

# 1. GENEL GİRİŞ

## 1.1. Sağlık ve Hastalık Tanımları

İnsan-doğa ilişkilerini tanımlamaya yönelik toplumsal kavramların tam çerçevesini çizebilmek zordur.

Bu bağlamda "sağlık" kavramının tüm özellikleriyle yansıtılabileceği gerçekçi ve açık bir tanımlama yapabilmek, bu zorun önemli bir sorunsalını oluşturmaktadır.

Sağlıklı olabilme kavramı olarak dual bir etkileşme içindedir. Bu etkileşme, "hal" olarak nitelendirildiğinde iki kategoriye ayrılacaktır. Bunlar:

- i- İyilik hali;
- ii- Hastalık halidir.

Öyleyse sağlık, "hastalık halinin olmama durumu" olarak basit bir tanımlamayla açıklanabilir.

İnsanoğlunun var oluşundan sanayi devrimine kadar geçen tarihsel dönem içerisinde, sağlık kavramının nesnel göstergesi yukarıda ifade edilen basit tanım içerisinde algılanmıştır.

"Hastalık durumu yok ise sağlık vardır; veya bozulan sağlığın ikamesi hastalık durumunun giderilmesi ile kazanılır" mantığı uzun yüzyıllar boyu geçerliliğini korumuştur.

Günümüzde, yaşanan bilimsel-teknolojik devrim koşullarına rağmen, dünya ekonomik konjonktürünün farklı ve dengesiz dağılımı, halen dünyanın farklı bölgelerinde yukarıda anılan türden "ilkel sağlık kavramı" mantığını sürdüren yapılanmaların varlığını koruduğunu da göstermektedir.

Çağdaş sağlık tanımlamasına geçmeden önce, sağlığı çağrıştıran kavram olarak hastalık halini incelemek gerekir.

Tıp bilimleri, hastalığı şöyle tanımlar:

"Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir". İlk bakışta, tanım sadece bir biyolojik süreci ifade eder biçimde değerlendirilebilir. Ancak, bu biyolojik süreç aynı zamanda sosyal, kültürel, çevresel etmenlerin etkileşimi altındadır. Hastalık nedenlerine bakıldığında, organizmanın biyolojik ritminin yaşamın her alanı ve zamanı içerisinde olgulardan etkilenecek değişebildiği görülür. Bir toplum için hastalık hali olabilecek bir olgu, diğer bir toplum için geçerli olmayabilir.

Toplumların kültür düzeyleri ve ekonomik güçleri yükseldikçe, hasta sayılma eşiği düşer ve biyolojik hastalık tanımına yaklaşır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasasında Sağlık: "Yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" şeklinde tanımlanmaktadır.

İlkel sağlık kavramı ile çağdaş sağlık kavramı karşılaştırıldığında, en önemli ve niteliksel farklılık sağlık kavramının salt hastalık halinden ters yöne doğru ayrılan bir yönelim çizgisi olmasıdır. Kişinin bedensel ve ruhsal yönden tam iyilik hali, sosyal yön ile pekiştirilmiştir.

Diğer bir anlatımla, toplumları oluşturan kişilerin organizmalarının biyolojik homeostazi toplumsal sibernetik denge içinde süreklilik kazanabilmektedir. Ekonomik, hukuki ve politik etkileşim ve bu etkileşimlerin insan hizmetlerine çevrilim biçimi, biyolojik anlamdaki sağlamlığı pekiştirmekte ve sağlayabilmektedir. Bu bağlamda, ulusal sağlık politikasının perspektif bir projeksiyonu çizildiğinde, biyolojik sağlamlık süreci yönünden koşulların belirlenmesini toplumun ekonomik-politik yönden örgütlenme anlayışında şekillendirme gerekecek ve bir insan hizmeti olan sağlık hizmetleri düzenlemesi ancak bu çerçevede doğru bir temele oturabilecektir.

## 1.2. Sağlıkın Ekonomi Politikası

### 1.2.1. Meta Olarak Sağlık

Ekonomi bilimi, metaı en yalın biçimiyle, değişim için üretilen bir emek ürünü olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlama çerçevesinde, gerek sağlık hizmetlerinin ve gerekse o hizmetin bir aracı olan ilacın değişim için üretildiği ve bu süreç içinde, diğer bütün metalarda da olduğu gibi, bir kullanım ve değişim değerine sahip olduğu belirlenmektedir.

