır. Filipinler'de nüfusun sadece yaklaşık %28'i, Kenya'da ise %12'si sosyal güvenlik kapsamındadır. Bunun dışındakiler, piyasa koşullarına göre sağlık ihtiyaçlarını gidermektedirler. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi Toplumsal refahı ve sosyal kalkınmayı esas alan bir sistemdir. Gelişmiş ülkelerden Almanya, Belçika, Fransa, Kanada, Japonya ve Avustralya'da uygulanan bir sistemdir. Kapsayıcı Sağlık Sistemi Gelişmiş ülkelerden İngiltere'de tipik uygulaması görülen kapsayıcı sağlık sistemine göre; sağlık sigortası sisteminin tüm nüfusu kapsaması, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması, doktor ve diğer sağlık personelinin ücret sistemi ile istihdam edilmeleri ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin tamamına yakınının doğrudan hükümet kontrolünde sunulması esas alınmaktadır. Diğer bir anlatımla, tüm nüfusu kapsayan sağlık sisteminin sosyal devlet olmanın bir gereği ve uygulaması algısı mevcuttur. Sosyalist Tip Sağlık Sistemi Sosyalist tip sağlık sisteminin sağlık hizmetlerine yaklaşımı, sağlık hizmetlerindeki önceliklerin toplumun temel gereksinimlerine göre belirlenmesidir. Yani tüm doktor, insan gücü ve sağlık altyapısının kamu denetiminde olması esastır. 1991 öncesi bu sistemin temel uygulayıcısı Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) ülkeleri, Küba ve Çin gibi ülkelerdi. Günümüz itibarıyla Küba'daki sistem bu kapsamda değerlendirilebilir. Ancak 1991 yılında komünizmin çöküşü ve SSCB'nin dağılmasıyla beraber, gerçek anlamda sosyalist tip sağlık sistemi de kalmamıştır denilebilir.

### **SOSYO-EKONOMİK KALKINMANIN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDEKİ ROLÜ**

Bugün üçüncü dünya ülkeleri olarak adlandırılan az gelişmiş ülkelerdeki insanlar, düşük gelir seviyesiyle verdikleri yaşam mücadelelerine ek olarak, kötü beslenme, hastalık ve olumsuz sağlık koşullarıyla da karşı karşıyadırlar. 1960'lardan bu yana bazı önemli gelişmeler kaydedilmesine rağmen, az gelişmiş ülkelerde ortalama ömür hâlâ 60 yıl veya daha düşüktür. Oysa orta gelirli ülkelerde bu rakam 70'in üstünde, gelişmiş ülkelerde ise 80 yılı geçmiştir. Diğer taraftan, kötü beslenme ve buna bağlı olarak bebek hastalıkları ve ölümleri de az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin büyük problemlerindedir. Kötü beslenme, bebek ölümlerinin en büyük sebebidir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölümleri, gelişmiş ülkelerdekinden iki-üç kat daha fazladır. Kötü beslenme, ölüm oranları ve ortalama ömrün düşüklüğü, dikkatleri gelir seviyesi üzerine çekmektedir. Çünkü, yapılan tartışmalar göstermiştir ki, gelir seviyesi yüksek olan ülkelerde bahsedilen durumların iyi, aksine gelir seviyesi düşük olan ülkelerde de kötüdür. Günümüzde sağlık göstergeleri daha iyi durumda olan gelişmiş ülkelerdeki ortalama kişi başına gelir 40 bin doların üzerinde iken, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde bu rakamın 1/4 veya 1/5'i kadar bir rakam söz konusudur. Sağlık ve eğitim iki önemli refah unsurudur. Hükümetin bu alanlara yatırım yapması yaşam standartlarındaki eşitsizliklerin azaltılmasına yardım edebilir. Sağlık hizmetleri, beslenme programları ve eğitime yapılan yatırımlar, emek gücünün verimliliğini artırarak ekonomik büyüme üzerinde pozitif bir etkiye de sahip olur. Kısacası, sosyo-ekonomik kalkınmasını tamamlamış ülkeler daha uygun sağlık şartları yaratabilmektedirler. Buna bağlı olarak, sağlıklı emek gücüyle daha fazla üretim elde etmektedirler. Bu nedenle, kalkınma ve sağlık birbirini karşılıklı olarak tamamlayan iki unsurdur.

### **SAĞLIĞIN SOSYO-EKONOMİK KALKINMAYA ETKİSİ**

Sağlık şartlarının bozulmasının çevre, insan ve ekonomi üzerindeki etkileri şu şekilde belirlenmektedir: 1- Emegün elde edilebilirliğinin azalması, 2- Üretkenliğin bozulması, 3- Kaynakların olumsuz etkilenmesi ve özellikle de besin gereksiniminin artması, 4- Doğal kaynakların, hayvan sağlığının ve turizmin bozulması. Genel olarak sağlık şartlarının bozulmasının belirtilen bu etkilerinden başka, üretim yapan iş gücü üzerindeki etkisi de üç şekilde tasnif edilmektedir: a- Ölüm b- Hastalık ve sakatlık c- Güçsüzlük Ölüm hâlinde çalışan iş gücünün tamamıyla yok olması söz konusudur ki, buradaki kayıp, bir ferdin emekli oluncaya kadar çalışacağı ortalama iş gücünün toplam değeri kadardır. Etkin bir sağlık hizmeti, erken ölüm, hastalık, güçsüzlük gibi durumları en aza indirerek, iş gücünün niteliğini ve niceliğini olumlu etkileyecektir. Sonuç olarak, sağlık hizmetleri, sıtma konusundaki gelişme gibi, doğrudan doğruya bir maddi mal üretimi değildir. Ancak ehliyetli sağlık çalışanları tarafından sunulan bir hizmet üretimidir ve maddi malların üretimi sürecinde bir ara basamaktır. İşte bunun içindir ki sağlığın ekonomik kalkınmaya net katkısını belirlemek güçtür. Çünkü sağlığa ayrılan harcamalar doğrudan doğruya üretimi arttırmayı değil, insanların sağlıklı durumunun idamesi için yapılmaktadır. Fakat daha sağlıklı insanlardan oluşan bir toplum, daha fazla üretim yapabileceği ve daha hızlı kalkınabilme imkânına sahiptir.

### **SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİYE KATKISI**

1960'ların ortasından itibaren geniş bir literatür incelemesini Herbert Klarman yapmıştır. 1965'te yayınladığı Sağlık Ekonomisi adlı kitabında, bu alandaki ekonomistler ve onların yaptığı çalışmalarla politika kararları arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Ford kuruluşu da bu çalışmayı desteklemiştir. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin ekonomi açısından ne kadar önemli bir alan olduğu ve doğru incelemelerin yapılmasının ekonominin istikrarına katkı yapacağı beklenilmektedir. Sağlık hizmetlerinin ekonomi üzerindeki katkısını belirlemek için daha ziyade sağlık hizmetlerinden elde edilen yararların analiz edilmesine başvurulmaktadır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen yararlar ise ikiye ayrılır. Bunlar: 1- Sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik olmayan yararlar 2- Sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik yararlar Bireyin istenmeyen durumlarından kurtulmak için sağlık hizmetlerinden faydalanıp, bunlardan kurtulması sonucu elde ettiği yararlar ekonomik olmayan yararlardır. Sağlık hizmetlerinin tüketilmesi sonucu elde edilen ekonomik yararlar, üretim ve tüketimle ilgili bir konudur. Bireylerin sağlıklı olmaları onların daha fazla tüketimde bulunmalarına sebep olabildiği gibi, elde edilen üretim artışı da hem bireylere hem de üyesi buldukları topluma katkıda bulunmaktadır. Verimliliğin artırılmasında her ne kadar çok değişik faktörler rol oynamaktaysa da (eğitim, adil bir ücret sistemi gibi) sağlığın ve insanların kişiliğine bağlı psikolojik ve moral etkenlerin, maddesel olanaklardan daha çok rol oynayabildiği vurgulanmaktadır.

Konuyla ilgili çalışmalar yapan Mushkin, sağlığın insan sermayesinin bir b6l6m6n6 oluşturduğu g6r6ř6ndedir. Yani ona g6re, sağlık için yapılan harcamalar, eğitime yapılan harcamalar gibi bir yatırım 6zelliği taşır. Yapılan çalışmaların hemen hemen hepsi daha iyi sağlığın daha iyi refah olduğunu vurgulamaktadır. Fertlerin birtakım ř6phe, korku, acı ve ızdıraplardan kurtulmak için yararlandıkları sağlık hizmetleri için yaptıkları harcamalar t6k6tim, buna karşılık bedensel bir rahatsızlığı ya da ileride meydana çıkması muhtemel olan hastalıkları en az seviyede tutmak için yaptıkları harcamalarda yatırım harcamalarıdır. Sağlık hizmetlerinin ekonomiye katkısının belirlenmesinde, sosyal, iktisadi, çevresel ve genetik fakt6rler de rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan en 6nemli katkısı, 6retimdeki nitelik ve nicelik olarak sağlanan faydalardır.

### **SAĞLIK SEKT6R6NDEKİ EKONOMİK SORUNLAR**

Sağlık sekt6r6nde ortaya çıkan problemler, genellikle iki başlık altında incelenmektedir. 1- Makro kaynak dağılımı sorunu 2- Stratejik ve operasyonel etkinlik sorunu Makro Kaynak Dağılımı Sorunu Fakir 6lkelerdeki işçilerin sağlık, eğitim ve end6striyel çalışmalarına yatırım amaçlı kaynaklar ayrılmadığı için, onlar aynı teknolojiyi kullanan zengin 6lkelerdeki işçilerden çok daha verimsiz olmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin hem ihtiyaçlara hem de gelişmiş 6lkelerin ortalamasına g6re tahsis edilmesi gerekir. Bunu hem teknik hem de ekonomik açıdan yapılan tahsisler desteklemelidir. Ancak pek çok az gelişmiş ve gelişmekte olan 6lkedeki sağlık sekt6r6nde bu durum başarılamamaktadır. 6nk6 hem kaynaklar yetersiz hem de beşer6 sermaye olarak bilinen kalifiye insan g6c6 zayıftır. Diğer taraftan, mevcut iktisadi kaynaklar ve beşer6 g6c6n dağılımı da dengesizdir. Bunun sonucunda ise etkin olmayan bir sağlık sekt6r6 ortaya çıkmaktadır. Stratejik ve Operasyonel Etkinlik Sorunu Stratejik ve operasyonel etkinlik sorununa sebep olan ana gerekçeler şunlardır: a- Kolay Ulaşılabilirlik ve Kullanım b- Etkinsizlik, D6ř6k Kalite ve G6venilmez Kamu Hizmetleri c- Zayıf Fonksiyon G6ren M6racaat Sistemleri d- İlaç Arz Sistemlerindeki Etkinsizlikler e- Zayıf Mali Planlama ve Y6netim Sistemleri Zayıf ulaşım ve haberleşme sistemleri (6zellikle kırsal alanlarda), tedavi hizmetleri için bir sağlık g6vencesi olan sigortanın etki alanını sınırlamaktadır. T6keticilerin ihtiyaçlarına uygun kaliteli hizmet miktarını almaları kesin olmadıkça, sağlık hizmetlerinden faydalanmak için herhangi bir çaba sarf etmezler. Gelişmekte olan ve az gelişmiş 6lkelerde pek çok hastalık için oldukça uzmanlaşılmış bir tıbbi bakıma hem gerek yoktur hem de arzu edilmez. Kamu sekt6r6 sağlık b6telerinin 6nemli bir kısmı ilaç, aşı ve diğer sağlık malzemesi kalemlerine ayrılmaktadır. Ancak etkin olmayan tedarik ve tercih s6relerinden kaynaklanan 6nemli etkinsizlikler sık sık yaşanmaktadır. Mali idare ve planlamanın sağlık sekt6r6nde genellikle etkin işlemediği belirtilmektedir. Uygulanan kaynak kullanım modelleri, ulusal 6ncelikler veya amaçlarla ilgili beyanatlarla nadiren uyum sağlamaktadırlar.

### **SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ**

Talep, alıcıların kendileri için uygun olan çeşitli fiyatlardan almak istedikleri mal veya hizmet miktarıdır. Sağlık hizmetleri piyasasındaki talep yapısı, normal piyasalardaki gibi düzenli ve kesiksiz olmaktan çok, öngörülemez ve hesaplanamayacak niteliktedir ve bir belirsizlik söz konusudur. İnsanlar ancak hasta olduklarında sağlık hizmetlerini talep ederler. Talebi karşılayacak gelir ise, sağlığa ulaşmak için yeterli güvence değildir. Sağlık hizmetleri talebinde unutulmaması gereken en önemli husus, talep eden konumundaki bireylerin bu kararlarını tek başlarına ve bağımsızca vermelerinin söz konusu olmamasıdır. Genellikle kararı veren taraf hizmet sunan ya da arz eden konumundaki doktorlar olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin eğitilmiş ya da ehil kişiler tarafından verilmesi zorunlu olan bir hizmet olma özelliğinin sonucudur. Sağlık sigortası aracılığıyla insanlar, gelecek sağlık konusundaki belirsizliği güvence altına almaya çalışırlar. Sigortanın olup olmaması durumuna göre de talep miktarı artmakta veya azalmaktadır. Belli bir hastalıktan rahatsız iken, bireyin sağlık hizmeti için fiilî talep eğrisi tamamen inelastiktir. Sağlık hizmetlerinde, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi bir ikame imkânı ve fiyata göre tüketicinin talep miktarını bağımsızca ayarlaması söz konusu olmadığı için devletin bu konuda düzenleme yapması gerekmektedir. Sağlık talebini ulusal ekonomi düzeyinde, bütün boyutlarıyla düzenleme "sosyal devlet" anlayışının bir gereği sayılmaktadır. Devlet doğrudan "talep yaratıcı" olabildiği gibi, talep yaratılmasına yardımcı da olabilmektedir. Sigortasız ve yoksul kişilerin ücretsiz tedavisi, düşkünler için bakımevi açılması, bulaşıcı hastalıklara yakalananların ve ruh hastalarının zorunlu ve kontrollü tedaviye alınması devletin talep yaratıcı rolüne örnek olarak gösterilebilir. Sağlık hizmetleri piyasasındaki talep ediciler (tüketiciler) "mutlak bağımlı" durumdadırlar.

