

SAĞLIK EKONOMİSİNE GİRİŞ

EKONOMİYE GİRİŞ

ÜNİTE 1

1-182**62550

İktisat, kıt KAYNAKLARLA sınırsız insan ihtiyaçlarını karşılamak için uğraşan bir bilim dalıdır.

EKONOMİ VE KİTLİK KAVRAMI

İnsanoğlunun ihtiyaçlarını gidermeye yönelik mal ve hizmet miktarı daima kıttır. Buradaki kıt kelimesi yokluğu ya da fakirliği değil, toplumdaki tüm bireylerin gereksinimlerine karşılık vermede sınırlılık olmasını ifade etmektedir. Eğer bir mal, toplumun gereksinim duyduğu miktardan fazla olursa fiyatı olmayacaktır ve karşılığında bir bedel ödenmeyecektir. **Dolayısıyla bedeli ödenerek sahip olunan her mal "kıt"tır ve bu mallara "ekonomik mallar" denir.**2016 vize 3

Kıt olmayan diğer bir deyişle gereksinme duyulan miktardan fazla olan mallara ise "serbest mallar" denir.

Ekonomide, ihtiyaçların kaynaklardan daha fazla olmasına "kıtlık" denir. Kıtlık tüm iktisadi problemlerin odak noktasıdır.

Sonsuz olan ihtiyaçlar karşısında kaynakların kıt olması bir tercih yapma zorunluğu doğurur.2016 vize15 İktisat bilimi hem bu seçimin nasıl yapılacağı hem de bu seçimin sonuçları ile ilgilenir.

FİRSAT MALİYETİ VE ÜRETİM OLANAKLARI EĞRİSİ

Sınırlı kaynaklarla sınırsız ihtiyaçları giderebilmek için bazı ihtiyaçlardan vazgeçmek gerekir. Alternatifler arasında bir seçim yapmak zorunda kaldığınızda, vazgeçmek zorunda kaldığınız diğer kazançlar sizin fırsat maliyetiniz olacaktır. Tüketim, üretim ve devletin harcama kararlarında fırsat maliyeti söz konusudur.

Üretici açısından da fırsat maliyeti söz konusu olup tüketicilerle ilgili fırsat maliyeti kavramıyla benzerlik gösterir. Firmanın iki mal üretirken, bir maldan daha çok üretebilmesi için diğer maldan vazgeçmek zorunluluğundadır. Ya da bir malı üretirken, bir üretim faktöründen daha çok kullanabilmek için diğer faktörlerden vazgeçmek zorundadır. Her iki hâlde de vazgeçtiği mal veya faktörün miktarı, ilave mal veya faktörün fırsat maliyetidir.

Toplumdaki mevcut üretim faktörlerinin tamamının kullanılması durumunda üretilebilecek mal ve hizmet miktarını gösteren eğriye "üretim olanakları eğrisi" denilmektedir.

EKONOMİNİN TEMEL SORUNLARI

Ekonomi bilimi kıt kaynakların idaresidir. Tüm ekonomik faaliyetler, ihtiyaçlarla kaynaklar arasındaki dengesizliği azaltarak insan refahının artmasına yönelmiştir. Her toplum hangi ekonomik sistemi benimsemiş olursa olsun kıt kaynakların idaresinde üç temel sorun ile karşı karşıyadır. Bu temel sorunlar

- Tam Kullanım Sorunu
- Etkin Kullanım Sorunu
- İktisadi Büyüme ve Kalkınma Sorunu

1-Tam Kullanım Sorunu

Bir ekonomide üretim faktörlerinin tamamının üretime katılması "tam istihdam", **bir kısmının üretime katılamaması hâli ise "eksik istihdam" olarak adlandırılır.2016 vize** 2 Üretim olanakları eğrisi üzerindeki noktalardan birinde üretim yapılması tam istihdamı ifade ederken, üretim olanakları eğrisinin altındaki herhangi bir noktada üretim yapılması eksik istihdamı ifade eder. Eksik istihdam durumunda mevcut üretim faktörlerinin bir kısmı üretime girmediğinden toplam üretim azalmakta dolayısıyla toplum refahı düşmektedir.

2-Etkin Kullanım Sorunu

Tam istihdamın yanı sıra üretim faktörlerinin toplum ihtiyaçlarını en iyi karşılayacak şekilde üretilmesi gerekir. Kaynakların etkin kullanımının sağlanması için verilecek kararlarda, ekonomideki temel sorunlar olarak adlandırılan beş temel soru dikkate alınır. Beş temel soru;

- 1) Ne üretilmelidir?
- 2) Ne kadar üretilmelidir?
- 3) Nerede üretilmelidir?
- 4) Nasıl üretilmelidir?
- 5) Kim için (dağıtım) üretilmelidir?

3-Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Sorunu

Bir ekonomide toplum refahının artması için üretilen mal ve hizmet miktarının artması gerekir. **Mevcut kaynaklar ve veri teknoloji ile üretilebilecek olan maksimum mal ve hizmet miktarı üretim olanakları eğrisi olarak ifade edilmiştir. değer 1 Zaman içerisinde üretim teknolojisinin değişmesi, üretim faktörlerinin miktarı ve veriminin artmasına bağlı olarak üretim olanakları eğrisi dışı doğru kayar.2014fin** 2 Bu kayma ekonomideki üretim artışını ifade eder. Ekonomik büyüme de üretim artışının yüzde ifadesidir.

Pozitif ve Normatif İktisat

Pozitif iktisat, bir iktisadi olayın ne olduğu ile ilgilenir. Değer yargısı yoktur. 2015 büt 1 İktisadi olayları bir neden sonuç ilişkisi bakımından ele alıp inceler. **değer2** Örneğin, Türkiye'nin 2013 yılında enflasyon oranı yüksektir ifadesi pozitif iktisat ifadesidir.

Normatif iktisat, bir iktisadi olayın ne olması gerektiği ile ilgilidir. Daha çok görüş ve değer yargılarını içerir. Örneğin "Türkiye'nin enflasyon oranını düşürmek için faiz oranı artırılmalıdır." ifadesi ise normatif iktisat ifadesidir.

Mikro ve Makro İktisat

Mikro iktisat, tüketicilerin ve firmaların davranışlarını incelerken makro iktisat ekonominin bütününe ele alarak enflasyon, büyüme, işsizlik ve dış ekonomik denge gibi değişkenleri inceler. 2016 vize 1

Ekonomide Sık Kullanılan Terimler

Fayda: Bireyin herhangi bir malın tüketiminden elde ettiği doyumdur.

Değer: Ekonomik mal ve hizmetlere verilen nispi öneme denir. Fayda mutlak, değer nispi bir büyüklüktür.

Esneklik: Bir değişkenin başka bir değişkendeki belirli değişmeye gösterdiği tepkiyi ölçmeye yarayan bir kavramdır.

Faiz oranı: Paranın kullanım bedelidir. Nominal faiz oranı, bankalar tarafından açıklanan orandır. Reel faiz oranı, nominal faiz oranının enflasyondan arındırılmış hâlidir.

Enflasyon: Mal ve hizmet fiyatlarının genel seviyesinin sürekli artması ve dolayısıyla paranın satın alma gücünün yitirmesi şeklinde tanımlanmaktadır. 2016 vize13

Fiyat istikrarı: İnsanların yatırım, tüketim ve tasarrufa yönelik kararlarında dikkate almaya gerek duymadıkları ölçüde düşük bir enflasyonu ifade etmektedir. Fiyat istikrarı gelişmiş ülkeler için yüzde 1 ila 3 aralığındaki enflasyon oranını ifade etmektedir.

Para arzı: Bir ekonomide belirli bir dönemde dolaşımda bulunan para miktarıdır.

Döviz: Yabancı ülke paralarına denir.

Döviz kuru: Ulusal bir paranın diğer ulusal para cinsinden ifadesidir. Bu kavram iki taraflı bir ilişkiyi içerdiğinden iki taraflı (nominal) döviz kuru olarak adlandırılır.

Nominal döviz kuru: bir ülke parasının kaç yabancı para ettiğini gösterir.

Reel döviz kuru: Döviz kurlarından fiyat artışlarından arındırılmış değişimler

Devalüasyon: Ulusal paranın yabancı paralar karşısındaki değerinin azalmasını

Büyüme: Bir ekonomide üretilen mal ve hizmet kapasitesinde meydana gelen artıştır.

Kalkınma: Büyümeden daha geniş kapsamlıdır ve ekonomik büyümenin yanında sosyal, kültürel ve siyasi alanda da gelişmeyi ifade etmektedir. Ekonomideki niteliksel gelişmelerdir.

Üretim Faktörleri

Mal ve hizmetlerin elde edilmesinde kullanılan kaynaklara üretim faktörleri denir.

1-Emek (iş gücü); Mal ve hizmet üretmek için gerekli olan fiziksel ve zihinsel çabalar. 2016 büt1

2-Sermaye: Üretim sürecinde kullanılan her çeşit alet makine, teçhizat, bina gibi önceden üretilmiş olan üretim araçlarına sermaye denir. Tıbbi cihaz, ilaç, sarf malzemesi, hasta yatağı sağlık sektöründeki sermayeye örnek verilebilir.

3-Doğal Kaynaklar: Hava, su, toprak, ormanlar ve madenler gibi doğanın insanlara sağladığı zenginliklerdir. Doğal kaynakların üretime katılmaları karşılığında elde edilen getiriye rant denir.

4-Girişimcilik: Emek, sermaye ve doğal kaynakları bir araya getirerek mal ve hizmet üretimini gerçekleştirme çabasıdır. Toplumun eğilimlerine ve tercihlerine göre bu çabayı gösteren kişilere de girişimci denir.

Talep Kavramı ve Talebi Etkileyen Faktörler

Hane halkının belirli bir dönemde belirli bir fiyattan satın almak istediği ve satın alma gücüne sahip olduğu mal ve hizmet miktarı talep olarak tanımlanır. Talebin oluşması için satın alma isteğinin satın alma gücü ile desteklenmesi gerekir.

mal veya hizmet miktarını (talebi) belirleyen pek çok unsurlar: değer9

- Söz konusu A ürününün fiyatı
- Diğer malların fiyatları
 - o İkame mallar
 - o Tamamlayıcı mallar
- Hane halkının geliri

- Hane halkının **serveti**
- Hane halkının **zevk ve tercihleri**
- Hane halkının gelecekteki geliri, piyasa fiyatları ve serveti hakkındaki beklentiler.

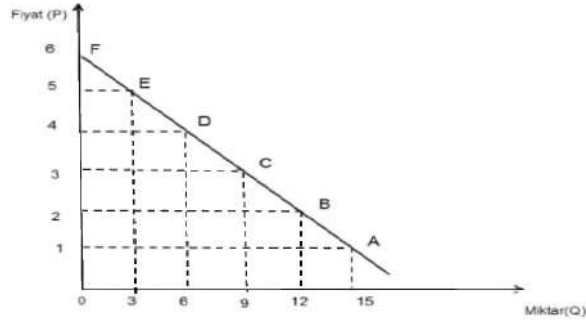
Tüm bu değişkenlerin aynı anda ama farklı yönlerde ve farklı seviyelerde değişmesi durumunda hane halkının talebine ne olacağını incelemek oldukça karmaşık ve zor olacaktır. Bu nedenle bu değişkenlerin her birinde olacak değişikliklerin ne kadar etkili olduğunu belirleyebilmek için diğer faktörlerin sabit tutulduğunu varsaymak zorundayız. İşte "ceterisparibus" ifadesi Latince diğer tüm faktörler sabitken anlamına gelir.

Diğer bütün değişkenler sabitken (ceterisparibus), bir mala veya hizmete olan talep miktarı ile malın ya da hizmetin kendi fiyatı arasında ters orantılı bir ilişki vardır. Talep kanunu denilen bu ilişki, bir malın fiyatı artarken satın alınan miktarın azalacağını ya da fiyat azalırken miktarın artacağını gösterir. 2015 fin 1değer3

Tablo 1.2. X ailesinin Elma Talep Tablosu

Seçenek	Fiyat(P) kg/₺	Talep Edilen Elma Miktarı (Q)(kg)
A	1	15
B	2	12
C	3	9
D	4	6
E	5	3
F	6	0

Elmanın fiyatı ile talep edilen miktar arasındaki ters yönlü ilişkiyi gösteren talep tablosu bir diyagram üzerine taşınırsa X ailesinin elma talep eğrisi elde edilir. Talep eğrisinin oluşturulduğu grafikte fiyatlar dikey eksen, miktarlar yatay eksen gösterilmiştir.



Şekil 1.2: X Ailesinin Elma Talep Eğrisi

Talep tablosundaki bilgilerin eksenler üzerine yerleştirilmesiyle elde edilen noktaların birleştirilmesi sonucu elde edilen talep eğrisi, A, B, C, D, E gibi çeşitli fiyatlardan, talebi etkileyen diğer faktörler sabitken ne kadar mal talep edildiğini gösterir. **Eğrinin negatif eğimli olması talep kanunun bir sonucudur. değer4** Bireyler, fiyatlar yüksek iken daha az, düşük iken daha çok mal talep ederler.

Piyasa Talep Eğrisi

Bir tek tüketici ya da tüketici birimi olan hane halkının belirli bir mala olan talebine bireysel talep adı verilir. Bir piyasadaki tüm bireylerin belirli bir mala olan taleplerinin toplamına "piyasa talebi" ya da bireysel talep eğrileri toplamına "piyasa talep eğrisi" denir.

Talep Edilen Miktarda Değişme ve Talepteki Değişme

Talepte değişme ile talep edilen miktarda değişme kavramları aynı kavramlar değildirler. Talep edilen miktar arttı ya da azaldı denildiğinde aynı talep eğrisi üzerinde

hareket etme; talep arttı ya da azaldı denildiğinde ise talep eğrisinin yer değiştirmesi söz konusudur. Bir ürünün kendi fiyatında olan değişmeler, o ürünün talep edilen miktarını etkiler.

Talebi Etkileyen Faktörler

1-Gelir ve Servetteki Değişme: İnsanların geliri veya serveti arttığı zaman normal mallara olan talep artar. Gelir düzeyi düştükçe normal mallara olan talep azalır. Normal mal, fiyatı değişmediği hâlde gelir düzeyi artıkça talebi artan mallara denir. Tüketicilerin geliri artıkça düşük mallara olan talep azalırken, gelir azaldıkça düşük mallara olan talep artar.

2-İkame Malların Fiyatlarındaki Değişme: İkame mallar, aynı ihtiyacı karşılayan birbirleri yerine kullanılabilen mallardır. **Örneğin dana eti ve tavuk eti birbirinin yerine ikame edilebilen mallardır. Eğer et fiyatları yükselirse (talep kanunu gereği) talep edilen et miktarı düşecektir. Tüketici onun yerine piliç eti almayı tercih edecektir ve piliç talebi artacaktır.** **değer8** Yani piliç talep eğrisi sağa kayacaktır.

3-Tamamlayıcı Malların Fiyatlarındaki Değişme: Tamamlayıcı mallar birlikte kullanılan biri olmadan diğlerinin işe yaramadığı mallardır. **Otomobil ve benzin gibi Benzin fiyatlarını artması otomobil talebini de düşürecektir. Dolayısıyla herhangi bir malın talebi ile onun tamamlayıcısı olan malların fiyatları arasında ters yönlü bir ilişki vardır.** **değer7**

4-Tüketicinin Zevk ve Tercihlerindeki Değişme: İnsanların zevk ve tercihleri zamanla, reklamlarla, yeni geliştirilen ürünlerle değişebilir. Moda olan bir ürünün talebinde artış olurken modası geçen malların talebinde düşüş olmaktadır.

5-Beklentilerdeki Değişme: İnsanların davranışları gelecekle ilgili bekleyişlerden büyük ölçüde etkilenmektedir. Örneğin bir malın fiyatının gelecekte artacağı ya da malda bir azalma olacağı bekleniyorsa o mal için talepte bir atış olacaktır.

6-Gelir Dağılımı: Bir ülkede elde edilen millî gelirin toplumun fertleri arasındaki bölüşülmesine gelir dağılımı denilmektedir. Fertler arasındaki dağılım şeklinde herhangi bir değişikliğin yapılması mallara olan talebi de etkilemektedir. Örneğin hükûmet vergi politikasıyla geliri zenginden fakire dağıtabilir.

7-Tüketici Sayısı (Nüfus): Toplam nüfustaki bir artış birçok malın talebinde bir artışa neden olacaktır. Bu konuda daha anlamlı olan durum nüfusun kompozisyonudur. Örneğin çocuk ve genç nüfusun artması, çocuk mamalarının oyuncakların ya da okulların talebini artırırken, **yaşlı nüfusun artması ilaç talebini artıracaktır.** **2014 fi**15

Arz Kavramı ve Arzı Etkileyen Faktörler

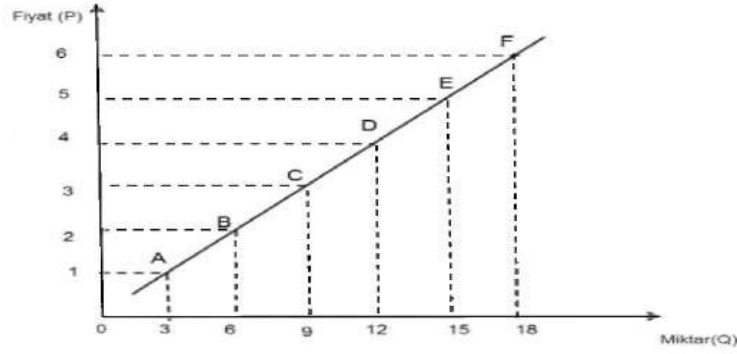
Belirli bir piyasada, belirli bir zamanda, diğer faktörler değişmemek kaydıyla, çeşitli fiyatlardan satılmak üzere piyasaya sunulan mal ve hizmet miktarına arz denir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta arz kavramının belirli bir fiyatta üreticinin piyasada sattığı mal miktarını değil, satmak istediği miktarı ifade etmektedir.

Arz Tablosu ve Arz Eğrisi

Tablo1.4: X üreticisinin Elma Arz Tablosu

Seçenek	Fiyat(P) kg/₺	Arz Edilen Elma Miktarı (Q)(kg)
A	1	3
B	2	6
C	3	9
D	4	12
E	5	15
F	6	18

Tablodan da görüldüğü gibi elmanın fiyatı ile arz edilen elma miktarı arasında doğru yönlü bir ilişki vardır.Fiyatı 2t iken 6 kg elma arz edilmekte, fiyat 5t'ye çıktığında arz edilen elma miktarı da 15 kg'a yükselmektedir. **Fiyat ile arz edilen miktar arasındaki doğru yönlü bu ilişki Arz Kanunu olarak bilinir.**



Şekil 1.6: X Üreticisinin Elma Arz Eğrisi

Piyasa Arz Eğrisi

Aynı malı üreten ya da aynı üretim dalında faaliyet gösteren firmalar topluluğuna endüstri ya da piyasa denir. Aynı malı üreten firmaların arzları toplamı da endüstri arzı ya da piyasa arzı olarak adlandırılır. Üretimde bulunan firmalar fiyat arttıkça o malın üretimini artırıp piyasaya daha fazla mal sürerler. Fiyat arttıkça malın piyasa arzı da artar.

bir malın arzı üzerinde etkili olan faktörler;2014 fin1değer10

1-malın fiyatı

2-Diğer Malların Fiyatlarında Değişme: Herhangi bir A malının fiyatında bir değişiklik yokken, bu malın üretiminde kullanılan üretim faktörleriyle üretililecek malların fiyatları değiştiğinde A malının arzı da değişir. Örneğin mısır fiyatları hızla yükselirse, üretici daha az fasulye üretecektir. Çünkü üreticiler fasulye yerine daha kârlı olan mısır üretimini ikame edeceklerdir. Dolayısıyla fasulye üretimi azalacaktır.

3-Girdi (Üretim Faktörleri) Fiyatları:Bir malın üretim kararı, üretim sürecinde kullanılan girdilerin maliyetine bağlıdır. Girdi fiyatları artması maliyetleri artıracığından ilgili malın arzını azaltır. Örneğin otomobil üretiminde kullanılan emek sermaye ve doğal kaynakların fiyatı arttığında otomobil üretimi azalır.

4-Teknoloji: Üretim sürecinde kullanılan teknolojinin niteliği de arz miktarı üzerinde etkili olur. Genellikle teknolojik ilerlemeden dolayı maliyetlerde düşüş meydana gelir ve ilgili malın arzı artar.

5-Beklentiler: Üreticilerin, ürettikleri ürünün fiyatının gelecekte hangi yönde değişeceği konusundaki beklentileri üretim kararlarını etkileyebilir. Eğer üreticiler gelecekte yıl fiyatların yükseleceğini bekliyorlarsa şimdi daha az arz edeceklerdir. Stoklanması mümkün mal ise üretici gelecekte daha pahalı satacağını tahmin ettiğinden malı şimdi satmaktan vazgeçer. Ters durumda malın düşeceği beklentisi varsa o malın arzı artar.

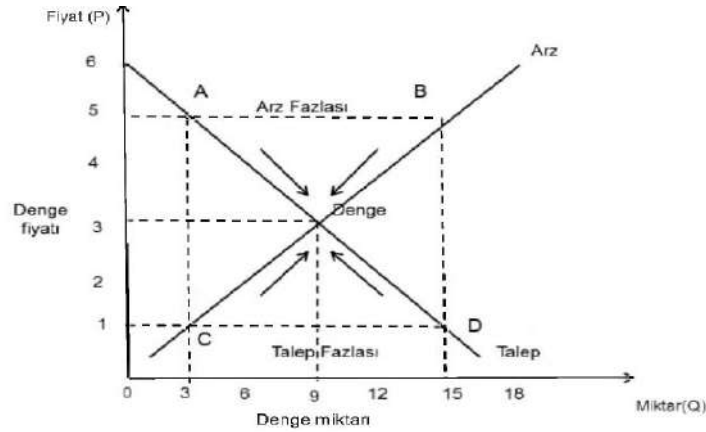
6-Üretici Sayısı: Herhangi bir veri fiyatı mal arz edebilecek üretici sayısı ne kadar fazla ise piyasa arzı o kadar büyük olacaktır. Dolayısıyla üretici sayısının artması arz eğrisini sağa kaydırırken, üretici sayısının azalması arz eğrisini sola kaydırır.

Piyasa Dengesi

Arz ve talep piyasada karşılaştığında arz edilen miktar ile talep edilen miktarı birbirine eşitleyen fiyata "denge fiyatı" denir. Denge fiyatında satıcıların satmak istedikleri miktar ile alıcıların almak istedikleri miktar birbirine eşittir ve bu miktara "denge miktarı" denir.

Tablo 1.5: Elmanın Arz ve Talep Tablosu

Fiyat (₺)	Talep Miktarı (kg)	Arz Miktarı (kg)	Arz ya da Talep Fazlası	Fiyatın Eğilimi
1	15	3	Talep fazlası (12)	Yükselme
2	12	6	Talep fazlası (6)	Yükselme
3	9	9	Denge	Denge
4	6	12	Arz fazlası(6)	Düşme
5	3	15	Arz fazlası(12)	Düşme



Şekil 1.9: Piyasa Dengesi

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Bir ülkenin elindeki kaynaklar ile üretebileceği maksimum mal miktarını gösteren eğriye ne ad verilir?
 - a) Talep Eğrisi
 - b) Arz Eğrisi
 - c) Marjinal Fayda Eğrisi
 - d) Üretim İmkânları Eğrisi
 - e) Toplam Fayda Eğrisi

2. Ekonomide yapılan ayrıma göre, nedir'i inceleyen ahlak ve değer yargılarından uzak, tamamen istatistiki ekonomik temele dayanan görüş aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Normatif İktisat
- b) Pozitif İktisat
- c) Mikro iktisat
- d) Makro iktisat
- e) Uluslararası iktisat

3. Aşağıdakilerden hangisi Talep kanunu ifade eder?

- a) Her arz kendi talebini yaratır.
- b) Bir malın fiyatı düşerse talep edilen miktar artar.
- c) İnsanların istekleri sonsuz, kaynakları sınırlıdır.
- d) Bir mala talep artarsa o malın fiyatı düşer.
- e) Gelir artarsa talep eğrisi yukarı doğru kayar.

4. Talep kanunu gereği normal bir malın bireysel talep eğrisinin eğilimi aşağıdakilerden hangisinde doğru verilmiştir?

- a) Sıfırdır.
- b) Pozitifdir.
- c) Negatiftir.
- d) Sonsuzdur.
- e) Önce pozitif sonra negatiftir.

5. Diğer bütün değişkenler sabitken (ceterisparibus), bir malın **fiyatı** artarsa ilgili malın **talep** eğrisi nasıl değişir?

- a) Sağa kayar. b) Sola kayar. c) Yukarı kayar. d) Aşağı kayar. e) Değişmez.

Diğer bütün değişkenler sabitken (ceterisparibus), bir mala veya hizmete olan talep miktarı ile malın ve da hizmetin kendi fiyatı arasında ters orantılı bir ilişki vardır.

FİYAT ARTARSA TALEP AZALIR. ANCAK TALEP EĞRİSİ ÜZERİNDEKİ NOKTA SOLA KAYAR. TALEP EĞRİSİNİN YERİ DEĞİŞMEZ

6. Arz eğrisi aşağıdakilerden hangisi olduğunda sola kayar?

- a) Fiyatın artması
- b) Fiyatın azalması
- c) **Vergi oranlarının artması**
- d) Teknolojik ilerleme
- e) Zevk ve tercihlerde değişme

sorunun cevabı kitapta net olarak yok.

<http://piyasarehberi.org/ekonomi/145-arz-egrisinde-kaymaya-neden-olan-faktoerler>

linkte yer alan bilgilere göre cevap

7. Mürekkep ve dolma kalem tamamlayıcı mallardır. Mürekkebin fiyatı artarsa, dolma kalem piyasasında ne olur?

- a) Dolma kalemin talebi düşer.
- b) Dolma kalemin talebi yükselir.
- c) Dolma kalemin talebinde değişme olmaz.

- d) Dolma kalemin miktarı değişmez.
e) Dolma kalemin miktarı artar.
8. İkame mallardan birinin fiyatının artması, o malın ikamesi olan malın talebini nasıl etkiler?
a) Azalır.
b) Artar.
c) Etkilemez.
d) Önce artar, sonra azalır.
e) Önce azalır, sonra artar.
9. Aşağıdakilerden hangisi bir ekonomide talep miktarını belirlemez?
a) Malın fiyatı
b) Gelir düzeyi
c) Nüfus
d) Malın kalitesi
e) Zevk ve tercihler
10. Aşağıdakilerden hangisi bir malın arzını etkileyen faktörlerden biri değildir? **2016 vize6**
a) Söz konusu malın fiyatı
b) Olumsuz beklentiler
c) Teknolojik ilerlemeler
d) Girdi fiyatlarının değişmesi
e) Gelirdeki değişme

Cevap Anahtarı

1.D, 2.B, 3.B, 4.C, 5.E, 6.C, 7.A, 8.B, 9.D, 10.E

GENEL OLARAK SAĞLIK

ÜNİTE 2

ödeme gücü olmayanların tedavisi kamu tarafından üstlenilmedikçe, ödeme gücü olanların sağlıklarının da tehdit altında kaldığı ortaya çıkmıştır.2016 büt 14 Diğer bir ifadeyle, iyileştirilemeyen hastanın çevresi için "dış zarar" yarattığı, tedavisinin ise "dış kazanç" sağladığı anlaşılmıştır.

GENEL OLARAK SAĞLIK

Sağlığın Tanımı ve Mahiyeti

Sağlık, toplumdaki bireylerin hastalık, rahatsızlık ve sakatlıklarının olmamasıyla birlikte, o toplumdaki bireylerin akli, fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan da tam bir huzur ve uyum içinde bulunmaları durumudur. Dünya Sağlık Örgütü de (WHO) Bu tanımlamayla paralellik arz eden bir tarzda sağlığı, fertlerin fiziki, ruhi ve toplumsal yönden tam bir iyilik ve uyum içinde olması durumu olarak tanımlamaktadır.

Sağlık, fertlerin fiziksel ve ruhsal bozukluklardan uzak olması ve bulunduğu toplumsal çevreye ilişkin vücut ve kafasının normal kabul edilen sınırlarda çalışmasıdır. değer 8 Sağlık, ferdin hastalık ve ölüme karşı koyabilmesi yeteneğidir.

sağlık, hastalıklardan uzak olma ve sağlıklı olmama durumunu ifade eder.

Sağlık konusunda üç görüş mevcuttur. Bunlardan birincisi olan biyomedikal görüşe göre tamamen tıbbi olan, kanser, yüksek tansiyon, şizofreni gibi çeşitli hastalıklar sağlıksızlık olarak görülmektedir. İkinci görüş olan **fonksiyonel yaklaşımda, fertlerin duygu, düşünce ve yeteneklerinin normalden farklılık arzemesi ve fonksiyonlarını yerine getirememesi durumu sağlıksızlık olarak kabul edilir. 2016büt3** Sonuncu yaklaşım olan kültürel yaklaşımda da fonksiyonel yaklaşıma benzer şekilde, kişinin toplum içindeki yerini, sorumluluğunu ve ödevlerini yerine getirememesi durumu sağlıksızlık olarak kabul edilmektedir.

Sağlık kavramının daha iyi anlaşılması için onun tam zıttı olan hastalık kavramının açıklanmasında da fayda vardır. **Hastalık,organizmada bir takım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla fizyoloji görevlerinin bozulması durumu olarak tanımlanabilir.Değer5** Hastalığı, doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı durum şeklinde de tanımlamak mümkündür.

Tarihten Günümüze Sağlık Alanındaki Gelişmeler

1-Cumhuriyet öncesi temel gelişmeler

Sağlık alanında ulaşılan gelişmeler aslında binlerce yıllık bir birikimin ürünüdür. İlk ve orta çağda Mezopotamya ve Mısır medeniyetlerine ait belgeler, o devirlerde çeşitli hekimlik işlevlerinin yapıldığını göstermiştir.

"Tıp ilmi, Babil kâhinleri olan Geldaniler tarafından temelleri atılan ilimlerden olup, hastalıklara ilaç bulmakla ilk uğraşanlar da Nasturiler idi." Bilinen İlk tıp el kitabı İ.Ö. Üçüncü binin sonlarına doğru yaşayan bir sümer doktorunun meslektaşlarının ve öğrencilerinin yararlanması için kil tabletler üzerine çivi yazısıyla iyi edici önemli ilaçları yazdığı tabletlerdir. Bu tabletler Nippur şehri harabeleri altında dört bin yıl bekledikten sonra, ABD heyeti tarafından yapılan kazılarda bulunup PhiladelphiaUniversityMuseum'a

götürülmüştür. Osmanlı Türklerinin ilk tıp kitabı olarak İshâk bin Murâd tarafından Hicri 792 senesinde (M. 1389) "Havassu'lEdviye" adıyla yazılan kitap kabul edilmektedir.

Türklerde tıp ilmi yüzyıllar boyunca çeşitli kaynaklardan ve medeniyetlerden etkilenmiştir. Bunların arasında en önemli yeri Arap, İran ve Yunan tababetleri tutar. Ancak Türk tababetinin önemli bir özelliği bu medeniyetlerin bazılarında tedavi yöntemi olarak uygulanan bazı batıl inançlardan (büyü, sihir, vb.) kendisini koruyup bağımsız bir tıp ekolü olarak ortaya çıkabilmesidir.

Hastalıklara ilaç bulmakla uğraşan ve tıp alanında büyük söz sahibi olan Nasturiler, bugünkü Urfa ve Harran yörelerinde de üniversiteler açmışlardır.Değer6 Hastane terimi yerine tarihte; **Bimaristan'ın yanında, Bimarhane, Şifâhane, Darüşşifa ve Maristan** deyimleri de tarih içerisinde kullanılmıştır. **Değer7**

Anadolu'da ilk tıp kuruluşlarından en önemlisi, Artuklular devrinde inşa edilen ve bugün bir mimari şaheseri olarak kabul edilen Mesudiye Medresesi'dir. Bu kuruluş Kayseri Şifaiyesi'nden de 10 yıl öncedir. Anadolu'daki ilk tıp merkezlerinden olan Kayseri Darüşşifası, 1206 senesinde Gıyasettin Keyhüsrev tarafından yaptırılmıştır.

