

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA YENİ AÇILIMLAR VE TÜRKİYE AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Asuman ALTAY*

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanmasında öncelikle sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok ülkede sağlığın dışsal faydasının yüksek olmasının getirdiği bir sonuç olarak kamu sektöründe ağırlıklı bir yapılanma söz konusudur. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin gerek sunumunda gerek finansmanında özel sektör de yer almaktadır.

Son yıllarda artan nüfus yoğunluğu bir yandan sağlık harcamalarının artmasına neden olurken; diğer yandan da sağlık hizmetlerinin finansman yapısına ilişkin tartışmaların hem kamu kesiminde hem de özel kesimde artarak yaşanmasına neden olmuştur. Özellikle bütçe açıkları nedeniyle birçok kamu hizmetinin ve sağlık hizmetinin finansmanının ağırlaştığı ve sağlık alanında piyasaya dayalı uygulamaların artmaya başladığı görülmektedir. Bütçe açıklarının getirdiği finansman sorunlarının yanı sıra, özellikle son 20 yılda ortaya çıkan küresel gelişmeler de sağlık sektörünün piyasa yönlü açılımını hızlandırmaktadır.

Küreselleşme olgusunun temel hareket noktasını oluşturan liberal iktisadi yaklaşımlar, sağlık sektöründe gerek yerel gerek küresel piyasalar açısından ağırlıklı olarak özelleştirmeyi ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda uluslararası kuruluşlar birçok ülkenin sağlık politikalarını etkilerken; sağlık alanında özelleştirme uygulamalarını da desteklemektedir. Özellikle piyasa ekonomisi sürecinde bir yandan etkinlik diğer yandan da hizmet kalitesinin artırılma çabaları özelleştirmenin sağlık alanındaki yoğunluğunu arttırmıştır. Küresel gelişmelerin bir diğer etkisi de sağlık alanında küresel kamu mallarının oluşumudur. Öyle ki; sağlık ve sağlık hizmetleri günümüzde en önemli küresel

* Dokuz Eylül Üniversitesi, İİBF Maliye Bölümü Öğretim Üyesi

kamu malı özelliğine sahip olup; Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası ve IMF gibi küresel kuruluşların başta gelen ilgi alanını oluşturduğu söylenebilir.

Bu çalışmada küreselleşme paralelinde ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan gelişmeler ele alınmaya çalışılacaktır. Öncelikle sağlık hizmetleri ve sunumu üzerinde durularak; küresel gelişmelerin sağlık sektöründe ortaya çıkardığı değişimler ve Türkiye'deki durum incelenecektir.

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN NİTELİĞİ

Bireylerin ve buna bağlı olarak toplumların sağlıklı olabilmeleri ve bunun sürekliliğinin sağlanabilmesi için “sağlık hizmetleri”nin üretilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri, toplumların gelişmişlik seviyelerine paralel olarak gelişme göstermektedir. Bunun yanında toplumların sağlık ve dolayısı ile hastalık konusuna bakışları da kültürel algılamaları ve sosyal yaşamları doğrultusunda değişim göstermektedir. Söz konusu farklılıklar sağlık hizmetlerinin kapsamını ve çeşitliliğini de etkilemektedir. Günümüzde bilimsel kriterlere göre yönlendirilen, tanı ve tıbbi tedavi süreçlerini kapsayan “batı tipi” sağlık hizmetleri anlayışı yaygındır. Bunun dışında kalan ve çoğunlukla şifacılık, bitkisel ve metafizik kürler vb. şekilde görülebilen ve ağırlıklı olarak Doğu (Çin, Asya) tıbbı ya da “alternatif tıp” olarak bilinen tarzda sağlık hizmeti üretimleri de söz konusudur. Ancak genel kabul gören ve ülkemizde de yaygın olan bilimsel kriterler ışığında bulgulara ve neden sonuç ilişkilerine dayanan “batı tipi tıp anlayışı”, sağlık politikalarını ve uygulamalarını yönlendirmektedir.

Sağlık hizmetleri temelde, “koruyucu”, “tedavi edici” ve “rehabilitasyon” olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda “koruyucu sağlık hizmetleri”, diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü korumak, tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkenin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği de artmaktadır. Sağlık hizmetleri ilaç ve eczacılık hizmetleri ile laboratuvar hizmetlerini de kapsamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir".

Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, koruyucu sağlık hizmetlerine göre çok daha fazla maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir. Yetmişmiş personel ve fiziki imkanlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları vardır. Kuşkusuz bu hizmetlerin sunumu da önemli toplumsal faydalara yol açar. Ancak sahip oldukları maliyet ve her türlü organizasyon ihtiyacı nedeni ile tüm dünyada yaygın ve öncelikli sağlık hizmeti sunumu “koruyucu sağlık hizmetleri” şeklinde ele alınmaktadır.

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri ise, özellikle kaza, savaş ve felaketler gibi beklenmedik ve ani ortaya çıkan ve insanların sakat kalmalarına yol açan ve/veya çalışma güçlerini motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrası hastaların topluma yeniden kazandırılmaları ve böylece ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmelerini sağlamaya yönelik hizmetlerdir.

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı, önemli ve çok yönlü özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri insan niteliklerinin geliştirilmesi için gerekli olan en temel hizmet özelliğine sahiptir. Beşeri sermaye, insana ait niteliklerin değeri olarak ifade edilmekte olup; sağlık hizmetlerinin bünyesinde taşıdığı özellikler ile bire bir ilişkilidir (Altay; 2005:3).

2- SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE KÜRESELLEŞMENİN ETKİLERİ

Sağlık hizmetleri arasında “bölünemeyen” ve çok geniş bir kitleyi ilgilendiren bazı ihtiyaçlar vardır ki, karşılıklı olmadığı için piyasa tarafından üretilmezler (ölçek ekonomisi). Bu nedenle özellikle çevre kirliliği, salgın hastalıklar ve bunlarla mücadele yöntemleri ve etkin aşılama vb. gibi sağlıkla ilgili ihtiyaçların tatminine yönelmiş sağlık hizmetleri üretiminin sunucusu kamu sektörüdür. Bu hizmetlerin finansmanı ise, tartışmasız kamu kaynakları ve bunlar içinde de özellikle vergi kaynakları yer alacaktır. İkinci olarak, yukarıda sözü edilen dış fayda ve dış zararların etkilerinin dengelenmesi için gerekmektedir. Bu nedenle “kamu ekonomisi” toplumun genel sağlığını ilgilendiren ve dışsal fayda üreten sağlık hizmetlerini sunmak durumundadır.

Bunun yanında sağlık hizmetleri, yararlananın finansmanına katılabileceği, fiyatlandırılabilen ve pazarlanabilen hizmetler olarak piyasa ekonomisi tarafından da üretilebilen “yarı kamusal” mal niteliğindedir.

A) Kamu Ekonomisi ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlıklı bireylerin toplumsal faydası kuşkusuz çok yüksektir. Ters durumda ise, ortaya çıkan zararların boyutları ve maliyetinin tahmini dahi çok

zordur. Bu nedenle kamu ekonomisi tarafından toplumun sağlığını “korumaya” yönelik hizmetlerin üretilmesi kaçınılmazdır. Dolayısıyla toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun devlet olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Özel sektör ise bu alanda karlı olamayacağı için faaliyette bulunmak istemeyecektir. Bununla birlikte piyasa ekonomisi, kamu ekonomisi tarafından üretilen “bölünemeyen” ve “koruyucu” sağlık hizmetlerine yönelik mal ve hizmet tedariki süreçlerinde kamu ekonomisine hizmet verebilir. Ancak bu söz konusu hizmetin kamusal niteliğini değiştirmez. Özellikle yaygın ya da risk gruplarının yoğun olması gibi nedenlerle kitlesel ya da bölgesel aşılama faaliyetleri bu kapsamda görülen en önemli hizmetlerdir.

Sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasına karşın, yukarıda sözü edilen dışsallık olgusu nedeniyle kamu tarafından da üretimi zorunlu olan bir “kamu malı”dır. Özellikle “koruyucu sağlık hizmetleri” sağlıklı bir toplum olmanın en önemli aracıdır. Devlet, ayrıca “tedavi hizmetleri” alanında da faaliyet gösterir. Bundan amaç, bu hizmeti satın alamayanlara destek olunarak bireyin ve dışsal fayda nedeniyle toplumun sağlığına olumlu katkılarda bulunur.

Bunun yanında, günümüzde insan hakları tanımı kapsamında temel beşeri sermaye değişkenleri olan “sağlık” ve “eğitim” bir hak olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler, her bireyin sağlıklı bir yaşam ile temel eğitim hakkı olduğunu kabul etmektedir. Birçok ülkede bireysel hak tanımı kapsamında sağlık bir temel hak olarak kabul edilmektedir. Daha önce de değinildiği gibi sağlık konusunda “hak”, adalet ve eşitlik çerçevesinde bir bakış açısının geliştirilmesi “normatif yaklaşım” dahilinde gerçekleşmektedir. İnsanların sahip oldukları dil, din, ırk, cinsiyet, gelir, servet, prestij ve statü gibi unsurlara bakılmaksızın eşitlik, adalet ve haklar bağlamında sağlık hizmetlerinden faydalanmaları konusunda genel bir kabul söz konusudur. Bununla birlikte, devletin tedavi hizmetleri sunumu sınırsız değildir. Ülkelere göre değişmekle birlikte, piyasa ekonomisine sahip her ülkede kamusal tedavi hizmetlerinin sınırsız olması mümkün değildir (Bulutoğlu, 1981: 286).

Genellikle bu konudaki tek sınırsız hizmet “bulaşıcı hastalıklar” kapsamında gerçekleşmektedir. Bu bağlamda devletin özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda toplumdaki risk gruplarını iyi belirlemesi gerekmektedir. Özellikle yoksullara devletin sınırsız tedavi hizmeti sağlaması sosyal bir sorumluluk ve görevdir. Günümüz piyasa ekonomilerinde devletin sağlık hizmetleri sunucusu olarak konumunun belirlenebilmesinde yanıtlanması gereken iki temel soru bulunmaktadır;

- Birincisi, devletin sunduğu tedavi hizmetlerinin toplumsal sınırı ve kriterleri neler olmalıdır?
- İkincisi, devlet vatandaşlarına tedavi hizmeti sunarken bu hizmetlerin finansman boyutu için bütçe kaynaklarının ne kadarını kullanabilecektir?

Birçok ülkede sağlık konusundaki reform arayışlarının temelinde bu sorulara net yanıtlar verilemiyor olması yatmaktadır. Çünkü devletin bütçe kaynakları tüm vatandaşları kapsayacak sağlık hizmetleri ve özellikle tedavi edici hizmetleri sınırsız sunmasına izin vermemektedir. Ayrıca, bu hizmetlerin bütçedeki kaynağını bilindiği gibi “vergiler” oluşturmaktadır. Diğer yandan vergi mükellefleri açısından bu durum önemli bir yük de oluşturabilir. Özellikle kayıt dışılığın büyük boyutta olması ve buna bağlı olarak vergi kaçırma olgusunun yaşanması ve yoksul kesimlerin nüfusun önemli kısmını oluşturduğu ülkelerde, devletten en azından yoksul olmayan kesimler için sınırsız ve ücretsiz bir sağlık hizmet düzeyi beklemek, kaynak kısıtı nedeniyle çok mümkün değildir. Genellikle, kamusal sağlık hizmetleri sunumunda sınırsız kaynak kullanımı, yoksul insanlara ve salgın hastalıklara yönelik olarak uygulanmaktadır. Burada önemli olan nokta, ülkede yoksul kesimlerin katmanlarının belirlenebilmesidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin finansmanına hiçbir şekilde iştirak edemeyecek olan gerçek muhtaç ve yoksulların tespit edilmesi bu noktada önem kazanmaktadır.

B) Piyasa Ekonomisi ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin çok büyük bölümü kişilere tek tek sunulur, dolayısıyla fiyatlanması ve piyasada alınıp satılması mümkündür. Ancak burada alınıp satılan sağlık değil, sağlık hizmetinin kendisidir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin, özel piyasada fiyata konu olabilen ve arz talep koşullarına göre seviyesi belirlenen hizmetler olduğu bir gerçektir.

Sağlık hizmetleri piyasasının yapısı, iyi işleyen rekabete dayalı piyasa yapılarından oldukça farklıdır. Diğer deyişle, sağlık hizmetleri piyasası standart piyasa koşullarını yerine getirmekten uzaktır. Sağlık hizmetleri piyasasının yapısından kaynaklanan ve genel olarak “piyasa aksaklıkları” olarak bilinenlerden farklı özellikler taşımaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası yapısı, gereği “aksak rekabet” ve “eksik bilgi” özelliklerini taşır.

Standart rekabetçi piyasalarda, çok satıcı, maksimum kara odaklanmış firmalar, iyi bilgilendirilmiş alıcılar, tüketicilerin malın bedelinin tamamını ödemeleri gibi nitelikler söz konusudur. Sağlık hizmetleri piyasası ise bu standart niteliklerden farklı bir şekilde şu özellikleri barındırır:

- Büyük kentler dışında sınırlı sayıda hastane,
- Çok büyük karlara odaklanamayan firmalar,
- Çoğu zaman eksik ve kötü bilgilenmiş alıcı,
- Tüketici ya da kullanıcıların çoğunlukla sahip oldukları sigorta vb. nedeniyle maliyetlerin tamamına katlanmaması.

Sağlık hizmetleri piyasasının bir diğer özelliği ise, “heterojen” özellikler taşıyan mal ve hizmet piyasaları olmalarıdır. Sunulan malın heterojen olması, malın piyasası hakkında tüketicilerin eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmalarına neden olacaktır. Bu durumda birey için sağlık hizmetlerinin tüketimi konusundaki tercihlerin rasyonelliği tehlikeye düşebilecektir. Oysa rekabetçi piyasa yapısında bireyin tercihlerini yaparken rasyonel olduğu kabul edilir. Sağlık hizmetleri piyasasında ise bireyler tam ve iyi bilgilendirilemedikleri için, düşük fiyatın daha iyi bir tüketimin mi yoksa daha kalitesiz bir malın göstergesi olduğundan emin olamazlar (Stiglitz, 1988: 553).

Aksak bilgi yanında, sağlık hizmetleri piyasalarında tam rekabet değil, “eksik rekabet” geçerlidir. Çünkü tıp mesleğinin ve daha genel olarak tıp alanının kendinden kaynaklanan sınırlılıkları söz konusudur. Piyasadaki gibi büyük reklam kampanyaları, fiyata dayalı rekabet, müşteri çalma faaliyetleri bu alanda çok mümkün değildir. Ayrıca bu alanda edinilmiş bilgi ve deneyimlerin, araştırma sonuçlarının en fazla paylaşıldığı ve işbirliği yapıldığı alan “tıp alanı”dır. Bu nedenle, piyasadaki acımasız, sert rekabetin bu alanda olması çok beklenen ve görülebilen bir durum değildir. Hastaneler arası rekabet dahi, birçok bölgede az sayıda hastane hizmeti sunumu olması nedeniyle etkin rekabet koşullarını barındıramamaktadır.

Bundan başka özel piyasada mevcut olan maliyet fayda ilişkisi sağlık hizmetleri sektöründe çok geçerli olamayacaktır. Çünkü sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin büyük bir kısmı, çoğu zaman birey ve devlet tarafından önceden primler şeklinde ödenmektedir. Sağlık hizmetleri kullanıcıları sadece bu hizmetlerden yararlanırken bazen ve belirli, ancak bütüne göre küçük bir katkı payı ile maliyete katlanmaktadır.

