

PAPER DETAILS

TITLE: Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar

AUTHORS: Ömer BATIREL

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/7437>

SAĞLIK HİZMETLERİ ÜRETİMİ VE FİNANSMANI KONUSUNDA YENİ YAKLAŞIMLAR

Prof. Dr. Ömer Faruk BATIREL
Marmara Üniversitesi Rektörü

GİRİŞ

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özellikle arzı konusundaki çarpıklıklar oldukça belirgin hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan sağlık personeli, teçhizatı ve tesislerinin **etkin** olmayan şekilde kullanıldığı, talebin yönlendirilemediği, bunun sonucu da yetersiz ve eksiz bir sunumun ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Bu sorunun çözümü ise ya **genel sağlık sigortasında** ve **ilk kademe sağlık hizmetlerinin arzında** aranmaktadır. Kanımızca ülkemizde henüz sağlık hizmetleri üretim ve finansmanı ile ilgili kavramlar yerleşmemiştir ve bu konuda bulanıklık vardır. Bu çalışmada, sağlık ekonomisi konusundaki binlerce sayfalık çalışmaya bir taraftan girerek tıp ve ekonomi arasındaki bağlantıyı kurmayı arzuluyoruz.

Hemen belirtmek gerekir ki, devletin sağlık hizmetlerine müdahale gerekçeleri başlıca, sağlık hizmetleri piyasasındaki eksik **rekabet** (sorunun **etkinlik** yönü) ile **eşitlik** (sağlık hizmetlerinden **düşük gelirli olanların da faydalanması**)⁽¹⁾. Bu gerekçelerden baskın olanı eşitlik temeli olanıdır. Gelir düzeyi ne olursa olsun herkes sağlık hizmetlerinden yararlanacaktır. Hizmetin arzını, talep eden kişilerin gelirlerinin düşük ya da yüksek oluşu değil, **kişinin yaşam hakkı** belirlemelidir. Bu hak alım satıma konu bir mal olarak değerlendirilemez. Bu hak tıpkı oy hakkı gibi kişinin vazgeçilmez haklarından biridir (**spesifik egalitarianizm**).

Eşitlik temelli bu görüşün aksi olan görüşe göre, sağlık hizmetinin de diğer mallardan farkı yoktur ve parası olan hizmetin daha iyisini almalıdır. Bu görüşü savunanlara göre, devletçe sunulan sağlık hizmetleri ile sağlıksızlık (ve ölüm) arasındaki ilişki **zayıftır**. Kişinin sağlıklı oluşunda; sigara içme, alkollü içki, yanlış beslenme ve özellikle eğitim, sağlık hizmetlerinden fazla

(1) Stiglitz, J., The Economics of Public Sector, ss. 287-288.

olmasa bile en azından eşdeğer rol oynayan faktörlerdir. Nitekim bedava sağlık hizmeti sunan ülkelerle, hizmeti diğer mallar gibi satan ülkeler arasında yapılan karşılaştırmalarda, nüfus sınıfları arasında çocuk ve ana ölümleri yüzdeleri ile ortalama yaşam süresi arasında ciddi farklar gözlenmemektedir.

Üçüncü yaklaşımda herkesin (çocuk, yaşlı) **asgari düzeyde bir sağlık hizmetinden** yararlanması öngörülmektedir. Nitekim Türk Anayasasının 56. maddesinde öngörülen de budur. Doğaldır ki, sağlık hizmetlerinin arz ve talebine devletin müdahale etmesinin gerekçesi yalnızca yukarıda belirttiğimiz hizmetin sunumunda eşitlik ve etkinlik olayı değildir. Bunun dışında sağlık konusundaki **araştırmaların** yaygın dışsallıkları, bulaşıcı hastalıklarla savaşın yararları gibi dışsallıkla bağlantılı gerekçelerden de sözedilebilir.

Şimdi sağlık hizmetinin tanımından yola çıkarak, talebi, arzındaki etkinliği, finansman yöntemleri ve finansmanındaki etkinlik sorunlarını sırasıyla tartışmaya başlıyoruz.

I. SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETİ

Sağlıklı olma tanımı oldukça güç kavramlardan biridir. Bir uça yaşamanın sona ermesini ifade eden ölüm ucunun karşıtı olarak kabul edilemez. Bir başka deyimle "ölmeden yaşamının, sağlıklı olma anlamına gelmeyeceği doğaldır. Sağlık, **bireyin toplumdaki normal fonksiyonlarını fiziksel acı ve rahatsızlığı ya da ruhsal sıkıntısı olmadan sürdürmesi** demektir⁽²⁾. Buradaki fonksiyonları **normal sürdürme**, sosyal yönden koşulları çizilen bir kavramdır ve mükemmel sağlık düzeyinden (olimpik ölçülerde sağlık düzeyi) farklıdır. Bu düzey bireyin sosyal konumunda ulaşılacak en üst düzeydir. Dolayısıyla sağlıksızlığı, toplumun çizdiği koşullar belirlemektedir. Nitekim bireyin bu fonksiyonlarını ifa edemez hale geldiğinde ölmeden yaşar görünmesini önlemek için gönüllü ölüme izin verme (**euthanasia**) hakkının tanınması gerektiğini dahi savunanlar vardır. Dolayısıyla sağlıklı olmak, fiziksel acı ve ruhsal sıkıntılardan uzak olmayı, fiziksel hareketliliği, kendi işini görme yeteneğini ve bireyin sosyal fonksiyonlarını ifa etme kabiliyetini içermektedir⁽³⁾.

Fonksiyonel sağlıksızlık fiziksel olanın yatağa düşmekten ya da evden çıkamamaktan başlayan ve daha karmaşık nitelikteki, psikolojik davranış bozuklukları ve sosyal uyumsuzluk hallerini (başlıca akıl ve ruh hastalıkları) içeren ölçülerle anlaşılabilir.

(2) **Williams, Alan**; Welfare Economics and Health Status Measurement, Health, Economics and Health Economics, Ed. Var der Graag, Saques, Perlman, Mark, North Holland, 1981, ss. 273-274.

(3) Bu yaklaşım en geçerli olanıdır. Sağlıklılığı, hastalıklı olmamayı açıklayan biyo-medikal yaklaşım ise oldukça yetersiz kalmaktadır. **Williams, A.**, Health service Planning, Studies in Modern Economic Analysis 1977, ss. 303-309.

Sağlık bir bireyin beşeri sermayesinin temel bölümlerinden biridir. Yaşam süresince zaman geçtikçe **artan bir hızda** değerini kaybeder. Bu sağlık sermayesine yatırım yapmak ve stoka eklentide bulunmak gerekir. Bu konudaki yatırımların bir bölümünü sağlık hizmetleri oluştururken, diğer bir bölümünü daha önce de belirttiğimiz gibi; beslenme alışkanlıkları, içinde yaşanılan konut koşulları, zaman kullanımındaki tercihler, beden eğitimi gibi etkenler ve özellikle genel sağlığı koruma eğitim düzeyini geliştiren diğer hizmetlerdir. Bireyler sözelimi sigara ve alkollü içki kullanarak, kötü beslenerek, aşırı çalışarak ya da eğlence için yıpranarak sağlık sermayelerini tüketmekte, daha sonra bu sermaye eksilmesini sağlık ve diğer sosyal türde hizmetlerle tekrar telafi etmek istemektedirler. Sağlık sermayesinin belirlenmesinde devralınan sermaye faktörünü (genetik özellikler) de gözden uzak tutmamak gerekir. Bu faktörün oldukça belirleyici olduğu kabul edilirse, sağlık hizmetlerinin sermaye stokuna katkısı oldukça anlamsız olabilmektedir. Ayrıca sözelimi yaş ve bireyin ait olduğu sosyal sınıfın doğum sırasındaki ölüm üzerinde etken olduğunu, hatta işsizlikle sağlık arasındaki ilişkilerin varlığını kanıtlayan ekonometrik çalışmalar bulunmaktadır⁽⁴⁾.