Selçuklular Dönemi'nde ise, kurulan sağlık tesisleri sırasıyla şöyle gelişmiştir: 1228'de Divrik'de Turan Melik Hastanesi, 1236'da Konya Darüşşifaları, 1235'de Çankırı'da Atabey Ferruh Hastanesi, 1272'de Kastamonu'da Ali Pervane Hastaneleri ve diğerleri izlemişlerdir. Bunlardan başka Erzurum ve Erzincan ile Aksaray'da da yeni hastaneler kurulmuştur. Urfa'daki Eminüddin Darüşşifası da ünlüdür.

1299'dan itibaren Anadolu'da Osmanlı Dönemi başlamaktadır. Bu dönemde de Selçuklular dönemindeki sağlık kuruluşları çalışmalarına devam etmiş ve bunlara bazı büyük hastaneler de eklenmiştir. Bunların arasında en önemlileri Bursa, Manisa ve Edirne'deki büyük hastanelerdir.

Selçuklular ve Osmanlılar Dönemi'ndeki tüm sağlık kuruluşları, padişahların kurdukları vakıflar aracılığı ile yönetilmekteydi. Devletin sağlık işlerinin düzenlenmesi, hekim ve diğer sağlık personelinin yönetimi ise "Reis-ülEtibba" (Hekimbaşı) tarafından yürütülmekteydi.

Ankara'daki ilk "Millî Hükûmet" bünyesinde 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 numaralı yasa ile "Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti" (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuştur. 3 Mayıs 1920'de yapılan ilk bakanlar kurulu toplantısında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır. 10 Mart 1921'de Dr. Adnan Adıvar Bakanlıktan ayrılmış, bu göreve Dr. Refik Saydam getirilmiştir. 24 Aralık 1921'de de Dr. Rıza Nur, Sağlık Bakanı olmuştur.

2-Cumhuriyet sonrası gelişmeler

Cumhuriyetin kuruluşuyla birlikte, merkez ve taşrada bulunan sağlık örgütleri geliştirilmeğe çalışılmış, hekim gereksinimini karşılamak amacıyla tıp fakültesi mezunlarına "mecburi hizmet" yükümlülüğü getiren bir yasa uygulamaya konulmuştur.

Dr. Refik Saydam döneminde hazırlanan ilk çalışma programında (1925), devlet sağlık örgütünün genişletilmesi, sağlık elamanı yetiştirilmesi, "Numune Hastaneleri", doğumevi ve çocuk bakım evi açılması gibi görevlerin yanı sıra sıtma, verem, trohom vb. salgın hastalıklara karşı mücadele konularının ağırlık kazandığını görüyoruz. Ankara'da bir "Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü" kurma çalışmaları da bu tarihlerde başlamıştır. Dr. Refik

Saydam'ın çabaları ile gelişen Hıfzıssıhha Enstitüsü, Cumhuriyet döneminin yüz akı sayılabilecek bir sağlık kuruluşu hâline getirilmiş, aynı yıl, sağlık personelinin görev ve yetkilerini düzenlemek amacıyla 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" kabul edilmiştir. Hekimlik mesleğinin uygulama alanını düzenleyen bu yasayla, daha o günlerde, hekimlere resmî görevlerinin yanı sıra özel "muayenehane" açma olanağı da veriliyordu. 1930'da çıkarılan "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ve 1936'da çıkarılan "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" Dr. Refik Saydam dönemine aittir. Bu yasalar, özel girişimi reddetmemekle beraber, devleti sağlık alanındaki tüm düzenlemelerin temeli sayan bir anlayışa sahipti. "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu"nun ilk dört maddesi, toplumun sağlığı ile ilgili tüm sorumlulukları devlete yüklemekteydi.

1946-1948 döneminde sağlık bakanı olan Dr. Behçet Uz'un bakanlığı sırasında sağlık yönetiminde büyük değişiklikler yapılmış ve 1947 yılında hazırlanan birinci on yıllık Millî Sağlık Planı'na göre, her kırk köy için (yaklaşık olarak 20000 nüfusa) bir sağlık merkezi kurulması öngörülmüştür. Bu sağlık merkezlerinde ilke olarak iki hekim, acil vakalar için 10 hasta yatağı ve koruyucu hizmetleri yürütebilmek için 11 yardımcı personelin bulunması düşünülmüştür.

Özellikle kırsal kesimlere daha çok sağlık hizmeti verebilmek amacıyla 5.1.1961'de çıkarılan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"la sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir. Bu kanunla sağlık hizmetlerinin devlet görevi olduğu kabul edilmiş, ancak bu uygulamanın da tam anlamıyla başarıya ulaşamamış olması, sağlık hizmetlerinin yeniden değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bu amaçla da kamu kuruluşları sağlık tesisleri ile eğitim ve öğretim kuruluşlarında görevli personelin tam gün çalışmasını öngören "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları" adıyla 29 Haziran 1978 tarih ve 2162 sayılı kanun yürürlüğe konulmuştur. Bu kanunla il, ilçe, bucak ve köyler 16 mahrumiyet bölgesine ayrılmış ve sağlık personelinin geri kalmış yörelerde görev almasını özendirici imkânlar getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı 2012 yılı verilerine göre, Türkiye'de 70103 uzman hekim, 38877 pratisyen hekim, 26571 eczacı, 134906 hemşire, 122663 diğer sağlık personeli, 53466 ebe mevcuttur (

1 Ocak 2012 tarihinden itibaren tüm vatandaşları kapsayacak olan genel sağlık sigortası sistemine geçilmiştir.2016 vize8değer10

Sağlığı Etkileyen Faktörler

1-Cevresel faktörler2014 fin3

a. Biyolojik Çevre: İnsan sağlığını olumsuz olarak etkileyebilen **mikroorganizmalar**, parazitler, vektörler, besinler, **bitkiler ve hayvanlar** biyolojik çevre olarak değerlendirilmektedir. **Değer3**

b. Fiziki Çevre: İnsanları etkileyen fiziki çevre içerisinde; **sular, barınaklar, atıklar, iklim, gürültü ve kazalar** gibi unsurlar yer almaktadır. **2016 vize15değer9**

c.Sosyokültürel ve Ekonomik Çevre:İlişki içerisinde bulunan insanların davranışları doğrudan sağlığı etkileyen bir etmen olarak ortaya çıkabilmektedir.

Örneğin, ilişkide bulunulan bir insanın alkol veya eroin bağımlısı olması zamanla o kişiyi de etkileyebilmekte ve böylece sağlığını bozabilmektedir.

2-Bünyesel faktörler 2015 fin2 2014 fin6 değer2

İnsan vücudunun yapısına bağlı olarak bazı hastalıklar ortaya çıkabilir. **Genetik bozukluklar, metabolizma ve hormonal hastalıklar veya kalıtsal birtakım hastalıklar bunlara örnek gösterilebilir.**

Sağlık Ölçütleri

Sağlık sorunlarının saptanması ve öncelikli sağlık sorunlarının belirlenebilmesi; sorunların çözümü, çalışmaların planlaması, programlanması ve değerlendirilmesi sağlık olaylarının sayısal olarak ifadesine bağlıdır. Bu amaçla elde edilen değerlere Sağlık Ölçütleri denir. Bu konudaki gerekli bilgiler istatistik kaynaklardan ve anket sonuçlarından elde edilmektedir.

Bir toplumdaki sağlık düzeyini yansıtan en önemli ölçütler, o toplumdaki **bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı,** genel ölüm hızı, **ortalama yaşam süresi, beklenen yaşam süresi,** hastalık oranları, sağlık sektöründeki insan gücü (doktor, hemşire, laborant vb.) sayısı, **doktor başına düşen nüfus,** sağlık kuruluşlarının sayısı, temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, sağlık bakımı, hastalıkları tedavi etme usulleri, **sağlık sigortaları, sağlık harcamaları** ve sağlık politikalarıdır. **2015 büt2 değer1**

Sağlık düzeyi konusunda en doğru fikir veren ölçütlerden birisi ortalama yaşam süresidir. Bu gösterge bir nevi kalkınmanın da düzeyini yansıtmaktadır. Örneğin, ortalama yaşam süresi, birer yüksek gelirli ülke olan İsviçre, İsveç, Almanya, İngiltere, ABD ve Hollanda gibi ülkelerde 80 yıl ve üzerinde iken, bu rakamlar orta gelirli ülkeler ve Türkiye'de 73-75 yıl civarındadır. Rakamlar düşük gelirli ülkelerde daha da aşağı inmektedir. Düşük gelirli ülkelerden Somali ve Zaire gibi ülkelerde 57, Hindistan ve Pakistan gibi ülkelerde 67 yıl civarındadır.

Sağlık ölçütlerinden bebek ölüm hızı da çok önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Örneğin, İngiltere ve ABD'de bebek ölüm hızı binde 6 civarında iken, Hindistan ve Pakistan'da binde 70'ler civarındadır.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlık ölçütü olarak değerlendirilemez?
 - a) Bebek ölüm hızı
 - b) Anne ölüm hızı
 - c) Ortalama yaşam süresi
 - d) Doktor başına düşen hasta sayısı
 - e) Nüfusun kadın-erkek oranı
2. Aşağıdakilerden hangisi insan sağlığını etkileyen bünyesel faktörlerden biri değildir? **2015 fin2**
 - a) Hava kirliliğine bağlı hastalıklar
 - b) Hormonal bozukluklar
 - c) Metabolizma ile ilgili hastalıklar
 - d) Hormonal hastalıklar

e) Kalıtsal hastalıklar

3. İnsan sağlığını olumsuz olarak etkileyebilen mikroorganizmalar, parazitler, vektörler, besinler, bitkiler ve hayvanlar hangi çevre unsuru olarak değerlendirilmektedir?

a) Sosyal çevre b) Kültürel çevre c) Ekonomik çevre d) Biyolojik çevre e) Fiziki çevre

4. Ankara'daki ilk "Millî Hükûmet" bünyesinde, "Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti" (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) hangi tarihte kurulmuştur.?

a) 1908 b) 1920 c) 1923 d) 1950 e) 1980

5. Organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla fizyoloji görevlerinin bozulmasına ne denir?

a) Sağlık b) Şifa c) Hastalık d) Mutluluk e) Kıskançlık

6. Hastalıklara ilaç bulmakla uğraşan ve tıp alanında büyük söz sahibi olan Nasturiler, Türkiye'nin bugün hangi yörelerinde üniversiteler açmışlardır?

a) Aydın ve Muğla b) Konya ve Karaman c) Urfa ve Harran d) Trabzon ve Rize
e) Ankara ve Çankırı

7. Aşağıdakilerden hangisi tarihte "hastane" kelimesi yerine kullanılan kelimelerden biri değildir?

a) Maristan b) Bimaristan c) Şifahane d) Darüşşifa e) Bezmialem

8. Fertlerin fiziksel ve ruhsal bozukluklardan uzak olmasına ve bulunduğu toplumsal çevreye ilişkin vücut ve kafasının normal kabul edilen sınırlarda çalışmasına ne denir?

a) Sağlık b) Sakatlık c) Hastalık d) Mutluluk e) Kıskançlık

9. Aşağıdakilerden hangisi sağlığı etkileyen çevresel faktörlerden fiziki çevre içerisinde değerlendirilmez?

a) Alkol bağımlılığı b) Sular c) Atıklar d) İklim e) Gürültü

10. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası sistemine hangi yılda geçilmiştir?

a) 2014 b) 2012 c) 2000 d) 1980 e) 1923

Cevap Anahtarı

1.E, 2.A, 3.D, 4.B, 5.C, 6.C, 7.E, 8.A, 9.A, 10. B

SAĞLIK HİZMETLERİNİN MAHİYETİ VE ÖZGÜN YAPISI

ÜNİTE 3

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE ÖZGÜN YAPISI

5.1.1961 gün ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanuna göre; **"Sağlık Hizmetleri,** insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir".

Dünya Sağlık Örgütü de (WHO) sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır: Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinme ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir.

Sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisi ile insanların mevcut sağlıklarının korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak da tanımlayabiliriz.Değer4

Sağlık hizmetlerini üretmenin amacı, tüm toplumun sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamaktır.değer

Sağlık hizmetlerinin klasik piyasa yapısından farklı olan yönleri sekiz noktada toplanabilir:değer1

- Talebin doğası
- Hizmetin dışsal yapısı
- Doktorun davranışı
- Hizmetin belirsizliği
- Arz koşulları
- İrrasyonel tutumlar
- Ahlaki sorunlar
- Fiyat yapısı

Sağlık hizmetleri piyasasında tüketici konumundaki kişinin özgürlüğü sınırlıdır. Bu insan kendisinin adına bir hekimin talep şekli ve miktarını belirlemesini sağlamak zorundadır. Hekim hasta için gerekli olan mal ve hizmet çeşitlerini belirlerken de maliyet, fiyat, gelir gibi iktisadi faktörleri değil, tıbbın imkânlarını dikkate alır.değer10

Sağlık hizmetleri piyasasındaki hasta fert, normal piyasalardaki tüketicilerin bağımsız davranışlarının aksine, hekim, hastane idaresi ve ilaç firması karşısında "mutlak bağımlı" durumundadır. Pazarlık etme, mal veya hizmeti almaktan vazgeçme, başka bir zamana erteleme ya da ikame etme gibi bağımsızlıkları sınırlanmıştır.

Sağlık hizmetleri piyasasında elde edilen toplumsal marjinal fayda, bireysel marjinal faydadan büyük olabilmektedir.Örneğin, bir aşı kampanyası yoluyla ileride toplumu sarabilecek bulaşıcı bir hastalığın önlenmesinden elde edilen yarar, tek bir ferdin hastalığının önlenmesinden elde edilen yarardan büyük olacaktır.**Değer2** sağlık hizmetlerine olan talep bir belirsizlik arz eder. Çünkü fertlerin ne zaman ve ne şekilde hasta olacaklarını önceden belirlemek imkânsızdır. İşte bu belirsizlik nedeniyle fertlerin sağlık harcamaları için birikimde bulunmaları gereksizleşmektedir. Birikimde bulunulsa dahi, bu

kaynak ya uzun süre kullanılmayacak veya ihtiyacın gerektirdiği miktardan az ya da çok olacaktır. Belirsizlikten kaynaklanan bu olumsuzluğu gidermek iki yolla olabilir: Birincisi, ön ödeme yoluyla sağlık sigortasının yaygınlaştırılması, ikincisi, sağlık hizmetlerinin finansmanını devletin üstlenmesi şeklinde olabilir.

Sağlık hizmetlerini klasik piyasa yapısından ayıran belirsizlikler şöyle toparlanabilir:

- Hastalar tedavi süresince kendilerine yapılan tedavinin gerçek maliyetini hesaplayamazlar.
- Hastalar kendilerine yapılan tedavinin maliyetini hesaplayamadıkları gibi uygulanan tedavinin niteliği konusunda da bilgi sahibi değildirler.
- Ahlaki sorunlar belirsizliğin bir başka nedenidir.

Sağlık, hem üretimi etkileyen bir ara mal, hem de doğrudan faydayı etkileyen bir tüketim malıdır.

Sağlık sektöründe rekabet oldukça sınırlıdır veya yoktur. Doktorların birbirlerini çekiştirmeleri, meslektaşlarının hizmetleri hakkında tüketicileri aydınlatmaları söz konusu değildir.

Sağlık hizmetleri temel arz edicisi olan doktorların durumu da normal hizmet arz edicilerden üç noktada ayrılmaktadır: Birincisi, hekim normal bir hizmet üretiminden farklı bir davranış içindedir. İkincisi, hekimin ürettiği hizmeti deneme imkânı yoktur. Üçüncüsü, hekim, kendi çıkarından çok toplumun çıkarına dönük bir çaba içindedir (olmalıdır!).

İrrasyonel davranışlar olarak hastanın hastalığıyla çelişebilecek bir tutum içerisine girmesi kastedilmektedir. Bu durum üç başlık altında toparlanabilir:

- Hasta hastalığını inkâr eden bir davranış içinde tedaviyi red edebilir.
- Sinirsel hastalıklarda hasta rasyonel davranış göstermez.
- Acil olarak tedavi gereksinimi olan pek çok hasta mali yetmezlikten ötürü bunu sağlayamaz.

Sağlık Ekipman ve Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık ekipmanı, sağlık sektöründe çalışan personel, bina ve teçhizat olarak tanımlamak mümkündür.

Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek için kurulan sağlık kurumlarında çalışan ve sağlık hizmetlerinin arzını gerçekleştiren sağlık personeli Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) şu şekilde sınıflandırmıştır: **Hekim, diş hekimi, eczacı, tıbbi teknolog, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, radyoloji teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, hemşire ve ebe. Aşağıda tanımları verilen kavramlar bir anlamda sağlık sektörünün iskeletini oluşturmaktadır denilebilir.** **Değer5**

Hekim: Lise üzerine altı yıllık tıp öğrenimini tamamlayanlara hekim (pratisyen hekim), bunlardan belli bazı alanlarda belirli bir süre ihtisas yapmış olanlara da mütehasıs (ihtisaslı hekim) denmektedir.

Sağlık Memuru, Ebe, Hemşire: Orta okuldan sonra dört yıllık bir öğrenim gören, sağlık meslek liselerinin toplum sağlığı bölümünden mezun olanlara sağlık memuru, ebelik bölümünden mezun olanlara ebe, hemşirelik bölümünden mezun olanlara da hemşire denmektedir.

Hastane: Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, yatarak veya ayakta müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri yataklı kuruluşlardır.

Günümüzde hastaneleri, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı için çaba harcayan bir kuruluş, ekonomik bir işletme, bir araştırma kurumu, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmeleridir şeklinde ifade etmek de mümkündür.

Sağlık Merkezleri: Hastanelere karşı daha az imkânlarla sahip bulunan yataklı ve yataksız tedavi kurumlarıdır.değer9

Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Alma-Ata Bildirgesi'nde Temel Sağlık Hizmetlerinin tanımı (TSH), bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır.

Temel Sağlık Hizmetleri, bazı kaynaklarda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere iki kısımda incelenirken, kimi kaynaklarda da bunlara bir de rehabilitasyon hizmetleri eklenerek üç kısımda incelenmiştir.

Bunlardan koruyucu sağlık hizmetleri kendi arasında kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

1-**Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak;**bağışıklama (bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele), **erken teşhis, dengeli ve yeterli beslenme**, sağlık eğitimi, **aile planlaması, ilaçla korunma** ve **kişisel hijyen** hizmetleri sayılabilir.2016 vize16 2016 fin4

2-**Cevreyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri** kapsamında ise yeterli, temiz içme ve kullanma suyu sağlanması, **besin hijyeni**, konut sağlığı, **atıkların kontrolü**, radyasyon kazalardan korunma ve hava kirliliği ile savaşım hizmetleri sayılabilir.2015 fin3

Rehabilitasyon terimi yerine bazen readaptasyon terimi de kullanılmaktadır. Readaptasyon kelimesi, yeniden uydurma, yeniden ayarlama, yeniden onarım veya yeniden adapte olma manalarını vermektedir. İşte **rehabilitasyon ya da readaptasyon hizmetleriyle, hastalık veya kaza sonucu özürlü (handikap) duruma düşen bir ferdin, mevcut imkanlar dahilinde iktisadi, sosyal, fiziksel, ruhsal ve moral açısından tekrar eski düzeyine kavuşturulması çabaları veya bu amaçla sarfedilen restorasyon (onarım) gayretlerinin tümü kastedilmektedir.** 2016büt5

Rehabilitasyon hizmetleri içerisinde;poliklinik hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, **doğum hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri**, yatarak tedavi hizmetleri, kontrol muayeneleri, **laboratuvar** hizmetleri sayılmaktadır.2015 fin4

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler için en önemli sağlık hizmeti, koruyucu sağlık hizmetidir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri genellikle birey üzerinde uygulanır. Sonuçta bu da toplum sağlığına hizmet eder. Ancak, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleriyle desteklenirse daha ileri gidilir ve daha başarılı olunur. Çünkü bu iki hizmet

birbirlerini tamamlayıcı unsurlardır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin iyi yapılamaması sonucu ortaya çıkan olumsuzluklar, tedavi edici sağlık hizmetleriyle giderilmeye çalışılır.

SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERİ

Toplumsal düzeyde bakıldığında, sağlık hizmetinin değeri, ona aktarılan toplam kaynakların değeri kadardır.

Bireysel düzlemde, sağlık hizmetinin değeri, kendisi için ayrılacak bireysel kaynakların değeri kadardır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK GÖSTERGELERİ

1-Demografik Göstergeler

Demografik göstergeler olarak ele alınan nüfus ve yaşam göstergeleri ülkenin sağlık politikasının geleceğe yönelik yönlendirilmesinde ve bugünkü etkinliklerinin ölçülmesinde önemli iki unsurdur.

kişi başına düşen gelir ile yaşam standardı arasında yakın ilişki vardır.(doğrusal bir ilişki vardır)değer7 SimonKuznets'in ve diğerlerinin yaptıkları bir çalışmada, ABD'nin uzun dönem zaman serisi verileri incelenmiş ve kişi başına gelir ile yaşam standardı arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur. Yani, **kişi başına gelir arttıkça yaşam standardı da artmaktadır.** .

2-Ekonomik Göstergeler

Ülkelerin ekonomik göstergeleri ile sağlık göstergeleri arasında yakın bir ilişkisözkonusudur. Çünkü, daha güçlü bir ekonomiye sahip olan ülke, sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırabilir ve böylece daha sağlıklı insanlardan oluşan bir topluma sahip olabilir.

Örneğin, dünya nüfusunun yaklaşık yarısının yaşadığı fakir ülkelerde ortalama ömür 60 yıl civarındadır. Bu rakam, gelişmiş ülkeler ortalamasından 20 yıl daha azdır. Bu farklılığın en önemli nedeninin ekonomik güç ve kötü kamu sağlık politikalarının olduğu belirtilmektedir.

3-Hastane Göstergeleri

Yatarak tedavinin sağlandığı temel sağlık birimleri hastanelerdir. Hastanelerle ilgili bilgilerin belirlenmesi; teknik yenilikler, maliyet-hasıla değerlendirmesi, hastanelerin etkin çalışıp çalışmadıklarının ortaya çıkarılması gibi konularda sağlık plancılarına yardımcı olacaktır.

4-Sağlık İnsangücü Göstergeleri

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında hastanelerle birlikte en önemli unsurlardan birisi de sağlık sektöründe çalışanlardır. Sağlık insangücünün belirlenmesindeki amaç; nüfusun ihtiyacı olan teknik elemanın yetiştirilmesi ve gelecek projeksiyonlarının yapılması, ihtiyaca göre etkili bir dağılımın gerçekleştirilmesi, sağlık personelinin ücreti konusunda yeterince kaynak temin edilebilmesi gibi unsurların yerine getirilebilmesidir.

Bugün gelişmiş ülkelerdeki sağlık insangücünün, gelişmekte olan ülkelere çok daha iyi olduğu bir gerçektir. Bunlar için en önemli göstergeler, doktor başına düşen hasta, hemşire, sağlık memuru vb. gibi unsurlardır.

2012 yılı verilerine göre, Türkiye'de doktor başına 581 hasta düşmektedir. Avrupa Birliği (AB) ortalaması ise 295 hastadır.**doktor başına düşen hasta sayısı AB de Türkiye' den azdır,değer8**

•Sağlık hizmetleri piyasası iktisadi anlamdaki piyasa yapısından etkilenmekle beraber, belli özelliklerinden dolayı bu piyasadan ayrılmaktadır. Bunların başlıcaları; hastaların bilgi sahibi olmalarındaki sınırlılıklar, tedavinin maliyetinin tam olarak bilinmemesi, doktorlar arasında rekabetin sınırlı olması, sağlık hizmetlerinin büyük dışsalılıklara sahip olması, devletin müdalesinin gerekliliği hekimlerin eğitim durumlarının farklılığı gibi hususlardır.**2015 büt3**

DEĞERLENDİRME SORULARI

- 1) Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri piyasasını normal piyasa yapısından ayıran özellik olarak kabul edilemez?
 - a) Talebin doğası
 - b) Hizmetin dışsal yapısı
 - c) Doktorun eğitimi
 - d) Ahlaki sorunlar
 - e) iklim koşulları
- 2) Bir aşı kampanyası yoluyla ileride toplumu sarabilecek bulaşıcı bir hastalığın önlenmesinden elde edilen yararın, tek bir ferдин hastalığının önlenmesinden elde edilen yarardan büyük olması ne anlama gelmektedir?
 - a) Toplumsal marjinal fayda bireysel marjinal faydadan büyüktür.
 - b) Bireysel marjinal fayda toplumsal marjinal faydadan büyüktür.
 - c) Marjinal fayda sıfırdır.
 - d) Toplumsal marjinal fayda azalmıştır.
 - e) Toplumsal marjinal fayda bireysel marjinal faydadan küçüktür.
- 3) Sağlık hizmetlerini üretmenin temel amacı nedir?
 - a) Doktorların para kazanması
 - b) Hastanelerin kâr etmesi
 - c) Toplumun sağlıklı bir yaşam sürmesi
 - d) İlaç firmalarının çalışması
 - e) Doktorların iş bulması
- 4) Çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisi ile insanların mevcut sağlıklarının korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümüne ne denir?
 - a) Eğitim hizmetleri
 - b) Çalışma hizmetleri
 - c) Gelir hizmetleri
 - d) Sağlık hizmetleri
 - e) Döner sermaye hizmetleri
- 5) Aşağıdakilerden hangisi sağlık ekipmanı içinde değerlendirilemez?
 - a) Hekim
 - b) Rehber öğretmen
 - c) Diş hekimi
 - d) Eczacı
 - e) Tıbbi teknolog

6) Aşağıdakilerden hangisi güçlü ekonomiye sahip bir ülkenin sağlık sektörüne etkisi olarak değerlendirilemez?

- a) Sağlık sektörüne daha çok kaynak ayırabilmesi
- b) Daha modern sağlık teknolojisi alabilmesi
- c) İnsanların daha sağlıklı olmalarını sağlayabilmesi
- d) Siyasi seçimleri demokratikleştirmesi
- e) Sağlık altyapısını modernize etmesi

7) Kişi başına gelir ile yaşam standardı arasında nasıl bir ilişki vardır?

- a) Doğrusal bir ilişki vardır.
- b) Ters yönlü bir ilişki vardır.
- c) İlişki yoktur.
- d) Sabit bir ilişki vardır.
- e) Biri artarken diğeri azalmaktadır.

8) Doktor başına düşen hasta sayısı itibarıyla, Türkiye ile Avrupa Birliği'nin (AB) karşılaştırılması durumunda aşağıdaki ifadelerden hangisi doğru olur? **B-d**

- a) Doktor başına düşen hasta sayısı AB'de Türkiye'den çoktur.
- b) Doktor başına düşen hasta sayısı AB'de Türkiye'den azdır.**
- c) Doktor başına düşen hasta sayısı AB ve Türkiye'de eşittir.
- d) Doktor başına düşen hasta sayısı yaklaşık olarak AB'de Türkiye'nin yarısı kadardır.**
- e) Doktor başına düşen hasta sayısı yaklaşık olarak Türkiye'de AB'nin yarısı kadardır.

9) Hastanelere göre daha az imkânlara sahip olan yataklı ve yataksız tedavi kurumlarına ne denir?

- a) Hastane
- b) Sağlık Merkezi
- c) Revir
- d) Tıp fakültesi
- e) Ambülans

10) Sağlık hizmetleri piyasasında "tüketici konumunda olan kişinin özgürlüğü sınırlıdır" ifadesiyle aşağıdakilerden hangisi vurgulanmak istenmektedir?

- a) Hastanın kollarına kelepçe takılmasının zorunlu olduğu
- b) Hastanelerin hapishanelerden farksız olduğu
- c) Hasta adına doktorun talep miktarı ve şeklini belirlediği
- d) Hastanın hastalıktan kurtulamayacağı
- e) Hastalıkların acı ve ızdırap verdiği

Cevap Anahtarı

1.E, 2.A, 3.C, 4.D, 5.B, 6.D, 7.A, **8.B&D**, 9.B, 10.C

SAĞLIK EKONOMİSİ

ÜNİTE4

Dünya Sağlık Teşkilatı, sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurt içi Hasıla (GSYİH) içinde alması gereken ideal oranın %5'in üzerinde olması gerektiğini belirtmektedir. Oysa Türkiye'de bu oran 2000 yılına kadar %3-4'ü geçememiştir. 2000 yılından sonra da %5 ile %6 arasında değişmiştir. Finansmandaki bu eksikliğin birtakım sağlık problemlerini de beraberinde getirdiği söylenebilir. Son yıllarda sağlık sektörüne GSYİH'dan daha çok pay ayrılmasına rağmen, hâlâ gelişmiş ülkelerin çok gerisinde bulunmaktadır. 2011 yılı verilerine göre ABD'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı %11,9, Almanya'da %11,2, Belçika'da %10,5, İsveç'te %9,5 ve Yunanistan'da ise %9,1'dir. OECD ülkeleri ortalaması ise %9,1'dir. **Türkiye OECD ülkeleri içerisinde %5,4 ile en son sıradadır.**Değer6

Sağlık, sadece sağlık sektöründeki olumlu düzenlemeler ile değil, aynı zamanda diğer alanlarda da yaşanan pozitif gelişmelerle ulaşılabilecek bir iyilik hâlidir ki ekonomi bu alanların en önemlilerinden birisidir. Örneğin, çok iyi doktor ve hastaneye sahip olan bir ülkede, eğer insanlar gelir dağılımındaki adaletsizlikten dolayı dengeli beslenemiyorlarsa, tam bir iyilik hâlinin olduğundan bahsedilemez. Bu nedenle, sağlığı sadece tıp bilimiyle özdeşleştirmek yanlış olur. **Gelişmiş ülkelerde, sağlık ekonomisi, sağlık finansmanı, sağlık hukuku, sağlık mimarisi, sağlık sosyolojisi gibi birçok alt bilim dalları ortaya çıkmıştır.** Buna karşın, **Türkiye'de sağlık, sadece tıp fakülteleri ile sınırlandırılmış ve sağlığın disiplinler arası gelişimine olanak sağlayacak bilimsel altyapı henüz oluşturulamamıştır.**Değer8

SAĞLIK EKONOMİSİNİN TANIMI VE MAHİYETİ

sağlık ekonomisi, bu kavram ve tekniklerin sağlık sektörüne tatbikiyle ilgilidir.

sağlık ekonomisi, iktisadi teknikleri, kavramları ve teorileri, sağlığı etkileyen etkinliklere, aktörlere ve kurumlara uygulama işidir.değer2

sağlık sektörüne ayrılan kaynakların etkin kullanımını sağlamaya çalışan ve bunun için önlemler almak için araştırmalar yapan iktisatçıların uğraş alanına da sağlık ekonomisi denilebilir.

sağlık ekonomisini, ekonomi biliminin sağlık sektörüne tatbiki şeklinde ifade edebiliriz.Değer2

SAĞLIK EKONOMİSİNİN TARİHÇESİ

William Petty17. yüzyılda yaşamış ve tartışmalı da olsa reel ekonomist olarak kabul edilmektedir. Petty, sağlık konusunda kazanç ve kayıplarla ilgilenmiştir. Bu doğrultuda 1667'de İngiltere'de ortaya çıkan vebanın tedavisi için bir plan geliştirmiştir. **Bu etkili plandan ötürü de kral tarafından ödüllendirilmiştir.**değ3

Sağlık Ekonomisiyle ilgili ilk Birleşik Devletler konferansı 1992'de, **ilk uluslararası konferans ise 1973'de yapılmıştır.**Değer7Sağlık ekonomisi hakkında genel kabul görmüş herhangi bir kitap 1979'a kadar piyasaya çıkmamıştır. Diğer taraftan, Mezopotamya'da İ.Ö. 2.000 yılları civarında hüküm süren Hamburabi Kanunları'nda, hekimlik uygulaması yapan kişiye yönelik ödemeleri ya da hekimden alınacak tazminat miktarlarını düzenleyici maddelerin bulunduğu belirtilmektedir.

SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAPSAMI değer4

1-Sağlık ve Onun Değeri Nedir?