Son olarak, iki piyasa arasında çok büyük bir kar beklentisi farklılığından söz edilebilir. Bunun anlamı, sağlık hizmeti sunucusu taraflar çok büyük kar güdüsü ile faaliyetten çok, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına odaklanmışlardır. Kar güdüsünün yokluğu, maliyetlerin büyük kısmının devletçe ve/veya özel sigorta şirketlerince ödeniyor olmasından da kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda büyük sermaye gruplarınca

dünya çapında sağlık hizmeti sunan ve kar amacı güden kuruluşların pazar payı giderek artmaktadır. Bu gelişmelerin sağlık hizmetleri piyasalarının, küreselleşmenin etkisi ile büyük karların beklendiği ve rekabet ortamının yaratıldığı bir ortamı oluşturduğu ileri sürülebilir.

C) Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Başarısızlığı ve Eşitsizlikler

Genel olarak kamu ekonomisi literatürüne göre piyasa ekonomileri bazı mal ve hizmetlerin üretiminde etkin (Pareto-etkin) değildir. Bu durum, yukarıda da değinildiği gibi “piyasa aksaklıkları” ya da “piyasa başarısızlığı olarak adlandırılmaktadır (Stiglitz, 1988: 350).

Bunun yanında bireyler arasındaki gelir eşitsizliği bir diğer kamu müdahalesi gerekçesini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri açısından piyasa ekonomisi etkin (Pareto-etkin) olabilir. Ancak, bir sağlık güvencesi, diğer deyişle sigortası olmayan sağlık harcamalarını ödeyemeyecek durumda olan yoksul kesimlere piyasa ekonomisinin bir hizmet üretimi söz konusu olamaz.

Gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde de genel eğilim, herkesin özellikle de yoksulların belli bir asgari sağlık hizmeti güvencesine sahip olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından sunulmasının bir diğer gerekçesi, bu hizmetlerin sahip oldukları “dışsallık” özellikleridir. Salgın hastalıklar, çevre sağlığını tehdit eden, kirliliğe yol açan ve sağlığa zarar veren gelişmeler vb. gibi zararlı dışsallıklar nedeniyle devlet tarafından sağlık hizmetleri sunumu üstlenilebilir. Zorunlu aşılama, karantina, halk sağlığını koruyucu hizmetler, genel sağlık taramaları vb. bu kapsamda sayılabilir.

D) Küreselleşme ve Sağlık Hizmetleri Sunumuna Yansımaları

Küreselleşme, teorik temellerini ve uygulanma gerekçelerini klasik liberal ekonomi teorisine dayandırmaktadır. Bu teorik yaklaşım, devletin toplumsal yaşamdaki rollerinin kısıtlanmasını, ekonomik müdahale alanlarının özelleştirilmesini, küresel sermayenin ulusal sınırlar içindeki alanının genişletilmesi ve etkinliğinin ulusal düzenlemelerle artırılmasını adeta gerekli kılmaktadır.

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda, artan nüfus, artan ihtiyaçlar, küresel sermayenin çok geniş hizmet alanlarında yatırım yapma istekliliği ve gücü, kamusal hizmet kapsamında yer alan hizmetlerin artan bir şekilde özel sektör tarafından da üretilmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin(GOÜ) piyasa ekonomilerini geliştirmeleri ve kalkınma/büyüme hedefine ulaşmada piyasa güçlerince yaratılacak başta istihdam ve

gelir gibi ekonomik dinamikler ve buna bağlı olarak sosyal kültürel gelişmeler, olması gereken bir süreçtir. Ancak burada önemle üstünde durmamız gereken, bu ülkelerin henüz sistematığı oluşturulmamış, yeterince yaygınlaştırılmamış temel kamusal hizmet alanlarına ihtiyaç duyan kitlelerin fazlalığıdır.

Küresel sürecin hızlanması GOÜ için bazı fırsatları ve faydaları ortaya çıkarırken gelişmiş ülkeler (GÜ) tarafından kuralların duruma göre değiştirildiği ve uygulandığı, yerel ve ulusal üretim ve finans imkanlarının daralması giderek GOÜ için eşitsizlik, işsizlik, yoksulluk ve daha az eğitilmiş, daha az sağlıklı, diğer deyişle en temel beşeri sermaye unsurlarına sahip olamayan kitlelerin oluşumuna yol açmıştır.

Küreselleşmenin özellikle işsizlik, yoksulluk gibi sorunların artışına neden olması, sağlık konusunda birçok GOÜ’de elde edilmiş kazanımların da gerilemesine yol açmıştır. Bu ülkelerin en riskli kesimlerini oluşturan işsizler ve yoksullar için kamu hizmet alanları içinde yer alan başta sağlık ve eğitim imkanlarının giderek piyasa ağırlıklı sunumu kamu sağlık üretiminde ve sunumunda ciddi bir yetersizlik ve kalitesizliğe yol açmıştır.

Küresel düzeyde üretim ve sunum yapan çok uluslu şirketlerin ilaç ve tıp teknoloji ürünlerinin üretiminde ve pazarlanmasında egemen güç olmaları sağlık ekonomisini ve yönelimlerini istedikleri gibi biçimlendirmelerine izin vermektedir. Diğer yandan küresel sağlık ekonomisinin gelişimi birçok hastalığın yerel sınırlar dışında ortak geliştirilen programlarla, teknolojilerle daha az maliyetli ve daha etkin sunumuna ortam sağlamaktadır.

Küresel sermayenin artmasına ve hareket hızına paralel olarak, birçok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de özelleştirme çabaları ortaya çıkmıştır. Kamu kurumlarının özelleştirilmesinin yanı sıra belki de daha çok sağlık sektörünün piyasaya açılması ve böylece yeni yatırım ve girişimlerle piyasada üretilen ve rekabete konu olan mal ve hizmetler olmaları amaçlanmaktadır. Tedavi hizmetlerinden çok bu alanda tıp teknolojileri önde gelmektedir. Ancak son zamanlarda uluslararası yatırımların sağlık sektörüne artan bir ilgilerinin olduğu bilinmektedir.

Tıbbın bilgi paylaşımına en açık alanlardan olduğu bir gerçektir. Bu nedenle küreselleşme ile birlikte ve artan bilişim teknolojileri yardımı ile ülkeler, hatta kıtalar arası profesyonel bilgi paylaşimleri söz konusu olmaktadır. Teletip ve robotik tıp uygulamaları, uzaktan eğitim, konsültasyon bu kapsamda sayılabilecek gelişmelerdir. Ancak burada dikkat çekilebilecek bir nokta batı tipi tıp uygulamalarının alternatifsiz hale gelmesidir. Toplumlar

kendi tıp tarih ve kültürlerinden hızla uzaklaşmaktadır. Batı tıbbi uygulamaları dışında uygulamalar diğer alanlarda olduğu gibi alternatifsiz olarak kabul edilmekte ve böylece batı ülkelerince üretilen ve sunulan sağlık ekonomisi ve hizmetleri tüketimi artırılmaktadır.

E) Uluslararası Kuruluşların Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkileri

Sağlık sektöründe reform hareketlerini değişim doğrultusunda tetikleyen dış unsurların başta geleni, uluslararası kuruluşlardır. Özellikle Dünya Bankası bu konuda 1980'lerin sonlarından itibaren gerek hazırladığı rapor ve dokümanlar ve gerekse bu alana sağladığı fon ve danışmanlık hizmetleri ile sağlık reformu çalışmalarını "piyasa ekonomisi" merkezli yönlendirmektedir. Dünya Bankasının bu çabaları, özellikle "istikrar tedbirleri" kapsamında GOÜ'nün ekonomik yapılarını piyasa odaklı bir yaklaşımla "yeniden yapılandırma"ları için çalışan IMF tarafından da desteklenmektedir.

Dünya Bankası 1987 yılında "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" adı ile bir doküman yayınlamıştır. Bu dokümanda banka GOÜ'nün sağlık sistemlerini piyasa odaklı yönlendirmelerinin gerekliliği üzerinde durarak, bunun gerekçelerini ve yöntemlerini sunmaktadır (Demiral vd., 1999: 415).