Sağlık hizmetleri bu açıklamalara göre, sağlıksızlık halini giderici ya da önleyici hizmetlerdir. Koruyucu ve tedavi edici olmak üzere ikiye ayrılır. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıksız olmayı hazırlayıcı koşulları önlemeye yöneliktir. Tedavi edici hizmetler ise sağlıksız hale düşüldükten sonraki ameliyat ve ilaçla tedaviyi ve bu konudaki araştırmaları içerir. Koruyucu sağlık hizmetleri bu tanımla oldukça geniş boyutludur. Ana-çocuk sağlığından, çevre kirlenmesinin önlenmesine, işyeri çalışma koşullarından, gıda maddeleri üretim koşullarının iyileştirilmesine kadar uzanır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise büyük ölçüde hastalık türleri konusundaki uzun süreli ampirik araştırmalara, ilaç sanayi ile tıbbi teçhizat teknolojisindeki gelişmelere sıkıya bağlıdır ve oldukça yüksek maliyetlidir. Gezici, ayakta ve yataklı tedavi kurumlarında yapılan tedavi hizmetlerini kapsar.

II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TALEBİ

Sağlık hizmetleri talebi, diğer malların talebinden farklıdır. Bu farklılığın **birinci nedeni**, talebin bir türev talep oluşundadır. Sağlık hizmetinin talebi, sağlık talebinin bir sonucudur. Dolayısıyla da sağlık hizmetleri üretiminin girdilerinin (birbirleriyle ikame edilebilen) talebinden bağımsız olarak incelenemez. İkincisi, talebin yönlendirilmesinde, hizmeti sunan özellikle **doktorun** etkisi büyüktür⁽⁵⁾. Doktor fiilen hem hizmeti arzeden hem de talep eden duruma gelmektedir. Bunu yaparken yalnızca hastasının çıkarlarını düşünebilir. Ya da, hizmet konusunda karar verirken, kendi parasal çıkarlarını, meslek ahlakını, meslektaşlarının baskısını ya da elde mevcut tıbbî

(4) Bkz. Wagstaff, Adam; Econometric Studies in Health Economics, Journal of Health Economics, Vol. 8, 1989, s. 29.

(5) Feldstein, P.J.; Health Care Economics, Delar Publ. Co., 1988, ss. 85-86.

imkânları da gözeterek talebi yönlendirir. Bu bakımdan sözgelimi Türkiye'deki sağlık ocakları hizmetlerinde olduğu gibi, kaynak yetersizliği (hemşire, ilaç, teşhis için gerekli araçlar), sağlık hizmeti kullanımını ya da talebini belirleyen temel değişkenlerdir.

Sağlık hizmeti talebini simgeleyen üçüncü özellik bu talebin ödenen hizmetin finansman şekline ve ödenen ücret düzeyine bağlı oluşudur. Bu sistemler farklı olduğundan talep te farklı olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetleri talebi konusunda, bireylerin rasyonel olmadıkları sağlıkları ve elde ettikleri sağlık hizmetleri konusunda bilgisiz oldukları ileri sürülmektedir⁽⁶⁾. Sağlık hizmetleri talebi konusunda yapılan ampirik çalışmalarda talebi etkileyen faktörler arasında talebin fiyat esnekliği, gelir esnekliği, hizmet sunum imkân ve farklılıkları, hizmetten yararlanma için katlanılan maliyet farklılıkları ve eğitim gibi temel etkenlerin etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmalarda hizmete konulan fiyat ve ücretin sigortaca ödenmesi halinde hastaların hastane ve doktor hizmetleri konusunda etkisiz olduğu⁽⁷⁾ ilaç ücretleri dolayısıyla doktorun yazdığı reçetenin maliyetini etkilediği ve hastaların ilaç maliyetleri nedeniyle verilen ilaçları almamaları etkisini doğurduğunu ortaya koymuştur. Sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin pozitif ve oldukça yüksek olduğu da anlaşılmıştır. Talebin sunulan arza bağlı olarak geliştiği de ortaya konulmuştur (A built bed is a filled bed).⁸ Son olarak gelir eşitsizliklerinin, hizmetten yararlanma konusundaki zaman ve yolculuk maliyetlerini düşük gelirli yönünden arttırdığını ortaya koymaktadır.