İnsan hizmetleri, başlıca sonucu, toplumsal ilişki içinde tüketici olarak belirginleşen bireyin asgari yaşamsal gereksinimlerini veya fiziksel, ruhsal, duygusal ve benzeri karakteristiklerini değiştirmeye ve daha iyileştirmeye yönelik biçimde düzenlenmiş, sürekli etkileşimleri kapsayan sanayilere özgü bir tanımlamadır. Bu tanımlama eğitim, sağlık, sosyal-genel hizmetler gibi sanayileri içerir.

İnsan hizmetleri sanayii, imalat ve doğal maddeleri işleme sanayilerinden birkaç önemli yönden ayrılır. Birinci olarak, insan hizmetleri sanayisinde üretim ve tüketim eşzamanlı olarak gerçekleşir. Üretilen ürün de maddi bir nesne değil, daha ziyade iki veya daha çok insan arasında sonuçta birinde veya her ikisinde de ortaya çıkan bir değişikliği içeren ilişkidir. Bu yüzden, tüketilmediği takdirde üretilen birşey de yoktur. Bir hekim, ancak "üretilen" sağlık hizmetini bir hasta "tükettiği" zaman üretimde bulunmaktadır. Bir eczacı, üretilmiş olan ilacı (hastane ve eczane çerçevesinde) ancak bir hasta varlığında ona ulaştırarak ve en uygun bi-

çimde tüketimine neden olduğunda üretimde bulunmaktadır. Ortada olan durum, maddi bir üretimin olmadığıdır. İşte maddi, somut nesnelere ürettiği imalat sanayilerini insan hizmetlerinden farklılaştıran en kesin ayırım noktası budur. Yalnızca doğrudan sermayeye dönüştürülen emek üretken olduğuna göre, yukarıdaki örneğimiz bağlamında sağlık hizmetleri içindeki hekim, eczacı gibi sermayeye dönüşümü, göreceli bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Bu da, ikinci ayırım noktasını belirler.

Sağlık hizmeti, sağlıklılık koşullarını yerine getirmek ve sürekliliğini sağlamak anlamında, insan hizmetleri sanayii içinde geniş bir alanı kapsamaktadır. Özellikle sağlıklı konut, dengeli ve yeterli beslenme, çevre kirliliğinden arındırılmış bir doğa gibi insanca yaşama olanaklarının kurulması ve geliştirilmesindeki —koruyucu hizmet— son dayanak, insanın ve dolayısıyla toplumun sağlığını amaçlamaktadır. Bu anlamda verilecek hizmetin bir kullanım değeri vardır. Zira bu hizmetler, öncelikli olarak hizmeti üretenler tarafından değil, üründen faydalananın —dolayısıyla toplumun— yararınadır. Bu kullanım değeri olgusu, tedavi hizmetlerinde de aynı biçimde işlemektedir. Hastalık denilen olgu ortaya çıktığında, şifa arayan maddi olarak tüketici duruma gelir. Hastalığın nedenini çözen ve tedaviyi yapan hekim ise, görevi adına becerisini üretmek durumundadır. Bu işlevi yerine getirmek için, genel anlamda bilgisini ve ilacı araç olarak kullanır. Bu aşamada üretilen ürün, yani sağlığın tekrar geri kazanılması olayı, onu üreten tarafından değil, bir başkası tarafından kullanılmak için üretilmiştir. Bu zincir içinde üretilen hizmeti bir fiyat belirler. Bu da, eşit miktarda değer taşıyan başka bir meta —para— ile değiştirilmek için üretim olduğunu gösterir. Meta değişimi ilişkisine giren bireyler birbirinden bağımsızdırlar ve ancak ürünlerini değiştirdikleri pazarda karşı karşıya gelirler (Tablo 1)

**Tablo 1: Üretici ve Tüketici Açısından Pazarda Değişilen Ürünler ve Sağlık Hizmetinde Değişim İlişkisine Giren Bireyler**

|          |   |
|----------|---|
| Hekim    | : Bilgi ve becerisine dayanarak ürettiği tanı ve tedavi (sağaltım).   |
| Eczacı   | : (Hastane ve eczane içinde):<br>Sağlığın tekrar ikamesinde (yerine koyma) kullanılan ilacın, gerektirdiği biçimlerde tüketimini sağlama. |
| Tüketici | : Daha önceki emek sürecinde işgücünün karşılığı olarak kazandırdığı parayı, üretilen hizmete karşı ürün olarak ödeme.                    |

Aynı tür hizmetin süreç içinde tekrar üretilmesi için ise, hizmete karşılık alınan fiyatın bir kârlılığı içermesi gerekmektedir. Bu kârlılık, gündelik geçimi sağlama, bilgiyi yenileme ve tüketilen ilacın yeniden üretilmesi sürecinde kullanılacaktır. Diğer taraftan ise, artı-değer olarak üretilen emeğin sermayeye dönüşümünü belirleyecektir. Zincirin bu halkasında, ilaç üretimi de işin içine girmektedir.