2-Sağlık Bakımından Başka Sağlığı Ne Etkiler?

3-Sağlık Bakım Talebi:

4-Sağlık Hizmetleri Arzı

5-Piyasa Analizi

6-Mikro Ekonomik Yaklaşım:

7-Planlama, Bütçeleme ve İzleme Mekanizmaları:

8-Tüm Sistem Seviyesinde Değerlendirme:

SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL İLİŞKİLER

Ülkelerin az gelişmiş ya da gelişmiş ülke olduklarına kimi zaman toplam doğurganlık hızı, ölüm hızı, hastalanma hızı, nüfus artış hızı gibi çeşitli sağlık göstergelerine bakılarak karar verilebilmektedir.

Örneğin, Dünya Bankasının 2011 atlasında gelişmiş ülke olarak kabul edilen Japonya'da toplam doğurganlık oranı, kadın başına 1.4, Danimarka'da 1.8 Belçika'da 1.8, Avusturya'da 1.4'dır. Buna karşılık, birer az gelişmiş ülke kabul edilen Afganistan'da bu oran 5.4, Kenya'da 4.5, Irak'ta 4.1, İran'da 1.9 ve Türkiye'de ise, 2.1'dir. **Görüldüğü gibi az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere doğru gidildikçe bu oran düşmektedir. 2015 fin5** Benzer şekilde, yukarıda bahsedilen diğer göstergelerde de **gelişmiş ülkeler daha düşüktür. 2015 fin5** Örneğin, Dünya Bankası 2012 verilerine göre, nüfus artış hızı Türkiye'de % 1.3 iken gelişmiş ülkelere İngiltere'de bu oran %0.8, Almanya'da %0.1, Kanada'da ise %1.1'dir. Yine aynı oran, düşük gelirli ülkelere Hindistan'da %1.3, Pakistan'da %1.7 ve Mısır'da ise %1.7'dir.

Az gelişmiş ülkelerde temel ölüm nedenlerinden birisi de bulaşıcı ve parazitik hastalıklardır. 2015 fin5 Bunların ardında yatan neden ise, özellikle çocuklardaki **yetersiz beslenmelerdir. 2015 fin5** Bulaşıcı hastalıklar, ölümün esas nedeni olmaları yanında, toplumdaki bir çok hastalığın da temel nedeni olmaktadır.

ABD'de Medicare ve Medicaid toplumdaki bazı kesimlere hizmet sunmak için geliştirilmiş iki sigorta sistemidir. Bunlardan Medicare, ABD'de 1966 yılında 65 yaşın üstündekiler için bir sigorta programı olarak başlamıştır. **Medicare programı, 65 yaşın üzerinde ve malül Amerikalıların sağlık faturalarının büyük bir bölümünü karşılamaktadır. Değer5**

Medicaid programı ise üç farklı nüfus gurubunu kapsamaktadır. Bunlar; yaşlılar, kör ve malullar ve fakir kadın ve çocuklardır.

SOSYO EKONOMİK KALKINMA İLE İLGİLİ GENEL İLİŞKİLER

Büyüme veya diğer bir ifadeyle gelişme, üretimin ve kişi başına gelirin bir önceki yıla göre artırılmasıdır. Ancak bu artışın sürekli olması gerekmektedir.

Kalkınma, büyümenin tanımını da içine almakta ve üretim ile kişi başına gelirin artırılmasının yanında, ülkenin sosyoekonomik yapısında değiştirilmesi ve modernizasyonu anlamına gelmektedir. Değer9

Kalkınmayla iç içe olan sağlık sektörü, kalkınmanın sonuçları olan sanayileşme, kentleşme, çevre kirliliği ve hızlı nüfus artışı gibi olumsuz etkenlerin giderilmesi ve belli bir standardizasyona gidilmesi konusunda sosyoekonomik gelişmeye katkı yapmaya muktedirdir.

kalkınmayı başarabilmek için insan unsuruna ve onun eğitimine ihtiyaç vardır. "İnsana yatırım" adı verilen bu çabalar başlıca üç çeşit harcamadan oluşmaktadır. Bunlar; eğitim, sağlık ve beslenme harcamalarıdır.

Hastalıklarla İlgili Genel İlişkiler

Sağlığın hastalıklara bağlı olarak önemini anlamak da mümkündür. Bunun için bakılması gereken göstergelerin başında ölüm oranları, ortalama ömürler, bebek ölüm oranları, beslenme durumları vb. unsurlar gelir. Bugün üçüncü dünya ülkeleri olarak adlandırılan azgelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda insanlar, düşük gelir seviyesiyle verdikleri yaşam mücadelelerine ek olarak, kötü beslenme, hastalık ve olumsuz sağlık koşullarıyla da karşı karşıyadırlar.

kötü beslenme ve buna bağlı olarak bebek hastalıkları ve ölümleri de gelişmekte olan ülkelerin büyük problemlerindendir. Kötü beslenme, bebek ölümlerinin en büyük sebebidir. Gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölümleri gelişmiş ülkelerdekinden yaklaşık altı kat daha fazladır. **Düşük gelir kötü beslenmenin, kötü beslenme de çalışanın etkinlik ve verimliliğini azaltmasıyla düşük gelirin bir sebebidir.**

Gelir seviyesi düşük ülkelerde, kötü beslenmenin yaygınlığı ve onun zararlı etkisinin en çok çocuklar arasında olduğu anlaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), üçüncü dünya çocuklarının %3'ünün kwashiorkor (protein eksikliğine bağlı bir hastalık) ve marasmus'a (hem protein hem de kalori eksikliğine bağlı bir hastalık) klinik vaka olacak düzeyde kötü beslenme sonucu yakalandıklarını belirlemiştir.

Sağlık ve eğitim, iki önemli refah unsuru ve göstergesidir.

Sağlık Sistemleri İle İlgili İlişkiler

Sağlık sistemlerini sınıflandırırken takip edilen ana yöntemlerden birisi, devletin piyasaya müdahale derecesidir. **Bu anlamda, devletin sağlık piyasasına müdahalesinin en az olandan en çok olana göre sınıflandırma aşağıdaki gibi yapılabilir 2016 vize 10**

- 1- Serbest piyasa tipi sağlık sistemi
- 2-Refah yönelimli sağlık sistemi
- 3-Kapsayıcı sağlık sistemi
- 4- Sosyalist tip sağlık sistemi

1-Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi

Bu tip sağlık sistemine sahip ülkeler, daha ziyade gelişmiş veya sağlık sigorta sistemi etkin işleyen ülkelerdir. kişi başına gelir düzeyi de yüksektir. **ABD'de uygulanan sistem bu kapsamda değerlendirilebilir. Değer10** ABD'de sağlık sisteminin organizasyonu ve fonksiyonları çoğulcu bir yapıya sahip olduğundan birincil sağlık bakımı tekdüze bir yapıda değildir. Ancak, diğer bölümlerde bahsedildiği gibi, ABD'de de ödeme gücü olmayanların sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanmaktadır.

Serbest piyasa tipi sağlık sisteminin orta gelirli ülkeler arasındaki tipik örneği Filipinler, düşük gelirli ülkeler arasındaki örneği de Kenya'dır.

2-Refah Yönelimli Sağlık Sistemi

Toplumsal refahı ve sosyal kalkınmayı esas alan bir sistemdir. Gelişmiş ülkelerden, **Almanya, Belçika, Fransa, Kanada, Japonya ve Avusturalya'da uygulanan bir sistemdir. 2016 vize12 2016 büt 7 2015 büt 4**Almanya'da sosyal sigortacılık, 1883 yılında Bismarck'ın sosyal reformu çerçevesinde hastalık sigortası, kaza sigortası, yaşlılık ve sakatlık sigortasıyla ilgili kanunların çıkışıyla başlamıştır. Buradan da anlaşılacağı gibi, refah

yönelimli sağlık sistemini uygulayan ülkeler, hastalık, yaşlılık ve sakatlık gibi olumsuz gelişmelerin kişi ve toplum refahını düşürmemesi için etkin bir sigortalama sistemi kurmuşlardır.

Diğer gelişme gruplarına mensup Peru ve Hindistan da bu sistemin uygulayıcısı ülkeler olarak öne çıkmaktadırlar.

3-Kapsayıcı Sağlık Sistemi2014 fin5

Gelişmiş ülkelerden **İngiltere'de** tipik uygulaması görülen **kapsayıcı sağlık sistemine göre, sağlık sigortası sisteminin tüm nüfusu kapsamayı, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması, doktor ve diğer sağlık personelinin ücret sistemi ile istihdam edilmeleri ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin tamamına yakınının doğrudan hükûmet kontrolünde sunulması esas alınmaktadır.** 2015büt5değer 1

Gelişmekte olan ülkelere Kosta Rika, azgelişmiş ülkelere de Sri Lanka bu sistemin tipik uygulayıcılarıdır.

4-Sosyalist Tip Sağlık Sistemi

Sosyalist tip sağlık sisteminin sağlık hizmetlerine yaklaşımı, sağlık hizmetlerindeki önceliklerin toplumun temel gereksinimlerine göre belirlenmesidir. Yani, tüm doktor, insan gücü ve sağlık altyapısının kamu denetiminde olması esastır. 1991 öncesi bu sistemin temel uygulayıcısı Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) ülkeleri, Küba ve Çin gibi ülkelerdi. Günümüz itibarıyla Küba'daki sistem bu kapsamda değerlendirilebilir.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Sağlık sigortası sisteminin tüm nüfusu kapsadığı, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlandığı, doktor ve diğer sağlık personelinin ücret sistemi ile istihdam edildikleri ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin tamamına yakınının doğrudan hükûmet kontrolünde olduğu sistem aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kapsayıcı sağlık sistemi
- b) Serbest piyasa tipi sağlık sistemi
- c) Sosyalist tip sağlık sistemi
- d) Refah yönelimli sağlık sistemi
- e) Kapitalist sağlık sistemi

2. Aşağıdakilerden hangisi sağlık ekonomisi için yanlış bir ifade olur?

- a) Sağlık ekonomisi; iktisadi teknikleri, kavramları ve teorileri sağlığı etkileyen etkinliklere, aktörlere ve kurumlara uygulama işidir.
- b) Sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların etkin kullanımını sağlamaya çalışan ve bunun için önlemler almak için araştırmalar yapan iktisatçıların uğraş alanıdır.
- c) Sağlık ekonomisi, kısaca ekonomi biliminin sağlık sektörüne tatbikidir.
- d) Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimi metoduyla sağlık sektörünün incelenmesidir.
- e) Sağlık ekonomisi, sağlık sektöründeki kurallar ve uygulamaların ekonomi alanına tatbikidir.

3. 17. Yüzyılda yaşayan ve sağlık konusunda kazanç ve kayıplarla ilgilenen ve bu doğrultuda 1667'de İngiltere'de ortaya çıkan vebanın tedavisi için bir plan geliştirdiği için kral tarafından da ödüllendirilen kimdir?

- a)Victor Fucs b)William Petty c)David Begg d)Henry Aaron e)UweReinhard

4. Aşağıdakilerden hangisi sağlık ekonomisinin doğrudan kapsadığı konulardan değildir?
a) Sağlık hizmetleri talebi
b) Sağlık hizmetleri arzı
c) Gelir dağılımı adaletsizliği
d) Sağlık ve onun değeri
e) Sağlığı etkileyen etmenler
5. ABD'deki Medicare programı hangi nüfus kesimlerini kapsamaktadır?
a) Zenginler b) Fakirler c) 15 yaş altı nüfus d) 15 yaş üstü nüfus e) 65 yaş üstü nüfus
6. Türkiye'deki 2012 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurt İçi Hasıladaki % 5,4'lük payına göre, OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında sırası nasıldır?
a) İlk sıradadır b) Son sıradadır. c) Ortalardadır. d) Üçüncü sıradadır.
e) İkinci sıradadır.
7. Sağlık ekonomisi ile ilgili ilk uluslararası konferans hangi yıl yapılmıştır?
a) 1923 b) 1950 c) 1960 d) 1973 e) 1983
8. Sağlıkla ilgili olarak aşağıdaki ifadelerin hangisi yanlıştır?
a) Sağlık sadece sağlık sektöründeki olumlu düzenlemelerle ulaşılabilen bir iyilik halidir.
b) Sağlık sadece sağlık sektöründeki olumlu düzenlemelerle değil, aynı zamanda diğer sektörlerde de yaşanan pozitif gelişmelerle ulaşılabilecek bir iyilik halidir.
c) Çok iyi bir doktor ve hastane altyapısına sahip olan bir ülkede, gelir dağılımı bozukluğuna bağlı insanlar dengeli beslenemiyorlarsa, sağlık düzeyi olumsuz etkilenecektir.
d) Türkiye'de de sağlıkla ilgili sadece tıp fakülteleriyle sınırlama yapılması ve disiplinler arası ilişkilere fazla önem verilmemesi eleştirilebilir bir durumdur.
e) Gelişmiş ülkelerde, sağlık ekonomisi, sağlık finansmanı, sağlık hukuku, sağlık sosyolojisi gibi alanlar sağlığın geliştirilmesine hizmet etmektedir.
9. Üretimin ve kişi başına gelirin artırılması yanında, ülkenin sosyoekonomik yapısının da değiştirilmesini ve modernizasyonunu ifade eden kavram aşağıdakilerden hangisidir?
a) Enflasyon b) Nüfus c) Kalkınma d) Büyüme e) Hastane
10. Aşağıdakilerden hangisi "serbest piyasa tipi sağlık sistemi"nin uygulayıcısı bir ülke olarak değerlendirilebilir?
a) Rusya b) Küba c) Çin d) ABD e) Venezuela

Cevap Anahtarı

1.A, 2.E, 3.B, 4.C, 5.E, 6.B, 7.D, 8.A, 9.C, 10.D

SAĞLIK VE EKONOMİK KALKINMA İLİŞKİSİ

ÜNİTE 5

Sosyoekonomik kalkınmasını tamamlayan ülkelerde sağlık sektörüne ayrılabilir yeterli kaynak olduğu için bu ülkelerdeki sağlık göstergelerinin ve sağlık altyapısının daha iyi durumda olduğu söylenebilir. Ayrıca, kalkınmış ülkeler sağlık teknolojisinin ve araştırmalarının geliştirilmesi ve modernizasyonu için yeterli araştırma geliştirme ödenekleri de ayırabilmektedirler.

Gelişmiş ülkelerdeki ortalama ömrün uzunluğu dışında, bebek ölüm hızının düşüklüğü, anne-çocuk sağlığının iyi olması, bulaşıcı hastalıkların azlığı gibi bir çok hususun sebebi de, ekonomik kaynaklarla önlemlerin alınabilmesindeki kolaylıklardır.

Sosyoekonomik Kalkınmanın Sağlığın Geliştirilmesindeki Rolü

Sosyoekonomik kalkınmanın sağlık üzerindeki etkisini görebilmenin bir yolu, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin durumunu gözden geçirmektir. Bunun için bakılması gereken göstergelerin başında ölüm oranları, ortalama ömürler, bebek ölüm oranları, beslenme durumları vb. gibi unsurlar gelir.

sosyoekonomik kalkınma sağlığı, sağlık da sosyoekonomik kalkınmayı beslemektedir. değer⁵

Bugün üçüncü dünya ülkeleri olarak adlandırılan gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda insanlar düşük gelir seviyesiyle verdikleri yaşam mücadelelerine ek olarak, kötü beslenme, hastalık ve olumsuz sağlık koşullarıyla da karşı karşıyadırlar. 1960'lerden bu yana bazı önemli gelişmeler kaydedilmesine rağmen, az gelişmiş ülkelerde 2012'de ortalama ömür hâlâ 60'ın altındadır. Oysa orta gelirli ülkelerde bu rakam 60'ın üstünde, gelişmiş ülkelerde ise 80 yılı geçmiştir.

kötü beslenme ve buna bağlı olarak bebek hastalıkları ve ölümleri de gelişmekte olan ülkelerin büyük problemlerindendir. Kötü beslenme, bebek ölümlerinin en büyük sebebidir. Gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölümleri gelişmiş ülkelerdekinden iki-üç kat daha fazladır. Düşük gelir kötü beslenmenin, kötü beslenme de çalışanın etkinlik ve verimliliğini azaltmasıyla düşük gelirin bir sebebidir.

Gelir seviyesi düşük ülkelerde, kötü beslenme yaygınlığı ve onun zararlı etkisinin en çok çocuklar arasında olduğu anlaşılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), üçüncü dünya çocuklarının %3'ünün kwashiorkor (protein eksikliğine bağlı bir hastalık) ve marasmus'a (hem protein hem de kalori eksikliğine bağlı bir hastalık) klinik vaka olacak düzeyde kötü beslenme sonucu yakalandığını belirlemiştir. Azgelişmiş ülkelerdeki ölüm oranlarının yüksek gözükmemesinin başlıca sebebi, çocuklar arasındaki yüksek ölüm oranının devam etmesidir.

Sağlık ve eğitim iki önemli refah unsurudur. Hükûmetin bu alanlara yatırım yapması yaşam standartlarındaki eşitsizliklerin azaltılmasına yardım edebilir. Sağlık hizmetleri, beslenme programları ve eğitime yapılan yatırımlar, emek gücünün verimliliğini artırarak ekonomik büyüme üzerinde pozitif bir etkiye de sahip olur.²⁰¹⁵
fin⁷kalkınma ve sağlık birbirini karşılıklı olarak tamamlayan iki unsurdur.

Sağlığın Sosyoekonomik Kalkınmaya Etkisi

sağlık şartlarının bozulmasının çevre, insan ve ekonomi üzerindeki etkileri şu şekilde belirlenmektedir:değer10

- 1- Emeğin elde edilebilirliğinin azalması
- 2- Üretkenliğin bozulması
- 3- Kaynakların olumsuz etkilenmesi ve özellikle de besin gereksiniminin artması
- 4- Doğal kaynakların, hayvan sağlığının ve turizmin bozulması.

Genel olarak sağlık şartlarının bozulmasının belirtilen bu etkilerinden başka, üretim yapan iş gücü üzerindeki etkisi de üç şekilde tasnif edilmektedir:

- a- Ölüm
- b- Hastalık ve sakatlık
- c- Güçsüzlük

Ölüm hâlinde çalışan iş gücünün tamamıyla yok olması söz konusudur ki, buradaki kayıp, bir ferdin emekli oluncaya kadar çalışacağı ortalama iş gücünün toplam değeri kadardır. Hastalık halinde ise hastalığın devam ettiği sürece iş gücü kaybı sözkonusudur. Sakatlık durumu, ya ölüm gibi iş gücünün tamamıyla yok olmasına ya da geçici bir süre iş gücü kaybına veya iş gücünün kapasitesinin azalmasına neden olmaktadır. Güçsüzlükte ise yine çalışma gücünde ortaya çıkan azalma veya tam verimli olamama durumu ortaya çıkar.

Anne Mills tarafından "Nepal'in Ekonomik Kalkınması Üzerinde Malaria (Sıtma) Kontrolünün Etkisi isimli yapılmış bir çalışmada, sıtma kontrolünün daha önceden ekilmemiş toprakların işletilmesine müsaade etmesiyle, ekonomik kalkınmayı desteklediği vurgulanmaktadır. Mills'e göre, sıtma kontrolünün maliyeti, toprağı prodüktif kılacak diğer yatırımların gerektirdiği maliyetten ve ekilmiş topraktan elde edilen getiriden daha azdır.

sağlık hizmetleri, sıtma konusundaki gelişme gibi, **doğrudan doğruya bir maddi mal üretimi değildir. Ancak, bir hizmet üretimidir ve maddi malların üretimi sürecinde bir ara basamaktır. değer8** İşte bunun içindir ki sağlığın ekonomik kalkınmaya net katkısını belirlemek güçtür. Çünkü, sağlığa ayrılan harcamalar doğrudan doğruya üretimi artırmayı değil, insanların sağlıklı durumunun idamesi için yapılmaktadır. Fakat daha sağlıklı insanlardan oluşan bir toplum, daha fazla üretim yapabilme ve daha hızlı kalkınabilme imkânına sahiptir.

Sağlık Hizmetlerinin Ekonomiye Katkısı

sağlık hizmetleriyle ekonomi arasındaki ilişkinin ele alınışı, eski tarihlere gitmesine rağmen, asıl incelemelerin 1960'lardan sonra başladığını görmekteyiz.

1960'ların ortasından itibaren geniş bir literatür incelemesini Herbert Klarman yapmıştır. 1965'te yayınladığı Sağlık Ekonomisi adlı kitabında, bu alandaki ekonomistler ve onların yaptığı çalışmalarla politika kararları arasındaki ilişkiyi incelenmiştir

Sağlık hizmetlerinin ekonomi üzerindeki katkısını belirlemek için daha ziyade sağlık hizmetlerinden elde edilen yararların analiz edilmesine başvurulmaktadır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen yararlar ise ikiye ayrılır.

- 1- Sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik olmayan yararlar
- 2- Sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik yararlar

Bireyin istenmeyen durumlarından kurtulmak için sağlık hizmetlerinden faydalanıp, bunlardan kurtulması sonucu elde ettiği yararlar ekonomik olmayan yararlardır.

Sağlık hizmetlerinin tüketilmesi sonucu elde edilen ekonomik yararlar, üretim ve tüketimle ilgili bir konudur. **Bireylerin sağlıklı olmaları onların daha fazla tüketimde bulunmalarına sebep olabildiği gibi, elde edilen üretim artışı da hem bireylere hem de üyesi bulundukları topluma katkıda bulunmaktadır.2015 fin6**

Mushkin, sağlığın insan sermayesinin bir bölümünü oluşturduğu görüşündedir. Yani ona göre, sağlık için yapılan giderler, eğitime yapılan giderler gibi bir yatırım özelliği taşır. Mushkin, bu yatırımdan elde edilen kazancı da;

a- Bireylerin üretici güçlerini koruyabilmeleri,

b- İleride artan oran ve nicelikte yapılması gerekecek olan sağlık giderlerini önlemesi şeklinde açıklamaktadır.

Theodore W. Shultz, tüketim harcaması olarak adlandırdığımız eğitim ve sağlık harcamasının birer beşerî sermaye yatırımı olduğunu vurgulamaktadır. Ona göre eğitim ve sağlığa yapılan yatırımlar insanların daha iyi iş bulma avantajlarını artıracak ve böylece daha fazla kazanç elde etmelerini sağlayacaktır.

sağlıkla ilgili bazı iddialar ise onun refah maksimizasyonuna engel de olabileceğini vurgulamaktadır. Bu da şu üç noktada toplanmaktadır:

a- Çoğu insan hasta olmasına rağmen, muayene olmak istemez ve hatta hastalıklarını inkar eder,

b- Zihinsel olarak hasta olan biri, tüketicinin egemenliği modeline tam uymaktadır,

c- Acil muayene ihtiyacı duyan hastalar, tercihlerini ortaya koyma pozisyonunda değillerdir.

yapılan çalışmaların hemen hemen hepsi daha iyi sağlığın daha iyi refah olduğunu vurgulamaktadır.

fertlerin birtakım şüphe, korku, acı ve ızdıraplardan kurtulmak için yararlandıkları sağlık hizmetleri **tüketim,** buna karşılık **bedensel bir rahatsızlığı ya da ileride meydana çıkması muhtemel olan hastalıkları en az seviyede tutmak için yapılan harcamalarda yatırım harcamalarıdır. 2016 vize 4 değer 1**Örneğin, bir kişinin güzelleşmek (estetik) vb. gibi durumlara yaptığı tıbbi harcamalar tüketim harcaması, **yirmi yaşındaki birinin fıtık ameliyatı için yaptığı giderler yatırıma yönelik harcamalardır. Değer2**

sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan en önemli katkısı, üretimdeki nitelik ve nicelik olarak sağlanan faydalardır. Değer9

Sağlık Sektöründeki Ekonomik Sorunlar

1- Makro kaynak dağılımı sorunu

2- Stratejik ve operasyonel etkinlik sorunu

1-Makro Kaynak Dağılımı Sorunu

Sağlık sektöründeki kaynaklar maksimum etkinlikle kullanılmış olsalar bile, onların temel sağlık ihtiyaçlarını yeteri derecede karşılamaları olanaksızdır. **Çünkü, kullanılacak kaynaklar sınırlıdır.2016 vize14** Sağlık sektörüne daha fazla kaynak aktarılması borçlanma veya vergi artırımı yoluyla gerçekleştirilebilir.

Sağlık hizmetlerinin hem ihtiyaçlara hem de gelişmiş ülkelerin ortalamasına göre tahsis edilmesi gerekir. Bunu hem teknik hem de ekonomik açıdan yapılan tahsisler desteklemelidir. Ancak, pek çok gelişmekte olan ülkedeki sağlık sektöründe bu durum

başarılammamaktadır. Çünkü hem kaynaklar yetersiz hem de beşerî sermaye olarak bilinen kalifiye insan gücü zayıftır. Diğer taraftan, mevcut iktisadi kaynaklar ve beşerî gücün dağılımı da dengesizdir. Bunun sonucunda ise etkin olmayan bir sağlık sektörü ortaya çıkmaktadır.

2-Stratejik ve Operasyonel Etkinlik Sorunu **değer7** **2015büt 6**

Zayıf işleyen makro-kaynak tahsisi kararları, stratejik ve operasyonel etkinsizliklerle şiddetlenmektedir.

a-Kolay Ulaşılabilirlik ve Kullanım

b-Etkinsizlik, Düşük Kalite ve Güvenilmez Kamu Hizmetleri

c-Zayıf Fonksiyon Gören Müracaat Sistemleri

d- İlaç Arz Sistemlerindeki Etkinsizlikler

e- Zayıf Mali Planlama ve Yönetim Sistemleri

• **Üretim, tüketim, verimlilik ve etkinlikte** artış sağlanması gibi sonuçlar, sağlığın ekonomik yararları olarak adlandırılır. **2016 büt2**

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Fertlerin birtakım şüphe, korku, acı ve ızdıraplarından kurtulmak için yararlandıkları sağlık hizmetleri için yaptıkları harcama ne tür harcamadır?

- a) Tüketim harcaması
- b) Yatırım harcaması
- c) Emlak harcaması
- d) Gıda harcaması
- e) Turizm harcaması

2. 18-20 yaşlarındaki bir gencin fitik ameliyatı için yaptığı giderler sağlık ekonomisi uzmanlarınca hangi tür harcama içerisinde değerlendirilmektedir?

- a) Tüketim harcaması
- b) Yatırım harcaması
- c) Emlak harcaması
- d) Gıda harcaması
- e) Turizm harcaması

3. Aşağıdakilerden hangisi sosyoekonomik kalkınmasını tamamlamış ülkelerdeki sağlık göstergelerinden olamaz?

- a) Bebek ölüm oranları düşüktür.
- b) Ortalama ömür daha yüksektir.
- c) Sağlık teknolojisi daha modernidir.
- d) Tıp eğitimi daha etkilidir.
- e) Ortalama ömür daha düşüktür.

4. Aşağıdakilerden hangisi özellikle gelişmekte olan ve azgelişmiş ülkelerin etkin ve verimli bir sağlık sektörü ve göstergesine sahip olamamalarının temel nedenlerindendir?

- a) Coğrafi alanların düşüklüğü
- b) İnsanların doktora gitmemesi
- c) Genç nüfus oranının yüksekliği

- d) İklim koşullarının kötülüğü
e) Hem ekonomik kaynak hem de yetişmiş insan gücü yetersizlikleri
5. Aşağıdakilerden hangisi sağlık ve ekonomik kalkınma ilişkisiyle ilgili doğru bir ifadedir?
a) Sağlık ile ekonomik kalkınma arasında ilişki yoktur.
b) Sağlık göstergeleri iyileştikçe ekonomik kalkınma yavaşlar.
c) Ekonomik kalkınma gerçekleşikçe sağlık göstergeleri kötüleşir.
d) Ekonomik kalkınma sağlığı, sağlık da ekonomik kalkınmayı beslemektedir.
e) Sağlık göstergeleri kötüleştikçe ekonomik kalkınma hızlanır.
6. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sektöründeki ekonomik bir sorun olarak değerlendirilmez?
a) Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların yetersizliği
b) Ülkenin gelir düzeyinin düşüklüğü
c) Halkın geleneksel sağlık yöntemlerine başvurması
d) Ekonomik kaynakların kullanımındaki verimsizlikler
e) Ekonomik kaynakların dağılımındaki adaletsizlikler
7. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sektöründeki temel sorunlardan olan stratejik ve operasyonel etkinlik sorunlarından değildir?
a) Makro kaynak dağılımı sorunu,
b) Kolay ulaşılabilirlik ve kullanım,
c) İlaç arz sistemlerindeki etkinsizlikler,
d) Zayıf mali planlama ve yönetim sistemleri,
e) Zayıf fonksiyon gören müracaat sistemleri.
8. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
a) Doğrudan doğruya bir maddi mal üretimi değildir.
b) Doğrudan doğruya maddi bir mal üretimidir.
c) Maddi malların üretimi sürecinde bir ara basamaktır.
d) Ehliyetli sağlık çalışanları tarafından sunulmaktadır.
e) Bir hizmet üretimidir.
9. Sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan en önemli katkısı nedir?
a) Yeni fabrikaların kurulması
b) Üretimde nitelik ve nicelik olarak sağlanan faydalar
c) Nüfusun artırılması
d) Çocukların okula gitmesi
e) Ortalama ömrün uzaması
10. Aşağıdakilerden hangisi sağlık şartlarının bozulmasının çevre, insan ve ekonomi üzerindeki etkilerinden değildir?
a) Emeğin elde edilebilirliğinin azalması
b) Üretkenliğin bozulması
c) Kaynakların olumsuz etkilenmesi ve özellikle de besin gereksiniminin artması
d) Doğal kaynakların, hayvan sağlığının ve turizmin bozulması
e) Teknolojiye bağımlılığın artması

Cevap Anahtarı

1.A, 2.B, 3.E, 4.E, 5.D, 6.C, 7.A, 8.B, 9.B, 10.E

SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

ÜNİTE 6

fiyat düzeyi ile talep edilen mal ve hizmet miktarı arasında negatif yönlü bir ilişki vardır ki, buna "talep yasası" denilmektedir.2016 vize 5 2015 fin1 Bunun anlamı, bir mal ve hizmetin fiyatı düştüğü zaman o mal ve hizmetten daha çok, fiyatı arttığı zaman da daha az alınmasıdır. Belirtilmesi gereken husus, bu kural normal kabul edilen mal ve hizmetler için geçerlidir. Hem sağlık sektörüne ait mal ve hizmetler hem de normal piyasadaki mal ve hizmetlerin normal mal olma özelliği geçerli olmadığında ise talep yasası geçerli olmayacaktır.

tüketicilerin sağlık hizmetlerini talep etmeleri iki nedene bağlıdır. Bunlar; kendilerini daha iyi hissetmeleri için tıpkı bir tüketim malı gibi aldığı hizmetler ve mevcut yaşam kalitelerini yükseltmek için yatırım malı gibi aldıkları hizmetlerdir.

Yine kişilerin zevk ve tercihleri ve bunlardaki değişimler, zamanın önemi, gelir düzeyi, ulaşılabilirlik, fiyat gibi pek çok faktör sağlık hizmetleri talebini etkileyebilmektedir. Örneğin gelir düzeyi arttıkça sigorta kapsamında olmayan estetik ameliyatların artacağı düşünülebilir. Ya da burun yapısını beğenmeyenlerin estetik ameliyatı olması zevk ve tercihe örnek olarak verilebilir.

SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

Talep, alıcıların kendileri için uygun olan çeşitli fiyatlardan almak istedikleri mal veya hizmet miktarıdır. Sağlık hizmetleri piyasasındaki talep yapısı, normal piyasalardaki gibi düzenli ve kesiksiz olmaktan çok, öngörülemez ve hesaplanamayacak niteliktedir ve bir belirsizlik söz konusudur.

sağlık hizmetleri talebi miktarını belirleyen önemli bir unsur olarak sigorta karşımıza çıkmaktadır. Sigorta aracılığıyla insanlar, gelecek sağlık konusundaki belirsizliği güvence altına almaya çalışırlar. Sigortanın olup olmaması durumuna göre de talep miktarı artmakta veya azalmaktadır.