### **SAĞLIK SİGORTASININ SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Gelişmiş ülkelerde, nüfusun büyük bir çoğunluğu zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Hatta bazı ülkeler (İngiltere ve Danimarka gibi), tüm nüfusunu sağlık sigortası kapsamına almış ve giderleri bütçeden karşılamaktadırlar. Türkiye’de olmayan bir uygulama olan tarım çalışanları için de bir sağlık sigortası planları mevcuttur. Kişilerin gelirlerinden bir kısmını gönüllü olarak tedavi sigortası için ayırmadaki bilgisizlikleri ve isteksizlikleri karşısında, tedavinin sağladığı toplumsal kazancın büyüklüğü, devletleri sağlık sigortasını zorunlu hâle getirmeye itmiştir. Sigorta kurumları sigortalıların tedavi taleplerini aşırı derecede arttırmalarını önlemek için sağladıkları tedavi finansmanına bazı sınırlar koymaktadırlar. Bu sınırlardan en yaygın olanı, her tedavi harcamasından sabit ve belli bir miktarı indirerek ödeme yapmaktır. Eğer sağlık hizmeti talep eden tüketici detaylı bir bilgiye sahipse, doktor teşvikli tıbbi talebe daha az rıza göstermektedir. Buna karşılık, sağlık hizmeti talep eden tüketici ne kadar az bilgiye sahipse, doktor tarafından teşvik edilen talebe uyum göstermesi o kadar çok olacaktır.

### **SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİ BELİRLEYEN TEMEL FAKTÖRLER**

Bilindiği gibi iktisatta talebi etkileyen temel faktörler; gelir, malın fiyatı, tamamlayıcı malların fiyatı, ikame mallarının fiyatı, beklentiler, tüketici sayısı, zevkler ve tercihlerdir. Sağlık hizmetleri talebini başlatan hastadır; ancak talep miktarının temel belirleyicisi ise doktorlar ya da diğer sağlık çalışanlarıdır. Gelir Düzeyi Yapılan tüm bilimsel araştırmalar göstermiştir ki gelir düzeyi ile sağlık hizmetleri talebi doğrusal ilişkiye sahiptir. Diğer bir deyişle, gelir düzeyi arttıkça, sağlık hizmetleri talebi de artmaktadır. Bu hem fertlerin önemli hastalıkları için hem de estetik ameliyatlar gibi zevk ve tercihleri için geçerli bir durumdur. İlişkili Mallar veya Sağlık Hizmetlerinin Fiyatı İlişkili mallardan kastedilen, otomobil-otomobil lastiği, penisilin-şırınga, radyolojist-röntgen gibi tamamlayıcı mal ve hizmetler ve hastanede kalma ile evde kalma, nohut yerine fasulye tüketme, böbrek hastalığı için nefroloğa veya üroloğa gitme gibi ikame edilebilir mal ve hizmetlerdir. Buna göre, eğer tamamlayıcı malların fiyatı artarsa, ilgili sağlık mal veya hizmetinin talebi düşecektir. Tersine tamamlayıcı malın fiyatı düşerse, talep artacaktır. Sağlık mal ve hizmetlerinin fiyatı arttıkça talep azalmakta, fiyatı düştükçe talep artmaktadır. Zevk ve Tercihler Zevk ve tercihler, mal ve hizmet talebi üzerinde ciddi etkiye sahiptir. Bu da bireylerin alışkanlıkları, kültürel ve sosyal durumları ve kişisel zevkleri ile ilişkilidir. Fertlerin sağlık hizmetleri konusundaki talepleri, nüfus, eğitim, çevre, yaşam biçimi ve genetik gibi değişik özelliklere bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Yaşlıların toplam sağlık harcamaları, gençlere göre çok daha fazladır ve cinsiyet, yaş ve genetik özelliklerin değiştirilmesi de mümkün değildir. Nüfus ve Aile Yapısındaki Değişimler Gelir düzeyinin yükselmesine ve sağlık

koşullarının iyileşmesine bağlı olarak toplumdaki ortalama ömürlerde artmaktadır. Ortalama ömrün artması demek ise toplumdaki yaşlı nüfus oranının artmasına sebep olmaktadır. İşte toplumdaki yaşlı nüfus oranının artması, daha fazla sağlık hizmeti talep edilmesine sebep olacaktır. Aileleri tarafından bakılan yaşlıların, günümüzde çoğunlukla bakımevleri ya da huzurevlerinde bakılıyor olması da aile yapısındaki değişime bağlı olarak sağlık hizmetleri talebini arttıran sebeplerdendir. Sağlık Sigortası Sağlık sigortasının yaygın olmadığı veya nüfusun önemli bir bölümünün kırsalda yaşadığı dönemlerde, zorunlu olanlar dışında sağlık kuruluşlarına müracaat edilmemekte ve böylece sağlık hizmetleri talebi düşük olmaktadır. Günümüz itibarıyla yaklaşık olarak nüfusun yaklaşık %80'i kentlerde yaşamaktadır. Bunun anlamı kentte yaşayan ve sanayide çalışan nüfusun sağlık sigortasına da sahip olmasıdır. Böylece sağlık sigortasına sahip olan kişi ya da onun ailesi tüm hastalık türlerinde hastaneye müracaat etmekte ve sağlık hizmetleri talebi artmaktadır. Sağlık Hizmeti veya Sağlık Malının Kalitesi Özellikle hayat standartlarının yükselmesi ve kültür düzeyinin artmasına bağlı olarak insanlar her hizmet ve malda kalite unsurunu önemsemektedirler. Bu tutum veya algı sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Hatta sağlık hizmetlerinde daha çok önemli hâle gelmiştir denilebilir. Sağlık hizmeti talep edenleri tarafından kaliteli olarak algılanan sağlık kuruluşlarının mal ve hizmetlerine olan talep daha fazla olmaktadır. Hava Koşulları ve Mevsimsel Özellikler Özellikle Türkiye gibi değişik hava koşullarının ve mevsimlerin yaşandığı ülkelerde, bunlara bağlı hastalıklar ortaya çıkmakta ve böylece sağlık hizmetleri talebi artabilmektedir. Örneğin, havaların soğuduğu ya da mevsimsel geçiş dönemlerinde grip vakalarındaki artışa ya da yaz aylarındaki sıcaklık artışlarına bağlı olarak sağlık hizmetleri talebi artmaktadır. Türkiye’de zaman zaman yaşanan “kuş gribi”, “domuz gribi”, “kene ısırması” gibi hastalıklar bunun bilinen örnekleridir. Kişisel Özellikler Sağlık hizmetleri talebini etkileyen kişisel özellikler olarak; cinsiyet, eğitim düzeyi, kalımsal özellikler, kültürel algılar ve yaş gibi hususlar ifade edilmektedir. Buna göre, örneğin kadınların erkeklerden farklı olarak doğum süresince ve doğum anında sağlık hizmeti talep etmek zorunda oldukları ifade edilebilir. Doktorların Rolü Bilindiği gibi, sağlık hizmetleri talebi sadece hasta olan birey tarafından değil, aynı zaman da muhatap olunan doktor tarafından birlikte belirlenmektedir. Eğer doktorlar hastaya üzerinden para kazanılacak bir unsur olarak bakıyorlarsa, çok fazla sağlık hizmeti alınmasına sebep olacaklardır. Günümüzde hastanelerde uygulanan performans sisteminin en önemli sakıncalarından birisi, hastaya gereksiz tahlil ve tedavilerin uygulanmasına sebep olabilmesidir. Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliği ve Ulaşılabilirliği Hastalar kullanılabilirliği ve ulaşılabilirliği zor olan durumlarda sağlık hizmeti taleplerini azaltmakta, kullanılabilirliği ve ulaşılabilirliği kolay olan durumlarda da taleplerini arttırmaktadırlar. Hastalar kullanılabilirliği ve ulaşılabilirliği zor olan durumlarda sağlık hizmeti taleplerini azaltmakta, kullanılabilirliği ve ulaşılabilirliği kolay olan durumlarda da taleplerini arttırmaktadırlar.

### **SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI**

Arz, satıcıların kendileri için uygun olan çeşitli fiyatlardan satmak istedikleri mal veya hizmet miktarıdır. Sağlık hizmetleri talebinde olduğu gibi sağlık hizmetleri arzının da diğer mal ve hizmet arzından bazı farklı özellikleri vardır. Her şeyden önce, sağlık hizmetleri arzını, tıp doktoru, diş hekimi, eczacı, hemşire, sağlık teknisyeni, sağlık memuru, ebe, laborant ve diğer yardımcı personel gibi yetkili ve ehliyetli kişilerin yapması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri arzını gerçekleştiren insan gücü ve kuruluşlar belli bir standarda sahip fert ve birimlerdirler. Bu nedenle, sağlık hizmetleri arzını kısa sürede veya fiyattaki artışla eş oranlı arttırmak mümkün olmamaktadır. Yani sağlık hizmetleri arz eğrisi oldukça inelastik bir yapıya sahiptir. Bunun anlamı, arz edilen miktarın fiyattaki artışla aynı oranda arttırma imkânının yokluğudur. Çünkü doktor ve hastane girdileri yerine başka girdi kullanmak zordur. Ayrıca yeni doktor yetiştirme ve hastane inşa etme de hem masraflı hem de uzun zaman gerektiren bir süreçtir. Bu nedenle arz eğrisi S daha yatık değil, daha dik olmaktadır. Bu sektörde, yeni sağlık personeli ve donanımlarının masraflarının yüksekliği, sektöre yeni üreticilerin girişiyle ilgili mevcut politik, yasal ve ekonomik sıkıntılarla da birleşerek zaman içerisinde hem fiyata yönelik anlamlı bir ilginin hem de hissedilir bir değişimin olmamasına sebep olmakta ve arz eğrisinin inelastik ve sabit olmasına yol açmaktadır. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren üretim birimleri (özel olanlar hariç) ya kâr amacı gütmeyen ya da kâr amacı birinci öncelikte değildir. Çünkü bu kuruluşlar öz gelirlerinden başka, devlet desteği veya başka yardımlar gördükleri için hizmetin fiyatını maliyetin altında tutabilmektedirler. Oysa klasik piyasa yapısında hiçbir işletme kâr amacı olmadan mal veya hizmet arz etmez. Fiyat, sağlık hizmetleri piyasasında dengeleme görevi yapamaz. Çünkü devlet, yasa ve yönetmeliklerle piyasada oluşacak fiyatı denetim altında tutar. Ayrıca düşük gelir sahibi kişilere hizmet sunmak için devlet doğrudan piyasaya girer. Büyük kentler dışına çıkmayan özel girişimin yerine, devlet ülkenin her yerine sağlık hizmeti götürmeyi toplumun çıkarları açısından görev saymaktadır. Sağlık hizmetleri arzını birinci derecede belirleyen hekim sayısıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, bir bölgedeki veya ülkedeki hekim sayısı arttıkça ortalama yaşam süresi de uzamaktadır. Öyle ki endüstrileşmiş ülkelerdeki ortalama yaşam süresi, fakir ülkelerdeki ortalama yaşam süresinden yaklaşık 20 yıl daha fazladır.

### **SAĞLIK HİZMETLERİ ARZINI BELİRLEYEN TEMEL FAKTÖRLER**

Arzı etkileyen temel faktörler; arz edilen mal ve hizmetin malın fiyatı, girdi (üretim faktörü) fiyatı, tamamlayıcı malların fiyatı, ikame mallarının fiyatı, beklentiler, teknoloji, vergiler, sübvansiyonlar ve üretici (firma) sayısıdır. Bunların hemen hemen hepsi sağlık hizmetleri piyasasında da arz üzerinde etkilidir. Sağlık hizmetleri arzında etkili olan tüm faktörler değerlendirildiğinde, bunları iki başlık altında toplamak mümkündür: 3- Sağlık insan gücü 4- Sağlık üretim birimleri Sağlık insan gücünden kastedilen, sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteren tüm sağlık çalışanlarıdır. Sağlık personeli kavramı da; doktor, eczacı, diş hekimi, ebe, hemşire gibi tıp ve sağlık eğitimi almışlar ile sağlık çalışanları, biyomedikal, mühendis ve laborantlar gibi teknik personel ile hastane yöneticileri gibi idari personeli kapsamaktadır. Türkiye'deki sağlık personeli sayısı nüfusa göre oranlandığında, gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Türkiye'nin sahip olduğu sağlık insan gücü rakamları, diğer gelişmekte olan ülkelerin çoğundan ve az gelişmiş ülkelerin tamamından daha iyi durumdadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin temel arz edicisi konumundaki birim Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık hizmetleri arzında etkili olan diğer en önemli faktör de sağlık üretim birimleri olarak adlandırılan birimlerdir. Bu birimler, başta hastaneler olmak üzere aile hekimliği birimleri, dispanserler, toplum sağlığı merkezleri, aile ve çocuk sağlığı araştırma ve planlama merkezleri (AÇSAP), kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezleri (KETEM) ve her türlü ayakta ve yatarak teşhis ve tedavi sunan yer veya merkezlerdir. Bu birimlerin sayısı ve ulaşılabilirliği ne kadar fazlaysa sunulan hizmet miktarının sayısı da o kadar fazla olacaktır.

