
Sağlık Ekonomisi

Doç. Dr. Erdinç TOKGÖZ
H. Ü. Ekonomi Bölümü

I — Giriş

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

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

Bu eğilim sınırlı ulusal kaynakların kullanımında öncelikleri saptamak durumunda olan tüm siyasal iktidarlara zor durumda bırakmaktadır. Siyasal ve ekonomik görüşleri değişik olan Hükümetlerin konuya yaklaşımı değişik olmaktadır. Özellikle sosyalist ülkelerdeki uygulama tüm kapitalist ülkelerde görülenden nicelik ve nitelik yönünden farklılık göstermektedir.

Biz konuyu gelişmiş «Batı Avrupa» ve geri kalmış ülkelerdeki uygulama ve araştırmaların ışığında ele almaya çalışacağız. Ancak okuyucuyu sıkmamak için konuyu daha çok makro düzeyde ve ana başlıkları içinde sunmaya gayret edeceğiz. Bu nedenle düşüncelerimizi dört ana başlık altında topladık.

- Sağlık ve Ekonomi,
- Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti,
- Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı,
- Sağlık Hizmetlerinin Kamulaştırılması.

Bu ana başlıklar altında konuyu tartışırken ekonomi biliminin ileri nicel yöntemlerini kullanmaktan kaçındık. Oysa dış kaynaklı yayınlarda konuyla ilgili araştırmaların, çoğunlukla ileri istatistiksel yöntemlere dayandırıldığı görülür. Sadece bu nitelikteki bazı araştırmaların bulgularını sınırlı da olsa sunmaya çalışacağız.

II — Sağlık ve Ekonomi

Yakın zamana dek sağlık konuları tıp bilimi mensuplarının yönetim ve denetiminde kapalı devre içinde kaldı. Birçok ülkede kamu oyu, silâhlı kuvvetler ve sağlık sorumlularının otoritesini tartışmaya özen göstermiştir. Ancak, sağlık örgütleri ve uygulayıcılarının toplumsal gereksinimleri zamanında görüp, gerekli önlemleri aldıkları söylenemez. Uzun yıllar, öz eleştiriden kaçınan alanın sorumluları, dışardan yönetilen yoğun eleştirilere bugün yanıt vermekte zorluk çekmektedirler.

Bu eleştirilerin bir kısmı, ekonomi biliminin bazı temel yöntemlerini sağlık kesimine uygulayarak çözümlemelere girişen, iktisatçılardan gelmektedir. Bu uzmanların uğraşı alanına, sağlık ekonomisi diyoruz. Diğer bir deyişle sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin yeni uygulama alanlarından biri olmuştur. Tıpkı ulaştırma ekonomisi, eğitim ekonomisi alanları gibi.

Işın başından beri hekimler, hasta - doktor, hasta - hastahane, ve hasta - eczane ilişkilerinin ekonomik çözümlemelere konu olmasına ya kayıtsız kalmışlar ya da hoşnutsuzluklarını belirtmişlerdir. Çünkü onlara göre bir hastanın iyileştirilmesi için, hekime tüm olanaklar verilmeli ve özgür kılınmalıdır. Bu anlayış günümüzde de geçerlidir. Ancak ulusal kaynakların etkin kullanımından sorumlu olan kamu organları, ekonomi bilimcilerinin eleştirileri yönünde önlemler almak zorunda kalmıştır. Öncelikle ele alınan sağlık kesiminde üretilen mal ve hizmetlerin tüketimini belirleyen etkenlerin araştırılması, özellikle fiyatın ve gelirin bu ilişkideki yerini açıklamak önemli olmuştur. Konuya yaklaşırken, hemen tüm iktisatçılar, sağlık hizmetleri piyasasının diğer mal ve hizmetler piyasasından yapı ve işleyiş yönünden farklı olduğunu belirtmek gereğini duymuşlardır (1).

(1) K. J. Arrow, «The Welfare Economics of Medical Care», *Health Economics*, Penguin, 1973, p. 21.

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

Bu ilişkileri, sağlık hizmetlerinin genel örgütlenmesi içinde ele aldığımızda, konu gelişmiş ve geri kalmış ülkelerde büyük farklılık göstermektedir. Bu nedenle kısaca bu ayırımı göre sağlık kesiminin işleyişini nitelemek istiyoruz.