Sağlık konusunda artarak devam eden bir küresel işbirliği söz konusudur. Başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere sağlığın birçok alanında hizmet veren UNICEF, UNFPA, UNEP, FAO, ILO gibi uluslararası kurumlar bu kapsamda sayılabilir. Türkiye de bu kurumların çalışmalarına aktif olarak katılmakta ve işbirlikleri geliştirmektedir. Özellikle Dünya Sağlık Örgütü Ljubljana Bildirgesi'ni yayınlamış ve Örgüt'e üye ülkelerce benimsenmiştir. 2000'li yıllarda sağlık politikalarına yön vermek üzere hazırlanan bildirgede, temel ve idari olmak üzere iki yönlü ilkeler demetine yer verilmektedir. Temel ilkeler kapsamında;

- İnsan onuru, eşitlik, dayanışma ve mesleki ahlak gibi değerler tarafından motive olmak;
- Sağlıkla ilgili kazanımları hedeflemek;
- Toplumu hizmetin merkezinde görmek;
- Sağlık hizmetlerinde kaliteye odaklanmak;
- Sağlam bir finansman yapısı oluşturmak;
- Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerine yönelmek;

Bildirgenin idari ilkeler kapsamında ise; sağlık politikasının geliştirilmesi, vatandaş tercihlerinin ve önceliklerinin dikkate alınması, sağlık sisteminin sunumunun yeniden yapılandırılması, yönetim mekanizmalarının güçlendirilmesi, denenmiş yöntem ve araştırmalardan yararlanılması şeklinde ilkeler yer almaktadır.

Küreselleşmenin sağlık sektörüne olumlu etkilerinin sözü edilen kuruluşların çabalarıyla da önemli ölçüde arttığı söylenebilir. Özellikle küreselleşme, iletişim süreçlerini hızlandırmış, bilgiden kısa sürede yararlanma olanaklarını ortaya çıkarmış ve rekabeti gündeme getirmiştir. Sağlık hizmetlerinde müşteri odaklı bir anlayışın öne çıkması ile, özellikle sağlık hizmeti tüketicisi bireylerin davranış ve algılamalarında olumlu gelişmeler kaydedilmektedir. Toplam kalite yönetimi, hasta memnuniyeti, sürecin hizmet yönünün iyileştirilmesi, verilen sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik açısından ölçülebilmesi, hasta bakım kalitesi, hasta hakları gibi daha önce çok bilinmeyen ya da üzerinde durulmayan konular öncelik kazanmıştır. Özellikle sağlığın Anayasal bir hak olduğu ve herkese eşit olarak sunulması gereği üzerinde durulmaktadır. Tüm bu algılamaların ulus devletlerin sağlık hizmetlerin sunumu kapsamında yer alması, yukarıda sözü edilen uluslararası kuruluşlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Uluslararası kuruluşlar, bu çabaları ile, artan hastalıklarla ve bunlara yol açan özellikle yoksulluk vb. sorunlarla mücadelede gelişmemiş ülkelere çok önemli katkılarda bulunmaktadır. Bunun yanında özellikle tıp teknolojileri ve ilaç tedavi hizmetleri konusundaki gelişmelerden birçok ülkenin yararlanması, bu kuruluşların destek ve yönlendirmeleriyle söz konusu olmaktadır. Diğer yandan, sağlık gibi dışsal faydası oldukça yüksek olan bir hizmetin piyasalaştırılmasının, özellikle makro iktisadi istikrarsızlık ve yoksulluk sorununun olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasını engelleyebileceği eleştirisi yapılmaktadır.

3- TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE KÜRESELLEŞMENİN ETKİLERİ

Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ekonomisinin temel hizmet alanı içinde görülmüştür. Bu kapsamda temel sağlık hizmetleri toplumun tümünü kavrayacak şekilde yürütülmeye çalışılmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin dışında kalan özellikle ikinci ve üçüncü basamak tedaviye yönelik hizmetler, piyasa ekonomisi tarafından da üretilmektedir. Özellikle son yıllarda küresel gelişmelerin de etkisiyle, sağlık hizmetlerinin piyasa sektörü tarafından sunumunda artış gözlenmektedir.

A- Sağlık Hizmetlerinin Hukuki Altyapısı

1961 Anayasasının 49. maddesinde sağlık temel bir hak olarak tanımlanmıştır. Sosyal bir devletin en önemli fonksiyonu olan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin tüm sorumluluğu devlete ait kılınmıştır. Nitekim bu yaklaşım Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da devam ettirilmiş ve daha önce de ifade edildiği gibi 224 sayılı Yasa ile sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunu sağlayacak hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Bu yaklaşım “halk sağlığının devlet tarafından korunması” gibi bir anlayışın geçerli olduğunu göstermektedir.

1982 Anayasası'nda devletin sosyal boyutu 1960 Anayasası'ndan farklı bir şekilde biçimlendirilmiştir. Sağlık hizmetleri, 1960 Anayasa'sında olduğu gibi devletçe sağlanan temel sosyal ve ekonomik bir hak olmaktan çok, devletçe planlanan ve denetlenen bir hizmete dönüşmüştür. Bu anlayışın uygulamadaki izdüşümü ise, sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu ve tüketiminin piyasa ekonomisi koşullarında daha ağırlıklı olarak yer alması ve rekabetçi bir ortamın yaratılarak hizmetlerin etkinliğinin ve kalitesinin artırılmasının hedeflenmesi idi.

1982 Anayasa'sının “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlığı altında 56. maddede, “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir... Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak... amacı ile sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirir” hükmü yer almaktadır. Anayasa'nın üçüncü bölümünü oluşturan “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlığı altında, 58. ve 61. maddelerde, devletin sosyal koruma görevine ilişkin hükümler yer almaktadır. 58. maddeye göre, “Devlet gençleri alkol düşkünlüğünden uyuşturucu maddelerden... korumak için gerekli tedbirleri alır”, 61. maddeye göre ise, “devlet sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır”. Bu hükümlerle, devletin sağlık hizmetlerini denetleyen, bunun yanında da tüm toplum için planlayan otorite olduğu vurgulanmaktadır.

B- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu (Toplumsallaştırılması)

Sosyalizasyon; vatandaşların tamamına gelir düzeylerinden bağımsız bir şekilde belli mal ve hizmetlerden yararlanabilmeleri için eşit fırsatın verilmesidir (Şener, 1996: 97). Sosyalizasyon, kamusal ve özel mal ve hizmetler için,

toplumsal fayda üretilerek ileri bir refah düzeyine ulaşılması amaçları ile uygulanır. Genellikle her ülkede bu kapsama giren mal ve hizmetler arasında başta sağlık ve eğitim gelmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri birçok ülkede sosyalizasyon kapsamında yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sosyalize edildiğinde toplumsal sağlık sorunlarının azalması beklenir. Bu sayede sağlık harcamalarının azalması ve tasarruf yapılması umulur.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu 1960’larda başlatılmıştır. Buna karşın koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda etkin ve yeterli bir organizasyon gerçekleştirilememiştir. Bu kapsamda sağlık ocakları, dispanserler kurulmuş ve hatta hiçbir geliri ve sağlık sigortası olmayan yoksullara “yeşil kart” uygulamasına geçilmiştir. Ancak bu konuda da çok etkin bir hizmet gerçekleştirilememiştir. Ayrıca “genel sağlık sigortası” sistemi kurulamadığı için sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli sıkıntılar yaşanmış ve bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesinin giderek düşmesine neden olmuştur.

Türkiye’de 5 Ocak 1961 tarihinde yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile birinci basamak sağlık hizmetleri düzenlenmiştir. Bu kapsamda yer alan hizmetlerin giderlerinin tamamının genel bütçeden finanse edilmesi öngörülmektedir. Halen yürürlükte olan bu kanun, özellikle çıkarıldığı yıllarda büyük bir sağlık reformu olarak kabul edilebilir. Kanun, ilk defa Muş’ta uygulanmaya başlanmıştır. 1984 yılında ise ülke genelinde yaygın bir sağlık hizmeti haline getirilmeye çalışılmıştır. Bu örgütlenme dışında kalan hiçbir yerin kalmaması temel hedef olarak belirlenmiş ve bunda da önemli bir ilerleme sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi birinci basamak sağlık hizmetleri yanında kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin genelini ve buna bağlı olarak sağlık hizmetleri sunumunun nüfusa dayalı olarak planlanması ve örgütlenmesini düzenlemektedir (Akyıldız, 2001: 185).