### **SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZI ETKİLEYEN DİĞER FAKTÖRLER**

Sağlık hizmetleri arzında etkili olan çok farklı unsurlar vardır. Bunların başlıcaları şunlardır: Maliyetlerde (Girdi Fiyatları) Değişme Sağlık hizmetlerinin üretim maliyetlerinin ana bölümünü sağlık çalışanlarına ödenen ücretler oluşturur. Örneğin, hemşirelere ödenen ücretler artarsa, hizmeti gerçekleştirmenin maliyeti artacağı için sağlık birimleri daha az hemşire ile hizmeti gerçekleştirmeye çalışacaklardır. Bu ise sunulan hizmet miktarını düşürecektir. Teknolojik Değişme Teknoloji üretimin daha hızlı, etkin ve verimli olmasını sağlayan ana unsurlardan biridir. Bu etki sağlık hizmetleri için de

geçerlidir. Teknoloji hem daha çok üretim yapılmasına sebep olan hem de üretim maliyetlerini düşüren bir değişkendir. İlişkili Mal veya Hizmetlerin Fiyatları Sağlık hizmeti sunmak için gerekli olan ilgili malların fiyatlarında değişme sağlık hizmeti arz miktarını etkilemektedir. Örneğin, hastaneye alınan röntgen filmi fiyatının artması, bu hizmetin arz miktarını düşürecektir. Fiyatın düşmesi ise hizmet arz miktarını arttıracaktır. Sağlık Hizmeti Sunan Birimlerin Sayısı Sağlık hizmeti sunan birim sayısının artması, hizmet arz miktarının da artmasını sağlayacaktır. Eğer hizmet üretim birimlerindeki artış oranı nüfus artış oranının üstündeysen reel anlamda artış olacaktır. Nüfus artış oranı daha fazlaysa kişi başına düşen hizmet arz miktarı azalacaktır. Bu nedenle, hizmet üretim birimi ile sağlık hizmeti arz miktarı arasındaki ilişki doğrusaldır. Hava Koşulları Sağlık hizmetleri arz miktarı hava koşullarına bağlı olarak değişebilmektedir. Örneğin; soğuk havalarda grip vakalarına bağlı, sıcak havalarda da bulaşıcı diğer hastalıklara bağlı olarak hem hastanelerdeki sağlık hizmeti miktarı artmakta hem de ilaç arz miktarı artabilmektedir. Sağlık Arzına Devlet Müdahalesi Tüm ülkelerde devletin ekonomi içerisindeki varlığı bilinmektedir. Ülkeden ülkeye değişse de devletin ekonomi içerisindeki payı genellikle %25 ile %75 arasında değişmektedir. Devletin özel sektörle birlikte ekonomide var olduğu sistemlere “karma ekonomi” denildiği bilinmektedir. Günümüz itibarıyla sağlık sektöründe de karma ekonomi modelinin uygulandığını söylemek mümkündür. Ancak sağlık sektöründe devletin tuttuğu pay genel ekonomik yapı içerisindeki tuttuğu paydan daha yüksek olmaktadır. Bunun temel sebebi, sosyal devlet anlayışındaki gelişmelere bağlı olarak devletlerin vatandaşlarının yaşam haklarını güvence altına alma yönündeki çabalarıdır. Bu doğrultuda ABD gibi serbest piyasa ekonomisinin öncüsü konumundaki ülkelerde bile sağlık harcamalarının %50'ye yakın bölümünü devlet karşılamaktadır. İşte devletin sağlık arzına müdahalesi sonucu sağlık hizmetleri arz miktarı artıp azalabilmektedir.

## **SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMUNUN ROLÜ**

Sağlık hizmetleri sektörü, özel yapısından ötürü devletin piyasaya en yoğun olarak müdahale ettiği alanlardan biridir. Bu sektör, millî savunma ve eğitim hizmetleri gibi toplumun tamamını ve doğrudan insan yaşamını ve sağlığını etkilediği için özellikle sosyal devlet olmaya çalışan ülkelerde gerekliliği ortaya çıkan bir alandır. Günümüzde liberal politikaların öncüsü konumundaki ülkelerde bile kamu müdahalesinin ve düzenlemesinin en yoğun olduğu sektörlerden biridir. Örneğin, serbest piyasa ekonomisinin en önemli öncüsü olan ABD’de bile sağlık hizmetlerinin yaklaşık % 45’i devlet tarafından finanse edilmektedir. Bu durum, sektörün normal piyasa yapısından ayrı olan özellikleri ile ilgilidir. Devlet, Türkiye de dâhil olmak üzere birçok ülkede sağlık elemanlarının eğitimine ve istihdamına, hastanelerin yerine ve işleyişine, ilaçların piyasaya girişine ve reçetelendirilmesine ve hatta bu sektörde tüm üretim faktörlerinin fiyatlandırılmasına müdahale etmektedir. Teşhis ve tedavi hizmetlerinin ve ilaçların fiyatları da devlet eliyle belirlenebilmektedir. Bu uygulama, çok yüksek fiyatlarla vatandaşların mağdur olmasını önlemek amacıyla yapılmaktadır. Kısaca, sağlık sektöründe görülen kamu müdahalesinin ana sebebi, bu sektörden elde edilen toplumsal fayda ile ilgili olduğu söylenebilir. Sağlık insanların önemli bir kısmına göre doğuştan gelen bir hak olarak algılanmaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşım hakkı, kutsal kabul edilen yaşama hakkı ile ilgili olarak görülmektedir. Birçok devlet finansal açıdan sıkıntılı vatandaşlarının gerekli sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlayacak politikalar belirlemektedirler. Genellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem millî gelirden sağlığa ayrılan pay yüksek olmakta hem de harcamaların büyük bir kısmı kamu tarafından karşılanmaktadır. Sağlık harcamalarının kamu finansmanının en az olduğu ülkelerde bile %50’den fazlasının kamu tarafından finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinin kamusal yönünü ortaya koymaktadır. Türkiye sağlık harcamalarını %78 oranında kamu finansmanı ile karşılayan ülke olarak OECD ortalamasının üstünde; ancak diğer gelişmiş ülkelerin gerisindedir. Eğer sağlık hizmetleri tamamen serbest piyasa mekanizmasına bırakılmış olursa, nüfus azlığına ve kârlılık düzeyine bağlı olarak pek çok kırsal alana ve bölgeye sağlık hizmetlerinin sunumu aksayacaktır. Sağlık ve sağlıklı yaşam insan olmanın bir gereğidir ve birçok düşünür tarafından doğuştan kazanılan hak olarak kabul edilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve birçok ülkenin anayasası da konuyu böyle kabul etmiştir. Bu nedenle, yaşama hakkı gibi doğal bir hak olarak görülen sağlık hizmetlerine erişimin devlet eliyle gerçekleşmesi kaçınılmaz olabilmektedir. Kamu kesimi, toplumda hastalıkları azaltmak ve ömrü uzatmak için iki tür hizmet sağlamaktadır: Hastaları iyileştirmek (tedavi edici sağlık hizmetleri) ve sağlamların hastalanma olasılığını azaltmak (koruyucu veya önleyici sağlık hizmetleri). Koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl amacı, toplumdaki bireylerin hastalanmalarının önlenmesidir ve böylece toplumun tamamının hastalıklara karşı korunmaya çalışılmasıdır. Ülkelerin çoğunda sağlık hizmetlerinin ve genel sağlık sigortalarının finansmanı çoğunlukla kamu tarafından üstlenilmektedir.

### **SAĞLIK SEKTÖRÜNE KAMUNUN MÜDAHALE SEBEPLERİ**

Devletin sağlık sistemi piyasasına müdahale gerekçelerini açıklayan iki genel teori vardır. Bunlar; “Kamu Yararı” ve “Özel İlgi Grubu” teorileridir. Kamu yararı teorisine göre, kamu genel olarak hem toplumsal yararı teşvik etmek hem de verimliliği ve eşitliliği arttırmak için politika uygulamaktadır. Tüketicinin eksik bilgiye sahip olduğu tekel (monopol) türü piyasalar, kaynakların verimli kullanımında başarısızdırlar. Piyasa mekanizmasının başarısız olduğu durumlarda veya dönemlerde, devlet toplumda rekabeti teşvik etmek, tüketiciye bilgi sağlamak, zararlı/negatif dışsallığı azaltmak veya geliri yeniden dağıtmak yoluyla verimliliği ve eşitliliği sağlamak için çaba göstermektedir. Dolayısıyla devlet davranışındaki bu toplumsal yararlılık modeli, devletin kanunları, kuralları ve diğer faaliyetleri ile verimliliği ve adaleti teşvik eder. Etkin politika yapımcıların ana görevi, hem devlette hem de piyasada yaşanabilecek başarısızlıkları rasyonelize etmektir.

### **SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMUNUN MÜDAHALE TÜRLERİ**

Devlet verimlilik ve adaleti sağlamak ve piyasayı etkinleştirmek için kamu malları sunar, vergi uygular, dışsallıkları düzenler, kurallar koyar, zorunlu anti tröst kanunu uygular, kamu işletmeleri kurar ve dağıtım programlarını sübvansede edebilir. Aşağıdaki alt başlıklarda devletin temel müdahale gerekçeleri verilmektedir: Kamusal mallar Devletin yasal görevlerinden biri de kamu malları sağlamaktır. Kamusal malların iki temel özelliği vardır. Birincisi, bu mallardan toplumun tüm üyeleri faydalanabilir ki, bu özellik tüketimde rakipsiz olma özelliğidir. Bu özelliğe göre aynı zamanda bu mallar birden fazla kişi tarafından kullanılabilir. İkincisi ise kamu mallarının tüketiminin

engellenemez olmasıdır. Bu özelliğe göre de kamu mallarının faydasından ücret ödemeyenlerde faydalanılmaktadır. Dışsallıklar Piyasada gerçekleşen bir işlem bireysel tüketici ve üreticiler dışındaki diğer tarafları da etkileyebilmektedir. Bu durumda “dışsallık” meydana gelmektedir. Dışsallık, piyasada gerçekleşen işlemle ilgili olmayan tarafların olumlu ve ya olumsuz etkilenmesidir. Dışsallığa bağlı olarak üretilen ürün genellikle toplum açısından gerçek değerinden az veya çok değerlendirilmektedir. Dışsallıklar iki şekilde sınıflandırılabilir: Talep yönlü dışsallıklar ve arz yönlü dışsallıklar. Talep yönlü dışsallıklar: Talep yönlü dışsallıklara göre, bir mal veya hizmetin sosyal faydası bireysel faydasından farklıdır. Talep yönlü dışsallıklar pozitif ve negatif talep yönlü dışsallıklar olarak ikiye ayrılmaktadır. Pozitif talep yönlü dışsallıkta, mal veya hizmetin marjinal sosyal faydası bireysel marjinal faydasından büyüktür. Negatif talep yönlü dışsallıkta ise mal veya hizmetin marjinal sosyal faydası bireysel marjinal faydasından daha küçüktür. Sigara içmek negatif dışsallık için modern bir örnektir. Çünkü sigara içenler sigara içmeyenlere maliyet yüklemektedirler. Arz Yönlü Dışsallıklar: Dışsallığın kaynak kullanımında verimsizlik doğurduğu bilinmektedir. Talep yönlü dışsallıklarda olduğu gibi, arz yönlü dışsallıklarda da piyasadaki genel kaynak kullanım yapısı bozulmaktadır. Negatif arz yönlü dışsallık, bir firmanın üretim sürecinde diğerleri üzerine telâfi etmeden yüklediği maliyettir. Pozitif arz yönlü dışsallık, bir piyasadaki firmaların (A piyasası) başka piyasadaki (B piyasası) firmalara sağladığı faydaları ifade eder. Dengeleyici araçlar olarak vergi ve sübvansiyonların kullanılması Dışsallık varken devlet vergiler ve sübvansiyonlardan verimsiz kaynak kullanımını düzeltmek için yararlanabilir. Özellikle, vergiler ve sübvansiyonlar bir malın az veya fazla kullanımını dengelemek için o malın fiyatını değiştirme aracı olarak da kullanılabilir. Talebin fiyat esnekliği düşük olan mallarda vergi konulması daha kolay olmaktadır. Çünkü talebin fiyat esnekliği düşük olursa, talep miktarındaki yüzde azalış vergideki yüzde artıştan daha az olmaktadır. Dolayısıyla bu durumda devletin vergi geliri, vergi oranı ile üretim miktarının çarpımından oluşmaktadır. Talebin fiyat esnekliği düşük olduğu için talep miktarı azalmayacağından dolayı, devletin vergi geliri de artar. Sigara ve alkol gibi toplumsal açıdan zararlı ürünlere konulan vergilerin genellikle yüksek olmasının temel nedenlerinden birisi, bu ürünlerin taleplerinin fiyat esnekliklerinin düşük olmasıdır. Bu ürünlere konulan vergilerin yüksek olmasının temel amacı ise toplum sağlığının korunmaya çalışılmasıdır. Böylece esnekliğin düşük olmasına bağlı olarak devlet açısından önemli gelir kaynağı olmaktadır. Vergiler, topluma zarar veren faaliyetlerden vazgeçmek için kullanılabilir araçtır. Sübvansiyonlar ise topluma faydalı ve piyasada gerçek miktarından az değerlendirilmiş malları teşvik edici bir araç olarak kullanılır. Marjinal sosyal faydaları marjinal özel faydalarından yüksek olan; ancak olması gerekenden az üretilen veya tüketilen malların devlet tarafından sübvansiyon edilmesi gerekir. Sübvansiyon topluma faydalı mallara uygulanarak o malların fiyatını düşürmekte ve tüketicilerin o malları tüketmesini teşvik etmektedir. Hükümet düzenlemeleri Devlet müdahalesinin bir başka türü, ürünün fiyatı, miktarı ve kalitesini veya yeni bir firmanın piyasaya girmesini kontrol eden hükümet düzenlemeleridir. Tavan fiyat uygulaması, devletin tüketicileri korumak için piyasada işlem görece en yüksek fiyatı belirlemesidir. Tavan fiyat uygulaması, üreticilerin belirlenen fiyattan daha yüksek bir fiyatla tüketicilere ürün satışını yasaklayan bir yöntemdir. Şekil 8.8, arz ve talep modelinde tavan fiyatı uygulanmasının etkisini göstermektedir. Bu şekildeki arz ve talep doğrularının doktor hizmetlerine ait olduğunu varsayalım. Konuyu kolaylaştırmak için, tüketicilerin kısmi değil tam sağlık sigortası kapsamında olduklarını varsayılmaktadır. Tam sağlık sigortası kapsamında ise bireylerin sağlık hizmetleri talebi artar. Kamu işletmesi Devlet, değişik sağlık hizmeti üreten birimlerin performanslarını dolaylı etkilemek yerine doğrudan sağlık hizmeti üreterek sağlık bakımı sağlayabilir. Örneğin, dünyadaki pek çok yerel yönetim ülke ve kent sakinlerine hastane hizmetleri sunmaktadır. Ayrıca klinikler ve ruh sağlığı tesisleri yerel kamu kuruluşları tarafından yapılabilir.