1 — Gelişmiş Ülkelerde Durum

Gelişmiş ülkelerde bireyler sağlıklı yaşamın önemini ve gereğini kavramıştır. İstem ve eylemlerinde bunun bilinçli zilyecisi durumundadır. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin nicel ve nitel düzeyi sosyal refahın temel göstergesi sayılmaktadır. Sanayileşme süreci boyunca, ortaya çıkan, insan yaşamı için zararlı sonuçlar, sağlık kesiminde gerçekleştirilen yeniliklerle giderilmiştir. Bulaşıcı hastalıklar kurutulmuş, koruyucu hekimlik yaygınlaştırılmış, çocuk yaşta ölüm oranı hızla düşürülmüş, kısacası tüm bireylere asgari düzeyde sağlık hizmeti sunan bir altyapı yaratılmış bulunmaktadır. Gelişmiş Batı Avrupa ülkelerinde sağlık alanında temel sorunu, hizmetin nicel ve nitel yönden yerel dağılımındaki dengesizliktir. İkinci sorun ulusal düzeyde sağlık harcamalarının yıldan yıla hızla artmasıdır. Örneğin 1974 yılı verilerine göre OCDE ülkelerinde kişi başına kamunun sağlık harcamaları 141-350 dolar arasında değiştiği halde, bu miktar geri kalmış ülkelerde 2 dolar civarındadır. (1). Üçüncü sorun gelir dağılımındaki

(1) — OCDE, «Cooperation pour le Developpement», Paris, 1977, s. 131.

adaletsizliğin, sağlıklı olma ve hizmetlerden yararlanmaya olumsuz etkisidir. Fransada ulusal düzeyde yapılan bir ankete göre, kişilerin hastalanmalarıyla meslekleri ve gelir grupları arasında çok anlamlı bir ilişki vardır. Örneğin sık hasta olanların oranının en yüksek olduğu meslek çiftçilik iken, çok nadir hasta olanların en yüksek olduğu meslek grubunun «üst yöneticiler» olduğu görülmüştür (2). A.B.D. Hükümeti düşük gelirli ailelere 1966'da 770 milyon dolarlık sağlık yardımını, 1976'da 6.6 milyar dolara çıkararak, bu konudaki adaletsizliği gidermeye çalışmaktadır (3).

Yine Fransa'da bir başka anket sonucuna göre, ülkede çocuk yaşta ölümlerin en yoğun olduğu ailelerde baba meslekleri sırasıyla, düz işçi, maden işçisi ve tarım işçisidir. Tersine çocuk yaştaki ölümlerin en az olduğu aileleri, serbest meslek sahipleri ve bilim adamları temsil etmektedir.

Gelişmiş ülkelerde gözlemlenen önemli bir nokta da, tüketicimin düzensiz ve aşırı düzeyde olmasıdır. Örneğin, II. Dünya Savaşı'ndan sonra hızla gelişen ve genişleyen ilaç sanayii, ilaç tüketimini hızlandıran bir yapı kazanmıştır. Çok az sayıda büyük, çok-uluslu şirket, dünya ilaç piyasasını denetlemektedir. Bu tekeller kârlarını sürekli artırmak için, küçük ve önemsiz sayılacak yeniliklerle isim değişikliği yaparak, yüksek fiyatlarla piyasaya yeni ilaçlar sürebilmektedirler. Bu alanda kamu denetimini çok kolay, bir iki öğretim üyesinden ilâcın önemi hakkında rapor sağlayarak, aştıkları görülüyor. Ancak burada hekimlerin, ilaç firmalarının yoğun baskısı altında, hasta veya tüketiciyi kayırma girişimlerinin sınırlı kaldığını vurgulamalıyız. Çoğunlukla firma - eczane işbirliği, hekimlerin kararlarını kolayca yaptırabilmektedir. İlaç firmalarının çok yüksek reklâm ve yan harcamaları maliyetlerin aşırı yükselmesinin temel nedenidir. Bu noktayı saklayarak, maliyet artışı nedeniyle yeni satış fiyatlarını onaylatmak isterler.

Gelişmiş ülkeler sağlık personeli, özellikle hekim sıkıntısı çekmiyor. Zira geri kalmış ülkelere bu alanda sürekli göç almaktadırlar. Özellikle A.B.D. ve Kanada uzun yıllardır bu «beyin göçü»nden en iyi biçimde yararlanmasını bildi. Türkiye de gelişmiş ülkelere bu alanda yardım etmektedir.