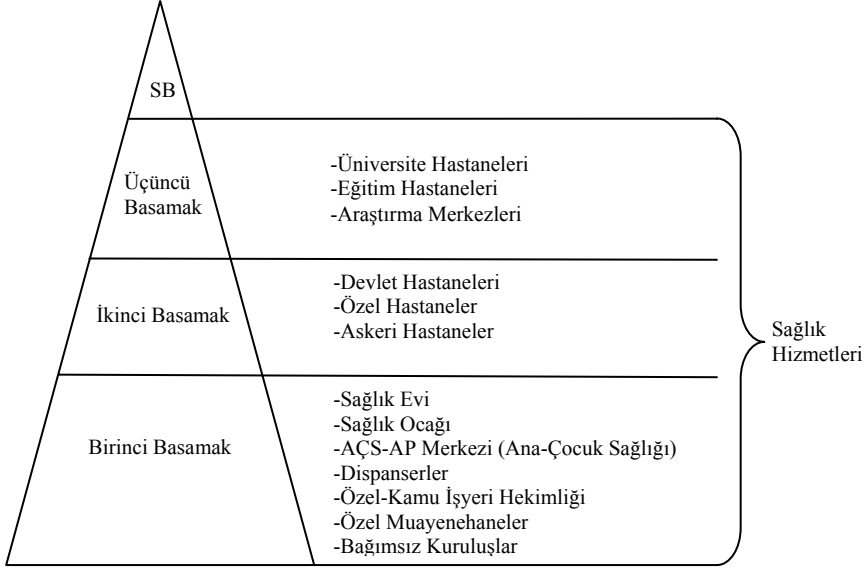
Sağlıkta sosyalizasyon yasasının en büyük faydası bireyi, ailesi ve çevresi ile bütünleşik olarak ele almasıdır. Böylece temel sağlık hizmetlerine en az maliyetle ve etkin bir şekilde yararlanması amaçlanmıştır. Günümüz sağlık politikalarını ve reform süreçlerini yönlendiren daha dar kapsamlı bir sosyalizasyondur. Devlet ve piyasa işbirliğine dayalı bir sağlık hizmet sisteminin oluşturulmasında sosyalizasyon herkese eşit sağlık hizmeti sunulması ilkesini barındırır da önceki devletçi anlayıştan farklı olarak muhtaçlık ve yoksulluk temelinde devletin herkesi kapsaması; bunun dışında kalanları da kısmen finanse etmesi söz konusudur. Hizmetlerin sunumundan yararlanmada eşitlik kıstası korunurken, finansman açısından ödeme gücü kriteri öne çıkmaktadır.

C- Sağlık Hizmetlerinin Sunulması

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkemizde kademeli bir sağlık sistemi mevcuttur. Dört basamaklı olarak nitelendirilen bu sistem kapsamında Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak görev almaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin gördürülmesinden de sorumludur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan sağlık birimleri; sağlık evi-sağlık ocağı, AÇS-AP merkezi (ana-çocuk sağlığı), dispanserler, özel-kamu işyeri hekimliği, özel muayenehaneler ve bağımsız kuruluşlardır. Bu birimler, temel sağlık hizmetleri kapsamında yer alan hizmetleri görürler. Temel sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu sağlık hizmetleri ile, ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı, üniversite, belediye ve özel sektör kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Kimi kamu kurumları (askeri kurumlar gibi) da, personeline yönelik sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirmektedirler.

Şekil 1: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu



Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı**, Ocak 2004, s.10 ve <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>, Erişim T: 28.02.2007.

Yukarıda yer alan sağlık piramidinde de görüldüğü gibi ikinci basamak sağlık hizmetleri devlet hastaneleri, özel hastaneler, askeri hastaneleri kapsamaktadır. Bu kapsamda yer alan hizmetler yataklı tedavi hizmetleridir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin eğitim, araştırma ve bilimsel kıstaslarda hizmet üretimini sağlayan birimlerce sunulmaktadır. Üniversite, eğitim hastaneleri ile araştırma merkezleri bu kapsamda yer almaktadır. Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti en yüksek basamak hizmetlerini oluşturmaktadırlar. Yetişmiş sağlık elemanı, yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının en fazla olduğu sağlık hizmeti türüdür.

Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda zaman içinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu bağlamda;

- Özellikle sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde temel bir başarıya ulaşıldığı,
- Vatandaşlara temel bir sağlık hakkı verildiği ve
- Sigortalı sayısının artırıldığı söylenebilir.

Bununla birlikte koruyucu, ayakta tedavi ve yatakta tedavi hizmetlerinin verilmesinde tam bir kurumsallaşma sağlanamamıştır.

Ülkemizde sağlık göstergelerindeki gelişmelere baktığımızda, Tablo 1’den de izlenebileceği gibi fiziki ve mekansal göstergeler açısından bazı gelişmeler söz konusu olmakla birlikte, örneğin yatak kapasitelerinin artısına paralel kullanımlarının % 70’lere ulaşamadığı görülmektedir. Ülkemizde hekim başına düşen nüfus hala çok yüksektir. Buna karşın hekim sayısı artırılamamakta ve sağlık işgücü dağılımı bölgelere ve sağlık birimlerine göre etkinleştirilememektedir.

Tablo 1: Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler

	2004	2005	2006 (1)	AB (2)
Fiziki Mekan Göstergeleri				
Yatak Sayısı	187 788	192 658	197 170	-
Yatak Başına Düşen Nüfus	378	374	372	154
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	64,9	64,5	-	77,5
Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri				
Hekim Sayısı	99 300	100 800	103 150	-
Hekim Başına Düşen Nüfus	716	715	707	288

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT, WHO

(1) DPT tahminidir.

(2) AB-25 ülkelerine ait olup, verisi bulunan en yakın yıl verilmiştir.

Genel olarak kabul edilen anlayışa göre; birinci basamağa başvuran hastaların % 95’inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleştirilmesi

gerekmektedir. Sevk hızının standart değeri % 5-10 arasında olmalıdır. Türkiye genelinde birinci basamaktan hastanelere sevk oranının % 14,4 gibi yüksek bir değere ulaştığı görülmektedir. II. Basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerin poliklinik yüklerinin yüksek oluşu ve buna karşılık hastane polikliniklerinde muayene edilen kişilerin sadece % 4,4'ünün yatırılarak tedavi edilmeleri, Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tedavi edici hizmetlerin gerekli nitelikten oldukça uzak olduğunun en açık göstergesidir.

Aile hekimliği bir sağlık hizmet modeli olarak uygulamaya konulursa, şu anda sunulan hizmet modelinin kapsamında yer alan “çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri” ve “adli hekimlik hizmetleri” dışındaki hizmetlerin tümünü verebilecek niteliktedir. Bununla birlikte kentsel alanlarda etkin yürüyebilecek bu sistem kırsal alanlarda beklenen verimi veremeyecektir. Henüz aile hekimi sayısı dahi bin civarındadır. Bu uygulamanın kentsel alanlarda kademeli olarak uygulanmasına imkan tanıyarak, yaygınlaştırılması, gerek aile hekimlerinin yetiştirilmesi, gerek konunun tüm taraflarca anlaşılmasının sağlanması ile mümkün hale getirilebilir. Halkın çoğu birinci basamak sağlık hizmetlerinden, hastalıklarına tanı koymasını ve bunları tedavi etmesini bekler durumdadır.

D- Sağlık Harcamalarının Seyri

Sağlık alanında kamu harcamaları, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Yardımlaşma Fonu, sivil kuruluşlar, sosyal güvenlik kurumları (SSK, Emekli Sandığı, Bağkur) ile çalışan kamu görevlilerinin kendi kurumları tarafından karşılanmaktadır. Özel harcamalar ise, kişilerin kendi bütçelerinden ve özel sigorta programlarınca karşılanmaktadır. Kişisel harcamaların, toplam sağlık harcamaları içindeki payı %20 civarındadır. Bu harcamaların büyük bir kısmını özel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, diğer kısmını da hastane döner sermayelerine yapılan resmi ödemeler oluşturmaktadır.

