

Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı : Türkiye Deneyimi

Meliha Ener*

Nazan Yelkikalan**

Özet : Son otuz yılda gelişmekte olan ülkelerde epidemiolojik geçiş ve nüfus yapısındaki değişiklik nedeniyle artan sağlık harcamaları, sağlık sistemlerinin ileri derecede planlanmasına yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili tartışmalar hem kamu kesiminde hem de özel kesimde devam etmektedir. Bütçe açıkları ve uluslararası kreditorlerden gelen baskılar nedeniyle, kamu sübvansiyonlarının efektif kullanımı ve kamu harcamaları için özel kaynakların harekete geçirilmesi sağlık hizmetlerinde piyasaya dayalı finansal modeli uygulamaya çalışan bu ülkelerde büyük bir öneme sahiptir. Global işbirliği, ortak kamu sağlığı problemlerinin çözümünde zorunlu olmaktadır. Diğer kalkınmakta olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de son beş yılda sağlık hizmetleri reformunu gerçekleştirebilmek için pek çok çalışma başlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler : Sağlık ekonomisi, Kalkınma, Sağlık Finansmanı.

1. Giriş

Demografik ve epidemiyolojik değişiklikler ile tıbbi teknolojilerin artan maliyeti, kişi başına gelir bakımından heterojen yapıdaki kalkınmakta olan ülkeleri, bir sağlık sistemi geliştirmeleri yönünde zorlamaktadır. Son yıllarda bu ülkeler bulaşıcı hastalıklara ek olarak, yaşam koşullarının düzelmesiyle yoğunlaşan kronik ve dejeneratif hastalıkların artan mali yükünü de karşılamak zorunda kalmaktadır.

* Yrd. Doç. Dr. Meliha Ener, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde öğretim üyesidir.

** Yrd. Doç. Dr. Nazan Yelkikalan, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde öğretim üyesidir.

Toplumdaki fertlerin sağlıklı olması sürdürülebilir kalkınmayı ve üretkenliği desteklemektedir. Bu nedenle pek çok gelişmekte olan ülke daha iyi bir sağlık hizmeti sağlamak, kaynaklarını daha etkin kullanmak ve sağlık girişimlerini teşvik etmek için yeni yapısal ve finansal düzenlemeleri içeren sağlık politikaları geliştirmektedir. Bu amaçla, sektörler arası işbirliği ile sağlık hizmetlerinde eşitlik ve etkinliğin sağlanması kalkınmakta olan dünyada artık zorunluluk olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışma üç bölüme ayrılmaktadır. Birinci bölümde global işbirliği çerçevesinde global sağlık sorunları gözden geçirilmektedir. İkinci bölümde kalkınmakta olan ülkelerde, sağlıkta yeniden yapılanma ve finansman ile ilgili girişimler incelenmektedir. Son bölümde, Türkiye’de geçen otuz yıl boyunca gerçekleşen sağlık alanındaki iyileşmeler analiz edilmekte ve sağlık sistemindeki reform gereksinimi vurgulanmaktadır.

2. Global Sağlık Sorunlarına Entegre Yaklaşım

Bilim ve teknoloji, tıbbın gelişimini hızlandırarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmiştir. Geçen yirmi yılda, dünya ekonomisindeki global büyüme, global sağlık hizmetleri üzerinde de önemli etkilere neden olmuştur. Tıbbi ürünler ve hizmetler alanında büyük ölçüde artan global ticaret, sağlık düzeyini geliştirmiş ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırmıştır. 1990-1994 yılları arasında yapılan ticaret farmasötik ürünlerde yüzde 50, tıbbi ekipmanda yüzde 30 artış göstermiştir (Raymond,1998). Bunun yanında özel şirketlerin ticaret ve yatırım yoluyla artan katkıları halk sağlığı programları için yeni fırsatlar yaratmaktadır. Ancak yoğun ticari ilişkiler et ve hayvan yemi ticareti yoluyla ortaya çıkan deli dana hastalığında gözlemlendiği gibi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasına da sebep olabilmektedir. Örneğin Dengue ve Hanta virüs gibi bulaşıcı hastalıkların ve SARS’ın yayılımı uluslararası seyahat ve göç akımlarından kaynaklanmaktadır. Dünya nüfusunda, kentsel alanlarda,uluslararası ticarete ve global ulaşımdaki artış bulaşıcı hastalıkların aktivitesini de arttırmıştır. Enformasyon ve telekomünikasyon alanındaki ilerlemeler ise, global sağlığı tehdit eden hastalıkların tanımında ve tedavisinde kolaylıklar sağlamıştır. Eğitim düzeyinde yükselme, özellikle kadınların eğitimi, anne ve çocuk sağlığına da katkı yapmıştır.