2 — Geri Kalmış Ülkeler

Geri kalmış ülkelerin bütün gayretine, örgütlenmelerine rağmen kalkınmış ülkelerle aralarındaki gelişmişlik farkı giderek büyümekte-

(2) — Marine - Martine SALORT - La Santé, Hatier, Paris, 1977. s. 33.

(3) — UFUK Dergisi, 1977, Sayı 1, Sayfa 7.

dir. Uluslararası kuruluşların verilerinden, sağlık alanındaki farkın daha da büyük olduğu anlaşılmaktadır.

Aşağıdaki tablodan anlaşılacağı gibi, kişi başına yıllık gelirin 265 dolar veya daha az olduğu ülkelerde çocuk ölüm oranları, 1975 yılında binde 95,7 iken, gelişmiş ülkelerde binde 15'dir. Yaklaşık 6 misli fark vardır. Oysa bu fark 1960'da sadece 4 misliydi. Yani fark geri kalmış ülkeler aleyhinde büyümektedir.

ÜLKE GRUPLARINA GÖRE SAĞLIK GÖSTERGELERİ (1)

	Yaşam umudu (yıl)			Çocuk ölüm oranları (her 1000 kişi için)		
	1960	1970	son	1960	1970	son
1—Gelişmekte olan ülkeler:						
—Düşük Gelir (250 \$ ve daha az)	38.6	43.1	43.4	118.7	106.4	95.7
—Orta Gelir (266-520 \$)	43.2	48.8	51.0	109	110.9	97.6
—Orta üst Gelir (521-1075 \$)	52.3	58.2	60.3	68.7	66.4	52.2
—Yüksek Gelir (1076+)	68.2	67.5	68.4	70.1	47.8	34.0
2—Petrol İhracatçısı Ülkeler	38.3	44.6	47.4	136.7	101.4	58.8
3—Gelişmiş Ülkeler	69.5	71.4	72.4	28.8	17.0	15.0

Geri kalmış ülke insanların büyük çoğunluğu, sağlığın önemini kavramadığından, bilinçli ve sürekli bir talebin sahibi değildirler. Örneğin bu ülkelerde bulaşıcı hastalıklar çok büyük oranlarda ölümlere yol açıyor. Çocuk yaşta ölümler çok yüksektir. Bu ölümlerde kişilerin ailelerin bilgisizliği yanında, beslenme yetersizliği, çevre koşullarının olumsuz etkilerinin de payı vardır. Bilgisizlik ve yoksul ailelerin bu ülkelerde yaşam olanağı yok gibidir. Geri kalmış ülkelerde koruyucu hekimlik ve diğer hizmetler kırsal alanlara yeterince ulaşmadığından buralarda ölüm oranları daha yüksektir.

Bazı toplum bilimciler, geri kalmış ülkelerin ekonomik gelişmelerini tamamladıkça, sağlık koşullarının da düzelebileceğini ileri sürmektedir. Bu yargıyı paylaşmamak elde değildir. Ancak bazı ülkelerde ekonomik göstergelerde önemli gelişmeler belirlendiği halde, sağlık koşullarında değişiklik olmadığı gözlemlenmiştir.

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

(1) Kaynak : Cooperation pour le developpement OCDE — 1977, P. 126.

sundur. (1). Önemli olan bu temel insancıl hizmetlerin planlı biçimde ele alınıp gerçekleştirilmesine girişecek siyasal iktidarın varlığıdır.

III — Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti

Günümüzde uygarlık yolunda harcamaların başında eğitim, öğretim ve sağlık alanında yapılan harcamalar gelmektedir. Gelişmiş ülkeler, en alt düzeyde ekonomik olanakları (beslenme, giyinme, barında) sağladıktan sonra özellikle sağlık hizmetleri alanında hızla artan talepleri karşılamaya çalışıyor. Bu nedenle anılan ülkelerde ulusal gelirin sağlık harcamalarına giden payı yıldan yıla büyüyor. Batı Avrupa toplulukları, kamu harcamalarında önceliğin sağlık alanına verilmesi istemi yaygın hale gelmiş bulunuyor. Örneğin Fransa'da yapılan bir ankette tüketicilere, şöyle bir soru yöneltilmiş; Aşağıdaki projelerden birini gerçekleştirecek paranız olsa, hangisine öncelik verirdiniz? Seçenekler şunlar: 1 km otoyol, 3 kreş, 20 sınıflı bir okul, 50 yataklı bir hastahane ve kanser araştırma merkezi. Alınan yanıtlar değerlendirildiğinde % 52'si kanser merkezine, % 30'u hastane kurulmasına öncelik verdiği anlaşılmış (1). Bu sonuç, gelişmiş toplumun bireylerinin sağlıklı yaşamın ne derecede bilincinde olduğunu göstermektedir. Halkın büyük çoğunluğunun ulusal kaynaktan yatırıma yöneltilmesinde, önceliğin sağlık kesimine verilmesini istediği ortaya çıkmaktadır.

Batı Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde, bu belirlenen istem, ya yakın zamana 1970'lere dek büyük çapta gerçekleşiyordu. Ancak son yıllarda, anılan ülkelerde ekonomik durgunluk yanında, enflasyonun süreklilik kazanması, hükümetleri sağlık harcamaları alanında tasarrufa yöneltmiştir.

Tüm sağlık harcamalarının tek tek maliyetleri ve yararları tartışma konusu edilir olmuştur. Bir çok alanda tasarrufa yönelen önlemler uygulamaya konmuştur. Ancak ulusal düzeyde sağlık kesiminde hizmetlerden yararlanmadaki eşitsizlik sürmektedir. Büyük toplumsal ve siyasal tartışmalara yol açan bu darboğazı aşmanın yollarını arıyor Batı Avrupa ülkeleri...

Konu geri kalmış ülkelerde değişik boyutlar kazanmış durumda. Bu ülkelerde sağlık harcamalarının verimli veya yararlı olması, sosyo-ekonomik yapıda iyileşme sağlayacak önlemlerle birlikte planlanmasını gerekli kılmaktadır. Bu ilişkiye önem verilmeden, sağlık kesiminde girişilecek yatırımlar «gösteriş harcamaları» olarak, küçük bir azınlığın refahını arttırır. Ulusal gelirden en büyük payı alanlara hizmet

(1) Marie - Martine Salert, a.g.e., s. 13.

götüren bir sağlık politikası ortaya çıkmış olur. Günümüzde geri kalmış ülkelerin büyük çoğunluğunda gözlenen budur.

Bir ekonomik yatırım projesi hazırlanırken; bu yatırım gerçekleştiğinde; ne, ne kadar, hangi kalitede, kimler için, hangi fiyattan mal veya hizmet üreteceği hesaplanır. Bir otomobil fabrikası, bir turistik otel, bir tavuk çiftliği gibi yatırımlar yakın zamana dek «yapılabilirlik»-fizibilite çalışmasına dayanır. Oysa sağlık alanında ulusal veya bölgesel düzeyde yatırımlar planlanırken, ekonomik veya sosyal etkinliği belirleyecek «yapılabilirlik» hesaplarına gerek duyulmamıştır. Günümüzde sağlık alanında fizik yatırımların insan gücünün, örgütlenmenin ve yönetimin «maliyet - yarar» çözümlmesine konu olduğunu görüyoruz.

Merkezi planlamayla yönetilen ekonomiler dışında, kalkınma planlarında ekonomik hedeflerin gerçekleşmesiyle sağlık yatırımlarının ilişkisine yer verilmez. Yol gösterici planlama yöntemi uygulayan bazı karma ekonomilerde yakın zamana dek ulusal ekonominin büyümesi planlanırken, sağlık planlarıyla işbirliğine gerek duyulmamıştır. Günümüzde sağlık ekonomisi alanında yetişmiş uzmanlar, alana yapılan veya yapılacak yatırımların makro ve mikro düzeydeki olumlu ekonomik ve sosyal etkilerini ölçmeye, göstermeye çalışmaktadır. Bu yönde geliştirilen yöntemlerle, tüm ulusal kaynakların temel kesimler yanında alt kesimlere de dağıtılırken seçenek maliyetlerin ne olabileceğini belirlemek mümkün olmaktadır. Ancak, uzmanlar sağlık harcamalarının olumlu ekonomik sonuçlarını kesin olarak hesaplamasına, henüz sahip değiller. Uzmanların girişimlerinin etkinliği, öncelikle bir envanter çalışmasına bağlı görülüyor. Örneğin sağlık kesiminin temel işleyişini belirleyecek geniş kapsamlı bir anket düzenlemek gerekiyor. Sürekli istatistik üretecek bir araştırma ve planlama merkezi kurmak zorunlu oluyor.