ABD'de yapılan bir başka çalışmaya göre, sağlık sigortasında maliyet payı arttıkça, bireylerin gerek doktora danışma, gerekse hastane hizmetlerinden yararlanma konusunda yaptıkları sağlık harcamalarının azaldığını ortaya koymaktadır. Hizmetin bedava olması halinde sağlık harcamaları en üst düzeydedir. İngiltere'de sağlık hizmetleri bedelsiz olduğundan ve parasal fiyatlar yalnızca dış sağlığı ve yazdığı reçete ve ilaçla sınırlı olduğundan bu konudaki çalışmalar oldukça yetersizdir.

Sağlık hizmetleri talebinin bir başka özelliği de malın hem bir tüketim malı, hem de yatırım malı özelliği taşımasıdır. Birey yaşlandıkça, geliri arttıkça sağlık hizmeti talebi artmakta, buna karşılık eğitim düzeyinin yükselmesinin talep üzerindeki etkisi ise olumsuzdur.

Şimdi hizmetin arzı konusuna geçiyoruz.

(6) Culyer, A.; Health Services in the Mixed Economy, Mixed Economy, Salford, 1980 içinde, ss. 132-133.

(7) Feldstein, P.J. op. cit. s. 95, Wagstaff, A. op. cit. s. 26. İngiltere'de özellikle reçete başına ilaç ücretinin, doktora ilk danışmayı engellediği bu konuda titiz davranmaya yol açtığını ortaya koymuştur. Bkz. Lavers, R.J.: Prescription Charges.

III. SAĞLIK HİZMETİ ARZI

Hizmetin arzı konusundaki çalışmalar, özellikle hastane üretim fonksiyonları ve etkinlik üzerinde yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte arz konusu değerlendirilirken metodolojik olarak, sağlık hizmetlerinin **çıkışının** ne olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Homojen olaylarda, tedavi edilen vakâ sayısı, doğum sayısı gibi ölçüler yararlı olabilmektedir. Ne varki, dış tedavi ve hastane bakım hizmetlerinde ortak ölçek kullanmak imkânsızlaşmaktadır. Bununla beraber, servis ayırımı yaparak vak'a ve tedavileri belli kategorilere sokmak önerilmektedir.

Arz konusunda ikinci önemli konu, kullanılacak **üretim fonksiyonunun** türü (genelde **Cobb=Douglas**) ve fonksiyondaki girdi ikamesidir. Genelde, hizmeti arz eden doktor, hemşire, teçhizat ve malzemenin birbirleriyle tam ikameleri mümkün değildir. Bununla beraber, İngiltere için yapılan araştırmaya göre, hastanelerde hemşire, yemek ve diğer teçhizat ve malzeme konusunda büyük yatırım ve harcamalar yapılırken, doktor, ilaç ve giyim eşyaları konusunda, nisbi bir azlık söz konusudur⁽⁸⁾. Üretim fonksiyonu yönünden, hastane sağlık üretiminde sabit randımanlar esastır.

Maliyet fonksiyonuna gelince arz konusunda şu konular ağırlık taşımaktadır⁽⁹⁾. Farklı türdeki vak'a karmasının (**case mix**) bir başka deyimle hastanelerdeki çeşitli servislerin çıktılarının ortalama maliyetler üzerindeki etkisi, kısa dönem ortalama ve marjinal maliyetler, ölçek yararları, faktör ikamesi ve iktisadi etkinlik.

Maliyet fonksiyonları çıkarılırken, başlıca bağımsız değişkenler, hastanenin yatak mevcudu doluluk oranı, vak'a akımıdır (**case flow**). Yapılan çalışmalara göre⁽¹⁰⁾ vak'a karmasındaki değişmelerin; vak'a başına maliyetlerde ve daha düşük ölçüde hasta günü başına maliyetlerdeki değişmeleri yansıttığı sonucuna varılmaktadır⁽¹¹⁾.

Hastane hizmetlerinin kısa dönem marjinal ve ortalama maliyet hesapları yapılırken, toplam maliyetlerin; vaka karmasının, işlem gören vak'a sayısının, yatak mevcudunun ya da dolu yatak sayısının fonksiyonu olduğu kabul edilmiştir. Hesaplara göre **vaka başına marjinal maliyet** vaka başına ortalama maliyetten düşüktür. Hasta-gün başına marjinal maliyetler de kısa dönem ortalama maliyetinden daha düşüktür. Ancak bu düşüklük vak'a başına göre daha azdır⁽¹²⁾.