Sağlık bakımı, hastane hizmetleri ve doktor hizmetlerini içeren sağlık hizmetlerinin geniş bir karışımını ifade eder.

maliyet sıfır olduğu zaman, fertlerin alabileceği sağlık bakım miktarının bir üst sınırının olduğudur. Çünkü, çok kaliteli hizmet birimleri ve tecrübeli kişilerce hizmet sunulan gruplar bile, sınırsız bir sağlık bakımından fayda sağlayamazlar. Hatta bu sınırsız bakım, doktora ve onun ailesine bile uygulanmaz (mesleğin içinde olmalarına rağmen). Diğer taraftan, aşırı zengin fertlerin gelir ve servetlerine göre, sağlık bakımına ödedikleri fiyat çok küçük kalabilir. Böyle olmasına rağmen, onların talep edebilecekleri miktar da sınırlıdır.

Sağlık hizmetlerinde, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi bir ikame imkânı ve fiyata göre tüketicinin talep miktarını bağımsızca ayarlaması söz konusu olmadığı için devletin bu konuda düzenleme yapması gerekmektedir.

Sağlık talebini ulusal ekonomi düzeyinde, bütün boyutlarıyla düzenleme "sosyal devlet" anlayışının bir gereği sayılmaktadır. Devlet doğrudan "talep yaratıcı" olabildiği gibi, talep yaratılmasına yardımcı da olabilmektedir. Sigortasız ve yoksul kişilerin ücretsiz tedavisi, düşkünler için bakımevi açılması, bulaşıcı hastalıklara yakalananların ve ruh

hastalarının zorunlu ve kontrollü tedaviye alınması devletin talep yaratıcı rolüne örnek olarak gösterilebilir. Diğer taraftan devlet, kişisel talebin doğmasına yardımcı olmak için, fertlere gönüllü kuruluşlara, hayır kurumlarına, kamu kesimi dışında sağlık alanında çalışan kurum ve kuruluşlara doğrudan veya dolaylı yollardan olanaklar sağlayabilmektedir. **sağlık hizmetleri piyasasındaki talep ediciler (tüketiciler) "mutlak bağımlı" durumdadırlar.**

SAĞLIK SİGORTASININ SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Gelişmiş ülkelerde, nüfusun büyük bir çoğunluğu zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. 2015 büt 7 Hatta bazı ülkeler (İngiltere ve Danimarka gibi), tüm nüfusunu sağlık sigortası kapsamına almış ve giderleri bütçeden karşılamaktadırlar. Kişilerin gelirlerinden bir kısmını **gönüllü olarak tedavi sigortası için ayırmadaki bilgisizlikleri ve isteksizlikleri karşısında,tedavinin sağladığı toplumsal kazancın büyüklüğü, devletleri sağlık sigortasını zorunlu hâle getirmeye itmiştir.2015 büt7**

tüketici üzerindeki etkileri analiz etmek için tüketicilerin sigortalı olmaya karşı çıktıkları riskleri de dikkate alınmalıdır. Tüketici ve üretici rantını analiz için böyle basit bir analiz yeterli olmaz. Bununla beraber, **bu basit analiz bile sağlık sigortasının mevcudiyeti durumunda, başvuru sayısı ve doktor rantının arttığını göstermektedir.2015 büt7**

Dolayısıyla, sigorta kurumları sigortalıların tedavi taleplerini aşırı derecede artırmalarını önlemek için sağladıkları tedavi finansmanına bazı sınırlar koymaktadırlar. Bu sınırlardan en yaygın olanı, her tedavi harcamasından sabit ve belli bir miktarı indirerek ödeme yapmaktır.

diş tedavisi, dinlendirici gözlük, fizik tedavi gibi hayati önem taşımadığı kabul edilen tedavi hizmetlerinde, talebin düşük fayda sağlayan bölümünü azaltmada başarılı olabilirler. değer9.

Ancak tıbbi maliyetlerin artışını durdurmak için uygulanan bütün bu yöntemlerin fazlaca başarılı olduğunu söylemek pek doğru olmayacaktır. Çünkü, yukarıda belirtildiği gibi sağlık hizmetlerindeki arz ve talep yapısı son derece özellikli bir yapıya sahiptir

Tıbbi talebi etkileyen önemli bir unsur tüketici sağlık bilgisidir.2014fin7Eğer tüketici detaylı bir bilgiye sahipse, doktor teşvikli tıbbi talebe daha az rıza göstermektedir. Buna karşılık, tüketici ne kadar az bilgiye sahipse teşvik edilen talebe uyum göstermesi o kadar çok olacaktır.

Sonuç itibariyle, her ne kadar talep teşviğini deneysel olarak belirlemek zorsa da diğer şartlar sabit kalmak şartıyla, tüketiciler ne kadar çok teşviğe yönlendirirlerse, toplam olarak o kadar çok tüketimde bulunacaklardır.

SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİ BELİRLEYEN TEMEL FAKTÖRLERdeğer2

1-Gelir Düzeyi

gelir düzeyi ile sağlık hizmetleri talebi doğrusal ilişkiye sahiptir. Bu hem fertlerin önemli hastalıkları için hem de estetik ameliyatlara gibi zevk ve tercihleri için geçerli bir durumdur. **Fertlerin geliri arttıkça sağlık hizmetleri talebi artar.Değer3** Ancak bu artış, her sağlık hizmeti talebi için orantılı değildir. Örneğin, yaşamsal önemi olan sağlıkla ilgili mal ve hizmetlere gelir düzeyi arttıkça ayrılan pay, estetik, ağız ve diş sağlığı gibi fiyatı yüksek ve ertelenmesi mümkün olan hastalıklara ayrılan pay daha az olacaktır. gelir artışı sağlık hizmetleri talebini ya da tüketimini artırır, ancak belli bir doyum noktasından sonra sabitleşir.

2-İlişkili Mallar veya Sağlık Hizmetlerinin Fiyatı

İlişkili mallardan kastedilen, otomobil-otomobil lastiği, penisilin-şırınga, radyolojist-röntgen gibi tamamlayıcı mal ve hizmetler ve hastanede kalma ile evde kalma, nohut yerine fasulye tüketme, böbrek hastalığı için nefroloji veya üroloğa gitme gibi ikame edilebilir mal ve hizmetlerdir. Buna göre, eğer tamamlayıcı malların fiyatı artarsa, ilgili sağlık mal veya hizmetinin talebi düşecektir. Tersine tamamlayıcı malın fiyatı düşerse, talep artacaktır. İkame mallarından birinin fiyatı artarsa diğerine olan talep artacaktır. Örneğin, ürolojide çok yüksek masraf gerekiyorsa, nefroloğa gitmenin seçilmesi gibi. Ya **da hastanede kalış ücretlerinin artması, fertleri evde bakım hizmetlerinde yönlendirebilecektir.**2016büt4Böylece, genel olarak şunu ifade etmek mümkündür; sağlık mal ve hizmetlerinin fiyatı artıkça talep azalmakta, fiyatı düştükçe talep artmaktadır.

3-Zevk ve Tercihler

Zevk ve tercihler mal ve hizmet talebi üzerinde ciddi etkiye sahiptir. Bu da bireylerin alışkanlıkları, kültürel ve sosyal durumları ve kişisel zevkleri ile ilişkilidir. Örneğin, tiyatroya gitme, sinemaya gitme, konsere gitme, giyim-kuşam özellikleri ve renk seçimleri gibi hususlar bireyin zevk ve tercihlerine göre talebini etkiler. **Örneğin ihtiyaç duyulan sağlık malı ya da hizmeti burun şeklini değiştirmeye yönelik bir özellikteyse, fiyatın artması talep eden kişinin fikrini değiştirebilir.** Ancak mal ya da hizmetin ihtiyaç olması durumunda, fiyat artışları kişilerin talebi üzerinde etkili olmaz ya da az etkiye sahip olur.

Fertlerin sağlık hizmetleri konusundaki talepleri, nüfus, eğitim, çevre, yaşam biçimi ve genetik gibi değişik özelliklere bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Cinsiyet ve yaş yapısı da sağlık hizmetleri talebini etkileyebilir. **Yaşlıların toplam sağlık harcamaları, gençlere göre çok daha fazladır ve cinsiyet, yaş ve genetik özelliklerin değiştirilmesi de mümkün değildir.**

4-Nüfus ve Aile Yapısındaki Değişimler

Gelir düzeyinin yükselmesine ve sağlık koşullarının iyileşmesine bağlı olarak toplumlardaki ortalama ömürlerde artmaktadır. Ortalama ömrün artması demek ise toplumdaki yaşlı nüfus oranının artmasına sebep olmaktadır. İşte **toplumdaki yaşlı nüfus oranının artması, daha fazla sağlık hizmeti talep edilmesine sebep olacaktır.**Değer6 **Örneğin, kırsal alanlarda yaşanan dönemlerde evde yapılan doğumların şehirleşme sürecinden sonra, %100'e yakın oranı hastanelerde yapılmaktadır.** Yine aileleri tarafından bakılan yaşlıların, günümüzde çoğunlukla bakımevleri ya da huzurevlerinde bakılıyor olması da aile yapısındaki değişime bağlı olarak sağlık hizmetleri talebini artıran sebeplerdendir.

5-Sağlık Sigortası

sağlık sigortasına sahip olan insanlar daha çok sağlık hizmeti talep etmektedirler.değer4Türkiye'de 1990'lı yılların başından 2012 yılına kadar uygulanan "yeşil kart" uygulaması da özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sağlık hizmeti talebini artıran önemli bir sağlık sigortası örneğidir.

6-Sağlık Hizmeti veya Sağlık Malının Kalitesi

Özellikle hayat standartlarının yükselmesi ve kültür düzeyinin artmasına bağlı olarak insanlar her hizmet ve malda kalite unsurunu önemsemektedirler. Bu tutum veya algı sağlık hizmetleri için de geçerlidir.

7-Hava Koşulları ve Mevsimsel Özellikler

Özellikle Türkiye gibi değişik hava koşullarının ve mevsimlerin yaşandığı ülkelerde, bunlara bağlı hastalıklar ortaya çıkmakta ve böylece sağlık hizmetleri talebi artabilmektedir. Örneğin, havaların soğuduğu ya da mevsimsel geçiş dönemlerinde grip vakalarındaki artış

8-Kişisel Özellikler

Sağlık hizmetleri talebini etkileyen kişisel özellikler olarak, cinsiyet, eğitim düzeyi, kalıtsal özellikler, kültürel algılar ve yaş gibi hususlar ifade edilmektedir.2015 fin8değer7Buna göre, örneğin kadınların erkeklerden farklı olarak doğum süresince ve doğum anında sağlık hizmeti talep etmek zorunda oldukları ifade edilebilir. Yine bir kısım fertlerin diğerlerinden farklı olarak kalıtsal özelliklerine bağlı olarak bazı hastalıklara yakalanma riskleri yüksektir ve bunların rutin kontrol yaptırılmaları doktorlarca önemli tavsiye edilmektedir. Kalp rahatsızlıkları, çeşitli kanser hastalıkları buna örnek gösterilebilir.

9-Doktorların Rolü

Sağlık hizmetleri talebini etkileyen önemli bir taraf da hekimlerdir. Bilindiği gibi, sağlık hizmetleri talebi sadece hasta olan birey tarafından değil, aynı zaman da muhatap olunulan doktor tarafından birlikte belirlenmektedir. Hatta talebin miktar ve türünü bizzat doktor belirlemektedir. Eğer doktorlar hastaya üzerinden para kazanılacak bir unsur olarak bakıyorlarsa, çok fazla sağlık hizmeti alınmasına sebep olacaklardır. **Günümüzde hastanelerde uygulanan performans sisteminin en önemli sakıncalarından birisi hastaya gereksiz tahlil ve tedavilerin uygulanmasına sebep olabilmesidir.2015 fin9**Yine gereksiz cerrahi müdahaleler ve başka sağlık birim veya kişilerine yönlendirmelerde yaşanabilmektedir. İşte tüm bu gelişmeler göstermektedir ki iyi organize edilmeyen veya doğru çalışmayan doktorların olduğu sistemlerde gereğinden çok ya da az sağlık hizmeti talep ettirilebilmektedir.**Değer10**

10-Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliği ve Ulaşılabilirliği

Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinden, ilgili hizmetin bulunabilirliği, ulaşılabilirliği, masraflarının karşılanabilirliği ve kabul edilebilirliği gibi hususlar öne çıkmaktadır. Bunu derecesi de hastanın cebinden çıkan para, çeşitli tedavi biçimleri için beklenen kuyruğun uzunluğu ve tedavi olacak hastayı niteleyen durumlara göre değişir. Örneğin, Erzurum ilindeki bir hastaneye Ağrı ilinin bir köyünden gelecek bir hastan hem masrafı çok olacağı için hem de günübirlik tahlil ve tedavisini yaptıramayacağı için zaman kaybından dolayı bu talebinden vazgeçmesi mümkündür. **Bu nedenle, hastalar kullanılabilirliği ve ulaşılabilirliği zor olan durumlarda sağlık hizmeti taleplerini azaltmakta, kullanılabilirliği ve ulaşılabilirliği kolay olan durumlarda da taleplerini artırmaktadırlar. 2016 vize 9**

DEĞERLENDİRME SORULARI

- Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri talebinin özelliklerinden biri değildir?
 - Sağlık hizmetlerini talep ve arz edenler eş bilgiye sahiptirler.
 - Sağlık hizmetlerine olan talep düzensizdir.
 - Sağlık hizmetleri tüketimi rastlantısalıdır.
 - Sağlık hizmetleri talep miktarında doktorların büyük rolü vardı
 - Sağlık hizmetleri talebi, normal mal ve hizmetlere olan talepten farklılıklar gösterir.
- Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri talebini etkileyen temel faktörlerden değildir?
 - Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği ve ulaşılabilirliği
 - Doktorlar

- c) Sağlık hizmeti veya sağlık malının kalitesi
d) Gelir düzeyi
e) Siyasi parti üyeliği
3. Gelir düzeyi ile sağlık hizmetleri talebi arasında nasıl bir ilişki vardır?
a) Gelir düzeyi artarken sağlık hizmetleri talebi azalır.
b) Gelir düzeyi azalırken sağlık hizmetleri talebi artar.
c) Gelir düzeyi artarken sağlık hizmetleri talebi artar.
d) Gelir düzeyi artarken sağlık hizmetleri talebi sabit kalır.
e) Gelir düzeyi ile sağlık hizmetleri talebi arasında bir ilişki yoktur.
4. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sigortasına sahip olmanın sağlık hizmetleri talebi üzerindeki doğru etkisidir?
a) Sağlık sigortasına sahip olma sağlık hizmetleri talebini azaltır.
b) Sağlık sigortasına sahip olma sağlık hizmetleri talebini etkileme
c) Sağlık sigortasına sahip olma sağlık hizmetleri talebini negatif etkiler.
d) Sağlık sigortasına sahip olma sağlık hizmetleri talebini artırır.
e) Sağlık sigortasına sahip olma ile sağlık hizmetleri talebi arasında herhangi bir ilişki yoktur.
5. Sağlık hizmetleri tüketimi (talebi) ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?
a) Sağlık hizmetleri sınırsız düzeyde tüketildikçe faydası da artacaktır.
b) Sağlık hizmetleri tüketiminin üst sınırı uzman doktorun öngördüğü kadar olmalıdır.
c) Sağlık hizmetleri tüketimi gençlerde yaşlılardan daha çoktur.
d) Sağlık hizmetleri tüketiminde zevk ve tercihlerin hiçbir etkisi yoktur.
e) Sağlık hizmetlerinin tüketim miktarı tamamen talep edici tarafından belirlenir.
6. Toplumdaki ortalama ömrün artmasının bir sonucu olarak sağlık hizmetleri talebi nasıl etkilenir?
a) Ortalama ömür artıkça sağlık hizmetleri talebi artar.
b) Ortalama ömür artıkça sağlık hizmetleri talebi azalır.
c) Ortalama ömür artıkça sağlık hizmetleri talebi değişmez.
d) Ortalama ömür artışıyla sağlık hizmetleri talebi arasında bir ilişki yoktur.
e) Ortalama ömür artıkça sağlık hizmetleri talebi sıfır olur.
7. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmeti talebini etkileyen kişisel özelliklerden biri değildir?
a) Cinsiyet
b) Yaş
c) Kalıtsal yapı
d) Kültürel algılar
e) Mevsimsel değişimler
8. Aşağıdakilerden hangisi devletin sağlık hizmetleri talebini etkileme yönüyle ilgili yanlış bir ifadedir?
a) Devlet sağlık hizmetleri talebini ulusal düzeyde düzenleyici olarak etkileyen bir taraftır.
b) Devlet sağlık hizmetleri talebini doğrudan yaratıcı bir taraf olarak etkilemektedir.
c) Devletin sağlık hizmetleri talebini etkilemede bir rolü yoktur.
d) Devletin sağlık hizmetleri talebi yaratılmasına katkı yapan bir taraf olarak etkisi vardır.

e) Devlet sağlık hizmetleri talebini etkileyen en önemli taraflardan biridir.

9. Kullanılabilirliğin ve ulaşılabilirliğin zor olduğu durumlarda sağlık hizmetleri talebi nasıl etkilenir? **2016 vize9**

- a) Artar.
- b) Azalır.
- c) Değişmez.
- d) İlişkisizdir.
- e) Sıfırlanır.

10. Bilindiği gibi doktorlar, sağlık hizmeti talep miktarını belirleyen en önemli taraflardan birisidir. Buna göre, günümüzde hastanelerde uygulanan performans sisteminin sağlık hizmetleri talebi üzerindeki en önemli sakıncalarından biri olarak aşağıdakilerden hangisi düşünölebilir?

- a) Talebi etkilemez.
- b) Talebi azaltır
- c) Talebi sıfırlar
- d) Gereksiz talep artışına sebep olabilir
- e) Aralarında ilişki kurulamaz.

Cevap Anahtarı

1.A, 2.E, 3.C, 4.D, 5.B, 6.A, 7.E, 8.C, 9.B, 10.D

SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI

ÜNİTE 7

Fiyat düzeyi ile arz edilen mal ve hizmet miktarı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ki, buna "arz yasası" denilmektedir.değer3 Bunun anlamı, bir mal ve hizmetin fiyatı düştüğü zaman o mal ve hizmetten daha az, fiyatı arttığı zaman da daha çok satılmak ya da üretilmek istenecektir.

Devlet verem gibi bir bulaşıcı hastalığın topluma vereceği zararları önlemek için veremle ilgili sağlık hizmetlerini çoğu zaman karşılıksız yapmaktadır. Oysa piyasada üretilen diğer mal ve hizmetlerin bedelsiz elde edilmesi mümkün değildir. **Buna karşılık, hayatı tehdit etmeyen ve estetik müdahaleler gibi sağlık hizmetleri arzı ise yüksek fiyatlarla serbest piyasa koşullarında sunulabilmektedir.** Sosyal faydası ve pozitif dışsallığı yüksek olan sağlık hizmetlerinin arzında ise fiyat ile olan doğrusal ilişki her zaman işlemeyebilir.

SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI

Arz; satıcıların kendileri için uygun olan çeşitli fiyatlardan satmak istedikleri mal veya hizmet miktarıdır.

sağlık hizmetleri arzını, tıp doktoru, diş hekimi, eczacı,hemşire, sağlık teknisyeni, sağlık memuru, ebe, laborant ve diğer yardımcı personel gibi yetkili ve ehliyetli kişilerin yapması gerekmektedir.değer1 Bu meslek sahipleri arzettikleri sağlık hizmetlerini, herhangi bir sağlık kuruluşunda verdikleri gibi zaman zaman kendi evlerinde de verebilmektedirler. **Sağlık hizmeti arz edilen yerleri** ise küçüğünden büyüğüne **sağlık ocağı, tedavi evi, dispanser, hükûmet tabipliği, muayenehane olmak üzere yataksız tedavi birimleri ve revir, sağlık merkezi, hastane** gibi yataklı sağlık kuruluşlarıdır.değer2

Sağlık hizmetleri arzını kısa sürede veya fiyattaki artışla eş oranlı artırmak mümkün olmamaktadır.2016 vize11Yani, sağlık hizmetleri arz eğrisi oldukça inelastik bir yapıya sahiptir.değer9

sağlık sektöründe faaliyet gösteren üretim birimleri (özel olanlar hariç) ya kâr amacı gütmeyenler ya da kâr amacı birinci öncelikte değildir. Çünkü bu kuruluşlar öz gelirlerinden başka, devlet desteği veya başka yardımlar gördükleri için hizmetin fiyatını maliyetin altında tutabilmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek ve üst düzeyde hizmet üretebilmek, kendi alanlarında uzmanlaşmış kişilerin bir araya gelmesiyle mümkün olmaktadır. Bir cerrahın ameliyatta yardımcı personele büyük bir ihtiyacı vardır. Eğer yardımcı personel olmazsa, cerrah o ameliyatı ya yapamaz ya da ameliyat istenilen kalitede olmaz.

Sağlık hizmetlerindeki arz yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar.2016 vize11Fiyat, sağlık hizmetleri piyasasında dengeleme görevi yapamaz. Çünkü, devlet, yasa ve yönetmeliklerle piyasada oluşacak fiyatı denetim altında tutar. Ayrıca, düşük gelir sahibi kişilere hizmet sunmak için devlet doğrudan piyasaya girer.

Sağlık hizmetleri arzını birinci derecede belirleyen hekim sayısıdır.2016 vize11Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre, bir bölgedeki veya ülkedeki hekim sayısı arttıkça ortalama yaşam süresi de uzamaktadır.2015 fin10

Klasik piyasa yapısından farklılıklar arz eden sağlık hizmetleri piyasası, yukarıda belirtilmeye çalışılan özelliklerinden dolayı, belirli ölçülerde kamu müdahalesini gerektirmektedir. Bu müdahaleler ile sağlık hizmetlerine öncelikle şu özelliklerin kazandırılması amaçlanmaktadır.^{değer8}

- **Sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara eşit düzeyde açık olması**
- **Yer ve zaman yönünden, hizmetin süreklilik göstermesi**
- **Tüm yenilikleri izleyen, vurgulayan ve yayan bir örgüt yapısına sahip olunması**

SAĞLIK HİZMETLERİ ARZINI BELİRLEYEN TEMEL FAKTÖRLER

Arzı etkileyen temel faktörler; arz edilen mal ve hizmetin malın fiyatı, girdi (üretim faktörü) fiyatı, tamamlayıcı malların fiyatı, ikame mallarının fiyatı, beklentiler, teknoloji, vergiler, sübvansiyonlar ve üretici (firma) sayısıdır.^{değer10}

Sağlık hizmetleri arzında etkili olan tüm faktörler değerlendirildiğinde, bunları iki başlık altında toplamak mümkündür;

- 1- Sağlık insan gücü
- 2- Sağlık üretim birimleri

1-Sağlık insan gücünden kastedilen, sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteren sağlık personelleridir. Sağlık personeli kavramı da; doktor, eczacı, diş hekimi, ebe, hemşire gibi tıp sağlık eğitimi almışlar ve tıp çalışanları, biyomedikal, mühendis ve laborantlar gibi teknik personel ile hastane yöneticileri gibi idari personeli kapsamaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin temel arzedicisi konumundaki birim Sağlık Bakanlığıdır.^{2016 vize11}^{2015 büt 8}

Tablo 7.1: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık İnsan Gücü

	2002	2009	2010	2011	2012
Uzman hekim	35.457	60.655	63.563	66.064	70.103
Pratisyen hekim	30.900	35.911	38.818	39.712	38.877
Asistan hekim	15.592	22.075	21.066	20.253	20.792
Toplam hekim	91.949	118.641	123.447	126.029	129.772
Diş hekimi	16.371	20.589	21.432	21.099	21.404
Eczacı	22.289	25.201	26.506	26.089	26.571
Hemşire	72.393	105.176	114.772	124.982	134.906
Ebe	41.479	49.357	50.343	51.905	53.466
Diğer sağlık personeli	50.106	93.550	99.302	110.862	122.663
Diğer personel ve hizmet alımı	83.964	197.386	198.694	209.126	209.736
Toplam personel	378.551	609.900	634.496	670.092	698.518

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

2-Sağlık hizmetleri arzında etkili olan diğer en önemli faktörde sağlık üretim birimleri olarak adlandırılan birimlerdir. Bu birimler, başta hastaneler olmak üzere sağlık ocakları, aile hekimliği birimleri, dispanserler, toplum sağlığı merkezleri, aile ve çocuk sağlığı araştırma ve planlama merkezleri (AÇSAP), kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezleri (KETEM) ve her türlü ayakta ve yatarak teşhis ve tedavi sunan yer veya merkezlerdir. Bu birimlerin sayısı ve ulaşılabilirliği ne kadar fazlaysa sunulan hizmet miktarının sayısı da o kadar fazla olacaktır.

Tablo 7.2: Türkiye’de İnsan Gücünün Birimlere Dağılımı, 2012

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
Uzman hekim	34.069	13.544	21.252	1.238	70.103
Pratisyen hekim	32.457	215	6.184	21	38.877
Asistan hekim	7.137	13.238	0	417	20.792
Toplam hekim	91.663	26.997	27.436	1.676	129.772
Diş hekimi	7.291	1.012	12.913	188	21.404
Eczacı	1.920	271	24.298	82	26.571
Hemşire	92.118	20.287	19.792	2.709	134.906
Ebe	48.409	764	4.224	69	53.466
Diğer sağlık personeli	83.542	10.382	28.143	596	122.663
Diğer personel ve hizmet alımı	181.824	9.017	18.895	-	209.736
Toplam personel	488.767	68.730	135.701	5.320	698.518

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Hastanelerin sundukları sağlık hizmetlerine göre özellikleri aşağıdaki gibi değerlendirilebilir: 2015 bütçe değeri

- **Hastaneler doğrudan tedavi hizmeti sundukları için tıbbi birimlerdir.**
- Hastaneler sağlık ekonomisi bilimi gibi alanları kendi yönetimlerinde uygulayan işletmelerdir.
- **Hastaneler sağlık çalışanlarına eğitim veren eğitim kurumlarıdır.**
- **üniversite hastanelerindeki araştırma özelliklerinden dolayı araştırma merkezleridir.**
- **Ödeme gücü olmayanlara da hizmet sunan sosyal kurumlardır.**
- **Özellikle toplumsal faydayı esas alma yanlarından dolayı kamu kurumu ve hayır kurumlarıdır.**
- Hastaneler en gelişmiş ülkelerde bile doğrudan insan yaşamıyla ilgili hizmet birimleri oldukları için **devlet kontrolünde ve denetiminde olan** kurumlardır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı hem hastane hem de yatak sayısı açısından sağlık hizmetlerinin temel arzedicisi durumundadır.

Türkiye’de yıllara göre birinci basamak sağlık kuruluşları olarak adlandırılan birimlerin sayısal gelişimi ise aşağıdaki tabloda gösterildiği gibi olmuştur. Bu birimlerin sayısal gelişimi yatarak tedavi öncesi toplumsal sağlığın teşhis ve tedavisinin kolaylaştırılmasını amaçladığı için önem arz etmektedir.

Türkiye’de Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Sayıları 2016 vize 19(1. Basamak sağlık kuruluşları)

Tablo 7.4: Türkiye’de Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Sayıları

	2002	2009	2010	2011	2012
Sağlık Ocağı	5.055	3.842	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	6.546	20.185	20.216	20.811
Aile Sağlığı Merkezi	-	2.085	6.367	6.520	6.660
Toplum Sağlığı Merkezi	-	429	961	957	957
Sağlık Evi	2.899	2.857	3.292	4.344	5.691
AÇSAP Merkezi	298	220	192	183	189
Verem Savaş Dispanseri	277	229	198	194	179
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (TEKEM)	84	122	122	124	124
112 Acil yardım İstasyonu	481	1.317	1.375	1.710	1.863

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetlerinde Arzı Etkileyen Diğer Faktörler

sağlık hizmetleri arzını etkileyen en önemli iki faktör sağlık insan gücü ve hastaneler gibi sağlık üretim birimleridir.

sağlık hizmetleri arzını etkileyen diğer faktörlerin başlıcaları.2016 vize7

1-Maliyetlerde (girdi fiyatları) değişme

Sağlık hizmetlerinin üretim maliyetlerinin ana bölümünü sağlık çalışanlarına ödenen ücretler oluşturur. Örneğin hemşirelere ödenen ücretler artarsa, hizmeti gerçekleştirmenin maliyeti artacağı için sağlık birimleri daha az hemşire ile hizmeti gerçekleştirmeye çalışacaklardır. **maliyetlerdeki artış ve azalışlar sağlık hizmetleri arz miktarını arttırıp azaltabilmektedir.**

2-Teknolojik değişme

Teknoloji üretimin daha hızlı, etkin ve verimli olmasını sağlayan ana unsurlardan biridir. Bu etki sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Teknoloji hem daha çok üretim yapılmasına sebep olan hem de üretim maliyetlerini düşüren bir değişkendir. Bu nedenle, teknolojiye ileriye sağlık hizmetleri miktarını iki yönlü etkileyerek artırmaktadır.

Teknolojideki değişme arz miktarını etkiler.

3-İlişkili mal veya hizmetlerin fiyatları

Sağlık hizmeti sunmak için gerekli olan ilgili malların fiyatlarında değişme sağlık hizmeti arz miktarını etkilemektedir. Örneğin hastaneye alınan röntgen filmi fiyatının artması bu hizmetin arz miktarını düşürecektir. Fiyatın düşmesi ise hizmet arz miktarını arttıracaktır.

4-Sağlık hizmeti sunan birimlerin sayısı

Sağlık hizmeti sunan birim sayısının artması, hizmet arz miktarının da artmasını sağlayacaktır. Ancak kişi başına düşen hizmet miktarı açısından nüfus miktarına bakmak gerekmektedir. **Eğer hizmet üretim birimlerindeki artış oranı nüfus artış oranının üstündeyse reel anlamda artış olacaktır. Nüfus artış oranı daha fazlaysa kişi başına düşen hizmet arz miktarı azalacaktır.2016 fin8** Bu nedenle, hizmet üretim birimi ile sağlık hizmeti arz miktarı arasındaki ilişki doğrusaldır.

5-Hava koşulları

Sağlık hizmetleri arz miktarı hava koşullarına bağlı olarak değişebilmektedir. Örneğin soğuk havalarda grip vakalarına bağlı, **sıcak havalarda da bulaşıcı bulaşıcı diğer hastalıklara bağlı olarak hem hastanelerdeki sağlık hizmeti miktarı artmakta hem de ilaç arz miktarı artabilmektedir.2016 büt 6**

6-Sağlık arzına devlet müdahalesi

Tüm ülkelerde devletin ekonomi içerisindeki varlığı bilinmektedir. Ülkeden ülkeye değişse de devletin ekonomi içerisindeki payı genellikle %25 ile %75 arasında değişmektedir. **sağlık sektöründe devletin tuttuğu pay genel ekonomik yapı içerisindeki tuttuğu paydan daha yüksek olmaktadır.değer4** Bunun temel sebebi, sosyal devlet anlayışındaki gelişmelere bağlı olarak devletlerin vatandaşlarının yaşam haklarını güvence altına alma yönündeki çabalarıdır.