Sağlık kesiminin dolaylı maliyetleri üzerinde kısaca durmak istiyoruz. Bazı araştırmacılar, sağlık hizmetleri üretmekle yükümlü kamu örgütlerinin aşırı tüketim eğilimi içinde olduklarını belirlediklerini ileri sürmektedirler. Örneğin, A.B.D.'nde sağlık harcamaları, ulusal savunma harcamalarından sonra ikinci sırayı almaktadır. Bu ülkede öylesine bir koşullanma vardır ki, bazen hastalık insandan daha önemli olabilmektedir. Federal Hükümet düzeyinde yetkililer, Amerikan halkının % 17'sinin ruhsal ve zihinsel hastalıklardan tedavi görmüş olmasını başarı gibi göstermektedir. Hani nerdeyse övünecekler (1). Özellikle bazı hekimler denetim dışı kalan kararlarıyla gereksiz harcamalara neden olduğu gibi, sağlık yönünden de düzeltilmesi mümkün ol-

(1) Ivan ILLICH, «L'expropriation de la Sante», Sevil, Paris 1975, s. 26.

mayan kusurlar işleyebilmektedir. (2). Bazı hallerde sınamak için hekim hastayı ölüme terk edebilmektedir. Ayrıca hekimlerin ve yardımcı personelin tedbirsizliği veya dikkatsizliği yüzünden bir çok hasta yaşama olanağını kaybetmektedir. Bu bilim adına yapılan kusurların toplumsal maliyeti bugüne dek gözden kaçmıştır. Anılan araştırmacılara göre, sağlık alanında uğranılan kayıpların trafik kazaları kadar yaygın biçimde, üretim araçlarının israfına yol açmaktadır. Bu israfçı davranışlarla ilgili başlıca şu gözlemleri yapmak mümkündür:

- Özellikle hekimlerin kendi aralarında bir grup oluşturarak, hastaları birbirlerine gönderme yoluna gitmeleri,
- Hekimin kesin tanı koyamadığı hallerde, aklına gelen bütün olasılıkları içeren, ilaçların hepsini birden yazması,
- Belli bir ilaç firmasından komisyon olarak hep o firmanın ilaçlarını bol bol yazması,
- Üniversite hastahanelerinin ekip çalışması ve toplu bölümler yerine, Yönetim ve denetimi ayrı, küçük bireysel prestije dayanan birimlere ayrılması,
- Her öğretim üyesi hekimin veya araştırmacının araştırma yapacağı, zorunludur diye döviz ödeyerek pahalı ve değişik markalarda aynı işi gören çeşitli âletler almaları,
- Alınan bu araç ve gereçlerin iç çekişmeler nedeniyle tam kapasiteyle kullanılmaması, sayılabilir.

Kişisel ve ulusal düzeyde ekonomik kaynakların israfını önlemek için sağlık sorunları karşısında önce kişiyi tutsaklıktan, bağımlılıktan kurtarmak gerek. Ona bilinç ve bilgi vererek kendisini tanıması sağlanmalıdır. Acı çekmek, hastalanmak, ölmek kişiye bağlı bir durum iken iyileşmenin bir başka yetkilinin kararına (tekeline) bırakılması bir çelişki yaratmaktadır. Araba kullanmak için bile asgari bilgilere sahip olmak gerekirken, sağlığını sürdürmek için insanlara asgari bilgiler verilmez. Nedenini tartışmada yarar görüyoruz.