Sağlık hizmetlerinin arzı konusunda üçüncü konu, hastanenin optimum büyüklüğü ve büyümeden doğan ölçek yararlarıdır. Yatak mevcudu kapasite

(8) **Feldstein, M.S.**; Economic Analysis of Health Service Efficiency North Holland, 1967.

(9) **Wogstaff, A.**; op. cit. ss. 11-19.

(10) **Feldstein, M.**; Economic Analysis...

(11) Onikiparmak barsağı vakaları ile hastane maliyetleri arasındaki ilişki konusunda Bkz. **Culyer, A., Maynard, A.K.**; Cost-Effectiveness of Duodenal Ulcer Treatment, Social Science and Medicine, Vol. 15C No. 1, 1981, ss. 3-11.

(12) **Wagstaff, A.**; op. cit. s. 15.

olarak alınınca, vak'a başına maliyetle, yatak mevcudu arasındaki ilişkiye dayanarak ölçek yararları belirlenebilir. Bu ilişki belirlenirken yukarıda belirttiğimiz işlem gören vak'a sayısı, vaka akımı dışarıda tutulmuştur. Yapılan araştırmalara göre, hastane ortalama maliyetleri eğrisi (U) şeklindedir. Hastane büyüklüğünde ölçek yararı bulunmamıştır. Yatak kapasitesi arttıkça, vak'a başına maliyet düşmekte ancak vak'a akımındaki düşüş bu maliyetleri artırarak, ölçek yararlarını gidermektedir⁽¹³⁾.

Arz konusunda son konu **etkinlik**ti. Bunun anlamı sağlık (hastane) hizmetlerinde, sağlık biriminin ortalama maliyetlerinin, ulaşılacak minimum maliyetten ne ölçüde fazla olduğudur. Bunun için hastanelerin tek tek **maliyetlilik endeksinin (costliness index)** çıkarılmaktadır. Bu endeks değerleri, vak'a başına fiili maliyet ile, ulusal **ortalama** maliyet arasındaki rasyoya göre belirlenmektedir. Bu rasyo da, **teknik etkinlik**le (verimlilikle), kaynak kullanım etkinliğinin çarpımının tersidir. Kaynak kullanım etkinliği, sağlık hizmetlerinde girdilerin uygun bileşimde kullanılmasıdır. Teknik etkinlik ise hastanelerin sıfır artıkla (çıkıtı yönünden) çalışmasıdır. Yapılan çalışmalar da hastanelerin etkinliğinin başlıca teknik etkinliğe, bir başka deyimle hastanelerin kaynakları ile ulaşabileceği maksimum vak'a düzeyine bağlı olduğunu göstermektedir.

Şimdi sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitlik konusunu kısaca inceleyiyoruz.

IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMADA EŞİTLİK

Bu konuda geleneksel olarak geliştirilmiş bulunan, sağlık hizmetlerinden yararlanmada fırsat eşitliği, hak eşitliği yeterli düzeyde asgari bir hizmet, mümkün olduğunca fazla kişiye sağlık hizmeti sunma olarak tanımlanabilecek **faýdacılık**, toplumda en düşük düzeyli kişinin hizmetini en üste çıkarma gibi Rawls'çı genel yaklaşımlara günümüzde bazı eklektik görüşler eklenmiş ve özellikle sağlığa özgü eşitlik kavramları ortaya atılmıştır⁽¹⁴⁾.

Bu yeni yaklaşımların başlıcaları, **tercih yaklaşımı**, **toplum sağlığı yaklaşımı** ve **temel yetenekler** yaklaşımlarıdır. Tercih yaklaşımına göre sağlıkta eşitlik şu şekilde tanımlanmaktadır. Bireyler sağlık durumlarını üst düzeyde tutma amacını güderken bazı sınırlamalarla karşı karşıyadır ve bu maksimum ulaşmada, tercih yapabilecekleri çeşitli alternatifleri vardır. Bireyin kontrolü dışında değişkenler, bu tercihleri kısıtlamaktadır. O zaman, kişinin sağ-

(13) Vak'a akımı etkisinin olmaması halinde, vak'a başına maliyet 903 yatakta minimum olmaktadır. **Feldstein, M.**; Economic Analysis.. **Culyer, A.J. Drummond M.F.**; Financing Medical Education, **Culyer, A., Wright K.**, Economic Aspects of Health Services, Martin Robertson, 1978 içinde, vak'a akımını da katarak 430 yatağın optimum olduğunu bulmuştur.