Şifa (iyileşme, onma) arayan için bir araç olan ilaç, üretici tarafından belirlenmiştir. Hasta, bu konuda özgür seçime sahip değildir. Bu seçim ve fiyatı, onun adına uzmanlarca yapılır. Hasta ise, bireysel koşulları ne olursa olsun, bu metaya sahip olmak için fiyatını ödemek durumunda-  
dır. Ödenilen fiyat ise, metanın yeniden üretimi için kârlılığını içinde bulundurmaktadır. Bu olgular, bireye götürülen sağlık hizmetinin pazarlaması yapılan bir meta durumunda olduğunu gösterir. Birey için tartışılmaz bir koşulluluk vardır. Sağlıklı yaşama düzeyini sürdürebilmek veya kaybedilmiş tekrar kazanabilmek için, hizmetin fiyatı tüketici tarafından mutlaka ödenmek durumundadır. Yani, sağlık hizmeti alınır-satılır bir meta olarak pazara sunulmakta ve tüketilmiş olan hizmetin yenisini ikame için kârlılık gözetilmektedir.

### 1.2.2. Sağlık Ekonomisi

Sağlık sorunlarına toplumbilimcilerin ilgisi, son on yıldan beri giderek artmaktadır. Tüm Batı Avrupa ülkelerinde sağlık kesiminin sorunlarıyla hukukçu, sosyolog, iktisatçı ve istatistikçi yakından ilgilenmektedir. Bugünkü aşamada konu, ulusal düzeyde "çok yönlü" toplumsal bir sorun niteliğine bürünmüştür. Özgürlükçü demokrasinin egemen olduğu ülkelerde genel olarak kamuoyu; özel olarak siyasal partiler, sendikalar ve meslek kuruluşları konuyla ilgili tartışmalarda taraf durumundadırlar. Anılan ülkelerde sağlık sorunları, fen ve toplumsal bilimlerin üyelerinin ortak çalışmalarına, araştırmalarına ve değerlendirmelerine konu olmaktadır. Artık, sağlık sorunu hasta ile hekim arasında bir mikro ilişki olmaktan çok, siyasal iktidarların ulusal düzeyde ele alıp planlamak zorunda kaldığı, güncelliği olan ulusal bir sorun durumundadır.

Toplumsal refahı artırıcı ve yaygınlaştırıcı etkisinin kolayca görülüp anlaşılması, sağlık hizmetlerinden yararlanmada "eşitlik" özlem ve istemini tüm özgür kişilerin tutkusu haline getirmiştir. Tüketicilerin bu bilinçli ve haklı isteminin baskısı yanında, konunun çözüm bekleyen çağdaş toplumsal sorunların başında gelmesinin bir başka nedeni daha vardır. O da, sağlık alanındaki kamu harcamalarının yıllık artış hızının ulusal gelir artış hızından ortalama iki kez daha büyük bir düzeye varmasıdır.

Konuya yaklaşım, makro düzeyde ve aşağıdaki 4 temel ana başlık altında işlenecektir.

- Sağlık ve Ekonomi;
- Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti;
- Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı;
- Sağlık hizmetlerinin Kamulaştırılması.

### 1.2.2.1. Sağlık ve Ekonomi

Sağlık, sosyo-ekonomik etmenleri etkilediği gibi, kendisi de sosyo-ekonomik etmenler tarafından etkilenir. Bunlar; hayat standardı ve özellikle beslenme, eğitim, nüfus artışıdır.

Sağlık ile eğitim arasında güçlü bir ilişki ve etkileşim vardır. Çocuğun okulundan yeterince yararlanabilmesi, yani bilgi ve beceri kazanabilmesi; yetişkinin bilgi ve becerilerini kullanabilmesi, ancak onların mental ve fizik yönlerden sağlıklı olmalarına ve genelleştirilse, toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi de kişilerin sağlık alışkanlıkları ve bilgisi ile bunları uygulamalarına bağlıdır.

Sağlığın etkilediği ve etkilendiği diğer önemli sosyo-ekonomik etmenlerden beslenme ve nüfus artışını da önemle gözönünde bulundurmak gerekmektedir.