### **SAĞLIK SEKÖTÜNDE KAMUNUN YENİDEN DAĞITIM FONKSİYONU**

Kamunun yeniden dağıtım uygulaması iki şekilde görülebilmektedir. Bunlar; dikey adalet ve yatay adalettir. Dikey adalet, eşit durumda olmayanlara farklı davranmayı ya da farklı muamele etmeyi ifade etmektedir. Yatay adalet ise eşit durumdakilerin aynı uygulamaya tabi olması anlamına gelmektedir. Örneğin, gelir durumu aynı olan bireylerin aynı vergi sistemine tabi tutulması yatay adalet uygulamasıdır. Sağlık alanı açısından düşünüldüğünde, örneğin gelir düzeyi belli bir seviyenin altında olan ya da geliri olmayan tüm vatandaşların genel sağlık sigortası ödemelerinin devlet tarafından karşılanması “yatay adalet” uygulamasıdır.

### **SAĞLIK KURUMLARINDA MALİYET**

Maliyet, işletmelerin kendi çalışma konusuna giren mal ve hizmetlerin elde edilmesi için kullandığı her türlü üretim faktörünün, toplam para değeridir. Üretilen ürün ya da hizmetin maliyeti, o ürün için yapılan harcamaların tümüdür. Sağlık hizmeti sunmak için bir araya getirilen girdilere yapılan ödemeler, parasal maliyeti oluştururken; sağlık hizmeti üretimi sırasında kullanılan tıbbi cihaz, hemşire saati, doktor saati gibi üretim faktörlerinin toplamına da reel maliyet denilmektedir. Ancak bir sağlık sorunu için kullanılan kaynağın maliyeti, yalnızca o kaynak için harcanan para olarak değil, alternatif bir kaynağın seçilmemiş olmasından kaynaklanan fırsat maliyeti olarak da tanımlanabilir. Sağlık kurumlarının amacı, sağlık hizmetlerini maksimum nitelikte üreterek en düşük maliyetle topluma sunmaktır. Kurum yöneticisi ise bu amacı gerçekleştirmek için hastane kaynaklarını optimal düzeyde kullanan ve planlayan kişidir. Hastanenin büyüklüğü, mülkiyeti, hastanede sunulan hizmet türleri ve çeşitliliği, kalite standartlarının varlığı, hastanedeki yatış süresi ve hastane de eğitim verilmesi gibi hastane özelliklerinden kaynaklanan faktörler ile toplam maliyetler değişmektedir. Sağlık işletmelerinde hizmet üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşir. Hizmet depolanmaz, hastaya özgü hizmet verilir. Hizmet soyut ve homojen değildir. Sağlık işletmelerinde hasta üretim sürecine katılır ve emek yoğun teknoloji kullanılır. Maliyetlerin Sınıflandırılması Sağlık hizmetleri verilirken doğrudan, dolaylı ve görünmeyen maliyetler ortaya çıkmaktadır. Hastane maliyetleri (yatak hizmetleri gibi), sağlık personelinin maliyeti, ilaç maliyetleri, laboratuvar ve testlerin maliyetleri, diyagnostik diğer hizmetlerin maliyeti, ameliyat ve rehabilitasyon gibi tedavi prosedürünün maliyeti, tıbbi teçhizat, bina ve tesisatın maliyeti, hastanın ve hasta refakatçilerinin tedavi süresince katıldığı ilave masraflar doğrudan maliyetlerdir. Teşhis koyma ve tedavi hizmetlerinin alınması sırasında bireyin verimliliğinin azalması, vakit kaybı, iş gücü kaybı, hastanın kendisinin, ailesinin ve yakınlarının maddi ve manevi kaybı ise dolaylı maliyetlerdir. Acı ve ızdırap gibi elle tutulmayan; ancak yaşam kalitesinin etkileyici maliyetlerdir. Sağlık işletmelerinde kısa dönemde toplam maliyetler; sabit, değişken ve karma maliyetler olmak üzere üç başlıkta incelenebilir. Sabit maliyetler üretim miktarından bağımsız iken; değişken maliyetler, üretim miktarı ile değişmektedir. Karma maliyetler ise, hem sabit hem değişken maliyet unsuruna sahiptir. Belirli bir faaliyet hacmine kadar sabit gider özelliği taşıyan ve faaliyet hacmi arttıkça değişken gider özelliği gösteren maliyetler, yarı değişken maliyet ya da karma maliyet şeklinde ifade edilebilir. Ortalama sabit maliyet, üretilen her bir ürün başına düşen sabit maliyeti gösterir ve toplam sabit maliyetin toplam üretim miktarına bölünmesi ile elde edilir. Ortalama sabit maliyet üretim miktarı arttıkça azalan bir yapı gösterir. Ortalama değişken maliyet, üretilen ürün başına düşen değişir maliyettir. Ortalama değişken maliyet, toplam değişken maliyetlerin toplam üretim miktarına bölünmesi ile elde edilir. Toplam maliyetin üretilen birim başına düşen kısmını ifade eden ortalama toplam maliyet, toplam maliyetin üretilen mal ya da hizmet miktarına bölünmesi ile elde edilir. Ya da ortalama sabit ve değişken maliyetin toplamıdır. Marjinal maliyet ise ekstra bir birim üretim sonucu katlanılan maliyetlerdir. Uzun dönemde tüm maliyetler değişken nitelik kazanır. Uzun dönemde sağlık hizmetleri arttıkça ortalama maliyetlerde düşüş sağlanıyorsa ölçek ekonomileri, üretim miktarı arttıkça ortalama maliyetler artıyorsa negatif ölçek ekonomileri ortaya çıkar. Ölçek ekonomisi dışsal ya da içsel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İçsel ölçek ekonomileri, işletmenin büyüklüğüne bağlı olarak ortaya çıkarken; emek ve teçhizatı daha verimli kullanmalarını, pazarlama ve yönetim masraflarını azaltmalarını ifade eder. Dışsal ölçek ekonomisi ise bir sağlık işletmesinin faaliyetlerini yürüttüğü ortamdaki iyileşme ya da kötüleşmelerden kaynaklanmaktadır. Dışsal ölçek ekonomilerinin en önemli özelliği, işletme faaliyetlerinden bağımsız olmasıdır. Sağlık kurumları; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon ile eğitim ve araştırma alanlarında hizmet veren kuruluşlardır. Hizmet verilen alana göre maliyetler de farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetleri hizmet kapsamı bakımından birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, gününbirlik tanı ve tedavi hizmetleri sağlamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ulaşılan hasta sayısı fazla olmasına rağmen, sunulan hizmet çeşidinin az olması dolayısıyla maliyetler daha düşüktür. İkinci basamak sağlık hizmetleri, daha uzmanlık gerektiren hastalıkların tedavi edildiği yataklı tedavi kurumlarında verilen hizmetlerdir. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha maliyetlidir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise daha çok eğitim araştırma ve bölge eğitim hastaneleri tarafından verilen ve uzmanlık gerektiren tedavi edici hizmetleri içermektedir. Daha fazla uzman ve buna bağlı olarak daha fazla sermaye ve teknoloji

kullanımı gerektiğinden ikinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha maliyetlidir. Dışsallıklar Bir üretim ve/veya tüketim faaliyetinden dolayı üretici ve tüketicilerden farklı olarak üçüncü kişilere negatif maliyet yüklenmesi veya pozitif fayda sağlanmasına dışsallık denir. Sağlık hizmetlerinde pozitif ve negatif dışsallıklar ortaya çıkar. Halk sağlığını koruyucu hizmetler ve genel sağlık taramaları pozitif dışsallığa örnek oluşturur. Çevre sağlığını tehdit eden, kirliliğe yol açan ve sağlığa zarar veren gelişmeler ise negatif bir dışsallık örneğidir. Hastanelerde Maliyet Analizi Hizmetlerin üretilmesi ile ilgili maliyetlerin unsurlarını saptayan, ölçen, analiz eden ve raporlayan bir bilgi sistemi olan maliyet muhasebesi, sağlık işletmelerinin maliyetleri kontrol altına alması açısından öne çıkmaktadır. Hastane yönetimleri maliyet muhasebesi sistemi ile tam zamanlı, güvenilir ve doğru bilgilerin üretilmesi ve bilgilerin kullanıcılara sunulmasını sağlayacaktır. Hastanelerde maliyet analizi çalışmalarında yedi aşamalı bir süreç izlenmektedir: Çıktıların belirlenmesi, maliyet merkezlerinin tanımlanması, gider kalemlerinin belirlenmesi, giderlerin maliyet merkezlerine dağıtımı, destek gider yerlerindeki giderlerin, yardımcı ve esas gider yerlerine dağıtımı, yardımcı ve esas gider yerlerinin toplam ve birim maliyetlerinin hesaplanması ve sonuçların raporlanması.

## **KAMU VE İLAÇ HARCAMALARI**

Kamunun ilaç endüstrisinde bulunmasından temel amaç, herkesin kolay ulaşabildiği ve en düşük maliyetli sağlık mal ve hizmetlerinin alınmasına çalışılmasıdır. Ar-Ge faaliyetleri, ilaç endüstrisindeki rekabetin ana sebebidir. Yeni bir ilaç geliştirmenin ortalama maliyeti 230 milyon dolardır. Bunun gerçekleşmesi ise en az on yıl almaktadır. Ancak uluslararası patent haklarındaki gelişmeler, ürün geliştirildikten sonra, yeni ürünü rekabetten korumaktadır. Patent hakkı, geliştirilen ürün için onay alındıktan sonra ilgili ürünü yirmi iki yıl ürünü imal etme ve satma hakkı sağlamaktadır. İlaç endüstrisine kamu müdahalesinin düzeyi ve şiddeti ülkelere göre değişse de son yıllarda kamu otoritesinin ilaç sektörüne yönelik düzenlemeleri bütün ülkelerde en çok tartışılan konuların başında gelmektedir. OECD ülkelerinde 1998–2017 yılları arasında ilaç harcamaları reel olarak yaklaşık %50 oranında artmıştır. İlaç harcamalarındaki artışın birçok nedeni bulunmakla beraber, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve bunların hızla yayılması en önemli unsurlar olarak görülmektedir. Miller ve Frech (2000) ise ilaç tüketiminin 40 yaşında ve 65 yaşında doğumda beklenen yaşam süreleri üzerine pozitif ve güçlü bir etkisinin bulunduğunu ampirik olarak göstermektedir. İlaç harcamaları hem demografik nedenlerle hem de üretim maliyetlerine bağlı olarak sürekli artış eğilimindedir. Diğer taraftan kamunun ilaç harcamalarındaki artışın ana gerekçesi olarak da sosyal devlet anlayışının özellikle 1929'dan sonra yaygınlaşmaya başlaması gösterilebilir. Bundan sonra yapılacak düzenlemeler, ilaçların üretim maliyetlerini düşürücü yöntemler ve toplumun ilaç kullanımını azaltacak yaşam standartlarının oluşturulması üzerine kurulmalıdır.

## **İLAÇ SEKTÖRÜNÜN TANIMI, YAPISI VE ÖZELLİKLERİ**

Hayvan ya da insan hücresi üzerinde meydana getirdiği tesir ile bir hastalığın tedavisini veya bu hastalıktan korunmayı sağlayan kimyasal preparatlara ilaç denir. İlaçlar, bireysel ve toplumsal insan yaşamı bakımından vazgeçilmez metallerdir. İlaç üretilmesi ise İlaç aktif maddelerinin, yardımcı katkı maddeleri ile belirli miktarlarda karıştırılarak çeşitli ürün formlarında kullanıcıya sunulması olarak isimlendirilir. Dünyada ve Türkiye'deki ilaç sektörünün yapısal özelliği "oligopol" niteliğindedir. Diğer bir anlatımla, ilaç pazarını az sayıda büyük firma kontrol etmektedir. Türkiye'de cumhuriyet öncesi dönemden eczanelerde ilaç yapımına başlandığı, talep artışına bağlı olarak da laboratuvar ve fabrikaların kurulduğu bilinmektedir. 1928 yılında çıkarılan 1262 sayılı kanunla da ilaç ithal ve üretiminde devlet kontrolü oluşturulmuştur. Devlet yerli üreticileri ithal edilen ilaçlar karşısında koruyucu bir tavır geliştirmiş ve böylece sektörün gelişimine olanak sağlamıştır. II. Dünya Savaşı sonrasında ise ilaca olan talep hızla arttığı için bu sektör çok hızlı bir şekilde gelişmiştir. Günümüzde kullanılan ilaçların yaklaşık %90'ı son 60 yıllık bir sürede keşfedilen ve piyasaya sürülen ilaçlardır. İlaç sağlık sektöründe farklı özelliklere sahip bir endüstri malıdır. İlaç piyasası değişik sebeplerle normal piyasa yapısından ayrılmaktadır. İlaç piyasasının farklılıkları daha çok kaynakların kullanımı, en uygun ilacın üretilmesi, ilacın dağıtılması ve fiyatlandırılması gibi konularda ortaya çıkmaktadır.