Devlet müdahalesine bağlı sağlık hizmetleri arzındaki değişimleri aşağıdaki gibi maddeleştirmek mümkündür:değer6

- **Sağlık sigortası vasıtasıyla arzın değişmesi.**
- **Kalite standartları uygulamaları.**

- **Eğitim yoluyla arzın etkilenmesi.**
- **Doktorların çalışma kurlarının düzenlenmesi.**

Belli sınırlamalar olmadığı müddetçe talepte olduğu gibi sağlık hizmetleri arzının da temel belirleyici objesi doktorlardır. **Bu açıdan hem Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde (GOÜ) hem de az gelişmiş ülkelerde (AGÜ) sağlık personeli açısından belli başlı sorunlar yaşanabilmektedir. Bunların başlıcalarını aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür:2016 vize17değer5**

1. **Sağlık hizmetinin değişik sağlık personeli tarafından sunulmasına bağlı olarak ortaya çıkan koordinasyon sorunları.**
2. **Sağlık personelinin ülkedeki dağılımının dengesiz olması.**
3. **Sağlık personeli yetiştirmedeki plansızlık ve programsızlıklar.**
4. **Sağlık kurumlarının yönetimi ve işletilmesindeki sağlık ekonomisi kurallarının etkin kullanılamaması**
5. Geleceğe yönelik etkin planların yapılmaması.
6. **Ücret sistemindeki dengesizlikler.**
7. **Yetişmiş sağlık personelinin yurt dışına gitme eğiliminde olması.**
8. **Sağlık personelinin eğitim kalitesinin gelişmiş ülke standartlarının gerisinde olması.**

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri arz edicisi değildir?
a)Ebe b)Hemşire c) Doktor d) Eczacı e) Öğretmen
2. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri arz mekânı değildir?
a)Sağlık ocağı b) Sağlık merkezi c) Hukuk bürosu d) Hastane e) Dispanser
3. Fiyat ile arz edilen miktar arasındaki doğrusal ilişkiye ne denir?
a)Arz yasası b)Talep yasası c) Arz azalması d) Talep azalması e)Arz ve talep dengesi
4. Günümüzde hemen hemen bütün dünya ülkelerinde devletin ekonomide belli bir oranda pay sahibi olduğu bilinmektedir. Sağlık sektöründe devletin tuttuğu pay normal sektörlere göre nasıl olmaktadır?
a) Normal piyasalardan daha azdır.
b) Normal piyasalardan daha çoktur.
c) Normal piyasalara eşittir.
d) Sağlık sektöründe devletin payı sıfırdır.
e) Sağlık sektöründe devletin payı yüzde yüzdür.
5. Aşağıdakilerden hangisi gelişmekte olan ülkelerde (GOÜ) ve az gelişmiş ülkelerdeki (AGÜ) sağlık personeli açısından belli başlı sorunlardan biri değildir?
a) Sağlık hizmetinin değişik sağlık personeli tarafından sunulmasına bağlı olarak ortaya çıkan koordinasyon sorunları
b) Sağlık personelinin ülkedeki dağılımının dengesiz olması
c) Sağlık personeli yetiştirmedeki plansızlık ve programsızlıklar
d) Sağlık kurumlarının yönetimi ve işletilmesindeki sağlık ekonomisi kurallarının etkin kullanılamaması
e) Sağlık personelinin eğitim kalitesinin gelişmiş ülke standartlarının üzerinde olması

6. Aşağıdakilerden hangisi devlet müdahalesine bağlı sağlık hizmetleri arzındaki değişimlerden biri değildir?

- a) Sağlık sigortası vasıtasıyla arzın değişmesi
- b) Kalite standartları uygulamaları
- c) Eğitim yoluyla arzın etkilenmesi
- d) Özel sektörün sağlık yatırımlarının artması
- e) Doktorların çalışma kurlarının düzenlenmesi

7. Aşağıdakilerden hangisi sundukları sağlık hizmetlerine göre hastanelerin özelliklerinden biri değildir?

- a) Hastaneler doğrudan tedavi hizmeti sundukları için tıbbi birimlerdir.
- b) Hastaneler sağlık ekonomisi bilimi gibi alanları kendi yönetimlerinde uygulayan işletmelerdir.
- c) Hastaneler sağlık çalışanlarına eğitim veren eğitim kurumlarıdır.
- d) Ödeme gücü olmayanlara da hizmet sunan sosyal kurumlardır.
- e) Hastaneler özellikle kişisel faydayı esas alma yönlerinden dolayı özel işletmelerdir.

8. Aşağıdakilerden hangisi Klasik piyasa yapısından farklılıklar arz eden sağlık hizmetleri piyasasına devlet müdahalesiyle kazandırılmaya çalışılan özelliklerden biri değildir?

- a) Özel sektörün girişinin engellenmesi,
- b) Yer yönünden hizmetin süreklilik göstermesi
- c) Zaman yönünden hizmetin süreklilik göstermesi
- d) Tüm yenilikleri izleyen, vurgulayan ve yayan bir örgüt yapısına sahip olunması
- e) Sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara eşit düzeyde açık olması

9. Sağlık hizmetleri arzının esnekliği ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Esnektir. b) İnelastiktir. c) Esnekliği sonsuzdur. d) Esnekliği sıfırdır. e) Birim esnektir.

10. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri arzı için söylenemez?

- a) Arz edilen sağlık hizmetlerinin fiyatı arz miktarını etkiler.
- b) Sağlık hizmetlerinin üretim maliyetlerinin değişmesi sağlık hizmetleri arzını etkiler.
- c) Sağlık hizmetleri piyasasında tamamlayıcı malların fiyatlarındaki değişme, arz miktarını etkilemez.
- d) Teknolojideki değişme arz miktarını etkiler.
- e) Sübvansiyonlar arz miktarını etkiler.

Cevap Anahtarı

1.E, 2.C, 3.A, 4.B, 5.E, 6.D, 7.E, 8.A, 9.B, 10.C

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMUNUN ROLÜ

ÜNİTE 8

serbest piyasa ekonomisinin en önemli öncüsü olan ABD'de bile sağlık hizmetlerinin yaklaşık % 45'i devlet tarafından finanse edilmektedir.

Sağlık Harcamalarında Kamunun Önemi

Sağlık insanların önemli bir kısmına göre doğuştan gelen bir hak olarak algılanmaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşım kutsal kabul edilen yaşama hakkı ile ilgili olarak görülmektedir. Bireyler kendi finansal durumlarından bağımsız olarak sağlık hizmetlerine erişebilmeyi beklemektedirler. Dolayısıyla eşitlik olgusu daha önemli hâle gelmektedir. Bir başka ifadeyle insanların yeterli gelire sahip olmamasından dolayı sağlık hizmetlerine ulaşamamaları kabul edilemez bir olgu olarak görülmektedir.

Genellikle gelişmiş ülkelerde hem millî gelirden sağlığa ayrılan pay yüksek olmakta hem de harcamaların büyük bir kısmı kamu tarafından karşılanmaktadır.

Kamu kesimi, toplumda hastalıkları azaltmak ve ömrü uzatmak için iki tür hizmet sağlamaktadır: Hastaları iyileştirmek (tedavi edici sağlık hizmetleri) ve Sağlamların hastalanma olasılığını azaltmak (koruyucu veya önleyici sağlık hizmetleri).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl amacı, toplumdaki bireylerin hastalanmalarının önlenmesidir ve böylece toplumun tamamının hastalıklara karşı korunmaya çalışılmasıdır. Değer 1 Örneğin etkin bir aşılama hizmetiyle hem aşılanan insana bağışıklık kazandırılmakta hem de bulaşıcı hastalık önlenerek kamusal fayda sağlanmaktadır. 2014fin 9 İnsanın hastalık hâlinde tedavisini bir kamu hakkı sayan düşüncede, devlet sağlık hizmeti veren hastanelerin maliyetini bütçeden karşılamaktadır. Ancak devletlerin sağlık harcamalarına ayıracağı bütçelerin de sınırlı olduğu bilinmektedir.

Sağlık Sektörüne Kamu Müdahalesinin Sebepleri

Devletin sağlık sistemi piyasasına müdahale gerekçelerini açıklayan iki genel teori vardır. Bunlar; "Kamu Yararı" ve "Özel İlgi Grubu" teorileridir.

Kamu Yararı teorisine göre, Kamu genel olarak hem **toplumsal yararı teşvik etmek** hem de **verimliliği ve eşitliliği artırmak** için politika uygulamaktadır. Tüketicinin eksik bilgiye sahip olduğu tekel (monopol) türü piyasalar kaynakların verimli kullanımında başarısızdırlar. **2016 büt8**

Özel ilgi grubu teorisine göre, devlet sağlık piyasasını tıpkı diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi piyasa mekanizmasına göre düzenler. Bu düzenlemelerde özel sağlık hizmeti talebi olanların ihtiyacı ödedikleri paraya göre karşılanırken, devlet yöneticileri de oy alma yönünde kendilerini rasyonalize ederler.

Kamu yararı ve özel ilgi grubu modelleri devletin piyasa sisteminde müdahale etmesinin birbirine zıt iki sebebidir. Gerçek hayatta genelde devlet her iki sebepten dolayı piyasaya müdahale edebilir. Bazı örneklerde devlet müdahalesi piyasa başarısızlığını düzeltmek ve dolayısıyla verimliliği ve adaleti teşvik etmek içindir. Bunun yanında, kaynakların verimsiz kullanımı ve **gelir dağılımının eşitsizliği de devlet müdahalesinin sebeplerindendir. 2016 büt8**

Devlet Müdahalesi Türleri

Devlet verimlilik ve adaleti sağlamak ve piyasayı etkinleştirmek için kamu malları sunar, vergi uygular, dışsallıkları düzenler, kurallar koyar, zorunlu anti tröst kanunu uygular, kamu işletmeleri kurar ve dağıtım programlarını sübvansede edebilir. Kamunun müdahalelerine örnek olarak devletin sağlık görevlisinin yerel bir restorandaki sağlık koşullarını denetlemesi gösterilebilir.

1-Kamusal mallar

Kamusal malların iki temel özelliği vardır.

1. **bu mallardan toplumun tüm üyeleri faydalanabilir** ki bu **özellik tüketimde rakipsiz olma özelliğidir.**
2. kamu mallarının **tüketiminin engellenemez olmasıdır.** Bu özelliğe göre de **kamu mallarının faydasından ücret ödemeyenlerde faydalanmaktadır.**

Millî savunma, genel sağlık hizmetleri ve kentsel programlar vb. gibi uygulamalar kamusal mallar için iyi örneklerdir. 2014 fi 10 Herkes eş zamanlı olarak bu hizmetlerden ücret ödemediği yararlanmaktadır. Başka bir ifadeyle, bu hizmetlerin ücretini ödemeyen kişileri tüketimden dışlamak imkânsız ya da çok zordur.

Genel sağlık hizmeti olarak halka açık yüzme alanlarında su kalitesini korumak da kamusal mallara diğer bir örnektir. Çok sayıda insan eş zamanlı olarak korunan su kalitesinden yararlanabilir. Ayrıca, bu sulardan yararlanan ve ücretini ödemeyen kişileri dışlamak çok maliyetli ve zordur. Dolayısıyla, kamusal mallarda bedavacılık sorunu yaşanabilmektedir. Bu özelliğine sahip oldukları için de özel firmalar bu tür malları üretip satmak istemezler. Bu nedenle, özel sektör kamusal malların üretiminde başarısız olmakta ve devlet müdahalesi gerekmektedir. Devlet kamusal malların hem özel sektörde hem de kamu sektöründe üretilmesini garantiye alır ve gereken fonları vergi yoluyla toplar.

2-Dışsallıklar

Dışsallık, piyasada gerçekleşen işlemle ilgili olmayan tarafların olumlu ve ya olumsuz etkilenmesidir. 2015 fin 11 **Değer 6** Dışsallığa bağlı olarak üretilen ürün genellikle toplum açısından gerçek değerinden az veya çok değerlendirilmektedir. Dışsallıklar iki şekilde sınıflandırılabilir; Talep Yönlü Dışsallıklar ve Arz Yönlü Dışsallıklar.

a-Talep yönlü dışsallıklar: Talep yönlü dışsallıklara göre, bir mal veya hizmetin sosyal faydası bireysel faydasından farklıdır. Talep yönlü dışsallıklar pozitif ve negatif talep yönlü dışsallıklar olarak ikiye ayrılmaktadır.

Pozitif talep yönlü dışsallıkta, mal veya hizmetin marjinal sosyal faydası bireysel marjinal faydasından büyüktür 2014 fi 11.

Negatif talep yönlü dışsallıkta **mal veya hizmetin marjinal sosyal faydası bireysel marjinal faydasından daha küçüktür.** 2015 büt 10 Sigara içmek negatif dışsallık için modern bir örnektir. Çünkü sigara içenler sigara içmeyenlere maliyet yüklemektedirler. Buradaki negatif talep yönlü dışsal maliyetler üç yolla ortaya çıkmaktadır.

1-sağlık sigortası, emeklilik, hastalık izni, sakatlık sigortası ve grup hayat sigortası gibi toplu finanse edilen programlar nedeniyledir. Bu tür programlar sigara içenlerle içmeyenler arasında hiç fark olmadan vergiler veya grup primlerinden finanse edilmektedir.

2- sigara içenler içmeyenlerden daha çok sağlık hizmeti almaktadırlar.

3-dışsal maliyetler sigara içmeyen bir insanın, sigaraya bağlı insandan ve sigaraya bağlı olarak ortaya çıkan yangın gibi durumlardan zarar görmesinden ortaya çıkan dışsal maliyetlerdir.

***Pozitif talep yönlü dışsallık , tüketim sürecinde dışsal faydalar sağlanmasından ortaya çıkmaktadır. Kuduz gibi bulaşıcı bir hastalığı önlemek için köpekleri aşılama pozitif talep yönlü dışsallığa örnektir. Değer7**

Özetle, eğer bir faaliyetin sosyal maliyetleri ve faydaları piyasadaki değiş tokuşla direk ilgilenen taraflarca içselleştirilmezse, ortaya çıkan dışsallıklar piyasanın talep yönüyle ilgili olacaktır. Eğer tüketim sürecinde dışsal fayda veya maliyet doğarsa, toplum açısından mal veya hizmet gerçek miktarından az veya fazla üretilmiştir. Dolayısıyla, **verimli kaynak kullanımında piyasa başarısızlığını düzeltmek için devlet müdahalesi gerekmektedir. 2016 büt8**

b-Arz Yönlü Dışsallıklar: Talep yönlü dışsallıklarda olduğu gibi, arz yönlü dışsallıklarda da piyasadaki genel kaynak kullanım yapısı bozulmaktadır.

***Negatif arz yönlü dışsallık**, bir firmanın üretim sürecinde diğerleri üzerine telâfi etmeden yüklediği maliyettir. Bu durumda, üretim sürecinde marjinal sosyal maliyet ile marjinal özel maliyet arasında fark oluşmaktadır. Eğer firma üretim kararını verirken üretimin sosyal maliyetini değil, özel maliyetini dikkate alırsa genellikle mal gerçek değerinden fazla üretilmektedir. **Negatif arz yönlü dışsallık için asit yağmuru örnek olarak verilebilir. Fosil yakıtlar yanarken atmosfere sülfür ve nitrojen oksit bırakırlar.** Havadaki su ile birleşerek yağmur olarak yere gelince asit yağmuru oluşur. Asit yağmuru denize ve vahşi hayata çok zarar verebilir. Çünkü sülfür ve nitrojen oksit rüzgâr vasıtasıyla yüzlerce mil taşınabilir. Böylece diğer alanların sakinlerine de zarar verebilir.

Sağlık bakım sektöründe, hastaneler tarafından tehlikeli atık bırakılması da negatif dışsallık için bir örnektir.2016 büt 9

Pozitif arz yönlü dışsallık, bir piyasadaki firmaların (A piyasası) başka piyasadaki (B piyasası) firmalara sağladığı faydaları ifade eder. Bu durumda üretimde marjinal sosyal maliyet marjinal özel maliyetten küçük olur. : **Pozitif arz yönlü dışsallık Uluslararası tıbbi bilgi transferi pozitif arz yönlü dışsallık için iyi bir örnektir. Örneğin, bir ülkede kanser araştırmalarının çok geliştiğini ve buna bağlı olarak kanser tedavisinin maliyetinin düştüğünü varsayalım. 2015 fin12** Tıp bilimindeki bu gelişmeler alanla ilgili bir dergide yayınlanır ve fikrî mülkiyet hakları da yoksa, diğer ülkeler maliyetsiz veya düşük maliyetle bu bilgilere ulaşacaklardır. Sonuçta, bu tür araştırmaları devlet desteği olmazsa özel sektör yapmayacaktır.

3-Dengeleyici araçlar olarak vergi ve sübvansiyonların kullanılması

Dışsallık varken devlet vergiler ve sübvansiyonlardan verimsiz kaynak kullanımını düzeltmek için yararlanabilir. Özellikle, vergiler ve sübvansiyonlar bir malın az veya fazla kullanımını dengelemek için o malın fiyatını değiştirme aracı olarak da kullanılabilir. Piyasadaki taraflar, kendi faydalarını maksimize etmeye çalışırlar. Örneğin, devlet uygun miktarda sigara üretimi olması için birim başına T kadar vergi koyabilir.

Birim başına vergi, sigara üretiminin marjinal özel maliyetini vergi kadar yükseltir.

Talebin fiyat esnekliği düşük olan mallarda vergi konulması daha uygun olmaktadır. Çünkü talebin fiyat esnekliği düşük olursa, talep miktarındaki yüzde azalış vergideki yüzde artıştan daha az olmaktadır. Dolayısıyla bu durumda devletin vergi geliri, vergi oranı ile üretim miktarının çarpımından oluşmaktadır. Talebin fiyat esnekliği düşük olduğu için talep miktarı azalmayacağından dolayı devletin vergi geliri de artar. **Sigara ve alkol gibi toplumsal açıdan zararlı ürünlere konulan vergilerin genellikle yüksek olmasının temel nedenlerinden birisi, bu ürünlerin taleplerinin fiyat esnekliklerinin düşük olmasıdır.** Değer5

Vergiler topluma zarar veren faaliyetlerden vazgeçmek için kullanılabilecek araçtır. Sübvansiyonlar ise topluma faydalı ve piyasada gerçek miktarından az değerlendirilmiş malları teşvik edici bir araç olarak kullanılır.

4-Hükûmet düzenlemeleri

Devlet müdahalesinin bir başka türü ürünün fiyatı, miktarı ve kalitesini veya yeni bir firmanın piyasaya girmesini kontrol eden düzenlemeleridir.

Tavan fiyat uygulaması, devletin tüketicileri korumak için piyasada işlem görecekt en yüksek fiyatı belirlemesidir. Tavan fiyat uygulaması, üreticilerin belirlenen fiyattan daha yüksek bir fiyatla tüketicilere ürün satışını yasaklayan bir yöntemdir. Değer4

5-Kamu işletmesi

Yapıyı, davranışı veya özel endüstri performansını dolaylı etkilemek yerine hükûmet sağlık bakım hizmeti üreterek sağlık bakımı sağlayabilir. Örneğin, dünyadaki pek çok yerel yönetim ülke ve kent sakinlerine hastane hizmetleri sunmaktadır.

6-Hükûmetin yeniden dağıtım fonksiyonu

Hükûmet müdahalesinin diğer bir türü gelirin adaletli dağıtımıdır. Çünkü net piyasa sistemi her kesin yeterli gelir elde etmesini garanti edemez. Bazı insanlar çok az iş gücü, sermaye ve toprak kaynağına sahiptir ve dolayısıyla yeterli gelir elde edemezler. Yeniden dağıtılma süreci, bazı gruplara vergi uygulama ve bazı gruplara ise sübvansiyonlar verilmesi şeklinde olabilmektedir.

Kamunun yeniden dağıtım uygulaması iki şekilde görülebilmektedir. Bunlar; dikey adalet ve yatay adalettir. Değer9

Dikey adalet, eşit durumda olmayanlara farklı davranmayı ya da farklı muamele etmeyi ifade etmektedir. Bunun en temel uygulama alanı gelir düzeyidir. Örneğin, gelir düzeyi yüksek olanlardan, gelir düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek oranda vergi alınması dikey adalet uygulamasıdır. Değer2 Türkiye'de 2012 yılı öncesinde uygulanan yeşil kart uygulaması da bunun bir örneğidir. Çünkü bu sistemle, sağlık hizmeti geliri olmayanlara bedava sunulurken geliri olanlara ücret karşılığı verilmektedir.

Yatay adalet, eşit durumdakilerin aynı uygulamaya tabi olması anlamına gelmektedir. Örneğin, gelir durumu aynı olan bireylerin aynı vergi sistemine tabi tutulması yatay adalet uygulamasıdır. Sağlık alanı açısından düşünüldüğünde, örneğin gelir düzeyi belli bir seviyenin altında olan ya da **geliri olmayan tüm vatandaşların genel sağlık sigortası ödemelerinin devlet tarafından karşılanması yatay adalet uygulamasıdır. Değer8**

Arz yönlü sübvansiyon, bir takım mal ve hizmetlerin üretim maliyetini azaltmak için devletin aldığı vergilerle ilgili mal ve hizmetlerin üretimini desteklemesidir. **Örneğin devlet hastanelerinin giderlerinin önemli bölümünün kamu tarafından karşılanması veya hastanelerin en önemli çalışanları olan hemşire ve doktor eğitiminin devlet tarafından finanse edilmesi bu türdendir.** **Değer10** Arz yönlü sübvansiyon nedeniyle, özel malların üretim maliyeti düşmekte ve böylece üretimi artmaktadır.

Talep yönlü sübvansiyonlar, sağlık hizmetlerini talep eden ancak çoğunlukla alım gücü düşük olan insanlara verilen yardımları ifade etmektedir. Talep yönlü sübvansiyonlar mal veya eşya gibi bir değerle olabileceği gibi, doğrudan nakit olarak da yapılabilmektedir. Böyle sübvansiyon edilen kesimler, bazen gıda, barınma gibi ihtiyaçlarını karşılarlar bazen de sağlık hizmeti alma yönünde bu destekleri değerlendirirler. ABD'de uygulanan Medicare sistemi bunun bir örneği olarak düşünülebilir.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Toplumdaki bireylerin hastalanmalarının önlenerek toplumun tamamının hastalıklara karşı korunmasını temel amaç edinen sağlık hizmetleri aşağıdakilerden hangisidir?
 - a) Tedavi edici sağlık hizmetler
 - b) Gezici sağlık hizmetleri
 - c) Koruyucu sağlık hizmetleri
 - d) Rehabilitasyon hizmetleri
 - e) Adli tıp hizmetleri
2. Türkiye'de devletin, gelir durumu iyi olmayanların sağlık sigortası primini ödemesi, ancak gelir durumu iyi olanlara böyle bir yardımda bulunmaması ne tür bir adalettir?
 - a) Dikey adalet
 - b) Yatay adalet
 - c) Düz adalet
 - d) Negatif adalet
 - e) Pozitif adalet
3. Tam sağlık sigortası kapsamında olan bireylerin sağlık hizmeti talebiyle ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - a) Bireylerin sağlık sigortası talebi düşer.
 - b) Bireylerin sağlık hizmeti talep etmezler.
 - c) Bireylerin sağlık hizmeti talebi değişmez.
 - d) Bireylerin sağlık hizmeti talebi azalır.
 - e) Bireylerin sağlık hizmeti talebi artar.
4. Sağlık sektöründe hükümetin tavan fiyat uygulamasının temel amacı nedir?
 - a) Devletin sağlık harcamalarının artışını kontrol etmek
 - b) Sağlık sektörünü özelleştirmek
 - c) Doktorların gelir düzeyini yükseltmek
 - d) Sağlık hizmetlerinin arzını artırmak
 - e) Sağlık sektörünün işleyişini verimli hale getirmek
5. Sigara ve alkol gibi toplumsal açıdan zararlı ürünlere konulan vergilerin genellikle yüksek olmasının temel nedeni nedir?
 - a) Bu ürünlerin talep esnekliklerinin yüksek olmasıdır.

- b) Bu ürünlerin talep esnekliklerinin düşük olmasıdır.
- c) Bu ürünlerin talep esnekliklerinin sıfır olmasıdır.
- d) Bu ürünlerin talep esnekliklerinin sonsuz olmasıdır.
- e) Bu ürünlerin talep esnekliklerinin bir olmasıdır.
6. Toplum sağlığını korumak için devletin daha çok vergi almak istediği ürünler aşağıdakilerden hangi ikisi olabilir?
- a) Ekmek-tuz
- b) Süt-peynir
- c) Aşı-serum
- d) Sigara-alkol
- e) Sargı bezi-merhem
7. Kuduz gibi bulaşıcı bir hastalığı önlemek için köpekleri aşılama hangi tür dışsallık olarak kabul edilir?
- a) Negatif talep yönlü dışsallık
- b) Negatif arz yönlü dışsallık
- c) Pozitif talep yönlü dışsallık
- d) Pozitif arz yönlü dışsallık
- e) Herhangi bir dışsallığa sahip değildir
8. Geliri olmayan tüm vatandaşların genel sağlık sigortası ödemelerinin devlet tarafından karşılanması nasıl bir uygulamadır?
- a) Tavan fiyat uygulamasıdır.
- b) Çapraz adalet uygulamasıdır.
- c) Yatay adalet uygulamasıdır.
- d) Dikey adalet uygulamasıdır.
- e) Taban fiyat uygulamasıdır.
9. Hükûmetin yeniden dağıtım fonksiyonu aşağıdakilerden hangisi ile ilgilidir?
- a) Yatay adalet - Dikey adalet
- b) Vergi - negatif arz yönlü sübvansiyon
- c) Vergi - negatif talep yönlü sübvansiyon
- d) Vergi - pozitif arz yönlü sübvansiyon
- e) Vergi - pozitif talep yönlü sübvansiyon
10. Hastanelerin en önemli çalışanları olan hemşire ve doktor eğitiminin devlet tarafından finanse edilmesi aşağıdaki hangi tür dışsallıktır?
- a) Pozitif talep yönlü
- b) Pozitif arz yönlü
- c) Negatif talep yönlü
- d) Negatif arz yönlü
- e) Herhangi bir dışsallığa sahip değildir.

Cevap Anahtarı

1.C, 2.A, 3.E, 4.A, 5.B, 6.D, 7.C, 8.C, 9.A, 10.B

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE MALİYET VE MALİYET YÖNETİMİ

ÜNİTE 9

Fırsat maliyeti: ekonomik bir seçim yapılırken vazgeçilmek zorunda kalınan ikinci en iyi alternatiftir ya da vazgeçme maliyetidir. Değer3

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE MALİYET

Ekonomistler maliyeti, belirli bir mal ve hizmeti içerecek biçimde, bir şeyi üretmek için kullanılan kaynakların değeri olarak tanımlarlar.

Maliyet, işletmelerin kendi çalışma konusuna giren mal ve hizmetlerin elde edilmesi için kullandığı her türlü üretim faktörünün, toplam para değeridir. Üretilen ürün ya da hizmetin maliyeti, o ürün için yapılan harcamaların tümüdür. Sağlık hizmeti sunmak için bir araya getirilen girdilere yapılan ödemeler parasal maliyeti oluştururken, sağlık hizmeti üretimi sırasında kullanılan tıbbi cihaz, hemşire saati, doktor saati gibi üretim faktörlerinin toplamında reel maliyet denilmektedir.

Doğrudan maliyetler: Hastane maliyetleri (yatak hizmetleri gibi), sağlık personelinin maliyeti, ilaç maliyetleri, laboratuvar ve testlerin maliyetleri, diyagnostik diğer hizmetlerin maliyeti, ameliyat ve rehabilitasyon gibi tedavi prosedürünün maliyeti, tıbbi teçhizat, bina ve tesisatın maliyeti, hastanın ve hasta refakatçilerinin tedavi süresince katlandığı ilave masraflar doğrudan maliyetlerdir. Doğrudan maliyetler sabit ve değişken maliyet şeklinde sınıflandırılabilir.

Dolaylı maliyetler: Teşhis koyma ve tedavi hizmetlerinin alınması sırasında bireyin verimliliğinin azalması, vakit kaybı, iş gücü kaybı, hastanın kendisinin, ailesinin ve yakınlarının maddi ve manevi kaybıdır. 2015 fin13 Değer1

Görünmeyen maliyetler: Acı ve ızdırıp gibi elle tutulmayan ancak yaşam kalitesini etkileyici maliyetlerdir. 2014 fi12

A-Kısa Dönemde Maliyetler

Kısa vadede üretim faktörlerinden en az bir tanesi sabittir. Sağlık işletmesinin bakış açısından kısa vade, sermayesinin gücüne bağlı olarak hizmetin sunumunu arttırma çabalarında işletmenin gücünün zorlandığı süre anlamına gelmektedir. Sağlık işletmelerinde kısa dönemde toplam maliyetler üç başlıkta incelenebilir. Bunlar sabit, değişken ve karma maliyetlerdir. Sabit maliyetler üretim miktarından bağımsız iken, değişken maliyetler üretim miktarı ile değişmektedir. Karma maliyetler ise, hem sabit hem de değişken maliyet unsuruna sahiptir.

1-Toplam Sabit Maliyet (Total FixedCost)

Sağlık işletmelerinin ister üretim yapsın ister yapmasın katlanmak zorunda olduğu bedellere sabit maliyet denir. Üretim miktarı ya da hasta sayısı ne olursa olsun değişmeyen

maliyetlerdir. Örneğin, hastane binasının kirası, alınan makine ve teçhizat, elektrik, su güvenlik harcamaları gibi unsurlar sabit maliyetlere örnek verilebilir. **Sabit maliyetler üretimden bağımsızdır yani, üretim miktarının farklı seviyelerine göre değişmez. Değer2**

2-Ortalama Sabit Maliyet (AverageFixedCost)

Ortalama sabit maliyet üretilen her bir ürün başına düşen sabit maliyeti gösterir ve toplam sabit maliyetin toplam üretim miktarına bölünmesi ile elde edilir. Üretim miktarı artıka azalan bir yapı gösterecektir.

3-Değişken Maliyetler (AverageCosts)

Değişken maliyetler üretilen miktar ya da hizmete bağılı olarak değişen maliyetlerdir. Değişken maliyetlerin toplam ve birim başına değerleri değişmektedir. Çalışanlara ödenen ücretler, laboratuvar testlerinde kullanılan kitler, MR, ultrason, röntgen çekiminde kullanılan filmler bu tip maliyetlere örnek verilebilir.

4-Ortalama Değişken Maliyetler (AverageVariableCosts)

Üretilen ürün başına düşen değişir maliyetlerdir. Ortalama değişken maliyetlerin toplam üretim miktarına bölünmesi ile elde edilir.

5-Toplam Maliyet (Total Cost, TC)

Kısa dönem toplam sabit maliyet ile toplam değişken maliyetin toplamından oluşan miktarı ifade etmektedir. $TC = TFC + TVC$

6-Ortalama Toplam Maliyet (Average Total Cost, ATC)

Toplam maliyetin üretilen birim başına düşen kısmını ifade eden ortalama toplam maliyet, toplam maliyetin üretilen mal ya da hizmet miktarına bölünmesi ile elde edilir.

7-Marjinal Maliyet (Marjinal Cost) **Değer4**

Marjinal maliyet ekstra bir birim üretim sonucu katlanılan maliyetlerdir. Yani, ilave üretimin maliyetidir. Her üretim artışı toplam maliyetlerin de artmasına yol açar. Bu artan üretimin ilave maliyeti marjinal maliyettir.

B-Uzun Dönemde Maliyetler **Değer5 neler bul**

Daha önce değinildiği üzere kısa dönemde sabit olan faktörlere yapılan harcamalar uzun dönemde değişken hâle geldiği için uzun dönemde tüm maliyetler değişken nitelik kazanır. 2014 fi13 Uzun dönem ortalama maliyet eğrisi ile kısa dönem ortalama toplam maliyet eğrisi arasındaki ilişki aşağıdaki şekilde gösterebilir.

Sağlık hizmetlerinde ölçek ekonomisinin geliştiği alanlar vardır. Sağlık işletmeleri büyük miktarda çıktıya karşılık ortalama maliyetlerde düşüş sağlayabiliyorsa ölçek ekonomisi ortaya çıkmış demektir. Ölçek ekonomisi üretimin uzun vadedeki parasal maliyetidir. Ölçek ekonomisi dışsal ya da içsel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

İçsel ölçek ekonomileri, işletmenin büyüklüğüne bağılı olarak ortaya çıkarken, emek ve teçhizatı daha verimli kullanmalarını, pazarlama ve yönetim masraflarını azaltmalarını ifade eder.2016 büt10

Dışsal ölçek ekonomisi, bir sağlık işletmesinin faaliyetlerini yürüttüğü ortamdaki iyileşme ya da kötüleşmelerden kaynaklanmaktadır. Dışsal ölçek ekonomilerinin en önemli özelliği işletme faaliyetlerinden bağımsız olmasıdır.

Aşağıda belirtilen maddeler ölçek ekonomilerinin ortaya çıkışı ile ortalama maliyetleri düşürmenin esaslarını oluşturmaktadır

Dışsallıklar

Bir üretim ve/veya tüketim faaliyetinden dolayı üretici ve tüketicilerden farklı olarak üçüncü kişilere negatif maliyet yüklenmesi veya pozitif fayda sağlanmasıdır.