Ulusların paylaştığı çok boyutlu halk sağlığı problemleri,hastalıkların araştırılmasından ve kontrolünden,sağlık bakım hizmetlerine kadar uzanan fonksiyonlar üzerinde global işbirliğine ihtiyaç göstermektedir. Yoksulluk, işsizlik, politik istikrarsızlık, savaş hali, açlık ve diğer birçok faktör gelişmekte olan ülkeler açısından ulusal ve uluslararası sağlık programlarını düzenleyen işbirliklerini belirleyici role

sahiptir. Pek çok gelişmiş ülkede birçok sağlık problemi artan iç ekonomik kapasiteleriyle ulusal düzeyde zaten çözümlenebilmektedir. Böylece uluslararası organizasyonlar farklı ekonomik ve sağlık statüsündeki ülkelerin kendi başlarına çözemeyecekleri sağlık problemlerinin ortadan kaldırılmasında önemli katkılar yapmaktadır. Özel sektör de bilimsel buluşlar ve sağlık teknolojilerinin geliştirilmesinde önemli bir kapasiteye sahiptir.

Tıbbi yeniliklerin yaygın uygulanması, kişi başına gelirin artışı, alt yapının düzelmesi ve cehaletin azalması sağlık koşullarının iyileşmesinde kayda değer katkılar yapmıştır. Ölüm oranları belirgin şekilde azalmış ve yaşam süreleri dünyanın geniş bir kısmında artmıştır (World Health Organization, 1997). Özellikle son yirmi yılda yaşlı nüfus sayısındaki artış buna örnek verilebilir. Bugün, ortalama yaşam süresi dünyanın büyük bir kısmında 70 yılın üzerindeyken sanayileşmiş ülkelerde 80 yılı aşmıştır. Yaşlı nüfustaki belirgin artış bu kişilerin yaşamlarının geri kalan kısmında karşılaşılabilecekleri fiziksel ve mental rahatsızlıklar için gerekli sağlık hizmetlerini finanse edecek ek kaynaklara ihtiyaç göstermektedir.

Dünyada yaşlı nüfustaki artış orta ve alt gelirli ülkelerde de kamu sağlık hizmetlerinin yapısal ve finansal pozisyonunu değiştirmektedir. Spesifik hastalıklarla yapılan mücadelede, araştırma, tıbbi personelin eğitimi ve toplum eğitimi gibi program faaliyetlerine tahsis edilen kaynaklar büyük öneme sahiptir. Yetersiz kaynaklar sağlık hizmetlerinin etkin sağlanmasında güçlükler yaratmaktadır.

Açlık, savaşlar ve doğal afetler gibi acil durumlar da kamu sağlık sorunlarını derinleştirmektedir. Bu koşullarda uluslararası işbirliği desteğiyle sağlanacak kriz yönetimine ihtiyaç duyulmaktadır. Pek çok hastalık için kamu sağlığı takibi, gelişmiş ülkelerde bile yeterince sağlanamamaktadır. Takip çalışmalarının bir fonksiyonu olarak ülkeler ve bölgeler arası sağlık verilerinin paylaşımı bir zorunluluk olmaktadır. Sağlık verilerinin sirkülasyonu ise sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, koruyucu programların geliştirilmesi için gerekli görülmektedir.

2. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansmanı

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörüne ayrılan kaynaklar olması gerekenin altındadır (World Bank, 1993). Kamu sağlık harcamaları toplam kamu harcamalarının, az gelişmiş ülkelerde yüzde 3'ünü, orta gelirli ülkelerde ise yüzde 5-6'sını oluşturmaktadır (deFerranti, 1985). Bunların çoğunluğu da kamu hastanelerinin ağır masrafları için harcanmaktadır (Berman, 1997). Kamu sübvansiyonlarının oldukça küçük bir kısmı bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve bunlardan korunma için harcanmaktadır. Kamu sağlık hizmetleri de genellikle kentsel alanlarda yaygındır, kır-

sal alanlarda ise daha düşük bir yayılıma sahiptir.