Bir ülkenin sosyal kalkınmasının ölçülmesinde bebek ölümleri, üzerinde dikkatle durulması gereken en anlamlı ve duyarlı göstergedir. Bu nedenle, yüksek düzeydeki bebek ölümlerinin temeldeki nedenlerinin kavranıp köklü önlemler getirilmesi, kalkınma çabalarının etkinliğinde büyük önem taşımaktadır. Diğer yandan, bebek ölümlerinin nüfus artışıyla yakından ilgili olduğunu, doğumdaki yaşama olasılığının düşüklüğü nedeniyle, özellikle kırsal bölgelerde gözlenen çok çocuk yapma eğilimi açıkça ortaya koymaktadır. Temel sorunların çözümlenmesine bağlı olarak bebek ölümü hızında sağlanacak düşüş, bu eğilimi de etkileyerek, nüfus artış hızının düşmesinde rol oynayacaktır.

Sağlık ve sosyo-ekonomik etmen etkileşmelerine kısaca değindikten sonra, bir başka ögeye de işaret etmekte yarar vardır. Yakın zamana dek sağlık konuları tıp bilimi mensuplarının yönetim ve denetiminde kapalı devre içinde kaldı. İşin başından beri hekimler, hasta-doktor, hasta-hastane ve hasta-eczane ilişkilerinin ekonomik çözümlenmelere konu olmasına ya kayıtsız kalmışlar ya da hoşnutsuzluklarını belirtmişlerdir. Çünkü, onlara göre bir hastanın iyileştirilmesi için hekime tüm olanaklar verilmesi ve özgür kılınmalıdır. Bu anlayış, günümüzde de geçerlidir. Ancak, ulusal kaynakların etkin kullanımından sorumlu olan kamu organları, ekonomi bilimcilerinin eleştirileri yönünde önlemler almak zorunda kalmıştır. Öncelikle ele alınan sağlık kesiminde üretilen mal ve hizmetlerin

tüketimini belirleyen etkenlerin araştırılması, özellikle fiyatın ve gelirin bu ilişkideki yerini açıklamak önemli olmuştur. Konuya yaklaşırken, hemen tüm iktisatçılar, sağlık hizmetleri piyasasının diğer mal ve hizmetler piyasasından yapı ve işleyip yönünden farklı olduğunu belirtmek gerektiğini duymuşlardır.

Sağlık hizmetleri piyasasında genellikle üçlü bir ilişki gözlemlenmektedir. Tüketici, kendi eğilimine ve gereksinimine göre bağımsız olarak mal ve hizmet satın almaya girişmemektedir. Kendisi adına bir hekimin karar vermesini beklemek zorundadır. Hekim, kendine göre bilimsel saydığı veriler ışığında, hastanın başvurusu gereken sağlık hizmetleri çeşitlerini belirleme yetkisine sahiptir. Hekimin kararını fiyat, maliyet ve gelir unsurları değil; tıp biliminin olanakları ve kullanılabilir araçlar etkiler. O, hastanın en kısa yoldan sağlığına kavuşması için bilgi ve görgüsüne göre davranır. Bu konuda karar verirken, bir denetlenme kaygısı yoktur. Diğer mal ve hizmet piyasalarında, öz çıkarına göre davranan üretici ve tüketiciyi karşılaştıran malın ve hizmetin fiyatıdır. Oysa sağlık kesiminde fiyat, piyasanın işleyişini belirleme etkinliğine sahip değildir. Kişi, hasta olarak, hekim, hastane yönetimi ve ilaç firması karşısında "mutlak bağımlı" durumdadır. Pazarlık ve tartışma özgürlüğüne sahip değildir. Herbirinin fiyatını veri alıp, sağlığını yeniden düzenlemek zorundadır. Eğer kişi bir sosyal güvenlik kurumunun desteğine sahipse, ödemeyi kendisi yapmacağı için, bu kez ilgili kurumun tanıdığı olanaklar içinde davranmak durumundadır.

Bu ilişkileri sağlık hizmetlerinin genel örgütlenmesi içinde ele aldığımızda, konu gelişmiş ve geri kalmış ülkelerde büyük farklılık göstermektedir. Bu nedenle, kısaca bu ayrıma göre sağlık kesiminin işleyişinin nitelenmesi gerekmektedir.

#### a) Gelişmiş Ülkelerde Durum

Bu ülkelerde, sağlık hizmetlerinin nicel ve nitel düzeyi sosyal refahın temel göstergesi sayılmaktadır. Sanayileşme süreci boyunca ortaya çıkan insan yaşamı için zararlı sonuçlar, sağlık kesiminde gerçekleştirilen yeniliklerle giderilmiştir. Bulaşıcı hastalıklar kurutulmuş, koruyucu hekimlik yaygınlaştırılmış, çocuk yaşta ölüm oranı hızla düşürülmüş; kısacası tüm bireylere asgari düzeyde sağlık hizmeti sunan bir altyapı yaratılmış bulunmaktadır. Gelişmiş Batı Avrupa Ülkelerinin sağlık alanında temel sorunu, hizmetin nicel ve nitel yönden yerel dağılımındaki dengesizliktir. İkinci soru, ulusal düzeyde sağlık harcamalarının yıldan yıla hızla artmasıdır. Üçüncü sorun, gelir dağılımındaki adaletsizliğin sağlıklı olma ve hizmetlerden yararlanmaya olumsuz etkisidir.