1-Sağlık hizmetlerinde pozitif dışsallık

Devlet halkının refahı için sıtma, verem vb. hastalıklarla mücadele eder, halk sağlığını koruyucu hizmetler ve genel sağlık taramaları vb. hizmetlerde bulunur. Bu tip hizmetler pozitif dışsallığa örnektir. Değer 8

2-Sağlık hizmetlerinde negatif dışsallık

Salgın hastalıklar, çevre sağlığını tehdit eden, kirliliğe yol açan ve sağlığa zarar veren gelişmeler ise negatif bir dışsallık örneğidir. Örneğin fabrika atıklarının halkın sağlığını tehdit etmesi gibi.

MALİYET YÖNETİMİ

Hastane yöneticilerinin; sundukları hizmetlerin maliyetlerini doğru olarak belirlemesi, israfı önlemesi, fiyatlandırması ve maliyet tahminleri için gerekli bilgileri sağlaması, maliyet yönetiminin etkinliği için ön koşuldur.

Sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin kontrol altına alınması, hastane yöneticileri için maliyetlerin azaltılması, sunulan hizmetin kalitesinin artırılması, kullanılan her türlü girdi ve çıktının etkin ve verimli kullanılması, çalışanların performanslarının belirlenmesi gibi konularda doğru kararlar almalarını sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olmasının yanı sıra hastaya sunulan hizmetlerin, kullanılan ilaçların, tıbbi sarf-malzemelerinin ve tetkiklerin bir kısmının da hastalara çıkarılan faturaların eksik düzenlenmesinden dolayı ilgili kurumlardan tahsil edilememesi sağlık işletmelerinde gelir kaybına neden olmaktadır. Bu durum sağlık işletmelerinde maliyetlerin kontrol altına alınmasının hayati önemini göstermektedir. 2015 fin14

Hastane yönetimi tıbbi yönetim ve genel yönetim olmak üzere iki kısma ayrılabilir.

Tıbbi yönetim, hasta bakım ve tedavi hizmetlerini sunan servis ve polikliniklerin yönetimi ile hemşirelik tıbbi personel yönetimini kapsarken

genel yönetim diğer işletmelerdeki yönetim işlevlerinin yanı sıra büro yönetimi, mali yönetim, personel yönetimi ve destek hizmet birimlerinden oluşmaktadır.

Sağlık işletmelerinin diğer üretim işletmelerinden ayrılan özellikleri bulunmaktadır.

Bunları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür: Değer10

- Sağlık işletmelerinde hizmet üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşirken üretim işletmelerinde, üretim ve tüketim arasında zaman vardır.
- Hizmet depolanmaz.
- sağlık işletmelerinde müşteriye özgü hizmet verilir.

- Sağlık işletmelerindeki hizmet soyut, üretim işletmelerindeki ürün somuttur. Ayrıca hizmet homojen değildir.
- Sağlık işletmelerinde müşteri üretim sürecine katılır
- Sağlık işletmelerinde emek yoğun teknoloji kullanılırken, üretim işletmelerinde sermaye yoğun teknoloji kullanılmaktadır.

Sağlık kurumları koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon ile eğitim ve araştırma alanlarında hizmet veren kuruluşlardır. Sağlık hizmetleri hizmet kapsamı bakımından birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. **Birinci basamak sağlık hizmetleri** genelde koruyucu sağlık hizmetlerini kapsarken tedavi edici sağlık hizmetleri de verilmektedir. Günübirlik tanı ve tedavi hizmetleri sağlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine; **aile hekimliği ve aile sağlığı merkezleri**, ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezleri, dispanserler ile teşhis ve tarama merkezleri örnek verilebilir. **Değer 9**

Tedavi edici sağlık hizmetlerine ise; hastaneler ve özel muayenehaneler örnek verilebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ulaşılan hasta sayısı fazla olmasına rağmen, sunulan hizmet çeşidinin az olması dolayısıyla maliyetler daha düşüktür. İkinci basamak sağlık hizmetleri, daha uzmanlık gerektiren hastalıkların tedavi edildiği yataklı tedavi kurumlarında verilen hizmetlerdir. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha maliyetlidir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise daha çok eğitim araştırma ve bölge eğitim hastaneleri tarafından verilen ve uzmanlık gerektiren tedavi edici hizmetleri içermektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren karışık hastalıkların tedavisine yönelik hizmetler sağlanmaktadır. Birinci ve ikinci basamak hastanelerde tedavisi mümkün olmayan hastalıklar üçüncü basamakta tedavi edilir. **Daha fazla uzman ve buna bağlı olarak daha fazla sermaye ve teknoloji kullanımı gerektiğinden ikinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha maliyetlidir. Değer 7**

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi dolaylı maliyetlerden biri değildir?
a) İş gücü kaybı b) Zaman kaybı c) Verimlilik kaybı d) Yatak hizmetleri
e) Maddi kayıp
2. Hizmet hacminin artıp azalmasına bağlı olarak değişmeyen maliyet türü aşağıdakilerden hangisidir?
a) Sabit maliyet b) Değişken maliyet c) Karma maliyet d) Toplam maliyet
e) Toplam değişken maliyet
3. Aşağıdakilerden hangisi bir birim hizmet üretmek için vazgeçmek zorunda kalınan ikinci en iyi alternatiftir?
a) Sabit maliyet b) Fırsat maliyeti c) Karma maliyet d) Değişken maliyet
e) Marjinal maliyet
4. Aşağıdakilerden hangisi ilave bir birim üretim sonucu katlanılan maliyetlerden biridir?
a) Değişken maliyetler
b) Toplam değişken maliyetler
c) Sabit maliyetler

- d) Marjinal maliyetler
- e) Ortalama değişken maliyetler

5. Uzun dönemde aşığıdaki maliyet unsurlarından hangisi yer almaz?

- a) Toplam maliyet
- b) Değişken maliyet
- c) Sabit maliyet
- d) Marjinal maliyet
- e) Ortalama değişken maliyet

6. Bir kimsenin yaptığı bir şeyden, yapılan işle hiç ilgisi olmayan başka kimselerin olumlu ya da olumsuz etkilenmesine ne ad verilir? **2015 fin11**

- a) Dışsalılık
- b) İçsellik
- c) İçsel ekonomiler
- d) Pozitif dışsalılık
- e) Negatif dışsalılık

7. Aşığıdakilerden hangisi hizmet kapsamı bakımından en maliyetli hizmet türüdür?

- a) Koruyucu sağlık hizmetleri
- b) Birinci basamak sağlık hizmetleri
- c) İkinci basamak sağlık hizmetleri
- d) Üçüncü basamak sağlık hizmetleri
- e) Tedavi edici sağlık hizmetleri

8. Sağlık Bakanlığının aşılama ve genel tarama yapmasıyla diğer bireylerin korunmasına ne ad verilir?

- a) Pozitif dışsalılık
- b) Negatif dışsalılık
- c) Olumsuz dışsalılık
- d) Tedavi edici sağlık hizmeti
- e) Optimal kaynak dağılımı

9. Aile hekimliği ve aile sağlığı merkezleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık hizmetlerine ne ad verilir?

- a) Birinci basamak sağlık hizmetleri
- b) İkinci basamak sağlık hizmetleri
- c) Üçüncü basamak sağlık hizmetleri
- d) Günübirlik sağlık hizmetleri
- e) Eğitici sağlık hizmetleri

10. Aşığıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerinin özelliklerinden biri değildir?

- a) Sağlık işletmelerinde hizmet üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşir.
- b) Sağlık işletmelerinde müşteriye özgü hizmet verilir.
- c) Sağlık işletmelerinde sermaye yoğun teknoloji kullanılır.
- d) Sağlık işletmelerinde müşteri üretim sürecine katılır.
- e) Sağlık işletmelerinde hizmet depolanmaz.

Cevap Anahtarı

1-D, 2-A, 3-B, 4-D, 5-C, 6-A, 7-D, 8-A, 9-A, 10-C

İLAC SEKTÖRÜ

Unite 10

Yeni bir ilaç geliştirirnenin ortalama maliyeti 230 milyon dolardır. Bunun gerçekleşmesi ise ortalama on yıl almaktadır. Değer 1

Kamunun ilaç sektöründe başka sektörlerde olmadığı kadar ver almasının ise birçok nedeni bulunmaktadır. 2014 fi 14

1-ilac sektöründe doktor, finansman ve hastalardan oluşan birbirinden bağımsız üçlü bir yapı içerisinde kamu otoritesinin düzenleyici rolünün gerekliliğidir. **İlaçların güvenilir, kaliteli ve etkili olmalarını sağlayacak bir sistemin oluşturulması ve bunların yerine getirilip getirilmediğiyle ilgili izleme rolü kamu yönetiminin kaçınılmaz olarak ilaç sektöründe yer almasını gerektirmektedir.**

2-kamunun birçok ülkede ilaç harcamalarının finansmanını sağlayan taraf ve en büyük ilaç alıcısı olmasıdır.

3- ilaç firmalarının büyük bir kısmının uluslararası nitelikte olması nedeniyle kamu otoritesinin ilaç fiyatlarının belirlenmesi, kâr marjlarının kontrol edilmesi ve sınırlandırılması, ilaç dağıtım kanallarının düzenlenmesindeki gerekliliğidir.

4- sosyal refahın korunmasının ve artırılmasının sosyal devletin bir gereği olmasıdır. 2014 fi 14

KAMU VE İLAC HARCAMALARI

Kamunun ilaç endüstrisinde bulunmasından temel amaç, herkesin kolay ulaşabildiği ve en düşük maliyetli sağlık mal ve hizmetlerinin alınmasına çalışılmasıdır. Sağlık alanına ayrılan kaynakların sınırlı olduğu göz önüne alınırsa, harcamaları ve maliyetleri en aza indirecek müdahalelerin, kaynakların verimli kullanılması amacıyla uygulamada giderek arttığı görölmektedir.

İlaç harcamalarındaki artışın birçok nedeni bulunmakla beraber tıp teknolojisindeki gelişmeler ve bunların hızla yayılması en önemli unsurlar olarak görölmektedir. Ancak Cutler ve McClellan (2001) tıp teknolojisindeki gelişmelerin etkilerinin iki farklı süreçte ele alınması gerektiğini belirtmekte ve bunları teknolojinin mevcut tedavilere/yöntemlere alternatif olarak kullanılması ile tanı koyma aşaması olarak belirtmektedirler. Yeni teknolojilerin doğrudan yaşam süresi ve kalitesine olan etkilerini bütün uygulamalarda açık ve kesin olarak ortaya koymak çoğu zaman olanaklı değilken, tanı aşamasında sağladığı kolaylıklar nedeniyle etkilerini gözlemek daha kolaydır. **Özellikle biyomedikal alandaki büyük yatırımlar, tıp teknolojisindeki gelişmelerin öncüsü olmuş ve buna bağlı olarak da ilaç harcamaları önemli ölçüde artmıştır. 2014 fi 15**

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyindeki artışlar ve **ilaca erişimdeki kolaylıklar** nedeniyle tekrar yükseldiği görölmektedir. 2014 fi 15 Türkiye'de de 2002'de 5,2 milyar TL olan ilaç harcamaları, yıllık ortalama %13,3'lük bir artışla 2011'de 16 milyar TL olmuştur. yeni teknolojiler ve buna bağlı olarak yeni ilaçlar yalnızca katlanılan maliyetleriyle değil bu süreçte yaşam süresi ve kalitesine yaptıkları katkılar yönünden de değerlendirilmelidir. Nitekim bu konuda Lichtenberg (1996) ilaç harcamalarındaki %10'luk bir artışın hastane harcamalarında yaklaşık

olarak %6,4 düzeyinde bir azalmaya neden olduğunu belirtmektedir. Miller ve Frech (2000) ise ilaç tüketiminin 40 yaşında ve 65 yaşında doğumda beklenen yaşam süreleri üzerine pozitif ve güçlü bir etkisinin bulunduğunu ampirik olarak göstermektedir.

İlaç harcamalarında artışın bir diğer nedeni nüfusun yaş yapısındaki değişme olarak belirtilmektedir.

İlaç Sektörünün Yapısı ve Özellikleri

Hayvan ya da insan hücresi üzerinde meydana getirdiği tesir ile bir hastalığın tedavisini veya bu hastalıktan korunmayı sağlayan kimyasal preparatlara ilaç denir. İlaçlar, bireysel ve toplumsal insan yaşamı bakımından vazgeçilmez metallerdir.

İlaçlar da kozmetikler gibi 3 şekilde üretilirler. Bunlar:

- Katı formdaki ilaçlar (tablet, film kaplı tablet, draje, kapsül, kuru şurup)
- Yarı katı formdaki ilaçlar (krem, merhem, süpozituar)
- Sıvı formdaki ilaçlar (steril ampul ve flakon, steril olmayan şurup, damla) şeklindedir.

Dünyada ve Türkiye'deki ilaç sektörünün yapısal özelliği "oligopol" niteliğindedir. Diğer bir anlatımla, ilaç pazarını az sayıdaki büyük firma kontrol etmektedir. **Değer8**

Sektörü yapısal olarak farklı kılan gerekçeler şu şekilde özetlenebilir:2014 fi16

- **Hastalıklara ve buna bağlı olarak tüketilecek olan ilaçlara ilişkin belirsizliklerin mevcudiyeti.**
- Üçlü talep yapısından kaynaklanan farklı tüketim yapısı. **Doktorun reçete yazması, hastanın bunu eczaneden alması ve özel sigortanın veya devletin ödemesi bu üçlü aşamayı yansıtır.**
- Üreticiler tarafından patent koruması ve marka bağımlılığı gibi pazar gücünü artıran unsurları ön plana çıkarılması. Özellikle araştırma geliştirme harcamalarının yüksek olmasına bağlı olarak uluslararası güçlü firmalar piyasanın kontrolünü ellerinde tutmaktadırlar.
- **Özellikle tedavi edici ilaçlarda arzın oligopol şeklinde olması. Bu hem uluslararası hem de yurt içi büyük birkaç firmanın üretici olmasının sonucudur.**
- **Sanayi politikası ile sağlık politikası arasında politika uygulayıcılarının yapmak zorunda bulunduğu tercihler. Bu piyasada hükümetler piyasaya müdahale etmekte, patent hakları ile ilgili hukuki düzenlemeler ve değişik kısıtlamalar yapmaktadır. Bu gibi uygulamalar ise rekabeti sınırlayıcı etki yapmaktadır. Uluslararası anlaşmalar da patent haklarını tüm dünyada koruyucu önlemler almıştır.**
- Arz ikamesi ve kopyalama imkanlarının yüksek olması.

İlaç Sanayisi ve Rekabet

İlaç sektöründeki üreticiler, hitap ettikleri pazarlara göre iki kategoriye ayrılmaktadır: Birincisi, uluslararası pazarlara yönelik olarak büyük ölçekli az sayıdaki firma üretim yapmaktadır. İkincisi, ülke ya da bölgesel pazarlar içinse çok sayıda küçük ölçekli firma üretim yapmaktadır.

Sağlık ekonomistleri, ilaç piyasasında genellikle dört tür rekabeti ön plana çıkarmaktadırlar. Bunlar: **Değer10**

- Fiyatta rekabet
- Üründe rekabet
- Jenerik rekabet
- Promosyonel rekabet

Aslında ilk iki rekabet birbirine zıt iki kutupta yer alan rekabet şeklidir ve diğer rekabet şekilleri bunlara bağlı olarak gelişmektedir. Örneğin **promosyonel rekabetin esas amacı, insanları farklı ürünler arasından bir tanesine yönlendirmektir.2016 büt11Yine jenerik rekabet, orijinal ürünlerle onların taklitleri (jenerik versiyonları) arasındaki fiyat rekabetini ifade etmektedir.2015 fin15**

İlaç Sektöründe Talebin Yapısı

Sağlık hizmeti talebinde olduğu gibi **İlaç sektöründe de tüketiciler ürünlerin nitelikleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı için ilaç talebini ve miktarını belirleyen nihai karar verici doktorlardır. Bunun yanında, ilaç harcamalarının sağlık sigortası ya da devlet tarafından karşılandığı durumlarda, talebin yapısı değişebilmektedir.2015 büt12** Böyle durumlarda devletin sektöre müdahaleci olarak talebi etkilemesi sık görülmektedir. Özellikle ilaç fiyatlarının yüksekliği, doktorların ilaç yazmadaki rahatlıkları ve kâr marjlarının yüksekliği devleti müdahaleye zorlayabilmektedir. Eğer nihai tüketici olan hastalar ilaç maliyetinin tamamını kendileri karşılarılarsa fiyatla karşı duyarlı olacaklarından ilaç tüketimi ve harcamaları azalacaktır. İlaç maliyetinin tamamının sağlık sigortası tarafından karşılanması durumunda ise tüketicilerin fiyat duyarlılıkları ortadan kalkacağından ilaç tüketimi ve harcamaları artacaktır.

YILLAR TÜKETİCİLERİN TUTUMU

1950-1960'lar	Pasif tüketici
1970'ler	Dikkatli
1980'ler	Aktif
1990'lar	Kendi sağlığının yöneticisi Değer9
2000'ler	İlaç ve sağlığın her konusunda araştıran ve bilgi sahibi olan tüketiciler 2015 fin16

Türkiye'de İlaç Sektörü

Türkiye'de ilaç sektöründe ruhsatlandırma aşamasından fiyatlama aşamasına kadar hemen hemen tüm faaliyetlerin düzenlenmesi ve denetlenmesi Sağlık Bakanlığının yetkisindedir. Sağlık Bakanlığı bu yetkisini ve düzenlemelerini, 1928 tarihli ve 1262 sayılı İspençiyarı ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bakanlık bu yetkisini kendisine bağlı bir alt birim olan İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (İEGM) aracılığıyla gerçekleştirmektedir. **1262 sayılı Kanun'a göre Sağlık Bakanlığının ilaç sektörü ile ilgili yetkileri şunlardır:2016 büt12 Değer7**

- **Türkiye'de üretilecek ve ithal edilecek ilaçlara ruhsat düzenlemek,**
- **İlaç ve kozmetik ürünlerin başvurularını değerlendirmek,**
- **Eczane ve ecza depolarının ruhsatlarını düzenlemek,**
- **İlaç, ilaç hammaddesi ve kozmetik ürünler ile ilgili denetimleri yapmak ve**
- **İlaç fiyatlarını belirlemektir.**

1262 sayılı Kanunun 7. maddesi gereği ilaç fiyatları Sağlık Bakanlığının denetimi altındadır. Bakanlık bu işlevini, Bakanlar Kurulu'na yayımlanan ve fiyatlandırmanın esaslarını belirleyen Fiyat Kararnameleri'ne dayanarak yerine getirmektedir. Günümüze kadar 1956, 1957, 1968, 1972, 1984 ve 2002 yıllarında, toplam altı adet fiyat kararnamesi yayımlanmıştır. Hâlen yürürlükte olan 5.7.2002 tarihli, 2002/4331 sayılı **Fiyat Kararnamesi'nin 83 fiyatlandırmaya ilişkin maddeleri aşağıdaki gibidir:**2015 büt13

- **İlaç imalatçıları tespit ettikleri satış fiyatlarını önce, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğüne yazılı olarak bildirirler.** Sağlık Bakanlığı imalatçı ve ithalatçı tarafından beyan edilen fiyatı uygun bulduğu/onayladığı takdirde yeni fiyat yürürlüğe girer.
- **İlaç imalatçıların yıllık kârı firmanın yıllık satış gelirinin %15'ini, münferit ilaçlar için ise ilacın yıllık satış tutarının %20'sini geçemez. Depocu satış fiyatı imalatçı satış fiyatına azami %9, perakendeci satış fiyatı da depocu satış fiyatına azami %25 ilave edilerek bulunur.** Bu oranlar azami olup, Sağlık Bakanlığı daha düşük oranlar belirleyebilir.
- Sağlık Bakanlığı yurt içinde üretilen ilaç fiyatlarının tüketiciye makul bir seviyede intikalini sağlamak amacı ile dış ülkelerden müstahzar ithali için gerekli tedbirleri alır. Depocu ve perakende satış fiyatları ise 2. maddedeki nispetlerle aynıdır. Bu oranlar azami olup, Sağlık Bakanlığı daha düşük oranlar belirleyebilir.
- Bu kararın uygulanması ile ilgili diğer hususlar Sağlık Bakanlığınca belirlenir.

Türkiye'de ithal ilaçlara yerli ilaçlara nispetle daha düşük kar marjı belirlenmektedir. Bunun temel gerekçesi, verli ilaç üretimini ve gelişimini teşvik etmektir. Değer5

Talep Yapısı

Türkiye'de ilaç harcamalarının finansmanı zorunlu sağlık sigortaları, düşük gelirli ve herhangi bir sağlık sigortası bulunmayan kesimlere yönelik olarak devlet tarafından sağlanan karşılıksız sağlık hizmetleri ile kurumlar tarafından çalışanları için yapılan sağlık harcamaları aracılığı ile sağlanmaktadır.

İlaçta "optimum kullanım" fikrinden hareket eden yeni yaklaşımlar, maliyet- etkinlik analizlerinde "rasyonel ilaç kullanımı" kavramını geliştirmişlerdir. **İlacın rasyonel kullanılabilmesi için de aşağıdaki hususların dikkate alınması gerekmektedir: Değer6**

- **Hekimin hastanın bünyesine en uygun ilacı yazması**
- **İlacın gerektiği zaman piyasada bulunabilmesi**
- **İlacın halkın satın alabileceği makul bir fiyattan satılması**
- **İlacın gerektiği dozda, gerekli ara ve gerekli süre ile alınması**
- **İlacın hastalığın tedavisinde etkili olması**

Türkiye'de ilaç sektöründe yaklaşık 25.000 kişi istihdam edilmektedir. Sektörde toplam 300firma faaliyet göstermektedir. Bunların 37'si çok uluslu firma ve 263'ü ise yerli firmalardan oluşmaktadır. Ancak ilaç sektörünün çok uluslu firmaların kontrolünde olduğu bilinmelidir. Sektörde faaliyet gösteren firmalar büyük çoğunlukla İstanbul, Kocaeli ve Tekirdağ civarlarında toplanmıştır.

Dünyada İlaç sektörü Piyasası

Dünyadaki ilaç pazarının yaklaşık %95'i uluslararası bazda faaliyet gösteren firmaların kontrolündedir. Değer 4 Dünya ilaç pazarının ABD; Avrupa Birliği ve Japonya'nın kontrolünde işlediği vurgulanmaktadır. ABD'deki ilaç sektöründe devlet kontrolü bulunmamaktadır ve sektör serbest piyasa koşullarına göre işlemektedir. Bu serbestiye bağlı olarak dünya pazarının yaklaşık %50'si bu ülkeye aittir.

Son yıllarda diğer piyasalardaki birçok üretimin Çin, Hindistan gibi Uzakdoğu ülkelerine veya Doğu Avrupa ülkelerine kaymasına rağmen, ilaç piyasasında bu olmamıştır. **Bunun temel nedeni, ilaç üretiminin yoğun teknik bilgi, uzmanlık ve yenilik gerektirmesidir. Değer3** Avrupa'nın ilaç piyasasındaki payı yaklaşık %29 kadardır.

Dünya ilaç piyasasında ilaçların fiyatlandırılması sürecinde ise genellikle şu üç unsur rol oynamaktadır: Değer2

- Piyasaya yeni çıkan ilaçlar öncakilere yakın fiyatlarla satılır. Ancak, **alanında öncü olan veya belli bir hastalığın tedavisinde öncü olan ilaçlar, yüksek fiyatlarla satılır.**
- Talebin esnekliği, rekabet, jenerik ürünlerin piyasadaki oranı gibi faktörler ilaç fiyatlarının yüksek ya da düşük olmasına sebep olmaktadır. Eğer talep esnek, rekabet yüksek ve jenerik ürünler çoksa, fiyatlar düşük olur. Aksi durumlarda ise fiyatlar daha yüksek olur.
- **Hükümetlerin fiyat kontrolü politikaları ve ülkeler arasındaki ticaret uygulamaları da fiyatların belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır.** Örneğin, bir ülkede düşük fiyatla satılan ilacın başka bir ülkeye ihraç edilip daha yüksek fiyatla satılması mümkün olmaktadır.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Yeni bir ilacın oluşturulması ortalama ne kadar yıl almaktadır?
a) 10 b) 20 c) 30 d) 40 e) 50
2. Aşağıdakilerden hangisi dünya ilaç piyasasında ilaçların fiyatlandırılması sürecinde rol oynayan unsurlardan biri değildir?
a) İlacın piyasa çıkma zamanı ve alanında öncü ilaç olup olmaması
b) İlgili ilaca olan talebin esnek olup olmaması
c) Hükümetlerin fiyat kontrol politikaları.
d) Ülkeler arasındaki ilaç ticareti uygulamaları
e) Ülkelerin turizm politikası
3. Son yıllarda diğer piyasalardaki birçok üretimin Çin, Hindistan gibi Uzakdoğu ülkelerine veya Doğu Avrupa ülkelerine kaymasına rağmen, ilaç piyasasında bu durumun olmamasının temel nedeni aşağıdakilerden hangisidir?
a) Bu bölge veya ülkelerin iklim koşullarının ilaç üretimine uygun olmaması
b) İlaç üretiminin batı ülkelerinin tekelinde olması
c) Bu bölge veya ülkelerin kendi topraklarında ilaç üretimine izin vermemeleri
d) İlaç üretiminin yoğun teknik bilgi, uzmanlık ve yenilik gerektirmesi
e) Bu bölge veya ülkelerin vergi oranlarının çok yüksek olması
4. İlaç piyasasının yaklaşık yüzde kaçını uluslararası bazda faaliyet gösteren firmaların kontrolündedir?

a)%25 b)%95 c)%7 d)%16 e)%55

5. Türkiye'de ithal ilaçlara yerli ilaçlara nispetle daha düşük kâr marjı belirlenmesinin temel nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İthal ilaçların kalitesizliğini göstermek
- b) İthal ilaçların ülkeye girişini hızlandırmak
- c) Yerli ilaç üretimini ve gelişimini teşvik etmek
- d) Yerli ilaç üretimini engellemek
- e) İthal ilaçların kalitesinin artmasını sağlamak

6. Aşağıdaki hangisi İlacın rasyonel kullanılabilmesi için dikkate alınması gereken hususlardan biri değildir?

- a) İlacın halkın satın alabileceği makul bir fiyatın üzerinde satılması
- b) Hekimin hastanın bünyesine en uygun ilacı yazması
- c) İlacın gerektiği dozda, gerekli ara ve gerekli süre ile alınması
- d) İlacın hastalığın tedavisinde etkili olması
- e) İlacın gerektiği zaman piyasada bulunabilmesi

7. Aşağıdakilerden hangisi Sağlık Bakanlığının ilaç sektörü ile ilgili yetkilerinden değildir?

- a) Türkiye'de üretilen ve ithal edilecek ilaçlara ruhsat düzenlemek
- b) İlaç ve kozmetik ürünlerin başvurularını değerlendirmek
- c) Eczane ve ecza depolarının ruhsatlarını düzenlemek
- d) İlaç, ilaç hammaddesi ve kozmetik ürünler ile ilgili denetimleri yapmak ve ilaç fiyatlarını belirlemek
- e) İlaç kullanım dozlarını belirlemek

8. Dünyadaki ve Türkiye'deki ilaç sektörünün yapısal özelliğini ifade eden piyasa aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Monopol b) Oligopol c) Tekel d) Tam rekabet e) Monopson

9. Aşağıdakilerden hangisi 1990'lardaki sağlık hizmetleri piyasasındaki tüketicilerin genel tutumunu ifade etmektedir?

- a) Pasif tüketici
- b) Dikkatli tüketici
- c) Aktif tüketici
- d) Kendi sağlığını yöneten tüketici
- e) İlaç ve sağlığın her konusunda araştıran ve bilgi sahibi olan tüketici

10. Sağlık ekonomistlerine göre, aşağıdakilerden hangisi ilaç piyasasında yaşanan rekabet türlerinden biri değildir?

- a) Fiyatta rekabet
- b) Üründe rekabet
- c) Jenerik rekabet
- d) Promosyonel rekabet
- e) Siyasi rekabet

Cevap Anahtarı

1.A, 2.E, 3.D, 4.B, 5.C, 6.A, 7.E, 8.B, 9.D, 10.E

SAĞLIK VE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN ULUSLARARASI KARŞILAŞTIRMASI ÜNİTE 11

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Dünyanın en fazla sağlık harcaması yapan ülkesi olan ABD, 2011'de Satınalma Gücü Paritesine (SGP) göre, kişi başına 8.508 dolar sağlık harcamasıyla birinci sırada yer almaktadır. **2015 büt 15**

ABD'de özel muayenehanelerde hastalardan ücret alarak çalışan doktorlar tıp hayatının temelini oluşturmaktadırlar. Doktorların çoğu bulunduğu kentte bir ya da daha fazla hastane ile mukavele yapabilmektedirler. Kendilerine gelen hastalarını bu hastanelere gönderirler ve hastaneler de hastanın kaldığı gün sayısına, ameliyat durumuna, testlere ve kullandığı ilaçlara göre bir fatura çıkarır. Hastanelerin bazıları kilise tarafından ya da kâr amacı gütmeyen başka gruplar vasıtasıyla işletilirken, bir kısmı kâr amacına yönelik, geriye kalanı da hükûmet kuruluşları olarak faaliyet gösterir.

ABD, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için özel ve kamu katkılarının birleştiği bir karma yöntem benimsemiş bulunmaktadır. Nüfusun büyük bir çoğunluğu sigorta kapsamında olmasına rağmen, sigorta dışı kalan nüfus oranı da küçümsenmeyecek orandadır.

Medicare, **65 yaşın üzerindeki nüfusu kapsayan bir sigorta türüdür. Değer3** İki bileşene sahiptir; birinci kısım, hastane bakımı içindir. İkinci kısım ise hastane dışı hizmetleri kapsamaktadır. Birinci kısım sosyal güvenlik vergisinden, ikinci kısım ise genel vergilerle finanse edilmektedir.

Medicaid **ortak bir federal-eyalet programıdır ve fakir insanlara tıbbi bakım sağlamaktadır. Değer8**

Champus ve Champva, **askerî hizmetlerde çalışanları kapsayan bir sigorta türüdür. (ABD) Değer10**

Yüksek sağlık harcamalarına rağmen, 2013 yılında ABD'deki ortalama ömrün yaklaşık 81 yıl ve bebek ölüm oranının binde 7 olduğu dikkate alınırsa, diğer gelişmiş ülkelerden çok yüksek sağlık göstergelerine sahip olmadığı anlaşılabacaktır. Kişi başına düşen GSMH'nın 45 bin dolar civarında olması, bu ülkede sağlık harcamalarına daha fazla kaynak aktarılmasına sebep olan önemli bir unsurdur. Değer1

ABD sağlık sistemine yapılan eleştirilerin önemli kısmı sigorta sistemine ve sigorta kapsamı dışında kalan nüfusun çokluğuna yöneliktir. Değer2

KANADA SAĞLIK BAKIM SİSTEMİ

Kanada'da sigorta uygulaması, 1945-46 döneminde Saskatchewan eyaletinde hastane sigortacılığı olarak başlamış, daha sonra da 1957 yılında Newfoundland ve Alberta eyaletlerinde uygulanmıştır. **ABD'de sağlık bakım maliyetlerinin hızla artması ve buna bağlı olarak sigortasız bireylerin çoğalması sonucunda Kanada Sağlık Bakım sisteminin ABD için bir örnek olması düşünülmekteydi. ABD cephesinden Kanada'daki sisteme**

malîyet açısından iyi düzenlenmiş ve halkı kapsayan millî sağlık bakım programı olarak bakılmıştır. Değer5

Kanada'da her 10 eyalet ve 3 bölge bir genişletilmiş küresel program uygulamaktadır. Bu sistem merkezi yönetim yardımıyla yapılmaktadır. Federal devlet tarafından belirlenen çeşitli kriterlerin sigorta şirketleri tarafından uygulanması gerekmektedir. Sigortanın genel, küresel ve taşınabilir olması gerekmektedir. Bu konu bireylerin bölgeler ve ülkeler arasında hareket ettikleri durumda uygulanır. Hastaların sigorta seçimlerinde herhangi bir mali engel bulunmamaktadır. Kanada'da tedavi hizmetleri İngiltere Millî Sağlık Hizmetleri'nden farklıdır. Kanada'da doktorlar özel meslek sahibi sayılmaktadırlar. Ancak hastanelere girebilmeleri için belli skorlara sahip olmaları gerekmektedir. Doktorların sundukları ücretsiz hizmetleri karşılığında eyalet tarafından kendilerine ödeme yapılmaktadır. Ayrıca hastane bütçeleri eyaletler tarafından karşılanmasına rağmen, bu kuruluşlar özel işletmeler olarak kabul edilmektedirler. Kanada sistemi 1930'larda bazı eyaletler tarafından zorunlu sağlık sigortası önerilerek başlamıştır. Temel motivasyon iki şeyden kaynaklanmaktadır; hastane hizmetlerinin maliyetini karşılayan 1957 yılında onaylanan Federal Kanun ve doktor hizmetlerinin maliyetini karşılayan 1966 yılında onaylanan tedavi hizmetleridir. ABD'nin Kanada sistemine yoğun ilgi göstermesinin sebebi, bu iki ülkenin uzun sınır komşusu, ortak dil ve kültüre sahip olmalarıdır. Bu iki ülkenin ekonomik sistemleri aynı olmasının yanında, 1990 yılına kadar sağlık bakım sistemleri de aynı perspektifte oluşmuştur.