(14) **Pereira, Joao**; What Does Equity in Health Mean? Centre for Health Economics. Discussion Paper 61, University of York, 1989, ss. 24, vd.

lıksızlığı, kendi kontrolü dışındaki değişkenlerden kaynaklanıyorsa, ortada eşitsizlik vardır. Tersine faktörler birçeyin kontrolünde ise ortada eşitsiz bir durum yoktur.

Sağlık hizmeti dağılımında eşitliğin ancak toplum sağlığının maksimuma çıkarılması halinde sağlanabileceği görüşü geliştirilen ikinci yaklaşımdır. Bu yaklaşımda sağlık hizmetlerinin kamusal özelliği ve dışsallıklar, hizmete devletin müdahalesini ve kamunun hizmeti bedelsiz sunarak kamusal finansmanına yol açmaktadır. Toplum sağlığı konusunda geliştirilen ikinci görüş, **sağlıklı geçirilen yaşam yılı (Quality-Adjusted-Life-Year)** yaklaşımıdır⁽¹⁵⁾. Buna göre sağlıklı yılların maksimum olması zımni olarak eşitlik ilkesi olarak kabul edilmektedir. Ancak bu yaklaşımın da sağlık finansman sistemlerinin gelir bölüşümü üzerindeki etkisini ihmal ettiği ileri sürülmektedir.

Geliştirilen son yaklaşıma göre sağlık hizmetlerinde eşitlik **çevresel faktörler** girdilerle (beslenme, sağlık hizmetlerinden yararlanma derecesi ve eğitim) yaşam biçimi, klinik etkinlik ve kalori ve protein alımına bağlı olan **hizmet özelliklerinin** belirlediği **temel yeteneklere** ve kişisel özelliklere (yaş, sosyo-ekonomik grup ve aile büyüklüğü) bağlıdır. Bir başka deyimle sağlıklı bir yaşam sürmek çevresel olarak edinilen yeteneklerle, kişisel ve kalıtsal özelliklere göre değişmektedir⁽¹⁶⁾. Eşitliğin sağlanabilmesi için bu etkenlerin kontrol altına alınması gerekir.

V. HİZMETİN FINANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetleri, kamu kesimince (vergileme, sosyal sigorta) ya da özel kesimce (özel sigorta, sabit ücretle hizmetten yararlanma hakkı) finanse edilebilir. Her ülkenin finansman sistemi, monolitik değil, çoğulcudur. Bir başka deyimle sistemin içinde diğer sistem unsurlarından bulunur. Bireyin doğrudan kendi kaynaklarından yaptığı ödemelerle hizmetten yararlanması hiçbir ülkede ağırlıklı yöntem değildir.

Hizmetin finansman yöntemleri ile hizmetin arzının organizasyonunun farklı konular olduğunu da belirtmek gerekir⁽¹⁷⁾.

- (15) Bu görüş York Üniversitesi öğretim üyelerince geliştirilmiştir. Bkz. Williams, A.; Ethics and Efficiency in the Provision of Health, Bell, Mendus, Philosophy and Medical Welfare, Cambridge University Press, 1988 içinde Culyer, A.; The Normative Economics of Health Care Finance, Oxford Review of Economic Policy, Vol. 5 no 1, 1989, ss. 34-58. Sağlıksız geçirilen yılları sağlıksızlık derecesine göre sıralayarak değerlendirilmesi konusunda Bkz. Williams, A.; Health Economics, Priority Setting and Medical Ethics, Centre for Health Economics, Dis. Pap. 71, 1990.
- (16) Bu yaklaşım Sen, Amartya'nın eşitlik yaklaşımına dayanmaktadır. Bkz. Commodities and Capabilities, North Holland, 1985 ve Pereira, J.; op. cit. s. 45.
- (17) Brazier, John; Hutton John and Jeavons, Richard, Analysing Health Care Systems, University of York, CHE, Occasional Paper, 1990.