Dünya Bankası Raporuna göre Bağ-Kur'luların yüzde 40'ı; SSK'lıların yüzde 17'si; Emekli Sandığına bağlı olanların yüzde 10'u, hiçbir sağlık güvencesi olmayanların ise yüzde 30'u özel sağlık sunucularından yararlanmaktadır. 2000-2005 yılları arasında sağlık alanında yapılan kamu harcamalarının kaynak ve kullanıcılar açısından dağılımı aşağıdaki tablolarda yer almaktadır:

Tablo 2: Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus

Kuruluşlar	2000	2005
Emekli Sandığı Toplamı (Bin Kişi)	8.230	9.271
Sosyal Sigortalar Kurumu Toplamı (Bin Kişi)	32.192	40.719
Bağ-Kur Toplamı (Bin Kişi)	15.036	15.990
Özel Sandıklar Toplamı (Bin Kişi)	324	306
Genel Toplam (Bin Kişi)	55.782	66.286
Sağlık Hizmetleri Bakımından Sosyal Sigortalar Kapsamı (Bin Kişi) (1)	54.939	66.018
Genel Nüfus Toplamı (Bin Kişi) (2)	67.893	72.520
Sigortalı Nüfus Oranı, %	82,2	91,4
Sağlık Kapsamındaki Nüfus Oranı, %	80,9	91,0

Kaynak: Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, DPT.

(1) SSK'da isteğe bağlı sigortalılar sağlık sigortası kapsamı dışındadır.

(2) TÜİK, 2000 Genel Nüfus Sayımı ve HÜNEE, 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına dayalı 2005 yılında yapılan yıl sonu nüfus tahminleri esas alınmıştır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bakıldığında sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranı %80'ler düzeyinde olduğu görülmektedir.

Sağlık alanında sabit sermaye yatırımlarına bakıldığında kamu kesiminin özel kesime göre ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Sağlık Sektöründe Sabit Sermaye Yatırımlarının Sektörel Payları (Milyon TL)

	Kamu		Özel		Toplam
Yıllar	Miktar	%	Miktar	%	Miktar %
2003	936	5.6	1592	4.0	2578 4.4
2004	1141	5.7	2329	3.8	3470 4.3
2005	1602	6.3	3004	4.2	4606 4.8

Kaynak: DPT Temel Ekonomik Göstergeler, Ağustos 2005 s. 35'den faydalanılarak hazırlanmıştır.

Türkiye'de sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı çok yüksek değildir. Ancak mevcut yatırımlar ağırlıklı olarak kamu sektöründe yapılmaktadır. Özel sektör karlılığı ve rekabet koşulları daha farklı olan sabit sermaye yatırımlarına yönelmektedir. Bu kapsamda daha çok imalat, ulaştırma

ve konut sektörlerini tercih etmekte dolayısıyla sağlık sektöründe özel sabit sermaye yatırımlarının toplam içindeki payı düşük kalmaktadır.

Tablo 4: Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarında Hastane Sayısı (2003 Yılı)

Kamu ve Özel Sağlık Kurumları	Hastane S. (Miktar %)	Yatak S. Miktar %)
Sağlık Bakanlığı	789 67.5	120359 66.5
Üniversiteler	50 4.2	26162 14.4
Özel Sağlık kuruluşları	247 2.1	11824 6.5
Diğer (Milli Sav. Bak., KİT, Belediye, vb.)	86 7.1	22452 12.6
Toplam	1172 100.0	180797 100.0

Kaynak: DPT, 2005 Yılı Programı, Ankara, s. 142.

Ülkemizde halen sağlık hizmetleri arzında özel kesimin payı düşüktür. Kamu kesiminin ise hastane sayısında % 78,9 yatak sayısında ise % 93,5 ağırlığı bulunmaktadır.

Ülkemizde işsizlik sigortasındaki devlet katkısı dışında, devletin sosyal güvenliğe yasal/düzenli bir katkısı söz konusu değildir. Türkiye’deki primli sosyal güvenlik sistemi, tamamen çalışanlardan ve işverenlerden (çalışanlar adına) yapılan kesintilere dayanmaktadır. Ancak 1990’lı yılların ortalarından başlayarak sosyal güvenlik sisteminin mali sorunlarının artmasıyla birlikte bütçeden sosyal güvenliğe kaynak aktarılmaya başlanmıştır. Bu transferler “açık” ve “kara delik” olarak nitelenmiştir. Oysa devletin sosyal güvenliğe aktardığı kaynaklar sosyal devlet olmanın gereğidir. Ancak istikrarsızlığın kaynağı olarak sosyal güvenliğe aktarılan kaynaklar gösterildiği için reformun temel amacı bu açıkların kapatılması olmaktadır.

E- Sağlık Hizmetlerinin Finansal Yapısı

Sosyal güvenliğin finansmanında vergiye ve prime dayalı sistemler yer almaktadır. Avrupa’da sosyal geleneklere bağlı olarak farklı modeller varlığını sürdürmekle birlikte, son yıllarda iki sistemin birbirine yaklaştığı, karma bir sistem olduğu gözlenmektedir. AB ülkelerinde sosyal güvenlik uygulamaları birbirlerinden önemli farklılıklar göstermelerine karşın ortak iki temel yön görülmektedir: Birincisi, milli gelirden sosyal güvenliğe ayrılan kaynakların

yüksekliği; ikincisi ise sosyal güvenliğin finansmanında devlet katkısının büyüklüğüdür.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında uzun yıllar çok yönlü bir finansman sistemi benimsenmiştir. Sağlık Bakanlığı özellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanında vergisel kaynaklara başvururken, sosyal güvenlik ödemeleri kapsamında yer alan SSK, hem hizmet sunucusu hem de hizmet alıcısı olarak hizmetlerin finansman boyutunda oluşturmuştur. Son yıllardaki reform hareketleri kapsamında genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması ve yakında uygulamaya geçirilecek olması ile sosyal güvenlik kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devri yoluyla hizmet sunumunda da çok başlı yapıdan uzaklaşmaya çalışıldığı gözlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık alanında yapılan yeniden yapılandırma reformu kapsamında ele alınmaktadır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel olarak bireye yönelik sağlık hizmetlerinin “prim sistemi” ile karşılanması gerektiği ifade edilmektedir (Aktan, 2001; 1486). Bu bağlamda sosyal sigorta ile finansman yanında, özellikle son reform çalışmasında özel finansman hizmetlerine katkı boyutunda özel sağlık sigortası finansmanı ortaya çıkmaktadır.

1. Sosyal Finansman

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağını devlet bütçesi oluşturmaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin karşılanmasında ve yoksullara yönelik sağlık hizmetleri sunumunda finansman kaynağı bütçelerdir. Sağlık hizmeti sunan kurumların giderlerinin düzenli fonlanabilmesi için finansman kaynaklarının sürekliliği önemlidir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları, artan nüfusa ve değişen risk unsurlarına paralel olarak artmamaktadır. Özellikle bütçe kaynağını oluşturan vergi gelirleri, artan bu yükü karşılamakta zorlanmaktadır.

Ülkemizde sosyal sigorta sistemi, işveren, çalışan ve devlet katkısı ile finanse edilmektedir. Herhangi bir geliri ve mülkü olmayan yoksullara genel sağlık hizmeti, yeşil kart uygulaması ile devlet tarafından verilmektedir. Yeşil kart uygulamalarına 1992 yılında başlanmıştır. Aşağıdaki tabloda yeşil karttan yararlanan ve tedavi gören kişi sayıları yer almaktadır.