Kanada ve ABD arasında farklı olan temel konulardan biri doktor ücretleri ile ilgilidir. 1985 yılında ABD'deki doktor ücretleri %239 oranında Kanada'dan daha yüksektir.

Üstteki değerlendirmelere bağlı olarak Kanada sisteminin bazı açılardan ABD sisteminden üstün olduğu söylenebilir. Kanada'da maliyetler daha düşük ve hizmetler daha kalitelidir.

JAPON SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Japonya, sağlık bakımı için ABD'nin yaptığından yaklaşık yarısı kadar Gayrisafi Yurt içi Hasılası'ndan (GSYİH) bir harcama yapmasına rağmen, çok yüksek bir rakam olan 80-82 yıllık ortalama ömre sahip olan bir ülkedir. 1997 yılı itibarıyla kişi başına 2000 dolar sağlık harcaması yapılmıştır. Japon sağlık bakım sisteminde kullanılan teknoloji ABD'de kullanılan teknolojiye oldukça benzemesine rağmen, fonların akışı-kullanım miktar ve yoğunluğu bakımından- çok farklıdır.

Japonya'da bütün vatandaşlar çeşitli sigorta yöntemleriyle sağlık yönünden güvence altındadırlar. Sigortalı insanlar istedikleri doktor ve hastaneyi seçmekte serbesttirler. Başvurdukları sağlık kuruluşlarına daha önce yaptıkları prim ödemelerinden başka herhangi bir masraf ödemezler.

Japonya'da doktorlar net bir şekilde iki gruba ayrılmaktadırlar. Birinci grupta genel doktorlar yer alır. Bunlar, gelirlerinin önemli bir bölümünü laboratuvar testleri ve eczacılığa ait işlerden elde etmektedirler. İkinci grupta ise; daha az gelir elde eden ve belli bir grup hâlinde çalışma yapan, uzman hastane doktorları yer almaktadır.

Japonya'daki hastaneler de iki gruba ayrılmaktadır. Birinci grupta, özel çalışan doktorlar tarafından açılan ve daha az imkânlarla sahip olan muayenahaneler yer almaktadır. İkinci grupta ise, büyük kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri yer almaktadır. İkinci grupta yer

alan sağlık birimleri en etkin sağlık kurumları olarak adlandırılmaktadırlar. **Diğer taraftan, Japonya'da kâr amacıyla hastane yatırımı yapmak yasaklanmıştır.v2014 fi**¹⁷

Toplum İdareli Sağlık Sigortası (SMH): Büyük kuruluşların işçilerini kapsamaktadır.

Hükûmet İdareli Sağlık Sigortası (GMH): Küçük ve orta ölçekli kuruluşlar (700 işçiden daha az işçi çalıştıran) ile hükûmet çalışanları bu sigorta kapsamındadır. Bunlar aynı zamanda Japon Sağlık Bakanlığından %14 kadar sübvansiyon almaktadırlar.

Cemaat (Topluluk) Sağlık Sigortası (CHD): Serbest çalışanlar, emekliler, yerel hükûmet işçileri, işsizler ve diğerleri bu sigorta kapsamındadırlar. Bunların primlerinin %50'si hükûmet tarafından, geriye kalanı da fertler tarafından değişik oranlarda ödenmektedir.

Japonya'daki bu farklı sigorta biçimlerine aslında Sağlık Bakanlığına bağlı bir "Sosyal Sigorta" şeklidir demek mümkündür. **2015 fin**¹⁷

ALMANYA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Almanya sağlık bakım sisteminin kökleri 1883 yılında Bismarck'ın çıkardığı farklı mesleklerdeki işçilerin sigortalı olmasını zorunlu kılan kanuna (Bismarck Kanunu/modeli) dayanmaktadır Deđer⁶

Almanya sağlık sigortası sitemine göre,tüm çalışanların sağlık sigortası kapsamında olması zorunludur. Bu sistemde sigorta maliyetleri işçi ve işverenler arasında eşit oranda bölünmektedir.2016 büt **13** İşçi payı vergi olarak gayri safi ücreti üzerinden alınmaktadır.

Almanya halkının yaklaşık %88'i sosyal sağlık sigortasına, %10'u da özel sağlık sigortasına sahip, %2'si ise sigortasızdır.

Hastalık Fonu, kanuni olarak büyük faydalı hizmetleri sağlamakla görevlidir. Hastalık Fonu, sakatlık sigortasında olduğu gibi, hastalık nedeniyle işinden olan kişilere de para ödemektedir.

Almanya sisteminde devletin her düzeyde görevi bulunmaktadır ve politikaları ve uygulamaları merkezî hükûmetin (meclisin) onaylaması gerekmektedir.

GÜNEY KORE SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Güney Kore örneği, ABD dâhil olmak üzere bütün sigortasız ülkelere önemli bir örnek olabilir. 1977 yılında Kore halkının %10'undan daha azı sigortaya sahipken, Temmuz 1989 yılında Komple Bitirme Planı ile prim ödemesi karşılıklı olan bir özel sağlık bakım sistemi kurulmuştur.

Güney Kore, 1977 yılında 500 kişiden fazla işçisi olan bütün şirketlerin sigorta topluluğu kurmasını zorunlu kılmıştır. Ocak 1988 yılında bu işçi sayısı 5 kişiye düşürülmüştür. İkinci bir plan kamu görevlilerini, öğretmenleri, askerleri ve emeklileri ayrı bir kanun kapsamında sigortalı etmiştir. Ayrıca, serbest meslek sahipleri, çiftçiler, balıkçılar ve diğer meslek grupları üçüncü bir plan kapsamında sigortalanmışlardır. Nihayet, düşük gelirli bireyler kamu sigorta kapsamına alınmışlardır.

Güney Kore'nin sigorta stratejileri maliyet kontrollü ve sigorta primine bağlı stratejilerdir. Deđer⁷ Ücret tablosu altında sigorta satın alanlara çeşitli durumlarda hizmet vermek için farklı primler talep edilmektedir. Sigorta primlerinden ziyade, diş hastalarından muayene için hasta başına sabit bir danışmanlık ücreti de alınmaktadır.

KENYA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Kenya ekonomisi büyük ölçüde tarıma dayalıdır. En önemli ihracat ürünleri arasında kahve, çay ve çeşitli mineraller yer almaktadır. Hızlı bir nüfus artışı olan bu ülkede 1994 yılı verilerine göre 26 milyon insan yaşamaktadır.

Kenya'da sağlık hizmetleri, kamu ve özel sektör arasında hemen hemen eşit olarak paylaşılmaktadır. Bu ülkede sağlık bakanlığının yanı sıra dinî cemiyetler de sağlık sisteminin önemli unsurudurlar. Ancak bu kuruluşlar yönetim ve köken itibarıyla dinî olmalarına rağmen, fon kaynaklarının %60'ı hasta ücretlerinden, %25'i hükûmet sübvansiyonlarından, %15'i ise bağış ve yardımlardan elde edilmektedir.

ÇAĞDAŞ SAĞLIK BAKIM SİSTEMLERİ

Sanayileşmiş ülkelerinin çoğunda sağlık bakım hizmetleri hükûmet tarafından ya da genel kapsamlı kamu sağlık sigortası fonu vasıtasıyla sağlanmaktadır.

Gordon tarafından dört faydalı sağlık sistemi tipolojisi geliştirilmiştir: Değer4

• **Geleneksel kamusal sigorta**, hükûmet harcama yardımlı ve piyasa yönlü özel bir sistemdir. Bu sisteme sahip olan ülkeler: Avustralya, Belçika, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Almanya'dır.

• **Ulusal düzeyde millî sağlık sigorta sistemi, bu sisteme sahip olan ülkeler;** Kanada, Finlandiya, **Norveç**, İspanya ve İsveç'tir. **2015 fin18**

• **Hükûmet sorumluluğunda millî sağlık hizmetleri**, Bu sisteme sahip olan ülkeler; Danimarka, Yunanistan, İtalya, Yeni Zelanda, Portekiz, Türkiye ve İngiltere'dir. **2014 fi18**

• **Karma sistemler**, hem geleneksel kamu sigortalı sistemi hem de millî sağlık sigortasını kapsamaktadır. Bu sisteme sahip olan ülkeler; Avustralya, İzlanda, İrlanda, Japonya, İsviçre ve Amerika Birleşik Devletleri'dir.

ABD'deki bu yüksek harcamalar üç temel gerekçeden kaynaklanıyor olabilir:

- Hizmet kalitesinin yüksek olması
- Hizmet maliyetlerinin yüksek olması
- **Hizmetlerin verimsiz olması**

alınan sağlık hizmetleri miktarı Q, millî gelir ile pozitif yönlü değişirken, fiyat düzeyi ile negatif yönde değişmektedir. Değer9

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Dünyada Gayri Safi Yurtiçi hasılasından sağlık harcamalarına en çok pay ayıran ve buna bağlı olarak da kişi başına sağlık harcaması en çok olan ülke aşağıdakilerden hangisidir?

- a) ABD b) Japonya c) Kanada d) Kenya e) Almanya

2. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık sektörüne yönelik en temel eleştiri aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sigortasız nüfusun fazla olması
b) Hükûmetin demokratik olması
c) Sağlık hizmetlerinde ayrımcılık yapılması
d) Dünya liderliği iddiası

e) Sağlık harcamalarının verimsizliği

3. ABD'deki sigorta tiplerinden Medicare, hangi nüfus kesimini kapsamaktadır?

- a) Fakir nüfusu b) Genç nüfusu c) İşsiz nüfusu d) Özürlü nüfusu
e) 65 yaş üstü nüfusu

4. Aşağıdakilerden hangisi Gordon'un geliştirdiği sağlık sistemi tipolojilerinden biri değildir?

- a) Geleneksel kamusal sigorta sistemi
b) Ulusal düzeyde milli sağlık sigorta sistemi
c) Hükümet sorumluluğunda millî sağlık hizmetleri sistemi
d) Karma sistemler
e) ABD sistemine uygun sağlık sistemi

5. Kanada'daki sağlık hizmetleri sisteminin sonuçları açısından ABD'de uygulanan sistemden en önemli üstünlüğü aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Sunulan hizmetlerin kalitesiz olması
b) Sigorta sisteminin işlememesi
c) Maliyetlerin düşük olması
d) Harcamaların yüksek olması
e) Doktorların yüksek ücret alması

6. Almanya sağlık hizmetleri sisteminin kökleri aşağıdakilerden hangisine dayanmaktadır?

- a) Gordon Kanunu b) Bismarck Kanunu c) Smith Kanunu d) Keynes Kanunu
e) Ricardo Kanunu

7. Sigorta stratejileri, maliyet kontrollü ve sigorta primine bağlı stratejilerden oluşan sistem hangi ülkeye aittir?

- a) ABD b) Kenya c) Almanya d) Güney Kore e) İsviçre

8. ABD'deki sigorta tiplerinden Medicaid, hangi nüfus kesimini kapsamaktadır?

- a) Fakir nüfusu b) Genç nüfusu c) İşsiz nüfusu d) Özürlü nüfusu
e) 65 yaş üstü nüfusu

9. Alınan sağlık hizmetleri miktarının millî gelir ve fiyat ile ilişkisi nasıldır?

- a) Millî gelir ile negatif, fiyat ile pozitif ilişkilidir.
b) Millî gelir ve fiyattan etkilenmez.
c) Millî gelir ile pozitif, fiyat ile negatif ilişkilidir.
d) Millî gelir ve fiyatla pozitif ilişkilidir.
e) Millî gelir ve fiyatla negatif ilişkilidir.

10. Askerî hizmetlerde çalışanları kapsayan bir sigorta türü olan Champus ve Champva hangi ülkede uygulanmaktadır?

- a) Fransa b) Amerika Birleşik devletleri c) İran d) Almanya e) Güney kore

Cevap Anahtarı

1.A, 2.A, 3.E, 4.E, 5.C, 6.B, 7.D, 8.A, 9.C, 10.B

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖZELLEŞTİRME

ÜNİTE 12

Dünya Sağlık Örgütü'nün "sağlık hizmetleri, devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir" tanımını vermesi de sağlık hizmetlerinin kamusal bir yönünün olduğunu ortaya koymaktadır. Değer10

ÖZELLEŞTİRMENİN TANIMI VE GELİŞİMİ

Dar anlamda özelleştirme, kamu mülkiyetindeki kaynakların bir anlamda KİT'lerin yönetim ve mülkiyetinin özel sektör iştirakçilerine devredilmesidir. Değer 4

Geniş anlamda özelleştirme, "kamusallaştırma"nın tam tersine, devletin ekonomiyi müdahalesinin asgari düzeye indirilmesi ya da kaldırılmasına yönelik uygulamalar bütünüdür

Sağlık sektörü açısından, hem mülkiyetin devri hem de sektördeki devlet payının asgari düzeye indirilmesi ya da kaldırılması yönündeki her türlü uygulamayı kapsayan geniş anlamdaki tanımın daha uygun olduğu düşünülebilir. 2014 fi19

Özelleştirme uygulamaları özellikle son 35 yıl içinde dünya ekonomisindeki önemli bir araştırma ve uygulama sahası olmuştur. 1970'li yıllarda Şili'de başlamış, 1979'da İngiltere'de hız kazanmış ve daha sonra da İtalya, Fransa, İspanya ve Japonya'da önemli özelleştirmelere gidilmiştir. 1990'lı yıllardaki SSCB'nin çöküşüyle de pek çok bölge ve ülkede en önemli konu hâline gelmiştir.

Özelleştirmenin Türkiye'deki Gelişimi

Türkiye'de özelleştirme fikir olarak en az Cumhuriyetle yaşıttır. 1923-1930 yılları arasında özel sektörün desteklenerek ülke ekonomisinin düzlüğe çıkarılmasına çalışılmasına rağmen o günkü koşullar buna müsaade etmemiş ve 1929 ekonomik bunalımının da etkisiyle 1930'lu yıllarda Türkiye'de KİT'ler kurulmuş ve bunlar 1980'li yıllara kadar ülke kalkınmasında temel taşlar olmuşlardır. Diğer taraftan devletçilik politikası çerçevesinde kurulan ve gelişen KİT'ler hiçbir zaman "doktriner" bir hedef için kullanılmamış, her zaman "pragmatik" olmuşlardır. Diğer bir anlatımla, ülke kalkınması için gerekli olan dinamikleri işletmek amacıyla kurulmuşlardır.

Özelleştirmenin temel amacı, piyasada rekabetin yerleştirilmesi ve kaynak kullanımında verimliliğin artırılmasıdır. Değer 6 özelleştirmede asıl amaç kamuya gelir sağlamak değil ekonomide etkinliği ve verimliliği gerçekleştirmek olmalıdır.

Sağlıkta Özel ve Kamu Sektörlerinin Payı

Türkiye'de özel sektörün sağlık alanında faaliyette bulunması 12.1.1961'de Resmî Gazetede yayınlanan 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunla başlamıştır. Değer5 . OECD ülkelerinde ortalama %72 oranında kamunun harcama payı olmasının temel sebebi, sağlık sektörünün kendisine özgü birtakım özellikleri olan bir piyasa olmasıdır. 2016 büt 15 Serbest piyasa ekonomisine sahip olan bu ülkelerde bile harcamaların bu kadar yüksek bölümünün kamu tarafından gerçekleştirilmesi

bu iddiayı doğrulamaktadır. Konunun Türkiye açısından değerlendirilmesi durumunda da harcamalarda kamunun payında artış olduğu görülmektedir. Aşağıdaki tablo yıllar itibarıyla Türkiye'deki durumu yansıtmaktadır.

Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%), 2015 büt16 Türkiye. 1-2

Tablo 12.3: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%), Türkiye.

YILLAR	KAMU	ÖZEL	TOPLAM
1999	2,91	1,85	4,76
2000	3,11	1,83	4,94
2001	3,51	1,65	5,16
2002	3,79	1,57	5,36
2003	3,84	1,50	5,34
2004	3,83	1,54	5,37
2005	3,70	1,75	5,45
2006	3,97	1,84	5,81
2007	4,10	1,94	6,04
2008	4,44	1,64	6,08
2009	4,92	1,16	6,08
2010	4,41	1,20	5,61
2011	4,21	1,08	5,29
2012	4,14	1,25	5,39

Kaynak: TÜİK

Tabloya göre, yıllar itibarıyla sağlık harcamalarında kamunun payında artış yaşanırken, özel sektörün payı azalmıştır. Örneğin, 1999 yılında GSYİH içinde kamunun sağlık harcamalarına ayırdığı pay %2,91'den 2012 yılında %4,14'e çıkmışken, **özel sektörün payı %1,85'ten %1,25'e düşmüştür.**

Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi

Türkiye'de 05.01.1961 tarihinde kabul edilen, 12.01.1961'de Resmî Gazetede yayınlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 4.maddesi ile özel sağlık sektörü serbest bırakılmış, isteyen özel sektöre başvurabileceği belirtilmiştir.v2016 büt16

Sağlık sektöründe özelleştirmeyi savunanların gerekçeleri, diğer alanlardaki özelleştirmecilerden çok farklı değildir; devletin yükünü azaltmak, hizmet kalitesini ve verimliliğini yükseltmek gibi. Kamu sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesinin başka türlü düzeltilemeyeceği en önemli tez olarak öne sürülmektedir. Böylece temel sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak aktarılabileceği iddia edilmektedir. **Buna karşılık, Türkiye'de sağıkta özelleştirmeye gidilmesine karşı çıkanlar; Değer3**

- **Özelleştirmenin, sağlık alanındaki eşitsizlikleri daha da artıracığını,**
- Sağlık çalışanları için işsizlik tehlikesi yaratacağını ve
- Türkiye kaynaklarının uluslararası sermaye tarafından sömürüleceğini ileri sürmektedirler.

Diğer bazı yazarlar ise kamu sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarının verdikleri hizmet açısından kamu sektörünün vazgeçilmezliği üzerinde durmaktadırlar. Bu doğrultuda düşünenlerin temel gerekçelerini ise aşağıdaki başlıklar hâlinde sıralamak mümkündür:

- Kamu sağlık kuruluşları ödeme gücünü dikkate almadan tüm vatandaşlara hizmet sunarlar. **Oysa özel sağlık kuruluşları ödeme gücü olmayanlara hizmet sunmazlar.**2014 fi20
- Kamu sağlık kuruluşlarının dağılımı nüfusla orantılı bir gelişim gösterme eğiliminde iken **özel sağlık kuruluşları karlı bölgeleri tercih ederler.**2014 fi20
- Yaşanan deneyimler sonucunda iddia edildiği gibi özel sağlık kuruluşlarının daha verimli olduğu yanlıştır. **Özellikle yüksek yönetim ve reklam maliyetleri özel kuruluşların daha pahalı hizmet sunması sonucunu doğurmuştur.**2014 fi20
- Özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesiyle rekabet ortamının yaratılarak verimliliğin arttırılacağı iddiası da yanlıştır. Çünkü özel sağlık kuruluşları daha ziyade "uzmanlaşmış hastaneler" biçiminde örgütlenerek bu alanda tekel oluşturma eğilimindedir.
- **Özel sağlık kurumlarında personel hareketliliği çok fazla olduğu için hizmetin sürekliliği ve kalitesi olumsuz yönde etkilenebilir.**2014 fi20
- **Özel sağlık kuruluşlarının temel hedefleri kâr etmek olduğu için maliyetleri düşürme çabaları sonuçta bazı hizmetlerin daha kalitesiz sunulmasına sebep olabilmektedir.**2014 fi20
- Özel sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesinin yüksek algılanmasının sebebi "lüks otelcilik" hizmeti vermelerinden de kaynaklanmış olabilir.

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO), bir ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan payın GSYİH'nın en az %5'i kadar olması gerektiğini belirtmektedir.2015 fin19 **Değer 2** **Türkiye gibi** GSYİH'nın ancak 2001 yılından sonra yaklaşık **%5'ini** sağlık sektörüne ayırabilen gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde özel kesime bırakılması birtakım sorunlar yaratabilir. **Değer 8**

Farklı bir bakış açısıyla sağlık hizmetlerinin sosyal bir hizmet türü olduğu şöyle değerlendirilebilir. Ödeme gücü olmayanların tedavisi, kamu hizmeti olarak yapılmadıkça, ödeme gücü olanların sağlıklarının da tehdit altında kalacağı düşünülebilir. Bu durum sağlık ekonomisi literatüründe **sağlığın dışsallığı olarak** ele alınmaktadır. **Diğer bir deyişle, iyileştirilemeyen bir hastanın (özellikle bulaşıcı hastalığı olan) çevresi için "dış zarar" yaratacağı tedavisinin ise "dış kazanç" sağlayacağı söylenebilir.**2015 büt11 **Değer9** Bu çerçevede Türkiye açısından sağlık sektörünün özelleştirilmesi konusunda özetle şu değerlendirme yapılabilir.

Türkiye İçin Öneriler **Değer7**

- Kamu sağlık hizmetlerinin birçok eksiği mevcuttur. Ancak bu eksikliklerine rağmen sağlık sektörü için kamu vazgeçilmez bir taraftır.
- **Ülke koşulları da göz önüne alınarak sağlık sektöründeki özelleştirme, özel sektörün kamuyla birlikte faaliyet göstermesine kolaylıklar sağlamak yönünde olmalıdır.** Aksi takdirde, kamu sağlık kurumlarının elden çıkarılması yoksul toplum kesimlerinin zor durumda kalmalarına sebep olabilecektir.

- Özel sağlık kuruluşları hizmet yükünü hafifletmesine rağmen, ülkedeki gelir dağılımı iyileşip herkesin asgari bir sağlık hizmeti satın alacak gelir düzeyine kavuşacağı zamana kadar kamunun sağlık sektöründeki ağırlığı mutlaka devam etmelidir.
- **Kamu hastanelesindeki gereksiz bürokratik engeller en aza indirilerek daha hızlı ve verimli sağlık hizmeti sunulması yoluyla, kamunun verimsiz çalıştığı düşüncesi yok edilmelidir.**
- **Hekimlerin çalışma biçimleri ve ücret durumları yeniden gözden geçirmelidir.**
- **Bölgesel dengesizliklerin çok yoğun olduğu Türkiye gerçeğinde, özellikle kırsal bölgelere özel sektör gitmeyi tercih etmeyeceği için kamu sektörü bu bölgelere daha bir titizlikle eğilmelidir.** Yani bu bölgeler, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık açısından da az gelişmişlikle baş başa bırakılmamalıdır.

•**Ödeme gücü olmayanların tedavisi, kamu hizmeti olarak yapılmadıkça, ödeme gücü olanların sağlıklarının da tehdit altında kalacağı düşünülebilir. Bu durum sağlık ekonomisi literatüründe**sağlığın dışsallığı **olarak ele alınmaktadır.2016 büt14** Diğer bir deyişle, iyileştirilemeyen bir hastanın (özellikle bulaşıcı hastalığı olan) çevresi için "dış zarar" yaratacağı tedavisinin ise "dış kazanç" sağlayacağı söylenebilir.

•**Özelleştirilmiş sistemler üst gelir grubundakiler için yüksek kalitede bakım sağlama amacındadır. Bunun sonucu olarak özel sektör sağlık kuruluşları yüksek gelir bölgelerinde yoğunlaşırlar. Değer1**

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Özel sektör sağlık kuruluşlarının daha çok yüksek gelir bölgelerinde yoğunlaşmasının temel sebebi nedir?
 - a) Yüksek gelir bölgelerindekilere kaliteli hizmet sunarak yüksek kazanç elde etmek
 - b) Yüksek gelir bölgelerinin ulaşımının kolay olması
 - c) Yüksek gelir bölgelerinde okuma yazma oranının yüksek olması
 - d) Yüksek gelir bölgelerinin temiz olması
 - e) Yüksek gelir bölgelerindeki sağlık sigortalılarının oranının yüksek olması
2. Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO), bir ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan payın GSYİH'nın en az yüzde kaç olmasının uygun olduğunu ifade etmektedir?
 - a) %50
 - b) %30
 - c) %5
 - d) %20
 - e) %10
3. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye'de sağlıkta özelleştirmeye gidilmesine karşı çıkanların görüşlerinden biridir?
 - a) Uluslararası sermaye Türkiye'deki sağlık sektörüne yatırım yapacaktır.
 - b) Sağlık alanında istihdam artacaktır.
 - c) Sağlık sektöründe verimlilik artacaktır.
 - d) Sağlık sektöründe etkinlik artacaktır.
 - e) Sağlık sektöründe eşitsizlik artacaktır.
4. Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT'lerin) yönetim ve mülkiyetinin özel sektör iştirakçilerine devredilmesine ne denir?
 - a) Dar anlamda sanayileşme
 - b) Geniş anlamda sanayileşme

- c) Geniş anlamda özelleştirme
- d) Dar anlamda özelleştirme
- e) Dar anlamda kalkınma

5. Türkiye'de özel sektörün sağlık alanında faaliyette bulunması hangi yılda başlamıştır?

- a) 1923
- b) 1961
- c) 1971
- d) 1983
- e) 2003

6. Aşağıdakilerden hangisi özelleştirmenin temel amacıdır?

- a) Özel sektörün kârlılığını artırmak
- b) Özel sektörün müteşebbislik gücünü artırmak
- c) Piyasayı özel sektörün kontrolüne vermek
- d) Piyasada kamunun denetim hakkını bitirmek
- e) Piyasaya rekabetin yerleştirilmesini ve kaynak kullanımında verimliliği sağlamak

7. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye'deki sağlık sektörünün daha etkin, verimli ve adil olması için uygun bir öneri olmaktan uzaktır?

- a) Ülke koşulları da göz önüne alınarak sağlık sektöründeki özelleştirme, özel sektörün kamuyla birlikte faaliyet göstermesine kolaylıklar sağlamak yönünde olmalıdır.
- b) Kamu hastanelerindeki gereksiz bürokratik engeller en aza indirilerek daha hızlı ve verimli sağlık hizmeti sunulması yoluyla, kamunun verimsiz çalıştığı düşüncesi yok edilmelidir.
- c) Bölgesel dengesizliklerin çok yoğun olduğu Türkiye gerçeğinde, özellikle kırsal bölgelere özel sektör gitmeyi tercih etmeyeceği için kamu sektörü bu bölgelere daha bir titizlikle eğilmelidir.
- d) Devlet hekimlerin çalışma biçimlerini ve ücret durumlarını yeniden gözden geçirerek topluma en fazla fayda sunacakları düzenlemeler yapılmalıdır.
- e) Sağlık sektörünün gelişmiş bölgelerdeki ağırlığını artırıcı politikalar izlenmelidir.

8. Türkiye'de Gayrisafi Yurt içi Hasıladan (GSYİH) sağlık sektörüne ayrılan pay yaklaşık ne kadardır?

- a) %5
- b) %15
- c) %20
- d) %25
- e) %30

9. İyileştirilemeyen bir hastanın (özellikle bulaşıcı hastalığı olan) çevresi için "dış zarar" yaratması ve tedavi edilmesinin ise "dış kazanç" sağlamasına ne denir?

- a) Sağlığın korunması
- b) Sağlığın gaspı
- c) Sağlığın dışsallığı
- d) Sağlığın bozulması
- e) Sağlığın içselliği

10. "Sağlık hizmetleri, devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir" ifadesi hangi uluslararası kuruluşa aittir?

- a) Birleşmiş Milletler
- b) Dünya Sağlık Örgütü
- c) Dünya Engelliler Birliği
- d) Türk Tabipler Birliği
- e) Avrupa Birliği

Cevap Anahtarı

1.A, 2.C, 3.E, 4.D, 5.B, 6.E, 7.E, 8.A, 9.C, 10.B

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ

ÜNİTE 13

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISI

Sağlık Bakanlığının 2012 yılı verilerine göre, Türkiye'de toplam 1483 hastane bulunmaktadır. Bunun 832'si Sağlık Bakanlığı'na, 65'i üniversitelere, 541'i özel sektöre ve 45 ise diğer birimlere aittir. Yine 2012 yılındaki toplam hastane yatağı sayısı 200.072'dir. Bu rakamın 122.322'si Sağlık Bakanlığı'na, 35.150'si üniversitelere, 35.757'si özel sektöre ve 6.833'ü ise diğer birimlere aittir. Bu verilere göre, Sağlık Bakanlığının sağlık sektöründeki ağırlığı devam etmektedir. Özel sektör hastane sayısının fazlalığına rağmen, yatak sayısı açısından üniversiteler ile yaklaşık sayıya sahip olması dikkat çekicidir. Bu durum, özel sektörün serbest piyasa kurallarına göre kar amaçlı çalışan kuruluşlar olmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Dolayısıyla Türkiye'de sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünün verildiği üç büyük özerk ve özel sistem vardır denilebilir. Bunlar;

1. Sağlık Bakanlığı
2. Üniversiteler (tıp fakülteleri)
3. Özel sektör

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, Türk sağlık sisteminin örgütsel yapısı içinde en üst düzeyde ülkenin sağlık politikasını saptayan, yönetim ve denetim sorumluluğu olan bir kuruluştur.

Değer1 değer 9

Sağlık Bakanlığı "Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti" adı altında 15.5.1920 tarih ve 3 sayılı yasayla kurulmuştur.2015 büt17değer4

Üniversiteler (Tıp Fakülteleri)

Türkiye'de üniversitelerin birimi olarak faaliyet gösteren tıp fakülteleri önemli üç işlevi yerine getirmektedirler. Birincisi, **kamu sektöründe araştırma yapmak.** İkincisi **yüksek düzeyde sağlık personeli yetiştirmek için eğitim vermek.** Üçüncüsü **de sağlık hizmetlerini doğrudan toplumun kullanımına sunmaktır.2015 büt19** 2012 yılı verilerine göre, Üniversitelerin 65 hastane ve 35.156 yatak kapasitesiyle Türk sağlık sistemi içerisinde çok önemli bir yeri vardır. Türkiye'deki üniversite hastanelerinde görevli akademisyen doktorlar vasıtasıyla dünya tıbbındaki yeniliklerin takip edilmesi ve yeni buluşların ortaya çıkarılması beklenmektedir.

TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK SORUNLARI **değer6**

- **Demografik sorunlar**
- **Kötü beslenme sorunu**
- **Çevre sağlığı sorunu**

- **Yeterli miktar, kalite ve tipte tıbbi bakımın olmayışı sorunu**

1-Demografik Sorunlar

Türkiye ile OECD kıyaslaması yapıldığında; OECD ülkelerinde her yaş gurubunda ölüm oranları azalmakla birlikte, son yıllarda ortalama yaşam beklentisi de büyük ölçüde artmıştır. 2009 verilerine göre OECD ülkelerinin ortalama yaşam beklentisi 80 yıl olarak hesaplanmıştır. Yaşam süresindeki bu artış **hayat kalitesinin gelişmesi, eğitim seviyesinin yükselmesi, kaliteli sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması** gibi birçok faktöre bağlıdır. **2016 büt17** Türkiye'de ise hayat standardının yükseltilmesi çalışmalarına rağmen ortalama yaşam beklentisi 74 yıl ile gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Ancak, özellikle son yıllardaki olumlu gelişmeler ve politikalar sayesinde, 1960-2009 yılları arasında OECD ülkelerindeki ortalama yaşam beklentisi 11,2 yıl artış gösterirken, Türkiye'de bu artış 25,5 yılı bulmuştur.