IV — Sağlık Kesiminin Finansmanı

Hemen bütün ülkelerde, sağlık hizmetleri toplumsal niteliğinden dolayı büyük oranda kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Harcamaların parasal kaynağı siyasal iktidarların sosyal hedeflerine göre biçim kazanmaktadır. Bazı ülkelerde sağlık harcamalarının büyük kısmı doğrudan devlet bütçesi yoluyla karşılanıyor. Bazı hallerde genel bütçe yanında katma ve özerk bütçelerle de bu alanda harcama yapılabilir. Bazı ülkeler, konuyu genel bütçe politikası dışında tutarak; sağlık kesiminin finansmanında bazı ülkeler sabit oran yön-

(2) A.g.e., s. 27.

temini kullanmaktadırlar. Bu yöntem, genellikle iki biçimde uygulanmaktadır. Birincisi, her yıl GSMH'nin belli bir oranı, ikincisi devlet bütçesinin belli payı ulusal sağlık hizmetleri için ayrılmaktadır. Bütün Batı Avrupa ülkelerinde hükümetler, bu kesimin yıldan yıla hızla artan kaynak talebini karşılamakta zorluk çekmektedir. Yapılan projeksiyonlardan yakın gelecekte, bu kesimin kaynak talebinin olağan devlet gelirleriyle karşılamanın mümkün olamayacağı anlaşılıyor. Avrupa'da ailelerin sağlık harcamaları yılda % 12 - 15 oranında artmaktadır. Oysa bu ülkelerde GSMH veya kişi başına gelirin yıllık artış oranı bunun çok altındadır (1). Özellikle sosyal güvenlik kurumlarının bütçe açıklarının gelecek yıllarda nasıl kapatılacağı sorusuna cevap aranıyor. Hergün kamu oyu tüm sosyal güvenlik kurumlarının daha çok ve daha iyi hizmet üretmesi yolunda baskı yapmaktadır. Bu baskıya, oy kaygısı nedeniyle hükümetler doğrudan karşı çıkmaktan kaçınıyor. Dolaylı yollardan bu alanda ortaya çıkan aşırı harcama eğilimini yavaşlatmaya çalışıyorlar.

Tüm sosyal güvenlik kurumlarında temel gelir kaynağı, bu kurumların hizmetlerinden yararlananların ödediği aidatlardır. Ancak uygulamada sadece bir işte çalışanlar bu aidatı ödemektedir. İkinci temel kaynağı, işverenlerin her çalıştırdıkları kişi için ödemek zorunda oldukları pay oluşturmaktadır. Son yıllarda Avrupa ülkelerinde yaygınlaşan işsizlik bu ülkelerde, sosyal sigorta veya sosyal güvenlik kurumlarının, bu iki kaynaktan sağladığı gelirleri arttırma olanağı yok olmuştur. Oysa hizmetlerden yararlananların sayısı ve talepleri hızla artmaya devam etmektedir.

Bu çelişik durumun yarattığı darboğazı aşmak için, çok yönlü ve köklü önlemlere başvurmak gerektiği konusunda araştırmacılar ve sorumlular arasında görüş birliği vardır. Ancak işin siyasal yönü yanında, çıkar gruplarının ağır basması konuyla ilgili önlemlerin yürürlüğe konması mümkün olmamaktadır. Örneğin B. Almanya'da hükümetin hekimlerin çalışma düzenleri ve ücretleriyle ilgili bir yasa tasarisına karşı meslek kuruluşları ayaklandılar (1).

Ortaya çıkan kaynak yetersizliği, özellikle sağlık alanında gerçekleştirilen yeniliklerin yaygınlaştırılmasını, büyük halk çoğunluğunun hizmetine açılmasını, engellemektedir. Örneğin, her üreli hastaya yapay böbrek takma olanağı bulunamıyor. Bu sağlık hizmetinden sadece gelir düzeyi yüksek bireyler, hastalar yararlanabilmektedir.

Bu durumda kamunun ek kaynak yaratma ve önceliklerine göre yöneltme olanakları vardır. Oysa çoğulcu demokrasilerde kamu

(1) Marie - Martine Salert, a.g.e., s. 21.

(1) D. Vernet, Le Prix de la Santé, Le Monde, 21/9/1976.

ekonominin işleyişini bütünüyle planlama olanağına sahip değildir. Artan toplumsal ihtiyaçları zamanında ve yeterince cevap verebilecek ek kaynaklar yaratmakta, hükümetler büyük siyasal ve sosyal engellerle karşı karşıyadırlar. Örneğin kamunun sağlık hizmetlerinin fiyatlarını arttırmak, veya ek vergi, resim ve harçlar koymak gibi kararlarına baskı grupları karşı çıkarlar ve konu siyasal bir sorun haline dönüşür. Sorunun bu niteliği yüzünden, günümüzün bütün ileri kapitalist ülkelerinde sağlık ve eğitim gibi temel kamu hizmetleri alanındaki sorunlar güncelliğini sürdürmektedir.