Tablo 5: Sağlık Hizmeti Sunumunda Yeşil Kart Uygulaması (1992-2004)

	Yeşil Kart Almak İçin Başvuran Kişi Sayısı	Yeşil Kart Alan Kişi Sayısı	Toplam Tedavi Gören Yeşil Kartlı Sayısı
1992-93	2.971.722	2.211.341	155.395
1994	1.498.213	1.460.111	857.441
1995	1.674.712	1.325.276	1.543.903
1996	970.889	716.338	1.258.545
1997	1.298.526	953.912	1.462.449
1998	1.345.953	1.093.465	1.786.637
1999	1.352.148	961.186	2.277.488
2000	1.023.164	935.108	889.249
2001	1.674.706	1.372.419	1.325.977
2002	2.137.520	1.502.452	1.262.359
2003	1.311.728	294.921	1.068.258
2004	176.024	122.461	1.167.758

Kaynak: http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/671_6yesil_kart_uygulamasi.pdf, Erişim Tarihi: 28.02.2007 ve <http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2004> Erişim Tarihi: 28.02.2007

Sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının dağılımı yukarıda da söz edildiği gibi devlet bütçesi ve kamu sağlık sigortası ağırlıklıdır. Finansman kaynağı olarak devlet bütçesinden yapılan ödemeler, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 40'ını karşılarken, kamu sağlık sigortasının payı % 35; özel kesim finansmanı ise %20 civarındadır.

Ülkemizde, reform tasarısına göre devlet toplam prim tahsilatının dörtte biri oranında sosyal güvenliğe katkıda bulunacaktır. Böylece toplam sosyal güvenlik harcamalarının beşte biri devlet tarafından karşılanmış olacaktır. Bu oranlar şu an devletin sağladığı katkının miktarının ve oranının ciddi bir biçimde gerilemesine yol açacaktır. Tablo 6'da da görüldüğü gibi, reform sonrası devlet katkısı yüzde 20'ye gerileyecektir.

Aradaki farkın vatandaşlarca daha fazla prim, daha fazla katkı payı, daha düşük emekli aylığı olarak finanse edileceği açıktır. Reform devlet katkısını azaltmakta, halen devletin ödediği katkının çalışanlar tarafından ödenmesini öngörmektedir.

Tablo 6: Türkiye’de Devlet Katkısı (2004 ve Reform Sonrası Dönem)

2004’teki Durum	Milyar YTL
SSK, Emekli Sandığı, Bağkur Prim Gelirleri	23,4
Toplam Devlet Katkısı	18,8
Toplam Harcama	42,2
Devlet Katkısının Prim Tahsilatına Oranı	80%
Devlet Katkısının Sosyal Güvenlik Harcamaları İçindeki Oranı	45%
Reform Sonrası Durum	
SSK, Emekli Sandığı, Bağkur Prim Gelirleri	23,4
Toplam Devlet Katkısı	5,85
Toplam Harcama	29,25
Devlet Katkısının Prim Tahsilatına Oranı	25%
Devlet Katkısının Sosyal Güvenlik Harcamaları İçindeki Oranı	20%

Kaynak : T.C. Sağlık Bakanlığı, www.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 28.02.2007.

2. Özel Finansman

Sağlık hizmetleri tüketiminin giderek artması, bu hizmetleri kaliteli ve yeterli düzeyde satın almak isteyen kesimlerin, finansmanının tamamına veya bir kısmına katlanarak donanımlı ve iyi yetişmiş personel ve teknoloji destekli sağlık hizmeti talebini artırmıştır. Bu da özel kesim finansman modellerinin gündeme gelmesine yol açmıştır.

Sağlık hizmetlerinin özel finansmanı ülkelerin sahip oldukları koşullar tarafından belirlenmektedir. Bu hizmeti satın almak isteyen kişiler doğrudan ödeme ile finanse edebilecekleri gibi, özel sağlık sigortasına başvurmak suretiyle kurumsal bir destek alabilmektedirler. Genellikle gelir seviyesi yüksek olan kesimler muayene, teşhis, tedavi, ilaç, vb. giderlerini doğrudan finanse edebilmektedirler. Bunun yanında sosyal sigorta kapsamında yer almakla birlikte sahip oldukları riskleri azaltmak ve daha fazla güvence temin etmek için isteyen kişiler de özel sağlık sigortasına dahil olabilmektedirler (Avcı, 1997: 30-31).

Türkiye’de son yıllarda özel sağlık sigorta uygulamalarında geçmişe göre bir hareketlilik başlamıştır. Özel sigortanın toplam finansman kaynakları içindeki oranının %20’leri geçeceği beklentisi söz konusudur.

F- Küresel Gelişmelerin Yansıması: Sağlıkta Özelleştirme Politikaları

Türkiye’de sağlık sektöründeki gelişmeler, son yıllarda genel sektörel gelişim ortalamalarının çok üzerinde bir hızla seyretmektedir. Bunun temel nedenleri;

- Artan nüfus karşısında daha fazla sağlık kuruluşuna ihtiyaç duyulması,
- Artan satınalma gücü ile daha nitelikli sağlık kuruluşuna talebin artması,
- Nitelikli sağlık hizmetlerinin daha geniş nüfusa ulaştırılması gerekliliği,
- Eskiyeen sağlık kuruluşlarının yenilenme ihtiyacı,
- Güncel teknolojinin kullanılması gereği,
- Avrupa Birliği üyeliği yolunda sağlık hizmeti standartlarının artırılması, sağlık arzının artırılması ve buna bağlı sağlık harcamalarının da doğal olarak artmasıdır.

Sağlık sektörünün gelişiminin önündeki en önemli engel olan sermaye eksikliği sorununa da artık çözüm bulunur hale gelmiştir. Türkiye’de sağlık tesislerine yatırım yapmayı planlayan ya da mevcut tesisini büyütmek ya da daha güncel teknoloji ile donatmak isteyen girişimcilere artık; proje ve cihaz finansman kredileri açılmakta ve uygun ödeme vadeleri ve faiz oranlarıyla destek sağlanmaktadır. Bu kredilerin alınmasında sağlık sektörü yatırımcıları uluslararası denetim kuruluşları ya da fizibilite konusunda deneyimli firmalardan destek alabilmekte ve bu destekler sayesinde kredilendirme süreçleri daha hızlı ve daha sağlıklı olabilmektedir.

Bu yardımlar kapsamında;

- Dünya Bankası’nın bir kolu olan IFC (International Finance Corporation),
- Uluslararası İhracat Kredi Kuruluşları,
- Yerli ve Yabancı Bankalar,
- Tıbbi Cihaz Üreticileri’nden sağlanan destekler sayılabilir.

Kullanılacak kredilerin daha verimli ve planlı bir şekilde yatırıma dönüşmesi için hastanelerin ya da benzer sağlık kuruluşlarının A'dan Z'ye projelendirmelerini yapan ve uluslararası standartlarda inşaatlarını gerçekleştiren kuruluşlar da yatırımcılara dünyada mevcut olan tüm 'know-how' ve 'expertise'i sunabilmektedirler.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik uygulamaların başlıcaları şu şekilde açıklanabilir:

Sağlık personelinin tam zamanlı çalışma düzenlemesi 31 Aralık 1980 gün ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile yürürlükten kaldırılmıştır. Böylece, sağlık hizmetlerinde “hasta değil müşteri” anlayışı yeniden öne çıkarılmaya başlanmıştır.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 1987 yılında yürürlüğe girmiştir. Kanunun 5. maddesi, Milli Savunma Bakanlığı hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesine olanak tanıyarak, hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılaması, piyasa koşullarında rekabet eden kurumlar haline getirilmesi amaçlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Özel Sağlık Hizmetleri Verilmesine Dair Yönerge, 4 Mart 2002 tarihinde yürürlüğe konmuştur. Bu düzenlemenin amacı, Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde ve en az 100 yataklı Bakanlık hastanelerinde mesai saatleri dışında, isteyen hastalara özel sağlık hizmetinin verilmesidir.

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması programı çerçevesinde 2003 yılının ilk aylarında hazırlanan kanun tasarı taslaklarında, Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatının kaldırılması ve devletin sağlık tesislerinin yerel yönetimlere devredilmesi öngörülmüştür. 15 Temmuz 2004 tarihinde kabul edilen 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanunda bu ilke kabul edilmiştir. Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ (30 Mayıs 2003 günlü Resmi Gazete) ile, devlet memurları ve emeklileri ile bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerinin yolu açılmıştır.