Vergileme alternatifinde sağlık hizmetleri, bu hizmetlere tahsis edilen genel ya da özel vergilerle karşılanır. Hizmeti sunan idareye göre, vergiler merkezî ya da yerel (İskandinav ülkeleri) olabilir. Bireylerin hizmetten yararlanmaları ile katılım bağlantısı yoktur ve hizmet bedelsiz sunulur.

Sosyal sigorta yönteminde genelde zorunlu katılım olan genel bir sağlık sigortası uygulanır. Primler işverenlerin kendi katılımlarıyla birlikte işçilerin ücretlerinden kesilir. Vergileme alternatifi ile sosyal sigorta yöntemi, hizmetin bedava sunumu yönünden aynıdır. Tek fark, vergi ile primin uygulanacağı matrahların farklı oluşudur. Gene de hizmetin organizasyon türüne göre hizmetten yararlananlar belli katılımlara zorlanabilir.

Özel sağlık sigortasında, bir birey ya da ailesinin hastalık halinde tedavi giderleri, bir prim karşılığında özel sigorta şirketlerince güvence altına alınır. Primler bireyin mensup bulunduğu kesime göre ortalama tutarlardır. Hizmetten yararlanma ve sağlık risklerinin karşılanması ödenecek prim düzeyine bağlıdır. Yaşlılar ve fakir kişiler için asgari düzeyde sigorta sağlanması konusunda subvansiyon yapılabilir.

Hizmetten üye olarak sabit ücretle yararlanma. Birey belli bir özel ya da yarı kamusal sağlık kuruluşuna üye olarak yıllık sabit bir ücretle, belli bir düzeyde sağlık hizmetinden yararlanabilir. Burada birey tıpkı, sağlık maliyetini özel olarak kendisinin karşılaması sisteminde olduğu gibi, hizmeti sunan kuruluşu seçmekte ancak belli bir düzey hizmetle yetinmek zorunda kalmaktadır.

Bu genel yaklaşımlara ek olarak İngiltere'de hizmetlerin vergileme yoluyla finanse edildiği ve bedelsiz sunulduğu sistemlerde, kendini yönetmede mali bakımdan özerk hale getirilmesi pratisyen hekimlere sorumlu oldukları hasta sayısına göre bütçe verilmesi ve yaşlılara (60 ve üzerindeki) ödedikleri özel sağlık sigorta primlerinin gelir vergisi matrahından düşülmesine imkân verilmesi gibi öneriler yapılmaktadır⁽¹⁸⁾.

Hollanda'da ise **Dekker** komisyonu (1987) sağlık hizmetleri finansmanında şu aksamaları tesbit etmiş bulunmaktadır. Bunlardan birincisi Türkiye'de olduğu gibi, finansman yapısında koordinasyon yoktur. İkincisi teşvikler yetersizdir. Üçüncüsü devletin hizmet hacmi ve fiyatı konusundaki düzenlemeleri uygulamada çalışmamaktadır⁽¹⁹⁾. Bu aksamaların daha yakından incelenmesi, özellikle sağlık hizmeti finansmanının koordinasyonsuzluğunun analizi yeni yaklaşımları sergilemesi bakımından yararlı olacaktır. Hollanda'da eşgüdüksüzlük sonucu çeşitli finansman yöntemleri geçerlidir (hastalık fonları, bütçe dışı harcamalar, bütçe, yerel yönetimler). Devlet bu aksamalara karşı iki unsurlu entegre bir sistem önermektedir. Bu unsurlardan birincisi temel sağlık sigortasıdır. Bu sigorta bütün bireylere hastalık ve sosyal yardım hizmetleri (yaşlılar evi, aile yardım programları ve sosyal hiz-

(18) İbid. ss. 9-11.

(19) Van de ven, Wynand P.M.M.; A Future for Competitive Health Care in the Netherlands, NHS White Paper, Occasional Paper, 1988.

metler) sunacaktır. Önerilen sistemin ikinci unsuru hizmeti sigorta edenler arası rekabettir. Sigortacı şirketler, hizmeti sunan tedavi ve sağlık kurumları ile, sigortalılarına önercekleri prim ve sigorta kapsamı çerçevesinde anlaşacaktır. Doktor ve tedavi kurumuna gönderecektir.