## **İLAÇ SANAYİSİ VE REKABET**

İlaç sektöründeki üreticiler, hitap ettikleri pazarlara göre iki kategoriye ayrılmaktadır: Birincisi, uluslararası pazarlara yönelik olarak büyük ölçekli az sayıda firma üretim yapmaktadır. İkincisi, ülke ya da bölgesel pazarlar içinse çok sayıda küçük ölçekli firma üretim yapmaktadır. Genellikle küçük ölçekli ve yerel düzeyde faaliyet gösteren jenerik ilaç üreticilerinin sabit maliyetleri orijinal ilaç üreticileri kadar yüksek değildir. Çünkü bu tür ilaçlar daha önce yüksek maliyetler ile keşfedilmiş ilaçların taklididir. Bu nedenle, jenerik ilaç üreticileri ürün fiyatlarını belirlerken marjinal maliyet ya da pazarın rekabetçi yapısına göre bu seviyeye yakın bir noktayı baz alabilirler. İlaç sektöründe etkili ve uygun ilaç üretiminin devam etmesi için patent korumasının etkin işletilmesi gerekmektedir. Patent koruması, araştırma geliştirme (Ar-Ge) harcamalarından kaynaklanan giderlerin geri kazanılması ve yeni Ar-Ge faaliyetleri için kaynak yaratılması amacıyla üreticilere belirli bir süre için sağlanan imtiyazı ifade eden bir kavramdır. Böylece teşebbüsler, risk oranı ve maliyeti yüksek olan Ar-Ge faaliyetlerine yönelebilmektedirler. İlaç sektöründeki Ar-Ge faaliyetleri ve buna bağlı olarak patent korumasından kaynaklanan gelişmeler, sosyal refah açısından da önemli bir yere sahiptir. Nitekim Ar-Ge faaliyetleri neticesinde ortaya çıkan yenilikçi ilaçlar ile yaşam süreleri uzamakta ve yaşam kalitesi artmaktadır.

## **İLAÇ SEKTÖRÜNDE TALEBİN YAPISI**

Sağlık hizmeti talebinde olduğu gibi ilaç sektöründe de tüketiciler ürünlerin nitelikleri hakkında yeterli

bilgiye sahip olmadığı için, ilaç talebini ve miktarını belirleyen nihai karar verici doktorlardır. Bunun yanında, ilaç harcamalarının sağlık sigortası ya da devlet tarafından karşılandığı durumlarda, talebin yapısı değişebilmektedir. Böyle durumlarda devletin sektöre müdahaleci olarak talebi etkilemesi sık görülmektedir. Özellikle ilaç fiyatlarının yüksekliği, doktorların ilaç yazmadaki rahatlıkları ve kâr marjlarının yüksekliği devleti müdahaleye zorlayabilmektedir. İlaç sektöründe devletin özellikle fiyat tespiti yoluyla düzenleme yapmasının temel nedeni, 1950 ve 1960'lı yıllarda üretilen ilaçların fiyatlarının çok yüksek olması ve toplumsal düzeyde reform etkisine sahip olabilecek özellikte olmalarıdır. 1980'lerde ilaç sektöründe ortaya çıkan gelişmeler iki anlamlı sonuca sebep olmuştur. Bu sonuçlardan birisi, fiyatların yüksekliğine bağlı olarak jenerik ilaç alanında önemli gelişmeler olmuştur. İkinci ortaya çıkan sonuç ise ilaç sektöründeki talebin bilinenin tersine ilaç fiyatına tamamen duysuz olmadığı anlaşılmıştır.

### **TÜRKİYE'DE İLAÇ SEKTÖRÜ**

Türkiye, 25 milyar TL civarında yıllık satış hacmi ile dünyanın 16. büyük ilaç piyasası durumundadır. Bununla beraber, Türkiye'deki ilaç piyasası hızlı bir gelişme trendine de sahiptir. Ülkede pek çok ulusal ve uluslararası firma bulunmaktadır. Türkiye'deki ilaç piyasasının büyümesinde; ülkede ortalama ömürün artışına bağlı olarak yaşlı nüfus oranının artması, ulusal ve uluslararası firma sayısındaki artış, yeni ilaçların piyasaya sürülmesi ve hastane sayısındaki artılar gibi hususlar etkili olmaktadır. Türkiye'de ilaç sektöründe ruhsatlandırma aşamasından fiyatlama aşamasına kadar hemen hemen tüm faaliyetlerin düzenlenmesi ve denetlenmesi Sağlık Bakanlığı'nın yetkisindedir. Sağlık Bakanlığı bu yetkisini ve düzenlemelerini, 1928 tarihli ve 1262 sayılı İspençiyarı ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bakanlık bu yetkisini kendisine bağlı bir alt birim olan İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (İEGM) aracılığıyla gerçekleştirmektedir. Türkiye'de ithal ilaçlara yerli ilaçlara nispetle daha düşük kâr marjı belirlenmektedir. Bunun temel gerekçesi, yerli ilaç üretimini ve gelişimini teşvik etmektir. Türkiye'de sağlık hizmetleri, yasalarla temelde devletin sunması gereken bir olarak kabul edilmiş ve 1961 Anayasası'nda da anayasa hükmü olarak kabul edilmiştir. Ancak 1982 Anayasası'nın 56. maddesi ile sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet "sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle" görevli hâle dönüştürülmüştür. Bu çerçevede sağlık hizmetleri değişik kurum ve kuruluşlar ve özel sektör tarafından sunulabilmektedir. Türkiye'de devlet tarafından, sağlık harcamaları karşılanan kesimin toplam nüfus içerisindeki oranı yaklaşık %77'dir. Bunun dışında kalan kesim, ilaç harcamalarını, özel sağlık sigortaları aracılığıyla veya herhangi bir sigorta olmaksızın hastaların kendileri karşılamak durumundadırlar. Türkiye'de ilaç sektöründe yaklaşık 34.000 kişi istihdam edilmektedir. Sektörde toplam 320 firma faaliyet göstermektedir. Bunların 40'ı çok uluslu firma ve 280'i ise yerli firmalardan oluşmaktadır.

### **DÜNYADA İLAÇ SEKTÖRÜ**

Dünyadaki ilaç pazarının yaklaşık %95'i uluslararası bazda faaliyet gösteren firmaların kontrolündedir. Dünya ilaç pazarının ABD, Avrupa Birliği ve Japonya'nın kontrolünde işlediği vurgulanmaktadır. ABD'deki ilaç sektöründe devlet kontrolü bulunmamaktadır ve sektör serbest piyasa koşullarına göre işlemektedir. Bu serbestiye bağlı olarak dünya pazarının yaklaşık %50'si bu ülkeye aittir. Son yıllarda diğer piyasalardaki birçok üretimin Çin, Hindistan gibi Uzakdoğu ülkelerine veya Doğu Avrupa ülkelerine kaymasına rağmen, ilaç piyasasında bu olmamıştır. Bunun temel nedeni, ilaç üretiminin yoğun teknik bilgi, uzmanlık ve yenilik gerektirmesidir. Avrupa'nın ilaç piyasasındaki payı yaklaşık %29 kadardır. Bu anlamda, ABD'nin ilaç piyasasında açık bir üstünlüğü mevcuttur. 2017 yılı sonunda büyüklüğü 1,1 trilyon dolara ulaşan dünya ilaç pazarı başlı başına bir ekonomik pazardır. ABD, Çin, Japonya, Almanya ve Fransa dünya ilaç endüstrisinin en büyük 5 pazarı durumundadır. Türkiye ise 16'ncı sırada yer almaktadır. Sektörün tartışmasız lideri yüzde 49'luk payla ABD ilaç pazarı, kendisinden sonra gelen dört büyük pazarın toplamından daha büyük bir hacim oluşturmaktadır.

### **AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık sistemini; “Öncelikli amacı sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti içinde barındıran sistemdir.” şeklinde tanımlamaktadır. Oluşturulan tüm sağlık sistemlerinin temel amacı, insanların sağlıklı ve kaliteli yaşam sürdürebilmeleri için yeterli miktar, kalite ve sürdürülebilir düzeyde bir sağlık hizmeti sunabilmektir. Ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel yapılarına bağlı olarak sağlık sistemleri ve göstergeleri de farklılık arz etmektedir. Dünyanın en fazla sağlık harcaması yapan ülkesi olan ABD, Satınalma Gücü Paritesine (SGP) göre, kişi başına 9.900 dolar sağlık harcamasıyla birinci sırada yer almaktadır. Yine sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki payı ise yaklaşık %17,5’tir. Bu oranın yaklaşık yarısı kamuya, diğer yarısı da özel sektöre aittir. ABD, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için özel ve kamu katkılarının birleştiği bir karma yöntem benimsemiş bulunmaktadır. Nüfusun büyük bir çoğunluğu sigorta kapsamında olmasına rağmen, sigorta dışı kalan nüfus oranı da küçümsenmeyecek orandadır. ABD’deki sigorta tiplerinden Medicare, 65 yaşın üzerindeki nüfusu kapsayan bir sigorta türüdür. Medicaid ise ortak bir federal-eyalet programıdır ve fakir insanlara tıbbi bakım sağlamaktadır. Federal devletin eyaletlerin medicaid sistemlerine katkısı, zenginlik derecelerine göre giderlerinin %50’si ile %78’i arasında değişmektedir. Giderlerin kalan kısmı eyalet ve yerel yönetim kaynaklarından karşılanmaktadır. Hâlen fakirlik düzeyinin altında olanların ancak %40’ı medicaid’den yararlanabilmektedir. Champus ve Champva da askerî hizmetlerde çalışanları kapsayan bir sigorta türüdür. Oldukça yükselen sağlık harcamaları, ABD’deki sağlık sisteminin temel sorununu oluşturmaktadır. Hatta artan sağlık harcamaları sonucu olarak, ABD’de sağlığın lüks bir mal hâline geldiği belirtilmektedir. 2019’da ise GSYH’deki pay yaklaşık %17,5 ve kişi başına harcama da 9.900 dolar olmuştur. ABD sağlık sistemine yapılan eleştirilerin önemli kısmı sigorta sistemine ve sigorta kapsamı dışında kalan nüfusun çokluğuna yöneliktir. Bu ülkede yaklaşık 40 milyon kişinin sağlık sigortası kapsamı dışında olduğu tahmin edilmektedir. Ancak belirtmek gerekir ki, sigortasız insanların sağlık hizmetlerinden hiçbir şekilde yararlanmadığı anlamı çıkarılmamalıdır. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısının ABD’de devlet tarafından yapılması, serbest piyasa ekonomisini uygulayan bu ülkede sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden kaynaklandığı içindir.

### **KANADA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ**

Kanada’da sigorta uygulaması, 1945-46 döneminde Saskatchewan eyaletinde hastane sigortacılığı olarak başlamış, daha sonra da 1957 yılında Newfoundland ve Alberta eyaletlerinde uygulanmıştır. ABD cephesinden Kanada’daki sisteme maliyet açısından iyi düzenlenmiş ve halkı kapsayan millî sağlık bakım programı olarak bakılmıştır. Kanada’da 10 eyalet ve 3 bölgede genişletilmiş bir program uygulamaktadır. Bu sistem merkezî yönetim yardımıyla yapılmaktadır. Federal devlet tarafından belirlenen çeşitli kriterlerin sigorta şirketleri tarafından uygulanması gerekmektedir. Sigortanın genel, küresel ve taşınabilir olması gerekmektedir. Bu konu bireylerin bölgeler ve ülkeler arasında hareket ettikleri durumda uygulanır. Hastaların sigorta seçimlerinde herhangi bir mali engel bulunmamaktadır. Kanada’da tedavi hizmetleri İngiltere Millî Sağlık Hizmetleri’nden farklıdır. Kanada’da doktorlar özel meslek sahibi sayılmaktadırlar. Ancak hastanelere girebilmeleri için belli skora sahip olmaları gerekmektedir. Kanada’da maliyetler daha düşük ve hizmetler daha kalitelidir. Mali sorun bulunmamaktadır ve ölüm oranı açısından ABD’den daha iyi konumdadır. Kanada’daki ortalama ömür daha yüksek ve çocuk ölüm oranı daha düşüktür.

### **JAPONYA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ**

Japonya, sağlık hizmetleri için ABD’nin yaptığından yaklaşık yarısı kadar (%9) Gayrisafi Yurt içi Hasılası’ndan (GSYH) bir harcama yapmasına rağmen, çok yüksek bir rakam olan 84 yıllık ortalama ömre sahip olan bir ülkedir. Japonya’da bütün vatandaşlar çeşitli sigorta yöntemleriyle sağlık yönünden güvence altındadırlar. Sigortalı insanlar istedikleri doktor ve hastaneyi seçmekte serbesttirler. Başvurdukları sağlık kuruluşlarına daha önce yaptıkları prim ödemelerinden başka herhangi bir masraf ödemezler. Japonya’da doktorlar net bir şekilde iki gruba ayrılmaktadırlar. Birinci grupta genel doktorlar yer alır. Bunlar, gelirlerinin önemli bir bölümünü laboratuvar testleri ve eczacılığa ait işlerden elde etmektedirler. İkinci grupta ise; daha az gelir elde eden ve belli bir grup hâlinde çalışma yapan, uzman hastane doktorları yer almaktadır. Japonya’daki hastaneler de iki gruba ayrılmaktadır. Birinci grupta, özel çalışan doktorlar tarafından açılan ve daha az imkânlarla sahip olan muayenehaneler yer almaktadır. İkinci grupta ise, büyük kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri yer

almaktadır. İkinci grupta yer alan sağlık birimleri en etkin sağlık kurumları olarak adlandırılmaktadırlar. Diğer taraftan, Japonya'da kâr amacıyla hastane yatırımı yapmak yasaklanmıştır. Japonya'da yapılan sağlık harcamalarının %42.5'i hastane hizmetlerine, %36.4'ü ayakta tedavi hizmetlerine ve %21.1'i de ilaç ürünlerine gitmektedir ve bütün sistem hizmet başı ödeme biçimi üzerine kurulmuştur.