Özel hastanelerin sayısında 1990'lı yılların başlarından itibaren büyük bir artış görülmüştür. Ekonomik liberal politikalar kapsamında özel hastanelere teşvikler sağlanması ve yatırımların desteklenmiş olmasına karşın, bu sektörde 1990'ların başına kadar pek bir canlanma görülememiştir. 1990'lı yılların son-

larına doğru özel hastanelerin sayısında büyük bir artış yaşanmıştır. Önceki dönemlerde kurulan hastanelerle karşılaştırıldığında tanı ve tedavi hizmetlerini ileri teknoloji ve kaliteli hizmet ile sunan hastane sayısında artış olmuştur.

Son yıllarda dikkat çeken bir gelişme de, özel tıp fakültelerinin sayılarındaki artıştır. Kendi özel hastanelerine de sahip olan bu fakültelerin henüz eğitim kaliteleri ve yeterlilikleri yüksek bulunmasa da, zaman içinde önemli bir boşluğu doldurabilirler. Ancak, özel tıp fakülte ve hastanelerindeki eğitim kalitesinin artırılması yolunda da birtakım adımların atılması gerekmektedir. Özellikle, bu fakültelerin uluslararası akreditasyonlarının sağlanması, devlet tarafından sunulan ulusal tıp eğitimi müfredatını ve kalitesinin uygunluklarının başta YÖK olmak üzere, ilgili birimlerce izlenmesi ve denetlenmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin biçimlerinden biri de, hizmetten yararlananların hizmetin giderlerine giderek yükselen oranlarda katılmalarıdır. Bu alanda çok önemli bir gelişme, 2005 yılının başında gerçekleşmiştir. 6 Ocak 2005 gün ve 5283 sayılı Kanunla SSK sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Hükümet'in kamunun yeniden yapılandırılmasına ilişkin programının uygulanmaya devam edilmesi durumunda, 869 hastane ve 116 bin yatak, yerel yönetimlere devredilerek; bunların bir kısmının süreç içinde özelleştirmeleri düşünülmektedir.

1 Temmuz 2007'de uygulamaya başlanacak olan genel sağlık sigortasında düzenlenen aile hekimliği sisteminde, hekimle hasta arasına maddi çıkar ilişkisi girmektedir. Aileler bir aile hekimi seçecek, muayene ücreti ve diğer giderleri sağlık sigortası sistemince ödenecektir. Bu uygulamaların tümü, Dünya Bankası başta olmak üzere, çeşitli uluslararası kuruluşların önerileri ile gündeme gelmiştir.

Son yıllarda Türkiye'de özellikle ihtisaslaşmış özel hastane sayıları giderek artarak 308'e ulaşmıştır. Nitekim bu gelişmeler aşağıdaki tablodan da izlenebilir. İstanbul, İzmir ve Ankara'da yoğunlaşan özel sektör yatırımlarının giderek Anadolu'nun farklı yerlerinde de arttığı görülmektedir. Sektörde ayrıca, özellikle ihtisaslaşmış hastaneler "sağlık turizmi" yapma eğilimindedirler.

1980'lerin başında devlet teşvikiyle yolu açılan özel sağlık sektörü, bugün Türkiye'nin en büyük sıçramayı yapan sektörleri arasında yer almaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yüzde 10'unu karşılayan özel hastanelerin bulunduğu sektörün rakamsal büyüklüğü 1 trilyon civarındadır.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçların artmasına paralel olarak artmakta ve değişim göstermektedir. Küresel gelişmelerin piyasa ekonomisinin alanını genişletip; kamu ekonomisi alanının daraltması, sağlık hizmetlerinin sunumunda da bazı piyasa yönlü değişimleri ortaya çıkarmaktadır. Nitekim, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa yönlü bir gelişme süreci yaşanmaktadır. Gerek artan nüfus ve artan sağlık ihtiyaçları ve gerekse artan küresel eğilimler, sağlık hizmetlerinin sunumunda da özelleştirmeyi hızlandırmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki piyasa yönlü gelişme, başta Birleşmiş Milletler ve Dünya Bankası olmak üzere uluslararası-küresel kuruluşlar tarafından da desteklenmekte ve özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarının bu yönde yapılandırılması sağlanmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu, ağırlıklı olarak kamu ekonomisi tarafından üstlenilmiştir. Özellikle temel (birinci basamak) sağlık hizmetleri ve bunun yanı sıra diğer tedavi, ilaç ve vb. hizmetler de kamu tarafından etkin olarak sunulmaya çalışılmıştır. Ancak sağlık sunumu ve finansmanında yer alan kuruluşlardaki çok başlılık ve genel makro iktisadi sorunlardan kaynaklanan kaynak yetersizliği, kayıt dışılık gibi nedenlerle yeterli hizmet sunumu sağlanamamıştır. 1990’lı yıllardan itibaren küresel gelişmelerin getirdiği kamu hizmetlerinin piyasalaştırılması süreci, sağlık sektöründe de etkisini göstermiştir. Sağlık hizmeti satın alabilecek bireylere piyasa tarafından sağlık hizmeti sunulması mümkündür. Ancak Türkiye gibi işsizliğin ve yoksul sayısının yüksek olduğu bir ülke için özellikle temel sağlık hizmetlerinin sunumu ve muhtaç ve yoksullara yönelik diğer sağlık hizmetlerinin sunumunun kamu ekonomisi kapsamında düşünülmesi kaçınılmaz olmaktadır. Yakında uygulanması düşünülen yeni sosyal güvenlik sistemi ile herkesin eşit bir şekilde bu sistemden yararlandırılması amaçlanmaktadır. Ancak burada önemli olan, uygulamada ortaya çıkması muhtemel aksaklıkların ertelenmeyerek, zamanında çözümlenmesinin sağlanmasıdır. Sonuçta sağlık hizmetleri sunumundaki özelleştirme çabalarının, toplumun her kesimine yönelik hizmet üretimine engel oluşturmaması konusunda gerekli hassasiyet gösterilmelidir.

KAYNAKÇA

- Aktan, Coşkun Can (2001), Sağlık Reformu ve Zorunlu Özel Sağlık Sigortası Modeli Önerisi, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, Yıl 7; Sayı 40.
- Akyıldız Nazlı (2001), “Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, Sayı:39.
- Altay, Asuman (2005), Türkiye’de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi, TÜGİAD, Ankara.
- Avcı, Adnan (1997), Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı, Melisa Matbaacılık, İstanbul.
- Bulutoğlu, Kenan (1981), Kamu Ekonomisine Giriş, Filiz Kitapevi, İstanbul.
- Demiral, Y., A. Ergör, S. Şemin(1999), “Küreselleşme ve Sağlık İşkolunda Yeni Çalışma Yaşamı Sorunları”, Toplum ve Hekim, 14(6).
- DPT, 2005 Yılı Programı, Ankara, <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2005.pdf>, Erişim T: 28.02.2007.
- DPT, Temel Ekonomik Göstergeler, <http://www.dpt.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 28.02.2007.
- <http://www.deloitte.com/dtt/newsletter/0,1012,sid=6788&cid=83891,00.html>, Erişim Tarihi: 28.02.2007.
- http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/671_6yesil_kart_uygulamasi.pdf, Erişim Tarihi: 28.02.2007.
- <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>, Erişim Tarihi: 28.02.2007.
- <http://www.who.int/nha/country/tur/en/>, Erişim Tarihi: 28.02.2007.
- Lee, K., (2001), “An Overview of Global Health and Environmental Risks”, Aktaran:Osman Hayran, “Küreselleşme ve Sağlık”, Yeni Türkiye Sağlık Özel sayısı, Cilt:2, Sayı:40.
- Orhaner Emine (2006), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi Yıl: 2006 Sayı: 1.
- Stiglitz Joseph E. (1988), Economics of the Public Sector, 2nd ed. New York, W.N. Norton Comp; Inc.

- Şener Orhan (1996), Kamu Ekonomisi, Beta Basım Yayım dağıtım A.Ş., İstanbul.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri 2001 <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2001/69-70.htm>, Erişim Tarihi: 28.02.2007.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ocak 2004.