Gelişmiş ülkelerde gözlemlenen önemli bir nokta da, tüketimin düzensiz ve aşırı düzeyde olmasıdır. Örneğin, II.Dünya Savaşı'ndan sonra hızla gelişen ve genişleyen ilaç sanayii, ilaç tüketimini hızlandıran bir yapı kazanmıştır. Çok az sayıda büyük çok-uluslu şirket, dünya ilaç piyasasını denetlemektedir. Bu tekeller, kârlarını sürekli artırmak için, küçük ve önemsiz sayılacak yenileklerle isim değişikliği yaparak yüksek fiyatlarla piyasaya yeni ilaçlar sürebilmektedirler. Bu alanda kamu denetimini çok kolay biçimde, bir iki öğretim üyesinden ilacın önemi hakkında rapor sağlayarak aşttıkları da görülmektedir.

### b) Geri Kalmış Ülkeler

Geri kalmış ülkelerin bütün gayretine ve örgütlenmelerine rağmen, kalkınmış ülkelerle aralarındaki gelişmişlik farkı giderek büyümektedir. Uluslararası kuruluşların verilerinden, sağlık alanındaki farkın daha da büyük olduğu anlaşılmaktadır. Aşağıdaki tablo bu farkı açıklıkla sergilemektedir (Tablo 2).

**Tablo 2: Ülke Gruplarına Göre Sağlık Göstergeleri**

| Ülke Grupları                   | Yaşam Umudu (yıl) |      |      | Çocuk Ölümler Oranları<br>(her 1000 kişi için) |       |      |
|---------------------------------|-------------------|------|------|--|-------|------|
|                                 | 1960              | 1970 | son  | 1960   | 1970  | son  |
| 1- Gelişmekte Olan Ülkeler      |                   |      |      |  |       |      |
| Düşük Gelir (250 \$ ve daha az) | 38.6              | 43.1 | 43.4 | 118.7  | 106.4 | 95.7 |
| Orta Gelir (251 - 520 \$)       | 43.2              | 48.8 | 51.0 | 109.0  | 110.9 | 97.6 |
| Orta Üst Gelir (521-1075 \$)    | 52.3              | 58.2 | 60.3 | 68.7   | 66.4  | 52.2 |
| Yüksek Gelir (1076 +)           | 68.2              | 67.5 | 68.4 | 70.1   | 47.8  | 34.0 |
| 2- Petrol İhracatçısı Ülkeler   | 38.3              | 44.6 | 47.4 | 136.7  | 101.4 | 58.8 |
| 3- Gelişmiş Ülkeler             | 69.5              | 71.4 | 72.4 | 28.8   | 17.0  | 15.0 |

Geri kalmış ülke insanların büyük çoğunluğu, sağlığın önemini kavramadığından, bilinçli ve sürekli bir talebin sahibi değildirler.

Birçok araştırmacının birleştiği ortak konuya göre, geri kalmış ülkelerde büyük yatırımlara girişmeden veya beklemeden sağlık koşullarında önemli düzelmeler sağlanabilir. Bilinçli ve yeterli beslenmeyle, nüfus planlamasıyla, temiz içme suyu sağlamak ve kanalizasyonların kapatılmasıyla ve nihayet kişileri asgari düzeyde eğitim ve öğretimden geçirmekle önemli bir atılım gerçekleşmiş olur. Oysa, geri kalmış ülke insanların yaklaşık % 80'i bu temel hizmetlerden yoksundur.

### 1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti

Günümüzde, uygarlık yolunda harcamaların başında eğitim-öğretim ve sağlık alanında yapılan harcamalar gelmektedir. Gelişmiş ülkeler, en alt düzeyde ekonomik olanakları (beslenme, giyinme, barınma) sağladıktan sonra, özellikle sağlık hizmetleri alanında hızla artan talepleri karşılamaya çalışıyor. Bu nedenle, anılan ülkelerde ulusal gelirin sağlık harcamalarına giden payı yıldan yıla büyüyor. Batı Avrupa toplumlarında, kamu harcamalarında önceliğin sağlık alanına verilmesi istemi yaygın hale gelmiş bulunuyor. Örneğin, Fransa'da yapılan bir ankette tüketicilere şöyle bir soru yöneltilmiş: Aşağıdaki projelerden birini gerçekleştirecek paranız olsa, hangisine öncelik verirdiniz? Seçenekler şunlar: 1 km otoyol, 3 kreş, 20 sınıflı bir okul, 30 yataklı bir hastane ve kanser araştırma merkezi. Alınan yanıtlar değerlendirildiğinde % 52'sinin kanser merkezine, % 30'unun hastane kurulmasına öncelik verdiği anlaşılmış. Bu sonuç, gelişmiş toplum bireylerinin sağlıklı yaşamın ne derecede bilincine olduğunu göstermektedir. Halkın büyük çoğunluğunun, ulusal kaynaktan yatırıma yöneltilmesinde önceliğin sağlık kesimine verilmesini istediği ortaya çıkmaktadır.