### **ALMANYA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ**

Almanya sağlık hizmetleri sisteminin kökleri 1883 yılında Bismarck'ın çıkardığı farklı mesleklerdeki işçilerin sigortalı olmasını zorunlu kılan kanuna (Bismarck Kanunu/modeli) dayanmaktadır. Almanya sağlık sigortası sistemine göre, tüm çalışanların sağlık sigortası kapsamında olması zorunludur. Bu sistemde sigorta maliyetleri işçi ve işverenler arasında eşit oranda bölünmektedir. İşçi payı vergi olarak gayri safi ücreti üzerinden alınmaktadır. Almanya halkının yaklaşık %85'i sosyal sağlık sigortasına, %15'i de özel sağlık sigortasına sahiptir. Almanya sağlık hizmetleri sisteminde devletin her düzeyde görevi bulunmaktadır ve politikaları ve uygulamaları merkezi hükûmetin (meclisin) onaylaması gerekmektedir. Almanya'da reform için sürekli isteklere ve bu sistemin kritik durumunda olduğundan olan şikâyetlere rağmen, Almanya sağlık bakım hizmetlerinin maliyet kontrolünde nispi olarak başarılı uygulamalar yapılmıştır.

### **GÜNEY KORE SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ**

Güney Kore'de sağlık sisteminin yetkili otoritesi Sağlık ve Refah Bakanlığı'dır. 1977 yılında ülke halkının %10'undan daha azı sigortaya sahipken, Temmuz 1989 yılında Komple Bitirme Planı ile prim ödemesi karşılıklı olan bir özel sağlık bakım sistemi kurulmuştur. Güney Kore sağlık sisteminde özel sektör büyük bir paya sahiptir. Özellikle kent merkezlerindeki hastane yataklarının yaklaşık %85'i özel sektöre aittir. Devlet sağlık merkezlerini, klinikleri, genel hastaneleri ve özel ihtisas hastanelerini işletmektedir. Bu ülkede, 1977 yılında 500 kişiden fazla işçisi olan bütün şirketlerin sigorta topluluğu kurması zorunlu tutulmuştur. Ocak 1988 yılında bu işçi sayısı 5 kişiye düşürülmüştür. Güney Kore'nin sigorta stratejileri maliyet kontrollü ve sigorta primine bağlı stratejilerdir. Güney Kore'deki sağlık bakım maliyetleri, millî sağlık sigortasının kurulmasından itibaren iktisadi gelişmeye paralel bir şekilde artmaktadır.

### **KENYA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ**

Kenya ekonomisi büyük ölçüde tarıma dayalıdır. En önemli ihracat ürünleri arasında kahve, çay ve çeşitli mineraller yer almaktadır. Hızlı bir nüfus artışı olan bu ülkede 2019 yılı verilerine göre yaklaşık 50 milyon insan yaşamaktadır. Aynı yıl için satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen gelir ise yaklaşık 1200 dolardır. Bu ülkedeki okuma-yazma oranı ise 2019 yılı itibarıyla %78'dir. 2019 yılındaki ülkenin Gayri Safi Yurtiçi Hasılası (GSYH) yaklaşık 76 milyar dolardır. Nüfus artış hızı ise %2,7'dir. Kenya'da sağlık hizmetleri, kamu ve özel sektör arasında hemen hemen eşit olarak paylaşılmaktadır. Bu ülkede sağlık bakanlığının yanı sıra dinî cemiyetler de sağlık sisteminin önemli unsurlardır. Ancak bu kuruluşlar yönetim ve köken itibarıyla dinî olmalarına rağmen, fon kaynaklarının %60'ı hasta ücretlerinden, %25'i hükûmet sübvansiyonlarından, %15'i ise bağış ve yardımlardan elde edilmektedir.

### **ÇAĞDAŞ SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMLERİ**

Gelişmiş ülkelerinin çoğunda sağlık bakım hizmetleri hükûmet tarafından ya da genel kapsamlı kamu sağlık sigortası fonu vasıtasıyla sağlanmaktadır. Çağdaş Sağlık Sistemlerinin Tipolojisi Gordon tarafından geliştirilen 4 sağlık sistemi tipolojisi bulunmaktadır: • Geleneksel kamusal sigorta, hükûmet harcama yardımlı ve piyasa yönlü özel bir sistemdir. Bu sisteme sahip olan ülkeler; Avustralya, Belçika, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Almanya'dır. • Ulusal düzeyde millî sağlık sigorta sistemi: Bu sisteme sahip olan ülkeler; Kanada, Finlandiya, Norveç, İspanya ve İsveç'tir. • Hükûmet sorumluluğunda millî sağlık hizmetleri: Bu sisteme sahip olan ülkeler; Danimarka, Yunanistan, İtalya, Yeni Zelanda, Portekiz, Türkiye ve İngiltere'dir. • Karma sistemler: Hem geleneksel kamu sigortalı sistemi hem de millî sağlık sigortasını kapsamaktadır. Bu sisteme sahip olan ülkeler; Avustralya, İzlanda, İrlanda, Japonya, İsviçre ve Amerika Birleşik Devletleri'dir.

### **ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİ HARCAMALARINDAKİ FARKLILIKLAR**

Farklı ülkeler farklı teşvik sistemlerine sahiptirler ve millî gelirlerinin farklı oranlarını sağlık hizmetleri sektörüne ayırırlar. Gelişmiş toplumların GSYH'ları yüksek olduğu için daha fazla sağlık harcaması yapmaktadırlar. Böylece sağlık göstergeleri diğer ülkelere göre çok daha iyi olabilmektedir. Ancak buna dayanak yapılarak her ilave sağlık harcamasının mutlaka sağlıkta iyileşme yapacağı söylenemez. Gelişmiş ülkelerin kendi aralarındaki farklı sağlık harcamaları seviyelerine karşılık, yakın sağlık göstergelerine sahip olmaları bunun kanıtı olarak gösterilebilir. Diğer taraftan, gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalı seviyelerinin ise yetersiz kaldığı söylenebilir. Sağlık Maliyet Sektöründen Basit Bir Örnek Millî gelir artınca sağlık hizmetleri miktarı artarken, fiyatlar arttığında sağlık hizmetleri miktarı azalmaktadır. Ancak bu ilişkinin tüm sağlık hizmetleri türleri için geçerli bir ilişki olmadığı da unutulmamalıdır. Özellikle hayati önemi olan hastalıklarda bu ilişki geçerli olmayacaktır.

### **ÖZELLEŞTİRMENİN TANIMI VE GELİŞİMİ**

Özelleştirme genellikle dar ve geniş anlamda olmak üzere iki şekilde tarif edilmektedir. Dar anlamda özelleştirme, kamu mülkiyetindeki kaynakların bir anlamda KİT'lerin yönetim ve mülkiyetinin özel sektör iştirakçilerine devredilmesidir. Geniş anlamda özelleştirme ise "kamusallaştırma"nın tam tersine, devletin ekonomiye müdahalesinin asgari düzeye indirilmesi ya da kaldırılmasına yönelik uygulamalar bütünüdür. Sağlık sektörü açısından, hem mülkiyetin devri hem de sektördeki devlet payının asgari düzeye indirilmesi ya da kaldırılması yönündeki her türlü uygulamayı kapsayan geniş anlamdaki özelleştirme tanımının daha uygun olduğu düşünülebilir. Türkiye'de sunulan sağlık hizmetleri hem cumhuriyet öncesi dönemde hem de cumhuriyet sonrası dönemde ağırlıklı kamu tarafından yerine getirilmiştir. Özel sektörün sağlık hizmetleri içindeki payında ise son yıllardaki artışa rağmen, hâlâ kamunun ağırlığı devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlık hizmetleri, devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir." tanımını vermesi de sağlık hizmetlerinin kamusal bir yönünün olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası, talep yapısı, doktorun davranışı, hizmetteki belirsizlik, arz koşulları, ahlaki sorunlar gibi nedenlerden dolayı diğer mal ve hizmet piyasalarından farklılık arz eder. Bu nedenle, özelleştirmenin yoğun olduğu ülkelerde bile kamu denetiminin olması önem arz etmektedir. Özellikle sağlık sektörüne ait harcama verilerine bakıldığında, dünyanın en gelişmiş ülkelerinde bile kamunun payının %70'lerin üzerinde olması, bu sektörün doğrudan insan sağlığı ve yaşamıyla ilişkili olmasından ve sosyal devlet algısının yaygınlaşmasındandır.

### **ÖZELLEŞTİRMENİN TÜRKİYE'DEKİ GELİŞİMİ**

Türkiye'de özelleştirme fikir olarak en az cumhuriyetle yaşattır. 1923-1930 yılları arasında özel sektörün desteklenerek ülke ekonomisinin düzlüğe çıkarılmasına çalışılmasına rağmen, o günkü koşullar buna müsaade etmemiş ve 1929 ekonomik bunalımının da etkisiyle 1930'lu yıllarda Türkiye'de KİT'ler kurulmuş ve bunlar 1980'li yıllara kadar ülke kalkınmasında temel taşlar olmuşlardır. Türkiye'de 1980'den sonra özelleştirme faaliyetleri hız kazanmış ve en çok özelleştirmenin gerçekleştirildiği dönem 2002 sonrası olmuştur. Sağlık sektöründeki özelleştirme diğer sektörlerdeki gibi kamu sağlık kurumlarının özel sektöre satılması ya da devredilmesi değil, özel sağlık kurumlarının gelişmesinin desteklenmesi yönünde bir yapı arz etmektedir. Bu da sağlık sektörünün kendine has özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, kamunun sağlık sektöründe ağırlığının devam etmesi vurgulanmakta ve buna gerekçe olarak gelir seviyesinin düşüklüğü ve gelir dağılımındaki eşitsizlikler gösterilmektedir. Özelleştirmenin temel amacı, piyasada rekabetin yerleştirilmesi ve kaynak kullanımında verimliliğin artırılmasıdır. Ülkelerin bazı ortak amaçlarının yanında her ülkenin kendi özel durumuna bağlı olarak farklı öncelik ve amaçları da olabilmektedir. Ancak genel olarak şu söylenebilir ki; özelleştirmede asıl amaç kamuya gelir sağlamak değil, ekonomide etkinliği ve verimliliği gerçekleştirmek olmalıdır. Aksi takdirde, kamu bir defada gelir sağlar; ancak daha sonra çok kötü durumlarla karşılaşabilir. Bu açıdan Türkiye'de kamu sağlık kuruluşlarının özel sektöre devredilmesinden ziyade, bu kuruluşlarda etkinlik ve verimliliği artırarak özel sektörle birlikte hizmete devam etmek en azından 20-30 yıllık bir dönem için zorunluluk gibi gözükmektedir.

### **SAĞLIKTA ÖZEL VE KAMU SEKTÖRLERİNİN PAYI**

Türkiye'de özel sektörün sağlık alanında faaliyette bulunması 12.1.1961'de Resmî Gazete'de yayınlanan 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunla başlamıştır. Türkiye'deki hekimlerin yaklaşık %40'ı özel olarak çalışmaktadır. Özel çalışan doktorların %90'ı yalnız çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerinde özel sektör 1961'de serbest bırakılmasına rağmen, asıl önemli gelişme 1980'li yıllardaki liberal politikaların uygulanmaya başlaması ve bu çerçevede özelleştirmenin gündeme gelmesiyle olmuştur. Özel sektör 2002 yılı itibarıyla Türkiye'deki hastanelerin %27'sine, yatak kapasitesinin de %8,5'ine sahip bulunmaktadır. 2017 yılında ise bu oranlar hastane sayısı itibarıyla %38'e, yatak sayısı itibarıyla da %22'sine çıkmıştır. 1980 sonrasında Türkiye'deki hükümetler, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da özel sektörün rolünü arttırmak amacıyla olmuşlardır. Sağlık harcamaları bütün dünyada da şiddetli serbestleşmeye rağmen hâlâ çoğunlukla kamu tarafından yapılmaktadır. Özellikle kriz dönemlerinde özel kesimin sağlık harcamalarında daha çok azalma yaşandığı; ancak kamu kesiminin harcamalarında şiddetli bir azalma trendinin yaşanmadığı görülmektedir. Bu durumu, kriz dönemlerinde özel kesimin daha temkinli davranması olarak değerlendirmek yanlış olmayacaktır.

## **TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ**

Türkiye’de 05.01.1961 tarihinde kabul edilen, 12.01.1961’de Resmî Gazete’de yayınlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 4.maddesi ile özel sağlık sektörü serbest bırakılmış, isteyen özel sektöre başvurabileceği belirtilmiştir. Sağlık sektöründe özelleştirmeyi savunanların gerekçeleri, diğer alanlardaki özelleştirmecilerden çok farklı değildir. Devletin yükünü azaltmak, hizmet kalitesini ve verimliliğini yükseltmek gibi. Kamu sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesinin başka türlü düzeltilemeyeceği en önemli tez olarak öne sürülmektedir. Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO), bir ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan payın GSYH’nın en az %5’i kadar olması gerektiğini belirtmektedir. Türkiye gibi GSYH’nın ancak 2002 yılından sonra yaklaşık %5’ini sağlık sektörüne ayırabilen gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde özel kesime bırakılması birtakım sorunlar yaratabilir. Türkiye açısından sağlık sektörünün özelleştirilmesi konusunda özetle şu değerlendirme yapılabilir. Gelişmiş ülkelerde de olduğu gibi kamu sektörünün temel hizmetleri sağlayıcı ve dengeleyici rolü yanında, kamunun yükünü ödeme gücü yeterli olan gelir gruplarına hizmet yönüyle hafifletecek özel sektör sağlık hizmetlerinin gelişmesinde yarar vardır. Türkiye nüfusunun 2012 yılında uygulamaya konulan Genel Sağlık Sigortası ile hemen hemen tamamının sağlık yönünden güvence altında olduğu günümüzde bile hastanelerin ihtiyaca cevap vermediği ülkemiz gerçeğinde, kamu sağlık kurumları ve hizmet miktarı yetersiz kalabilir. Bu nedenle, Türkiye’de kamunun yanında özel sektör hastanelerine de her zaman yer verilmelidir.