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanında karşılaşılan finansal sorunlar demografik ve epidemiolojik değişikliklere bağlı olarak artış göstermektedir (World Bank, 1995). Genel olarak bu ülkelerde sağlık sistemleri bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesine yöneliktir. Ancak yakın zamanda daha pahalı tedaviler gerektiren kronik hastalıklara sahip yaşlı nüfusun problemlerini yeterince çözebilecek reorganizasyona gereksinim duyacaklardır. Bunun yanında gelişmiş ülkelere olan bilimsel ve teknolojik bağımlılık yeni sağlık organizasyon modellerinin geliştirilmesi ihtiyacını da arttırmaktadır (Frenk vd, 1989).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili tartışmalar ise hem kamusal alanda hem de özel sektörde devam etmektedir. Artan sağlık harcamalarını karşılamak için daha çok kamu sübvansiyonuna ihtiyaç vardır. Hükümetler bütçe açıkları ve uluslararası kreditorlerden gelen baskılar nedeniyle, genel vergi gelirleriyle sağlanan kamu finansmanına alternatifler aramaya çalışmaktadırlar. Sağlık harcamalarına ayrılan pay, hükümetin bütçesinde vergi gelirlerinin diğer kullanım alanlarıyla, özel sektörde ise diğer tüketim harcamaları ve kişilerin tasarrufları ile rekabet etmektedir. Ödeme yöntemlerini belirleyen alternatif düzenlemeler sağlık sisteminin performansını da etkileyecektir. Kamu harcamalarının daha uygun yapılması ve kamu harcamaları için özel kaynakların mobilize edilmesi dikkate alındığında kamu sağlığında önceliklerin oluşturulması önem taşımaktadır. Kamusal alanda tıbbi hizmetlerin kullanım ücretlerindeki artış yoksul kişilerin yararlanmasını azaltmakta ve eşitlik prensibini bozmaktadır. Düşük gelirli kişilerin sağlık hizmetlerine yönelik taleplerinin gelir esnekliği yüksek gelir gruplarına göre daha fazladır (Musgrove, 1983). Gelişmekte olan ülkelerde artan kamu sağlığı sübvansiyonları çoğunlukla kentsel alanlarda yerleşen yüksek gelir gruplarının masraflı tedavi hizmetleri için harcanmaktadır. Genellikle kırsal alanlarda kamu sağlığı hizmetleri yetersizdir ve yoksul kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha fazla özel harcama yapmaktadır.

Bugün pek çok gelişmekte olan ülke sağlık bakım sistemlerini yeniden değerlendirme ihtiyacını duymaktadır. Sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında özel sektörün önemi anlaşılmıştır. Pek çok ülkede kamu sektörünün dışında sunum kapasitesinin artırılması, sağlık kalitesinin iyileştirilmesi ve kamu finansal yükünün azaltılması için finans, ödeme, düzenleme ve enformasyonla ilgili bir dizi girişimlere başlanmıştır (Berman, 1998). Gelişmekte olan ülkelerde kamu kesiminin kötü performansı ve kaynak yetersizliği sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda özel sektörün girişimlerini arttırmıştır (Zuri ve Mills, 1995). Özel sektörün faaliyeti sürecinde sağlık hizmetlerinde artan eşitsizlikler de gözlenmektedir. Bunun başlıca

sebepleri arasında fiyat artışları, yetersiz altyapı, kalifiye personel eksikliği, kamu kaynaklarının özel sektörde yanlış kullanımı ve tıbbi ihmaller yer almaktadır (Bennet, 1991; Hsiao, 1995). Özelleştirmeden yarar sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerine yönelik düzenleme çalışmalarının önemi de büyüktür (Muschel, 1995). Orta ve düşük gelirli ülkelerde düzenleme prosedürü olarak yasal girişimler yoluyla sınırlı başarılar elde edilmiştir (Kumaranayake, 1997). Sağlık sunumunda özel sektörün düzenlemesi olarak teşviklerin kullanılması da gittikçe artmaktadır.

Sosyal sigortanın hem hükümet bütçesindeki kamu sağlığının finansal yükünün hafifletilmesinde hem de kişilerin sağlık hizmetleri için yaptıkları ferdi harcamaların azaltılmasında yararlı olduğu kaydedilmektedir (Gertler, 1998). Bütçe dışı gelirler tıbbi masrafları finanse etmek için hükümetler tarafından kolaylıkla kullanılabilir ve genel bütçeden gelen baskıları hafifletebilir. Pek çok ülkede uygulanan sosyal sigorta programları ücretli çalışanlardan yapılan zorunlu kesintiler aracılığı ile bu kesimin sağlık harcamalarını karşılarken, bunun dışında kalanlarda uygulanması güç görülmektedir. Bu nedenle kamu sektörü tarımında, enformal sektörlerde çalışanların ve yoksulların sağlık harcamalarını karşılamaya maruz kalmaktadır.