IV — Sağlık Kesiminin Kamulaştırılması Tartışmaları

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

Karma ekonomi kuralları içinde başta ilaç sanayii olmak üzere sağlık hizmetlerinin üretim ve yönetiminin kamulaştırılması zorunlu görülmektedir. Bu kamulaştırmayla, sağlık hizmetlerine öncelikle şu niteliklerin kazandırılması önerilmektedir (1).

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

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

Bu nitelikte bir örgütlenmeyle, sağlık alanında araştırma, üretim ve pazarlama, ulusal düzeyde planlanıp ve her türlü aracıyı devre-

(1) E. Levy, M. Bungener, «Economie Du Système De Santé», Dunod, Paris 1975. s. 321.

den çıkaracak biçimde yürütülebilecektir. Dolayısıyla kaynakların etkin kullanımı sağlanmış ve hizmetlerin birim maliyeti düşürülmüş ve kolay denetlenmiş olabilecektir. Bu örgütlenme biçiminde kamu ve özel kesim ortaklığı sakıncalı görülmektedir. Kâr oranının çok düşük tutulması gereken bu kesimde özel girişimlerin yatırım yapmasını beklemek ve istemek toplumsal açıdan, doğru ve geçerli olmayacaktır.

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

SONUÇ :

Sağlık sorununa tümden gelim yöntemiyle, bakmaya çalıştık. Konuyla ilgili görüşlerimizi belirlemek için ise Türkiye'den somut bir sağlık örneği vererek, tüme varım yöntemine baş vuracağız.

15 Ocak 1977 tarihli Cumhuriyet Gazetesinde «Adana'da hastahane ölen bir şoförün cenazesini arkadaşları iki gün pazarlıkla alabildiler» diye bir haber yer aldı. Olayın 28 bin lira civarında tutan bakım giderlerinin ölenin yakınları tarafından ödenememesi üzerine, Hastahane yönetiminin ölüyü arkadaşlarına vermemesinden doğduğu anlaşılıyor.

Adı geçen hastahane Çukurova Tıp Fakültesi'ne bağlı, tüm vatandaşlara ücret karşılığında hizmet sunan bir sağlık örgütüdür. Yasal olarak hizmetten yararlanan vatandaşlar hastahane yönetiminin fiyat sistemine göre, bir bedel ödemek zorundadır.

Bu olayda hastahane yönetiminin haksız ve keyfi davrandığını ileri sürmek güçtür. Üniversite hastahaneleri yasalara ve yönetmeliklere göre yönetilmektedir. Kurulu hukuk düzeninin gereği olarak, yürürlükteki yasalar değişmedikçe, Üniversite hastahanelerinin ücretsiz hizmet sunmasını istemek olanağı yoktur. Burda insancıl olmayan veya insan onuruyla bağdaşmayan kurulu sağlık sisteminin işleyişidir. Ülkenin tüm il ve ilçelerine yeterli sayıda ve tüm vatandaşlara ücretsiz hizmet sunan hastahane açılmadan, hastahanelere gerekli sağlık personeli ve malzeme sağlanmadan bu çeşit olayların tekrarını önlemek mümkün olmayacaktır.

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

KAYNAKLAR

- E. BARRAL, *Economie de la Santé*, Dunod, Paris, 1977.
- P. J. BERNARD, *Facteurs Sociaux et Culturels du Developpement*, Revue Tiers - Monde, P.U.F. 1977, No: 70.
- K. BULUTOĞLU, *Kamu Ekonomisine Giriş*, İstanbul, 1977.
- M. H. COOPER, *Health Economics*, Penguin, 1973, London.
- E. LEVY, *Evaluer Le Coût de la Maladie*, Dunod, Paris, 1977.
- O.C.D.E., *Cooperation Pour Le Developpement*, Paris, 1977.
- M. M. SALORT, *La Santé*, Hatier, Paris, 1977.
- E. TOKGÖZ, *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Teksir, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fak. 1976.
- B. TUNCER, *Gelecekte Türkiye Nüfusu ve Ekonomisi*, T. Kalkınma Vakfı, 1977.