### **TÜRKİYE İÇİN ÖNERİLER**

- Ülke koşulları da göz önüne alınarak sağlık sektöründeki özelleştirme, özel sektörün kamuyla birlikte faaliyet göstermesine kolaylıklar sağlamak yönünde olmalıdır. Aksi takdirde, kamu sağlık kurumlarının elden çıkarılması yoksul toplum kesimlerinin zor durumda kalmalarına sebep olabilecektir.
- Bölgesel dengesizliklerin çok yoğun olduğu Türkiye gerçeğinde, özellikle kırsal bölgelere özel sektör gitmeyi tercih etmeyeceği için kamu sektörü bu bölgelere daha bir titizlikle eğilmelidir. Yani bu bölgeler, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık açısından da az gelişmişlikle baş başa bırakılmamalıdır.
- Problemlere çözüm olarak sağlığın tamamen özelleştirilmesini değil, toplumun tümüne temel sağlık hizmetlerini götürmek anlayışı içindeki bir örgütlenmeyi ve bu örgütlenmenin finansmanı için kamunun sağlık sektörüne daha fazla pay ayırmasını savunmak gerekmektedir.

### **TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISI**

Sağlık, Türkiye’de en hızlı gelişme ivmesine sahip sektörlerden biridir. Özellikle son yıllarda büyüme trendinin iyi olduğu yıllarda sektör, enerji ve telekomla birlikte en fazla yatırım çeken ilk üç sektörden biri olarak gösterilmektedir. Ayrıca Türkiye’deki sağlık hizmetleri maliyetlerinin Avrupa Birliği Ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri’nden daha düşük olması, son yıllarda sağlık turizminde de Türkiye lehine gelişmelere sebep olmuştur. Türkiye’de sağlık sektörü; erişebilirliğin artması ve olumlu ekonomik gelişmeler neticesinde artan satın alma gücü gibi etkenler ve son yıllarda sektöre ilişkin gerçekleşen destekleyici gelişmelere paralel olarak büyümektedir. Sağlık Bakanlığı 2017 yıl sonu verilerine göre, Türkiye’de toplam 1518 hastane bulunmaktadır. Bunun 879’u Sağlık Bakanlığı’na, 68’i üniversitelere, 571’i özel sektöre aittir. Yine 2017 yılındaki toplam hastane yatağı sayısı 225.863’tür. Bu rakamın 135.339’u Sağlık Bakanlığı’na, 41.324’ü üniversitelere, 49.200’ü ise özel sektöre aittir. Bu verilere göre, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık sektöründeki ağırlığı devam etmektedir. Özel sektör hastane sayısının fazlalığına rağmen, yatak sayısı açısından üniversiteler ile yaklaşık sayıya sahip olması dikkat çekicidir. Bu durum, özel sektörün serbest piyasa kurallarına göre kâr amaçlı çalışan kuruluşlar olmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Özel sektörün Türk sağlık sistemindeki gelişimi 1980’lerden sonra olmuştur. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı, Türk sağlık sisteminin örgütsel yapısı içinde en üst düzeyde ülkenin sağlık politikasını saptayan, yönetim ve denetim sorumluluğu olan bir kuruluştur. Sağlık Bakanlığı kendisine bağlı okullarda hemşire, ebe ve teknisyenlerin eğitimini sağlamayı da üstlenmiştir. Sağlık Bakanlığı "Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti" adı altında 15.5.1920 tarih ve 3 sayılı yasayla kurulmuştur. Bakanlık; genellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, sağlık personeli yetiştirmek, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim yapmak, sağlık kurumları kurmak ve işletmek, diğer kamu kuruluşları ile özel kesime sağlık kurumları kurma ve işletme izni ve bunları denetlemekle yükümlüdür. Ayrıca ilaç fiyatlarını düzenlemek, ilaç üretimini ve eczaneleri denetlemek de bakanlığın görevleri arasındadır. Sağlık Bakanlığı ülkede mevcut sağlık insan gücü bakımından toplamın yarısından fazlasına sahip bulunmaktadır. Toplam doktorların %60’ı, hemşirelerin %68’i ve ebelerin %91’i Sağlık Bakanlığı bünyesinde istihdam edilmektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın dışında özel sektör ve üniversiteler de sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Sağlık sektöründe özel kesimin varlığı, dünya gerçeğinin ve serbest piyasa ekonomisini benimseyen toplumların kaçınılmaz bir gerekliliğidir. Üniversiteler (Tıp Fakülteleri) Türkiye’de üniversitelerin birimi olarak faaliyet gösteren tıp fakülteleri önemli üç işlevi yerine getirmektedirler. Birincisi, kamu sektöründe araştırma yapmak; ikincisi yüksek düzeyde sağlık personeli yetiştirmek için eğitim vermek; üçüncüsü de sağlık hizmetlerini doğrudan toplumun kullanımına sunmaktır. 2017 yılı verilerine göre, üniversitelerin 68 hastane ve 41.324 yatak kapasitesiyle Türk sağlık sistemi içerisinde çok önemli bir yeri vardır. Üniversite hastanelerindeki yatak kapasitesinin Türkiye'deki dağılımı şöyledir: Toplam yatak kapasitesinin yaklaşık %60’ı, ülke nüfusunun yaklaşık %35’inin yaşadığı Ankara, İstanbul ve İzmir hastanelerinde bulunmaktadır. Türkiye’deki toplam hasta talebinin yaklaşık %50-55’i de bu hastanelerce karşılanmaktadır. Üniversite hastaneleri, yüksek kalitede eğitim kuruluşları oldukları için bu kuruluşlardan hizmet talebi de yüksek olmaktadır.

### **TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK SORUNLARI**

Türkiye'deki sağlık sorunları az gelişmiş ülkelerde görülen temel sağlık sorunlarıyla paralellik arz etmektedir. Son yıllardaki önemli iyileşmelere rağmen, az gelişmiş ülkelerde ve Türkiye'de görülen temel sağlık sorunları şunlardır: • Demografik sorunlar, • Kötü beslenme sorunu, • Çevre sağlığı sorunu, • Yeterli miktar, kalite ve tipte tıbbi bakımın olmayışı sorunu. Demografik Sorunlar İnsan faktörü mal ve hizmet üretiminin temel elemanı olmasının yanı sıra, üretilen mal ve hizmetlerin tüketimi açısından da önemlidir. Bu yönüyle bir ülkenin nüfusu, nüfusun nitelikleri ve yaş gruplarına göre dağılımı, o ülkenin gücünü belirleyen önemli bir göstergedir. Ülke nüfusunun sayı olarak yetersiz olması, ekonomik kaynakların atıl kalmasına yol açarak önemli kayıplara sebep olabilir. İşte ülkenin doğal kaynaklarını mevcut sermaye ile en iyi bir şekilde kullanabilecek nüfus miktarına "optimal nüfus" denilmektedir. Türkiye ile OECD kıyaslaması yapıldığında; OECD ülkelerinde her yaş gurubunda ölüm oranları azalmakla birlikte, son yıllarda ortalama yaşam beklentisi de büyük ölçüde artmıştır. 2017 verilerine göre OECD ülkelerinin ortalama yaşam beklentisi 81 yıl olarak hesaplanmıştır. Yaşam süresindeki bu artış hayat kalitesinin gelişmesi, eğitim seviyesinin yükselmesi, kaliteli sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi birçok faktöre bağlıdır. Türkiye’de hayat standardının

yükseltilmesi çalışmalarına rağmen ortalama yaşam beklentisi 78 yıl ile gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır. OECD ülkelerinde ortalama yaşam beklentisi ile kişi başına düşen sağlık harcamaları kıyaslandığında, artan sağlık harcamaları ile yaşam beklentisi süresinin uzaması arasında pozitif bir ilişki gözlemlenmektedir. Kötü Beslenme Sorunu Kötü beslenme yaygınlığı ve onun zararlı etkisinin en çok çocuklar arasında olduğu saptanmıştır. Kötü beslenme düşük gelirli ülkelerde 5 yaşın altındaki çocuklar arasındaki bütün ölümlerin yarısından çoğunda birinci ve çok önemli bir faktör olarak gösterilmektedir. Çevre Sağlığı Sorunu Hızlı nüfus artışı, düzensiz kentleşme ve eğitim noksanlığı gibi sebepler Türkiye'deki çevre sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. Bunun yanında, düzensiz kurulan fabrika siteleri, aşırı çoğalan arabalar da çevreyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bugün solunan havadaki oksijen miktarı 70 milyar/ton iken, 2025 yılında bu miktarın 45 milyar/tona düşeceği hesaplanmaktadır. Ayrıca dünyanın ortalama ısısı 1800 yılından bu yana 0.05 derece artarak 15.4 dereceye yükselmiştir. Bu artışın 1985-2085 arasında 3.3 derece artması beklenmektedir. İnsan sağlığı için zararlı olan bu gibi değişikliklerin sebebi, insanlar tarafından yaratılan bölgesel atmosferik kirlenmedir. Çevre sağlığı sorunları özellikle büyük kentlerde daha da yoğun yaşanmaktadır. Çünkü kirliliği yaratan, insanlardır. Çevre şartlarının sağlığa uygun olmaması, birtakım bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında ve yayılmasında büyük rol oynamaktadır. Çevre sağlığı sorunları bugün Türkiye ile birlikte tüm dünyada üzerinde önemle durulan bir konu olmuştur. Bunun sebebi, çevre sorunlarının insan hayatını ciddi bir şekilde tehdit eder duruma gelmesidir. Dünya Bankası'nın değerlendirmesine göre orta gelir grubunda yer alan Türkiye'de her 100 kişi 72 kişiyi beslemek zorundadır. Yeterli Miktar, Kalite ve Tipte Tıbbi Bakımın Olmaması Sorunu Türkiye'de sağlık hizmetlerini yerine getirecek yetişmiş insan gücünün yetersiz olduğu anlaşılmaktadır. Bunu çeşitli istatistiklere bakarak ortaya koymak mümkündür. Örneğin, OECD ülkelerinde yüz bin kişiye düşen ortalama hekim sayısı 351 iken, Türkiye'de bu rakam 186'dır. Türkiye genelinde yüz bin kişiye ortalama 186 hekim düşerken, bu rakam Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 131, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise 161'dir. Türkiye'de GSYH'dan sağlık harcamalarına ayrılan pay, gelişmiş kabul edilen tüm ülkelerin gerisinde kalmaktadır.

### **TÜRKİYE'DE KIRSAL VE KENTSEL ALANLARDAKİ SAĞLIK ANLAYIŞI VE DOKTOR HASTA İLİŞKİSİ**

Türkiye'de kırsal kesimlerde yaşayan insanların sağlıklarına verdikleri önem, kentsel kesimlerdeki göre daha azdır. Daha açık bir ifadeyle, kırsal kesimdeki insanların din anlayışları, eğitim düzeyleri, buldukları yerin sağlık kuruluşlarına olan uzaklığı ve gelir seviyeleri onların sağlıklarına olan duyarlılıklarını etkilemektedir. Kentsel kesimdeki insanların sağlık kuruluşlarına yakın olmaları, sağlık güvencesine sahip olmaları, gelir ve eğitim düzeylerinin yüksek oluşu, hastalandıklarında sağlık kuruluşlarına başvurmalarını sıklaştırmaktadır. Kırsal kesimdeki insanlar, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri büyük bir çoğunlukla yaşlılardan, aileden ve geleneksel iyileştiricilerinden öğrenirken; kentsel kesimdeki insanlar çoğunlukla basın-yayın organlarından, okuldan ve tıp doktorlarından öğrenmektedirler. Türkiye'de doktor-hasta ilişkileri açısından yapılan tüm değerlendirmelerin sonuçları göstermiştir ki, doktorlar mutlak üstünlük psikolojisiyle bazen sert tutumlarla hastaya yaklaşırken, hastalar daha muhtaç ve daha ezik bir psikolojiyle doktora yaklaşmaktadır. Gelişmiş Batı toplumlarında doktor-hasta ilişkisinde üstünlük-eziklik psikolojisine yer olmadığı vurgulanmaktadır. Bu gibi ülkelerde tedavinin etkinliği ve finansmanı konuları ön plandadır. Hasta-hekim ilişkisinde hizmetin kalitesini arttıran önemli unsurlardan birisi, iyi bir iletişimin sağlanabilmesidir.