Tüm sağlık harcamalarının tek tek maliyetleri ve yararları tartışma konusu edilir olmuştur. Birçok alanda, tasarrufa yönelen önlemler uygulamaya konmuştur. Ancak, ulusal düzeyde sağlık kesiminde hizmetlerden yararlanmadaki eşitsizlik sürmektedir.

Konu, geri kalmış ülkelerde değişik boyutlar kazanmış durumdadır. Bu ülkelerde sağlık harcamalarının verimli veya yararlı olması, sosyo-ekonomik yapıda iyileşme sağlayacak önlemlerle birlikte planlanmasını gerekli kılmaktadır. Bu ilişkiye önem verilmeden sağlık kesiminde girişilecek yatırımlar, "gösteriş harcamaları" olarak küçük bir azınlığın refahını arttırır. Ulusal gelirden en büyük payı alanlara hizmet götüren bir sağlık politikası ortaya çıkmış olur. Günümüzde, geri kalmış ülkelerin büyük çoğunluğunda gözlenen budur.

Bir ekonomik yatırım projesi hazırlanırken; bu yatırım gerçekleştirildiğinde ne, ne kadar, hangi kalitede, kimler için, hangi fiyattan mal veya hizmet üretileceği hesaplanır. Oysa, sağlık alanında ulusal veya bölgesel düzeyde yatırımlar planlanırken, ekonomik veya sosyal etkinliği belirleyecek "yapılabilirlik" hesaplarına gerek duyulmamıştır. Günümüzde, sağlık alanında fizik yatırımların insan gücünün, örgütlenmenin ve yönetimin "maliyet-yarar" çözümlemesine konu olduğunu görüyoruz.

Merkezi planlamayla yönetilen ekonomiler dışında, kalkınma planlarında ekonomik hedeflerin gerçekleşmesiyle sağlık yatırımlarının ilişkisine yer verilmez. Yol gösterici planlama yöntemi uygulayan bazı karma ekonomilerde, yakın zamana dek ulusal ekonominin büyümesi planlanır-

ken sağlık planlarıyla işbirliğine gerek duyulmamıştır. Günümüzde sağlık ekonomisi alanında yetişmiş uzmanlar, alana yapılan veya yapılacak yatırımların makro ve mikro düzeydeki olumlu ekonomik ve sosyal etkilerini ölçmeye, göstermeye çalışmaktadır. Bu yönde geliştirilen yöntemlerle, tüm ulusal kaynakların temel kesimler yanında alt kesimlere de dağıtılabilen seçenek maliyetlerin ne olabileceğini belirlemek mümkün olmaktadır. Ancak, uzmanlar sağlık harcamalarının olumlu ekonomik sonuçlarını kesin olarak hesaplama olanağına henüz sahip değiller. Uzmanların girişimlerinin etkinliği, öncelikle bir envanter çalışmasına bağlı görülmüştür. Örneğin, sağlık kesiminin temel işleyişini belirleyecek geniş kapsamlı bir anket düzenlemek gerekiyor. Sürekli istatistik üretecek bir araştırma ve planlama merkezi kurmak zorunlu oluyor.

Sağlık kesiminin dolaylı maliyetleri üzerinde kısaca durmak gerekmektedir. Bazı araştırmacılar, sağlık hizmetleri üretmekle yükümlü kamu örgütlerinin aşırı tüketim eğilimi içinde olduklarını belirlediklerini ileri sürmektedirler. Örneğin, ABD'nde sağlık harcamaları, ulusal savunma harcamalarından sonra ikinci sırayı almaktadır. Bu ülkede öylesine bir koşullanma vardır ki, bazen hastalık insandan daha önemli olabilmektedir. Federal Hükümet düzeyinde yetkililer, Amerikan halkının %17'sinin ruhsal ve zihinsel hastalıklardan tedavi görmüş olmasını başarı gibi göstermektedir. Hani nerdeyse öğünecekler. Özellikle bazı hekimler denetim dışı kalan kararlarıyla gereksiz harcamalara neden olduğu gibi, sağlık yönünden de düzeltilmesi mümkün olmayan kusurlar işleyebilmektedir. Bazı hallerde, sınamak için hekim hastayı ölüme terk edebilmektedir. Ayrıca, hekimlerin ve yardımcı personelin tedbirsizliği veya dikkatsizliği yüzünden bir çok hasta yaşama olanağını kaybetmektedir. Bu bilim adına yapılan kusurların toplumsal maliyeti buğüne dek gözden kaçırmıştır. Anılan araştırmacılara göre, sağlık alanında uğranılan kayıplar, trafik kazaları kadar yaygın biçimde üretim araçlarının israfına yol açmaktadır. Bu israfçı davranışlarla ilgili başlıca şu gözlemleri yapmak mümkündür:

- a) Özellikle hekimlerin kendi aralarında bir grup oluşturarak, hastaları birbirlerine gönderme yoluna gitmeleri;
- b) Hekimin kesin tanı koyamadığı hallerde, aklına gelen bütün olasılıkları içeren ilaçların hepsini birden yazması;
- c) Belli bir ilaç firmasından komisyon alarak hep o firmanın ilaçlarını bol bol yazması;
- d) Üniversite hastanelerinin ekip çalışması ve toplu bölümler yerine; yönetim ve denetimi ayrı, küçük, bireysel prestije dayanan birimlere ayrılması;
- e) Her öğretim üyesi hekimin veya araştırıcının "araştırma yapacağız, zorunludur" diye döviz ödeyerek pahalı ve değişik markalarda aynı işi gören çeşitli aletler almaları;

f) Alınan bu araç ve gereçlerin iç çekişmeler nedeniyle tam kapasiteyle kullanılmaması,

Kişisel ve ulusal düzeyde ekonomik kaynakların israfını önlemek için sağlık sorunları karşısında önce kişiyi tutsaklıktan, bağımlılıktan kurtarmak gerekir. Ona bilinç ve bilgi vererek, kendisini tanması sağlanmalıdır. Açık çekmek, hastalanmak, ölmek kişiye bağlı bir durum iken iyileşmenin bir başka yetkilinin kararına (tekeline) bırakılması, bir çelişki yaratmaktadır.

### 1.2.2.3. Sağlık Kesiminin Finansmanı

Hemen bütün ülkelerde, sağlık hizmetleri toplumsal niteliğinden dolayı büyük oranda kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Harcamaların parasal kaynağı, siyasal iktidarların sosyal hedeflerine göre biçim kazanmaktadır. Bazı ülkelerde, sağlık harcamalarının büyük kısmı doğrudan devlet bütçesi yoluyla karşılanmaktadır. Bazı hallerde, genel bütçe yanında katma ve özerk bütçelerle de bu alanda harcama yapılabilmektedir. Bazı ülkeler konuyu genel bütçe politikası dışında tutarak, sağlık kesiminin finansmanında sabit oran yöntemini kullanmaktadırlar. Bu yöntem, genellikle iki biçimde uygulanmaktadır. Birincisi, her yıl GSMH'nin belli bir oranı; ikincisi, devlet bütçesinin belli payı ulusal sağlık hizmetleri için ayrılmaktadır.

Tüm sosyal güvenlik kurumlarında temel gelir kaynağı, bu kurumların hizmetlerinden yararlananların ödediği aidatlardır. Ancak uygulamada, sadece bir işte çalışanlar bu aidatı ödemektedir. İkinci temel kaynağı işverenlerin her çalıştırdıkları kişi için ödemek zorunda oldukları pay oluşturmaktadır. Son yıllarda Avrupa ülkelerinde yaygınlaşan işsizlik, bu ülkelerde sosyal sigorta veya sosyal güvenlik kurumlarının bu iki kaynaktan sağladığı gelirleri artırma olanağını yok etmiştir. Oysa, hizmetlerden yararlananların sayısı ve talepleri hızla artmaya devam etmektedir. Ortaya çıkan kaynak yetersizliği, özellikle sağlık alanında gerçekleştirilen yeniliklerin yaygınlaştırılmasını, büyük halk çoğunluğunun hizmetine açılmasını engellemektedir. Örneğin, her üreli hastaya yapay böbrek takma olanağı bulunamıyor. Bu sağlık hizmetinden, sadece gelir düzeyi yüksek hastalar yararlanabilmektedir.