OECD ülkelerinde ortalama yaşam beklentisi ile kişi başına düşen sağlık harcamaları kıyaslandığında ise, **artan sağlık harcamaları ile yaşam beklentisi süresinin uzaması arasında pozitif bir ilişki gözlemlenmektedir.** **2016 büt17** Bu durum karşısında, yaşam süresini arttırmayı hedefleyen ülkelerde sağlık harcamalarının da artması oldukça doğal olarak karşılanmalıdır.

2-Kötü Beslenme Sorunu

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), üçüncü dünya çocuklarının %3'ünün kwashiorkor (protein eksikliğine dayalı bir hastalık) ve marasmus (hem protein hem de kalori eksikliğine bağlı bir hastalık) gibi klinik vaka olacak düzeyde kötü beslendiğini tahmin etmiştir. Kötü beslenme düşük gelirli ülkelerde 5 yaşın altındaki çocuklar arasındaki bütün ölümlerin yarıdan çoğunda birinci ve çok önemli bir faktör olarak gösterilmiştir. Ayrıca kötü beslenme, kızamık gibi diğer çocuk hastalıklarına da sebebiyet vermektedir. Günümüz dünyasında kötü beslenmenin tipinin en yaygın olanı, protein-kalori kötü beslenmesi türündendir.

Türkiye'de iyod, demir ve D vitamini yetersizliği ilk sıralarda, ikinci planda olmak üzere de **A, B2 ve C vitaminleri yetersizliklerinin mevcut olduğu saptanmıştır.** **2014 fi 21**

3-Cevre Sağlığı Sorunu **değer 7**

Hızlı nüfus artışı, düzensiz kentleşme ve eğitim noksanlığı gibi sebepler Türkiye'deki çevre sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. Bunun yanında, düzensiz kurulan fabrika siteleri, aşırı çoğalan arabalar da çevreyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Çevre sağlığı sorunları özellikle büyük kentlerde daha da yoğun yaşanmaktadır. Çünkü kirliliği yaratan insanlardır. Kırsal kesimde yaşayan insan sayısı daha az olduğu için daha az kirlilikle karşılaşmaktadırlar. Örneğin, kent merkezlerindeki kalorifer bacaları, egzoz dumanları, yiyecek atıkları, gürültü vb. gibi sorunlar kırsal kesimlerde yaşanmamaktadır. Bu nedenle, kırsal kesim insanları bu konularda daha şanslı nitelendirilebilirler.

4-Yeterli Miktar, Kalite ve Tipte Tıbbi Bakımın Olmaması Sorunu

Türkiye'de sağlık hizmetlerini yerine getirecek yetişmiş insan gücünün yetersiz olduğu anlaşılmaktadır. Bunu çeşitli istatistiklere bakarak ortaya koymak mümkündür. Örneğin, OECD ülkelerinde 1000 kişiye düşen ortalama hekim sayısı 3,1 iken, Türkiye'de bu rakam 1,6'dır. Yine bin kişiye düşen hemşire sayısı OEC ülkelerinde ortalama 8,4 iken, Türkiye'de

bu rakam 1,5'tir. Yine Avrupa Birliği ülkeleri açısından da Türkiye'nin rakamları ortalamanın altında kalmaktadır.

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

Bu başlık altında, kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan insanların sağlık açısından birtakım sosyal davranış biçimlerinin şu sorularla cevaplarının aranması gerekmektedir;

- Bu iki kesimde yaşayan insanların sağlık konularına duyarlılıkları nasıldır?
- Kırsal ve kentsel kesimdeki insanlar hastalandıklarında hangi tür sağlık kuruluşuna başvurumaktadırlar?
- Türkiye'de hastalarla doktorların davranış biçimleri nasıl şekillenmektedir?

Türkiye'de kırsal kesimlerde yaşayan insanların sağlıklarına verdikleri önem, kentsel kesimlerdeki göre daha azdır.

Kırsal kesimdeki insanlar, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri büyük bir çoğunlukla yaşlılardan, aileden ve geleneksel iyileştiricilerinden öğrenirken, kentsel kesimdeki insanlar çoğunlukla basın-yayın organlarından, okuldan ve tıp doktorlarından öğrenmektedirler.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARI

1961 anayasası ile Türkiye'de sağlık hizmetleri devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. 1961 tarihli ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" devletin herkese sağlık hizmeti sunmasını, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin de uyum içinde yürütülmesini hükme bağlamıştır. Buna karşılık 1982 anayasası 56. Madde ile bu uygulamayı değiştirmiştir. Buna göre, sağlık hizmetleri sadece devlet tarafından sunulması gereken bir hizmet olmaktan çıkarılmıştır. 1982 Anayasası'na göre devlet "sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemek" ile sorum tutulmuştur.

SDP'nin dört ana uygulaması şunlardır: 2015 fin20 2014 fi22

- 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu ile Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK)'nın Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında birleştirilmesi ve 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" (SSGSSK) ile Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin oluşturulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırılan sağlık ocaklarının sunduğu hizmetlerin "aile hekîmlîği" sistemine dönüştürülmesi, değer8
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında "sağlık işletmesi" modelinin uygulanması,
- Sağlık bakanlığı merkez teşkilatının yeniden yapılandırılarak "düzenleyici" işlevlerle sınırlandırılması.

Sağlıkta reform sürecinin en son hamlesi ise, Kamu hastanelerinin elden çıkarılmasına yönelik "Kamu Hastaneler Birliği" uygulamasının Kasım 2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameyle uygulamaya konmasıdır. 2015 fin21

1-Genel Sağlık Sigortası

1 Ocak 2012 yılından itibaren zorunlu GSS uygulamasına geçilmiş ve sağlık sisteminin finansmanında köklü değişikliklere gidilmiştir. GSS; **sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayanan bir finansman sistemidir. 2015 fin22**GSS'nin temel amacı, **herkesten gücüne göre prim alıp, herkese gereksinimine göre hizmet vermektir.2015 fin22** Amacın rasyonelliğine rağmen, uygulama da ciddi sorunların yaşandığını belirtmek gerekiyor. Herşeyden önce gelir düzeylerinin tespiti ve sınırları ile ilgili sorunlar mevcuttur. GSS uygulamasına göre, **aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm vatandaşlar, her ay prim ödemek zorundadırlar.2015 fin22** **Asgari ücretin üçte birinden daha az aylık geliri olanların primlerini ise devlet ödemektedir.2015 fin22** **değer** 3 Buna göre, 01.07.2013-31.12.2013 tarihleri arasında aylık geliri 340.50 TL'den az olupta bunu belgeleyenlerin primleri devlet tarafından ödenmektedir. GSS'nin en temel özelliği, **sigorta kapsamındaki insanların sadece kamu sağlık kuruluşlarından faydalanması zorunluluğunun bulunmamasıdır.2015 fin22**

2-Aile Hekimliği

5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" 2004 yılında çıkarılmıştır. **Bu kanun çerçevesinde Düzce ili pilot il olarak seçilmiş ve uygulama başarılı bulununca da yıllar içinde tüm iller bu kapsama alınmıştır.2015 fin23** Böylece daha önceki uygulamada birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları "koruyucu sağlık hizmetleri", "topluma yönelik" ve "kişiye yönelik" şeklinde iki kısma ayrılmıştır. Bunlardan topluma yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri sağlık ocakları yerine kurulan "toplum sağlığı merkezlerinin, **kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ise aile hekimlerinin sorumluluğuna verilmiştir.2015 fin23** Aile hekimliği sisteminde hekimler, kamu görevlisi olmak yerine daha ziyade **özel sektör felsefesiyle çalışan konuma dönüştürülmüştür. Her hekim birlikte çalışacağı "aile sağlığı elemanını kendisi seçmektedir.Böylece ikili çalışma ile emek gücü maliyetleri azaltılmaya çalışılmaktadır.2015 fin23**

3-Sağlık İşletmesi Modeli

663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" 2 Kasım 2011 tarihli Resmî Gazetede yayınlanmıştır. **Buna göre, SB'ye bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları, "Kamu Hastane Birlikleri" adıyla, ayrı tüzel kişiliğe sahip ve idari yönden özerk kuruluşlar olarak sağlık işletmesi modeli çerçevesinde yapılandırılmışlardır.2014 fi23**

TÜRKİYE VE DEĞİŞİK ÜLKELERDEKİ ÜÇ TEMEL SAĞLIK GÖSTERGESİ

Türkiye hem doktor sayısı yeterliliği açısından hem de ortalama yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranları açısından Meksika ve Çin dışındaki tüm ülkelerin gerisinde yer almaktadır. Bebek ölüm oranı açısından Meksika'dan daha iyi ancak doktor sayısı açısından daha kötü durumdadır. **Her üç gösterge açısından da sadece Çin'den daha iyi durumdadır. değer** 5 Bu verilere göre, Türkiye'nin sağlık insan gücünü ve harcamalarını iyileştirmesi

gerekliliğinin olduğu sonucunu çıkarmak mümkündür. Aksi takdirde, gelişmiş ülke standartlarının yakalanamayacağı açıktır.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GÜÇLÜ VE ZAYIF YÖNLERİ İLE FIRSATLARI VE TEHDİTLERİ

Sektörün Güçlü Yönleri değer2

- **Özel sektöre yönelik yatırımlara devam edilmesi**
- **Referans hastanelerinin çoğunda çağdaş teknolojik donanımın yeterli düzeyde olması**
- **Türk toplumunun hastalıklarının tedavisi için tıp merkezlerine gitme alışkanlığı kazanması**
- **Özel sağlık sigortalarının artması ve bu alanın gelişim potansiyeli taşıması**
- İletişim ve bilişim teknolojisinde önemli gelişmeler sağlanması
- Genç nüfus iş gücünün, finansman ve insan kaynakları açısından avantaj taşıması
- Sektördeki bürokratik işlemlerin azaltılmasına bağlı olarak erişilebilirliğin artması
- Eğitim düzeyindeki ilerlemelere bağlı sağlık bilincinin ve kültürünün yaygınlaşması

Sektörün Zayıf Yönleri2016 büt182015 büt20 değer2

- **Sağlık hizmetleri için genel bütçeden sınırlı pay ayrılması**
- SGK hastalarının bir kısım hastanelerde yük yaratması
- Hekim dışındaki **kalifiye sağlık personelinin yetersizliği**
- İstihdamdaki yaygın kayıt dışılık
- Sosyal güvenlik primlerinin tahsilinde yaşanan aksaklıklar
- **Denetim eksikliği sonucunda, sosyal güvenlik sisteminde oluşan açıklar**
- Halkın gelir düzeyinin düşük olması
- Koruyucu sağlık politikalarının yeterince yaygınlaşmamış olması
- Sağlık verilerinin raporlama araçları olarak kullanılmıyor olması
- Tıp fakültesinin öğrencilerin eğitim tercihi olmaktan uzaklaşmaya başlaması
- Sağlık hizmetlerinde sayı ve **kalite olarak bölgesel dengesizliklerin olması**
- **İlaç, sağlık malzemesi ve teknik donanımda büyük oranda dışa bağımlı olunması**

Sektörün Fırsatları

- Uluslararası yatırımcıların Türkiye'nin nüfus büyüklüğüne bağlı olarak sağlık sektörüne ilgi duymaları
- Sağlık verilerinin raporlanarak en iyi uygulamaların tespit edilebilmesi ve sağlık ekonomisi metotlarından yararlanma fırsatları
- Sağlık alanında temel standardizasyonların sağlanmış olması
- Artan özel sağlık sigortası sayesinde sağlık hizmetlerinden faydalanan sayısında artış olması ve özel sağlık sigortacılarının gelirlerinin artması
- Tanı bazlı yerine tedavi bazlı hizmet yaklaşımının oluşması

Sektörün Tehditleri

- Özel sağlık hizmet sunucularının yeterli finansal kaynak bulamaması neticesinde el değiştirmesi ve kalitenin düşmesi
- Performans yaklaşımının istismar edilerek kalitenin düşmesi
- Artan rekabet neticesinde atıl kapasitenin oluşması ve yatırımların geri dönüş hızının düşmesi
- Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzeme fiyatlarının, dolayısıyla maliyetin sürekli artması ve finansmanı güçleştirilmesi

Türkiye'de sağlık sektörünün en önemli finans sorunu GSYİH'den yeterli kaynak ayırlamamasıdır. Bu anlamda, OECD ülkelerine göre, GSYİH'den sağlık sektörüne en az kaynak ayıran ülke Türkiye'dir. **Değer10**

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi Türk Sağlık Sisteminin örgütsel yapısı içinde en üst düzeyde ülkenin sağlık politikasını saptayan, yönetim ve denetim sorumluluğu olan bir kuruluştur?
 - a) Millî Savunma Bakanlığı
 - b) Devlet Planlama Teşkilatı
 - c) Türkiye İstatistik Kurumu
 - d) Anayasa Mahkemesi
 - e) Sağlık Bakanlığı
2. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye'de sağlık sektörünün güçlü yönlerinden biri değildir?
 - a) Sağlık hizmetleri için genel bütçeden sınırlı pay ayrılması
 - b) Özel sağlık sigortalarının artması ve bu alanın gelişim potansiyeli taşıması
 - c) Türk toplumunun hastalıklarının tedavisi için tıp merkezlerine gitme alışkanlığı kazanması
 - d) Referans hastanelerinin çoğunda çağdaş teknolojik donanımın yeterli düzeyde olması
 - e) Özel sektöre yönelik yatırımlara devam edilmesi
3. Türkiye'de uygulanan Genel Sağlık Sigortası sistemine göre, devletin primini ödemeyi kabul ettiği kesimin geliri asgari ücretin ne kadarı olmalıdır?
 - a) Asgari ücrete eşit olmalıdır.
 - b) Asgari ücretin yarısı kadar olmalıdır.
 - c) Asgari ücretin beşte birinden az olmalıdır.
 - d) Asgari ücretin üçte birinden az olmalıdır.
 - e) Asgari ücretin onda birinden az olmalıdır.
4. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye'de kentsel alanlarda yaşayan kişilerin sağlıkla ilgili bilgileri öğrenmek için sık başvurdukları kaynaklardan biri değildir? **Kitapta yok**
 - a) Doktorlar
 - b) Geleneksel iyileştiriciler
 - c) Televizyon
 - d) Gazete
 - e) İnternet
5. Türkiye 1000 bebek ölüm oranları açısından aşağıdakilerden hangisinden daha iyi durumdadır?
 - a) Japonya
 - b) ABD
 - c) Çin
 - d) İngiltere
 - e) Almanya

6. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye'deki temel sağlık sorunlarından biri değildir
- Demografik sorunlar
 - Kötü beslenme sorunu
 - Çevre sağlığı sorunu
 - Yeterli miktar, kalite ve tipte tıbbi bakımın olmayışı sorunu
 - Seçmen sorunu
7. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye'de kentsel çevre sağlığı sorununun kırsal kesimlerden daha fazla olmasının temel sebeplerindendir?
- Kentsel alanlarda kanalizasyon sisteminin olması
 - Kentsel alanlarda çevre bilincinin daha yüksek olması
 - Kentsel alanlarda çevre bilinci eğitimi imkânlarının fazla olması
 - Nüfusun kentsel alanlarda daha fazla olması
 - Kentsel alanların daha çok yeşil alan içermesi
8. "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırılan sağlık ocaklarının sunduğu hizmetler hangi sisteme dönüştürülmüştür?
- Hastane sistemi
 - Üniversite sistemi
 - Aile hekimliği sistemi
 - Sağlık işletmesi sistemi
 - Döner sermaye sistemi
9. Aşağıdakilerden hangisi Türk sağlık sistemi ile ilgili olarak söylenemez?
- Türkiye'de sağlık sektörünün temel düzenleyici birimi Sağlık Bakanlığıdır.
 - Türkiye'deki hastane sayısında en büyük pay Sağlık Bakanlığına aittir.
 - Türkiye'de kamu sektörü ve özel sektör sağlık alanında hizmet vermektedir.
 - Türkiye'nin sağlık göstergeleri OECD ülkelerinden daha iyi durumdadır.
 - Türkiye'de özel sektöre ait hastane sayısı üniversitelere ait hastane sayısından daha fazladır.
10. Türkiye'de sağlık sektörünün en önemli finans sorunu aşağıdakilerden hangisidir?
- Gayrisafi Yurt içi Hasıla'dan yeterince pay ayıramaması
 - Sigorta sisteminin gelişmemiş olması
 - Tüm giderlerin devlet tarafından finanse edilmesi
 - Tüm giderlerin özel sektör tarafından finanse edilmesi
 - Doktorların yüksek maaş almaları

Cevap Anahtarı

1.E, 2.A, 3.D, 4.B, 5.C, 6.E, 7.D, 8.C, 9.D, 10.A

SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELECEKTEKİ DEĞERİ

ÜNİTE14

Sağlık Hizmetlerinin gelecekte nasıl şekilleneceği açısından şu soruların cevabını arayarak tartışmak yararlı olacaktır:

1. Sağlık hizmetleri gelecekte nasıl, kimler için ve hangi teknoloji ile üretilecektir?
2. Mevcut sağlık sigortası sistemleri gelecekte de devam edecek nitelikte midir?
3. Yatırımcılar sağlık alanındaki bio-teknoloji gibi yenilikçi alanlara mı yoksa hasta bakımına yönelik alanlara mı yatırım yaparlarsa daha uygun olacaktır?
4. Politika yapıcılar sağlık hizmetlerinin adil kullanımını ve sağlık sektöründeki gelir düzenlemelerini nasıl yapacaklar?
5. Sağlık hizmetlerini talep edenler sağlıkları ile para harcama arasında nasıl bir tercihte bulunacaklar?
6. Sağlık sektöründeki sorunlar biliniyorsa neden etkili bir sistem kurulamıyor?

SAĞLIĞI KİM ALIR VE KİM ÖDER?

Her ekonomi için geçerli olan ne, nasıl, kimin için soruları sağlık sektörü için;

- Hangi hizmetler üretilmelidir?
- Bu hizmetler nasıl üretilmelidir?
- Bu hizmetlerden kimler yararlanabilir?
- Eşitlik nasıl sağlanabilir?

soruları şeklini almaktadır.

Alternatif faaliyetlerin maliyet ve sonuçları açısından karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi "ekonomik değerlendirme" olarak tanımlanabilir. Değer3

Ekonomistlerin karar süreci şu üç soruya göre şekillenmektedir:

- Sorunlar nelerdir?
- Kim karar verir?
- Cevaplar nelerdir?

NE KADAR FAZLA SAĞLIK HARCAMASI YAPILIRSA O KADAR FAZLA SAĞLIK ELDE ETMEK MÜMKÜN MÜDÜR?

Ekonomide sağlık hizmetlerinin amacı; hizmetlerin sunulmasında ekonomik etkinliğin sağlanması ve hizmetlerin dağıtımında adaletin gözetilmesidir.

Sağlığın ekonomik refah üzerine olumlu katkısına rağmen sağlık olanaklarının dünya ve ülkeler bazındaki ulaşılabilirliği eşit değildir. Bazı insanlar sağlık hizmetlerine ulaşamadıkları için ölümü beklerken, bazı insanlar da ekonomik imkânlarının sağladığı kolaylıklara bağlı olarak etkin sağlık hizmeti alırlar ve böylece sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürerek uzun yıllar verimli bir şekilde çalışırlar.

Sağlık hizmetlerine erişim hakkı, temel bir haktır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kısıtlayan coğrafi ve ekonomik erişim engelleri mevcuttur. Coğrafi erişim engelleri belli bölgelerde sağlık kurumlarının mevcut olmaması ve bu nedenle söz konusu bölgelerde bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşamamasıdır.

Sağlık harcamalarını karşılamak için bireyin yaptığı ödemeler nedeniyle yoksullaşması "tıbbi yoksulluk tuzağı" (Medical poverty trap) ya da "tıbbi yoksulluk" olarak adlandırılmaktadır. Değer2 2015 fin 24 Kamu ve özel sağlık hizmetlerinde cepten harcamaların yükselişi aileleri yoksulluğa sürüklemekte ve zaten yoksul olanların yoksulluğunu daha da artırmaktadır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE EŞİTLİK, KALİTE VE VERİMLİLİK

Tüm dünyada sağlık hizmeti sunucularının eşitlik, verimlilik ve kalite olmak üzere üç temel hedefi vardır. 2014 fi 24

verimlilik kaynaklarının etkin kullanılmasını ve kalite hizmetinden yararlananların hoşnutluğunu tanımlamak için kullanılmaktadır.

1-Sağlık Hizmetlerinde Eşitlik

Eşitlikle ilgili tartışmalarda, toplumda farklı grupların sağlık düzeyi ve kalitesi arasındaki eşitsizlikler ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve dağılımındaki eşitsizlikler arasında kesin sınırlar çizilmediğinden kavram kargaşası yaşanmaktadır. Sağlıkta eşitlik bir toplumda sağlık açısından bireyler arasında farklılık olmamasıdır.

Örneğin aynı gelir düzeyine sahip iki grubun doğuştan beklenen yaşam süresi aynı ise eşitlikten söz edilir.

Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşım: Herkesin sağlık hizmetlerini kullanmasında eşit haklara sahip olmasıdır.

Eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım: Ülke genelinde kaynaklar ve sağlık kuruluşları, kentlerde ve refah düzeyi yüksek bölgelerde daha yoğun, kırsal bölgelerde ise daha az olmak üzere dengesiz dağıldığında kullanılabilirlikte de eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır.

Yatay eşitlik eşit şartlara sahip olanlara eşit tedavi uygulanmasıdır. Diğer bir deyişle aynı sağlık problemleri için aynı tedavinin yapılmasını ifade eder. Örneğin diğer bedensel koşullar aynı olmak kaydıyla iki zatürelî hasta her zaman eşit tedavi görür. Değer4

Dikey eşitlikte farklı ihtiyaçlar için farklı kullanım söz konusudur. Kişiden kişiye sağlık durumu farklılaşır mantığı geçerlidir. Örneğin, grip olan bir hasta ile zatüre olan hastaya aynı tedavi uygulanmaz. Değer5

Herkes için eşit kalitede hizmet: Tüm hizmet sunanların toplumun her kesimine hizmet sunarken aynı özeni göstermeye çabalaması ve böylece herkesin aynı yüksek standartta profesyonel hizmetlerden yararlanması herkese eşit kalitede sağlık hizmeti anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik hedefi, tüm bölgeler veya sosyal grupların sağlık düzeyini aynı seviyeye ulaştırmak ve/veya en azından sağlık farklılıklarını en aza indirmek olmalıdır.

2-Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık sektöründe kalite, hasta mutluluğu ya da hizmetten yararlananların hoşnutluğu şeklinde tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat vb. gibi hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir.

Sağlık hizmetlerinde; teknik kalite, hizmetin kalitesi ve sağlık çalışanlarıyla hastalar arasındaki ilişkinin kalitesi olmak üzere, temel üç kalite unsurundan söz edilmektedir.

Değer6

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, temel olarak tanı ve süreçteki doğruluk olarak tanımlanabilir. Örneğin bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanınması, bir laboratuvar teknisyeninin kan testlerini iletmedeki uzmanlığı, hastaların **hastanede ortalama yatış süresi**, aynı hastaneye geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kapasiteyi kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin algılanan teknik kalitesi ise hasta bakım amaçlarının ne derece karşılandığını, hastalarda ne derece iyi sonuçlar alındığını, **en son teknolojiyi uygulayabilmeyi**, takım olarak çalışma yeteneğini ve **acil durumlara müdahale becerisini** içermektedir.

Sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişim kalitesizliği, hastaların hoşnutsuzluğuna yol açmakta ve **hekime güven duyma sorununu ortaya çıkarmaktadır**. **2015 fin**25 Bu durum, **hastanın tedavisinden vazgeçmesine veya başka tedavi yolları aramasına sebep olabilir**. Bazen **hastalar tedavilerinin yeterince iyi yapılmadığı endişesiyle** haklarını aramak için **doktor aleyhine dava da açabilmektedirler**. **2015 fin**25 Hasta hekim ilişkisinde kurulacak doğru iletişim; etik değerlerin, hasta haklarının ve hekimin yasal sorumluluklarının yerine getirilmesinde kilit rol oynamaktadır. Bu sebeple hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına iletişim ve empati gibi konularda temel bilgilerin verilmesi yerinde olacaktır.

3-Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik

Verimlilik genel anlamda bir işletmenin veya örgütün mal ve hizmet üretirken kaynaklarını ne kadar iyi kullandığını ifade etmek için kullanılan bir kavramdır.

Pareto verimliliği, **toplumdaki bir kesimin refah düzeyini iyileştirmenin bir başka kesimin refah düzeyinde gerileme yaratmaksızın mümkün olmadığı durumunu ifade eder**. **Değer7**

Kullanılan kaynaklar ile sağlanan ürünler arasında oransal bir ilişkinin kurulması, kısacası çıktılar (mal ve hizmetler) ile bunların üretiminde kullanılan kaynaklar (üretim faktörleri) arasındaki oransal ilişkiye "verimlilik" denir.

Bir faaliyetin "verimli" sayılabilmesi için; **2014 fi**25

- Aynı girdi ile daha fazla çıktı sağlanması
- Aynı çıktının daha az girdi ile elde edilmesi
- Çıktının girdi artışından daha yüksek düzeyde artırılması
- Girdinin çıktı azalışından daha fazla azaltılması
- **Daha az girdi ile daha çok çıktının sağlanması gerekmektedir.**

Örneğin bir hastanede sağlık hizmetlerinin verimliliğinden bahsedilebilmesi için;

- **Verimli personel, ekipman vs. ile daha fazla hastaya sağlık hizmetlerinin verilmesi**
- **Daha az personel, ve ekipman vs. ile aynı hizmetin daha düşük maliyet ile sağlanması**

- **Sağlık hizmeti verilen hastaların sayısı artarken, bu hizmet için kullanılan üretim faktörlerinin hasta sayısına nazaran daha az artması gerekir.**

verimlilik kavramı, belli bir üretim sürecinde katlanılan maliyet ile elde edilen sonuç arasındaki ilişkiyi yansıtan bir terimdir.

Verimliliğin belirlenmesi için yapılan oranlama işlemi çıktı ile girdiler arasında yapıldığında "fiziksel verimlilik" söz konusudur. Toplam çıktının parasal değeri ile girdilerin toplam maliyeti arasında yapıldığında ise "ekonomik verimlilik" söz konusudur.

Verimlilik ölçümlerinde farklı yöntemler kullanılmakla birlikte, uygulamada en çok oran analizi, regresyon analizi ve veri zarflama analizi kullanılmaktadır.

Oran analizi en eski ve en sık kullanılan verimlilik ölçüm tekniğidir. Geleneksel verimlilik tanımına dayanır. **Çıktı/girdi oranı temel alınarak verimlilik ölçümü yapılmaktadır. Değer9** Hasta/Doktor oranı, Hasta/Yatak oranı, Toplam maliyet/Hasta günü oranı şeklinde örneklendirilebilir.

Regresyon yöntemiyle verimlilik analizinde çıktı miktarı bağımlı değişken, girdiler ise bağımsız değişken olarak ele alınmakta ve neden sonuç ilişkisi araştırılmaktadır. 2016 büt 19

Veri zarflama analizi ise **hangi değişkenin verimli, hangi değişkenlerin verimsiz kullanıldığına dair bilgiler veren tekniktir. Değer8**

SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELECEĞİ

Sağlık ve medikal bakımın gelecek elli yılı hakkında ne söylenebilir?

- **Daha uzun yaşam, daha iyi sağlık**
- Sürekli bakım, daha az şiddetli hastalık
- **Toplamda daha fazla harcama**, fakat çalışan sağlıklı kesim için daha az harcama
- Hizmet kalite ve fiyatında artışla birlikte maliyetlerin değişmeyeceği
- Özel ve kamu sektörünün ortak bir bakım yönetimi
- Sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından maliyet ve sonuçların daha çok dikkate alınacağı
- **Ev sağlık hizmeti ve hastalık yönetimi gözetim**
- Uzaktan doktor ve uzman hizmetleri
- Kişisel acil yanıt sistemleri (PERS)
- **Video teşhis danışma ve uzaktan kardiyak hizmetleri**

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sektöründe kullanılan kaynaklardan biri değildir? **kitaptı yok**

- a) Hekim, hemşire gibi sağlık meslek mensupları
- b) Röntgen cihazı gibi tıbbi cihazlar
- c) İlaç, pansuman malzemesi gibi tıbbi malzeme
- d) Sağlık ocağı, hastane gibi sağlık binaları
- e) Hizmet alan hasta sayısı

2. Aşağıdakilerden hangisi sağlık harcamalarını karşılamak için bireyin yaptığı ödemeler nedeniyle yoksullaşması anlamına gelir?
- a) Tıbbi yoksulluk
 - b) Orta gelir tuzağı
 - c) Likidite tercihi
 - d) Sağlıkta hakkaniyetsizlik
 - e) Sağlıkta etkinsizlik
3. Aşağıdakilerden hangisi alternatif faaliyetlerin maliyet ve sonuçları açısından karşılaştırmalı olarak analiz edilmesini ifade eder?
- a) Verimlilik
 - b) Etkinlik
 - c) Hakkaniyet
 - d) Maksimum fayda
 - e) Ekonomik değerlendirme
4. Aşağıdakilerden hangisi aynı sağlık problemleri için aynı tedavinin yapılmasını ifade eder?
- a) Dikey eşitlik
 - b) Yatay eşitlik
 - c) Fırsat eşitliği
 - d) Tedavi kapasitesi
 - e) Girdi-çıktı eşitliği
5. Aşağıdakilerden hangisi grip olan hasta ile zatüre olan hastaya aynı tedavinin uygulanmayarak farklı ihtiyaçlar için farklı kullanımların söz konusu olmasını ifade eder?
- a) Dikey eşitlik
 - b) Yatay eşitlik
 - c) Hizmette kalite
 - d) Verimlilik artışı
 - e) Fırsat eşitliği
6. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerindeki kalite unsurlarından biri değildir?
- a) Hastanın ortalama yatış süresi
 - b) En son teknolojiyi uygulayabilme
 - c) Acil durumlara müdahale becerisi
 - d) Sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişimin güçlüğü
 - e) Hastaların hekime güven duyması
7. Aşağıdakilerden hangisi toplumdaki bir kesimin refah düzeyini iyileştirmenin bir başka kesimin refah düzeyinde gerileme yaratmaksızın mümkün olmadığı durumu ifade eder?
- a) Pareto verimliliği
 - b) Fiziksel verimlilik
 - c) sermaye/hasıla katsayısı

- d) Hizmette eşitlik
- e) Hizmette hakkaniyetlik

8. Aşağıdakilerden hangisi hangi değişkenlerin verimli hangi değişkenlerin verimsiz kullanıldığına dair bilgiler veren verimlilik ölçüm tekniklerinden biridir?

- a) Oran Yöntemi
- b) Regresyon Yöntemi
- c) Veri Zarflama Yöntemi
- d) Maliyet Etkinlik Yöntemi
- e) Maliyet-fayda Yöntemi

9. Aşağıdakilerden hangisiyle çıktı/girdi oranı temel alınarak verimlilik ölçümü yapılır?

- a) Oran Analizi
- b) Veri Zarflama Analizi
- c) Regresyon Analizi
- d) Fayda-değer Analizi
- e) Maliyet-kâr Analizi

10. Aşağıdakilerden hangisi gelecekte beklenen bir durum değildir? **Erken tanı da kitapta yok**

- a) Yaşam ömrünün uzaması
- b) Ev sağlık hizmetlerinin artması
- c) Toplam sağlık harcamalarının azalması
- d) Erken tanı yöntemlerinin geliştirilmesi
- e) Videolu teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi

Cevap Anahtarı

1.E, 2.A, 3.E,4.B,5.A,6.A,7.A,8.C,9.A,10.C