Görüldüğü gibi, hizmet finansmanı konusunda önerilen yeni sistemler temel sağlık sigortasının üzerine eklenmiş ve rekabete dayalı özel sigorta sistemidir.

Son olarak sağlık hizmeti sunumu ve ilaç ilişkisindeki son yaklaşımları sunmak istiyoruz.

VI. İLAÇ ve SAĞLIK HİZMETİ MALİYETİ

Avrupa ülkelerinde sağlık harcamaları ve sağlık hizmeti maliyeti bileşimi analiz edildiğinde, ilacın payının ortalama % 11 olduğu görülmektedir. Hizmet maliyeti içinde sağlık kurumlarının maliyeti % 54, gezici sağlık hizmetlerinin payı ise ortalama % 20'dir. İlaç maliyetlerindeki sıralamada Portekiz % 20, Almanya % 19 başta gelmektedir. En düşük ilaç maliyetlerinin İskandinav ülkelerinde olduğu görülmektedir. Ancak bu değişkenliğin sebebinin, büyük ölçüde ilaç bedellerini ödetme sistemlerine bağlı olduğu unutulmamalıdır⁽²⁰⁾.

İlaçla ilgili olarak, şu sorunlar tartışılmaktadır. Arz yönlü ilaç fiyat ve kârlılık kontrol sistemleri yerine, hastaların pay ödemelerine dayalı, ilaç bütçesi ile sınırlanması düşünülmektedir. Sağlık konusundaki reklâm ve promosyon faaliyetlerine sınırlama getirilmesi, patent alımının hızlandırılması, reçetesiz satılan ilaç listesinin genişletilmesi tartışılan diğer konular arasında yer almaktadır⁽²¹⁾.

Yaşlılara yazılan ilaç kalemi sayısı artmaktadır. Yapılan hesaplamalara göre İngiltere'de yazılan ilaç türlerinin % 41'i yaşlılar içindir. Nüfus yaşlandığı için reçete sayısı son on yılda iki katına çıkmıştır⁽²²⁾. Dolayısıyla nüfus yaşlanması ilaç türü ve maliyetini ve sağlık hizmeti maliyeti içindeki payını artırmaktadır.

SONUÇ

1. Bireyin sağlıklı olmasında, sağlık hizmetleri dışındaki etkenler çok daha ağırlıklı hale gelmiştir.

2. Sağlık hizmeti talebinin yönlendirilmesinde arzın ve arz girdilerinin (özellikle hekim) rolü artmaktadır.

(20) Culyer, A.J.; Cost-containment in Europe, CHE, Discussion paper 62, 1989, ss. 10-11.

(21) Taylor, David, Maynard A.; Medicines the NHS and Europe, CHE, Briefing Paper, King's Fund Instituté, ss. 18-22.

(22) Aktif nüfus ile çocuklarda kişi başına verilen ilaç kalem sayısı yılda beş iken 65 - 74 arasında 12'ye, 75'den sonra 24'e çıkmaktadır. *İbid.*, s. 19.

3. Sağlık hizmetleri arzında, özellikle sağlık personelinin üretim maliyetleri içindeki payı düşük bulunmaktadır. Arzda teknik etkinlik ve ölçek yararlarının optimum olduğu kapasiteler büyük önem taşımaktadır.

4. Sağlık hizmetlerinde eşitlik büyük ölçüde çevresel olarak edinilen yeteneklerle, kişisel ve kalıtsal özelliklerin denetim ve yönlendirilmesine bağlı olmaktadır.

5. Hizmetin finansmanında, temel sigorta ve isteğe bağlı özel sigorta genişlemeleri ve hizmet arzında rekabet unsurları savunulmaktadır.

6. Nüfus yaşlanması, sağlık hizmet maliyeti içinde ilaç payı artışına yol açmaktadır. İlaç sanayiinin denetiminde talep yanlı kısıtlama tedbirleri getirilmesi önerilmektedir.

7. Türkiye’de sağlık hizmetleri arzındaki etkinsizlik, hekimlerin diğer sağlık girdileri (hastane, teçhizat, yardımcı personel) ile optimum bir biçimde kullanılamamasından kaynaklanmaktadır.