### **TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARI**

Türkiye'deki ilk sağlık reformu hamlesi 1987 yılındaki "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile olmuştur. Bu kanunun uygulamada ortaya koyduğu yöntem ise maliyetleri sınırlayıcı uygulamalar şeklinde olmuştur. Sağlık reformu politikalarının 2000'li yıllardaki uzantısı olan uygulama ise "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)" adıyla uygulamaya konulmuştur. SDP ile sağlık sektöründeki örgütlenme, finansman ve hizmet sunumuna müdahale edilmiştir. Ayrıca sağlık insan gücü istihdamında da değişiklikler yapılarak daha çok taşeron firmalardan işçi çalıştırılması sistemi tercih edilmiştir. Buna göre, 2002 yılında 11 bin olan taşeron işçi sayısı, 2019 yılında yaklaşık 160 bine çıkmıştır. Sağlıkta reform sürecinin en son hamlesi ise, kamu hastanelerinin elden çıkarılmasına yönelik "Kamu Hastaneler Birliği" uygulamasının Kasım 2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'yle uygulamaya konulmasıdır. Bu uygulama 2017 yılında kaldırılmıştır. Genel Sağlık Sigortası 1 Ocak 2012 yılından itibaren zorunlu Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçilmiş ve sağlık sisteminin finansmanında köklü değişikliklere gidilmiştir. GSS, sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayanan bir finansman sistemidir. GSS'nin temel amacı, herkesten gücüne göre prim alıp, herkese gereksinimine göre hizmet vermektir. GSS uygulamasına göre, aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm vatandaşlar, her ay prim ödemek zorundadırlar. Asgari ücretin üçte birinden daha az aylık geliri olanların primlerini ise devlet ödemektedir. GSS'nin en temel özelliği, sigorta kapsamındaki insanların sadece kamu sağlık kuruluşlarından faydalanması zorunluluğunun bulunmamasıdır. Aile Hekimliği 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" 2004 yılında çıkarılmıştır. Bu kanun çerçevesinde Düzce ili pilot il olarak seçilmiş ve uygulama başarılı bulununca da yıllar içinde tüm iller bu kapsama

alınmıştır. Böylece daha önceki uygulamada birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları “koruyucu sağlık hizmetleri”, “topluma yönelik” ve “kişiyeye yönelik” şeklinde iki kısma ayrılmıştır. Sağlık İşletmesi Modeli Sağlık işletmesine dönüş modeli çerçevesinde, ilk olarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı olmayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin bakanlığa bağlanması sağlanmıştır. 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” 2 Kasım 2011 tarihli Resmî Gazete’de yayınlanmıştır. Buna göre, SB’ye bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları, “Kamu Hastane Birlikleri” adıyla, ayrı tüzel kişiliğe sahip ve idari yönden özerk kuruluşlar olarak sağlık işletmesi modeli çerçevesinde yapılandırılmışlardır. 2017 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık Bakanlığı hizmet birimleri hâline getirilmiştir. Bu iki kurum Sağlık Bakanlığı’nda, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü olarak yapılandırılmıştır. Uygulanan performans uygulaması ise sağlık çalışanları arasındaki “iş barışı”nı bozduğu ve çalışanların piyasanın araçları konumuna getirildiği bakışıyla eleştirilmektedir.

### **TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GÜÇLÜ VE ZAYIF YÖNLERİ İLE FIRSATLARI VE TEHDİTLERİ**

Türkiye’de sağlık sektörünün özel olarak güçlü ve zayıf yönlerinden birer örnek aşağıdadır: Sektörün Güçlü Yönleri • Türk toplumu hastalıklarının tedavisi için tıp merkezlerine gitme alışkanlığı kazanmıştır. Sektörün Zayıf Yönleri • Sağlık hizmetleri için genel bütçeden sınırlı pay ayrılmaktadır. Sektörün Fırsatları • Sağlık verilerinin raporlanarak en iyi uygulamaların tespit edilebilmesi ve sağlık ekonomisi metotlarından yararlanma fırsatları gelişmiştir. Sektörün Tehditleri • Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzeme fiyatlarının, dolayısıyla maliyetin sürekli artması ve finansmanı zorlaştırması sorunu yaşanmaktadır.

## **SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELECEKTEKİ DEĞERİ**

Sağlık hizmetleri, diğer hizmet alanlarından farklı olarak, günümüzde olduğu gibi gelecekte de üzerinde en çok tartışılan ve reform yapılan alanlardan biri olmaya devam edecektir. Sağlık alanına yapılan her yatırım ve sağlığı korumak ya da kazanmak için harcanan her para doğrudan insan yaşamını etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin gelecekte nasıl şekilleneceği konusu, her ülkenin temel ihtiyaçlarına, demografik yapısındaki değişimlere ve ekonomik gelişmişlik seviyelerine göre farklılık gösterecektir. Sağlık Teknolojilerini Gelişimi Günümüzde sağlık sektörü dünya genelinde araştırma ve geliştirme faaliyetlerine en çok mali kaynak ayıran sektör olma özelliğini korurken, gelecekte de bu özelliğini devam ettirecek gibi gözükmektedir. 2018 yılında Ar-Ge harcamalarının en fazla pay ayrıldığı sektör, %15 ile ilaç ve biyoteknoloji endüstrisi olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü sağlık teknolojilerini; bir sağlık probleminin çözümüne önemli katkıda bulunabilen, kullanıcılarıyla birlikte metodların, tekniklerin ve donatımın bir birleşimi şeklinde tanımlamaktadır. Tıbbi teknoloji ve sağlık hizmetleri teknolojisi şeklinde de kullanılan sağlık teknolojisi, uzun dönemli bakım ve rehabilitasyonu sağlamada, hastalıkları tedavi etmede ve önlemede, sağlık personelinin kullandığı tüm yöntemler şeklinde de ifade edilebilir. Sağlık Teknolojilerinin Sınıflandırması ve Değerlendirilmesi Sağlık teknolojileri; tıbbi cihazlar, malzemeler (sarf malzemeleri, araçlar ve gereçler), ilaçlar-serumlar-aşılar, yöntem ve teknikler, destek, organizasyon ve yöntemi sistemleri şeklinde sınıflandırılabilir. Sağlık teknolojileri kullanım alanına göre ise koruma, tarama, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon şeklinde sınıflandırılabilir. Sağlık teknolojileri; araştırma ( temel ve uygulamalı), gelişim ve deneme ( adaptasyon), kullanım (yaygın, az, yok) ve eskime (kullanım dışı kalma, azalma, yeniden değerlendirme) şeklinde ifade edilebilen bir yaşam döngüsüne sahiptir. Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin çeşitli yönleri ile incelenmesi ve yorumlanması şeklinde ifade edilen Sağlık Teknoloji Değerlendirmesi (STD) sağlık teknolojisinin gelişmesi, yayılımı ve kullanımının tıbbi, toplumsal, etik ve ekonomik etkilerini inceleyen multidisipliner bir politika analizi alanıdır. STD sonuçlarından teknolojiyi uygulayacak hekimler, sağlık kurum ve kuruluşlar, hastaneler ve teknolojinin finansmanına karar veren otoriteler yararlanabilmektedir. Sağlık Teknolojileri ile Gelecek Beklentileri Gelecekte birçok hastalığın evden kontrol edilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bilişim ve iletişim teknolojileri ile süregelen işbirliği, uzaktan hasta gözetimi, sağlık ve video tele tıbbın da dahil olduğu sistemlerin hayatı kökten değiştireceği beklenmektedir. Teknolojilerin ilerlemesine bağlı olarak hem sağlık sonuçları olan hem de iktisadi üretim ve tüketim etkileri olan yeniliklerin yaşanacağı umulmaktadır. Erken tanı ve tedavinin çok önemli olduğu göğüs kanseri için göğüs kanseri sinyallerini okuyabilen ve erken uyarı veren bir sütyen icat edilebilecektir. Gün içerisinde maruz kaldığımız UV ışınlarına maruz kalındığında vücuttan bunun etkisini alabilecek cilt kanserini önleyici bileklikler, her kıyafete uygunca yamalanabilecek yama sensörleri sayesinde kalp ritimleri, tansiyon ve glikoz seviyeleri ölçüm cihazları, ilaçların alınıp alınmadığını düzenleyen sistemler geliştirilebilecektir. Yaşanan gelişmeler sağlık teknolojilerinin gelecekte hem ekonomi hem de insan sağlığı üzerindeki önemli etkilerinin devam edeceği ve bu alana anlamlı yatırımlar yapılacağını göstermektedir. Sağlık Turizmi ve Gelişimi Sağlık turizmi, tıbbi tedavi veya yardım almak için diğer ülkelere seyahat eden hastalardan oluşan bir turizm şeklidir. Günümüzde ulaştırma, konaklama ve ağırlama gibi turizm ile ilgili tüm hizmetleri içerir. Türkiye coğrafi konumu, tarihî ve doğal güzellikleri, zengin kültürel mirası, modern sağlık kuruluşları, sektörde yetişmiş eğitilmiş insan gücü, deneyimli ve yaptığı özellikli cerrahi işlemlerle öne çıkan hekimleri ile sağlık turizmi alanında önemli bir potansiyeli barındırmaktadır. Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin niteliğinin belirlenmiş standartları karşılayıp karşılamadığını saptamak üzere bağımsız bir kurum tarafından yapılan değerlendirme sürecine akreditasyon denir. Sağlık sektöründe ilk akreditasyon kurumu 1951 yılında kurulmuştur. JCI uluslararası akreditasyon hizmetleri için oluşturulmuş bir birimdir ve 1994'den beri faaliyet göstermektedir. JCI akreditasyonları ile Hindistan, Singapur ve Tayland gibi pek çok ülke sağlık turizmi açısından cazip merkezler haline dönüşmüştür. Sağlık Bakanlığı, sağlık turizmini; medikal turizm, termal sağlık turizmi- SPA- Wellness, yaşlı ve engelli turizmi şeklinde üç başlık altında sınıflandırmıştır. Ayrıca uluslararası hasta sınıflandırması yaparak medikal turist, turistin sağlığı kapsamında hizmet alan hasta, sağlık alanında ikili anlaşmalı ülkelerden gelen hasta ve sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı ülkelerden gelen hasta şeklinde bir ayrıma gidilmektedir. Akrabalık ilişkileri, sosyo-kültürel benzerlikler, fiyat farklılıkları, uzun bekleme süreleri, tıbbi teknolojik

yetersizlikler, uygun tedavi maliyetleri, sağlık çalışanlarının yetersizliği, kalifiye personel ve kaliteli hizmetler, sigorta kapsamında olmayan işlemler, özellikli tedavi seçeneklerine olan ihtiyaç ve turizm olanakları sağlık turizminde Türkiye'nin tercih edilme nedenlerini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu gelişmiş ülkelerde yüksek maliyetlidir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerin sosyal güvenlik ve özel sağlık sigorta kurumları kaliteli; ancak daha düşük fiyatla sağlık hizmeti sunan ülkelerle anlaşma yaparak kendi sağlık hizmeti maliyetini düşürmeye çalışmaktadır. Sağlık turizmi ülkelerin ekonomik refahına katkı sağlamakla birlikte ülkeler arasında bilgi paylaşımını arttırarak, ülke içinde ve dışında stratejik ortaklık sağlamaktadır. lkeler arasında teknoloji ve bilgi transferi sağlayarak global pazarlama ve tıbbi ticareti de geliştirmektedir. Kosta Rika, Tayland, Hindistan, İsrail, Malezya, Singapur, ABD, Meksika ve Brezilya gibi ülkeler dünyada sağlık turizminde ne çıkan ve her yıl ülkelerine bu sayede milyarlarca dolar kazandıran ülkelerdir. Türkiye ekonomisinde de önemli bir sektör olan sağlık turizmi, sosyal ve kültürel etkilerinin yanı sıra ekonomik etkileri de gittikçe artmaktadır. Sağlık ve Turizm Bakanlıkları sağlık turizminin gelişmesi için pek çok alanda destek vermektedir. Sağlık Refah Göstergeleri ülkelerin sağlık alanında gösterdiği ilerlemeleri ve kazanımları ifade eden verilere sağlık refah göstergeleri denir. Doğumda beklenen yaşam süresi, ortalama yaşam süresi, bebek ölümler, anne ölümleri, aşılama oranları gibi göstergelerdir. Küresel Sağlık Endeksi de 169 ülke için dünya ülkelerini en sağlıklı ve sağlıksız ülkeler şeklinde sıralamaktadır. Günümüzde insanlar 57 yıl öncesine göre ortalama dünyada 20 yıl, Türkiye'de 31 ve OECD lkelerinde 13 yıl daha uzun yaşamaktadırlar. 2017 yılı verilerine göre ortalama yaşam süresi dünyada 72, Türkiye'de 76 ve OECD lkelerinde 80'dir. 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranını ifade eden ülkelerin yaşlanma eğiliminin en yüksek olduğu lke OECD ülkeleridir. 2018 yılı itibarıyla OECD lkelerinin 65 yaş üstü nüfus oranının %17,1 olduğu bilinmektedir. Türkiye'de bu oran %8,3, dünyada ise %8,9'dur. Bebek ve gebeliğe bağlı anne ölüm sayılarının son 50 yılda ciddi bir azalma gösterdiği, Türkiye'nin söz konusu göstergelerde dünya ve OECD lkeleri ortalamalarının üzerinde bir iyileşme performansı gösterdiği bilinmektedir. Türkiye ve OECD lkelerinin aşılama konusunda benzerlik gösterdiği ve dünya ortalamasının üzerinde olduğu bilinmektedir. Bloomberg 169 lke için Küresel Sağlık Endeksi hesaplayarak dünyanın en sağlıklı ve en sağlıksız ülkelerini açıklamaktadır. Endekste lkeleri sıralamak için sağlık riskleri (tütün kullanımı, yüksek tansiyon, obezite vb.), temiz su mevcudiyeti, yaşam beklentisi, yetersiz beslenme ve ölüm nedenleri gibi faktörleri esas alınmaktadır. Bu faktörleri kullanarak, her ülkeye en yüksek 100 puan üzerinden bir puan verilmektedir. 2019'da İspanya en yüksek puanı alarak dünyanın en sağlıklı ülkesi olarak kabul edilmiştir. Türkiye bu sıralamada 51. sıradadır. Endekse göre en sağlıklı ülkeler gelişmiş ülkelerdir. Bu göstergeler, gelecek dönemlerde sağlıklı ve refah düzeyi yüksek bir topluma ulaşma abasinda olan tüm ülkelerde sağlık sektörüne daha fazla kaynak aktarılması ve araştırmalar yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.