Bu durumda, kamunun ek kaynak yaratma ve önceliklerine göre yönetme olanakları vardır. Oysa, çoğulcu demokrasilerde kamu, ekonominin işleyişini bütünüyle planlama olanağına sahip değildir. Kamunun sağlık hizmetlerinin fiyatlarını arttırmak veya ek vergi, resim ve harçlar koymak gibi kararlarına baskı grupları karşı çıkarlar ve konu siyasal bir so-

run halinedönüşür. Sorunun bu niteliği yüzünden, günümüzün bütün ileri kapitalist ülkelerinde sağlık ve eğitim gibi temel kamu hizmetleri alanındaki sorunlar güncelliğini sürdürmektedir.

#### 1.2.2.4. Sağlık Kesiminin Kamulaştırılması Tartışmaları

Sağlık hizmetlerinin üretim ve yönetiminin bütünüyle kamu denetimine alınması konusu, Avrupa ülkelerinde kamuoyunda tartışılmaktadır. Türkiye'de de 1961 Anayasası yürürlüğe girdikten sonra bu konuda başlayan tartışmalar, günümüzde de sürmektedir. Kamu kesiminin sağlık alanındaki denetim etkinliği, uygulamada ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu konuda ayrıntıya girmeden denebilir ki; hemen bütün ülkelerde, sağlık kesiminde aşırı tüketime yol açan bir plansızlık ve başıboşluk olduğu gözlenmektedir. Bu niteliğiyle, sağlık hizmetlerinin seçenek maliyetleri gittikçe yükselmektedir. Özellikle ilaç sanayiinde görülen tekelleşme, bu alanda israfı artırırken tüketiciye yansıtılan yükün de büyümesine yol açmaktadır.

Karma ekonomi kuralları içinde, başta ilaç sanayii olmak üzere, sağlık hizmetlerinin üretim ve yönetiminin kamulaştırılması zorunlu görülmektedir. Bu kamulaştırmayla, sağlık hizmetlerine öncelikle şu niteliklerin kazandırılması önerilmektedir.

- a) Sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara eşit düzeyde açık olmalı;
- b) Yer ve zaman yönünden hizmet süreklilik göstermeli;
- c) Tüm yenilikleri izleyen, vurgulayan ve yayan bir örgüt yapısına sahip olmalıdır.

Kapitalist ülkelerin uygulamasına bakıldığında, bu işleri yerine getirecek yönde örgütlenmiş ve başarılı olmuş bir sağlık sistemi henüz görülüyor. Bu konuda çeşitli öneriler bulunmaktadır. Tek evrensel bir model yerine, her ülkenin sosyo-ekonomik yapısını gözönünde tutan kamulaştırma önerileri ağırlık kazanmaktadır. Örneğin, tüm kamu sağlığı kuruluşlarının bir holding içinde toplanmasının, gelişmekte olan ülkeler ekonomisine çokyönlü yararlar getireceği hesaplanmaktadır.

Özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde, kısa sürede sağlık alanında yapılması gereken yatırımların kamu denetiminde yürütülmesi zorunlu olmaktadır. Bu ülkelerden karma ekonomi modeli içinde kalkınmayı amaçlamış olanların, öncelikle sağlık kesiminde kamulaştırmaya gitmesi gerekli olmaktadır. Dengeli ve hızlı bir kalkınma, öncelikle sağlıklı bir insan gücü yaratmayı hedef almalıdır. Bu da, ancak kamunun genel kalkınma planları içinde konuyu ele almasıyla mümkündür. Bu yaklaşımla, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme sürecine olumlu katkısı en üst düzeyde sağlanmış olabilecektir.

## Sonuç

Bireyin yaşatılması için yapılmış veya yapılacak sağlık harcamalarının piyasa koşulları dışında tutulup devletçe karşılanması, çağdaş ve özgür toplum olmanın gereğidir. Bu yoldan, ekonomik düzenin işleyişi sonucu ortaya çıkan gelir dağılımındaki adaletsizliği ve bunun yol açtığı olumsuz sonuçları giderme, kısmen de olsa mümkün olabilecektir. Özellikle kalkınmakta olan Türkiye gibi ülkelerde tüm ulusal kaynakların etkin kullanımını sağlayacak yönde planlar hazırlanırken, sağlık yatırımlarının kalkınmayı hızlandırıcı ve yayıcı etkisi dikkate alınarak bu alana öncelik verilmelidir. Zira sağlık, dengeli kalkınmanın temel hedeflerinden biri olduğu kadar, bu amaca götüren etkin araçlardan da biridir. Ancak, sağlık kesiminin örgütlenmesi, hizmet üretimi ve dağıtımını piyasa koşullarına bırakılmayıp, kamu eliyle planlanıp yürütülmelidir. Bu yoldan sosyal devlet, ülke insanlarının dirisine ve ölüsüne saygınlık kazandırabilir, ileri ve çağdaş bir toplum oluşturabilir kanısındayız.