Hem kamu hem de özel sektörde sağlık hizmeti sağlayıcı kurumlar tıbbi harcamaların yüksek maliyeti nedeniyle sigorta primlerini yükseltmektedir. Primlerdeki bu artış da kişilerin diğer tüketim harcamalarını ve tasarruflarını azaltmalarına neden olmaktadır. Kalkınmakta olan ülkelerde yapısal reformlar nedeniyle sübvansiyonlardaki kesintiler ve kredilerin artan maliyeti, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliği (özellikle yoksul kişilerin çoğunluğu oluşturduğu kırsal kesimlerde) arttırmaktadır. Sağlıkta eşitsizliği hafifletmek için yalnızca yoksulların sağlık bakımının desteklendiği, iyi hedeflenmiş programlar dikkate alınmalıdır. Artan özel tıbbi harcamalar ve yükselen özel sigorta primleri gelişmiş ülkelerde bile pek çok kişiyi beklenmeyen hastalıkların finansal yükünü hafifletmek için sosyal sağlık sigortasına yöneltmektedir. Sağlık hizmetlerinin ağır yükü kalkınmakta olan ülkeleri kamunun yürüttüğü sağlık hizmetlerinin yerini alacak sosyal sigorta programları uygulamaya zorlamaktadır. Kamu ya da özel sektörden standart tarife ile alınan sınırlı kapsamlı sağlık hizmetleri dışında, yüksek kar marjlı hizmetler için gittikçe artan özel harcama yapılmaktadır.

Neticede sosyal sağlık sigortası, standart tarifeli programları ile ileri teknoloji kullanılan tedavi girişimlerinin piyasa fiyatları üzerinde azaltıcı etki yapmaktadır. Bu mali yük, yaşlı popülasyon nedeniyle emekli personele göre nispi sayıları gittikçe azalan mevcut çalışanlar tarafından karşılanmaktadır. Bunun yanında demografik ve epidemiolojik değişiklikler yaşlı emeklilerin tıbbi harcamalarının artmasına sebep olmaktadır. Sigorta primlerinin yeterince toplanamaması durumunda ise

sağlık harcamalarının finansmanında güçlükler ortaya çıkmakta ve kamu sübvansiyonuna ihtiyaç duyulmaktadır.

Kalkınmakta olan ülkelerde talebin fiyat esnekliği gelişmiş olanlara göre daha fazla olduğu için, bu ülkeler yanlış kullanımdan kaynaklanan önemli miktarda sağlık harcamalarıyla da karşı karşıya kalabilmektedir (Gertler ve Hammer, 1997). Sadece yüksek büyüme hızına sahip bazı gelişmekte olan ülkeler yanlış kullanımın finansal yükünü hafifletebilmektedir.

Gelir de sağlık harcamaları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Hitiris ve Posnet, 1992). Düşük gelirlili ülkelerin sağlık hizmetlerini yeterince finanse etme kabiliyeti yoktur. Ancak kişisel gelirlere oranla, düşük primli zorunlu sosyal sigorta programları, rekabetçi piyasaya sahip özel sektör ve piyasa kontrolünü sağlayacak yönetim varsa kronik hastalıkların finansal yükünü karşılayabilmektedir. Örnek olarak, Hindistan'ın uyguladığı mevcut sağlık sisteminden elde edilen veriler göstermektedir ki; kamu sektöründe maliyetler ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik artmıştır. Özel sektörün kapasitesinin yetersizliği de daha ileri düzenlemelerin yapılması gereğini doğurmuştur. Bunlar sağlık sigorta piyasasına çokuluslu şirketlerin katılımının artırılması ve kamu sağlığı harcamalarının bütçe dışı tedbirler ve vergi teşvikleriyle finanse edilmesini sağlayacak düzenleyici mekanizmalardır (Purohit, 2001). İsteğe bağlı sağlık sigortası programları sağlık hizmetlerinde kolaylıklar sağlamaktadır. Programın kullanımını etkileyen başlıca faktörler istihdam, eğitim seviyesi ve hastalık riskinin yüksekliğidir. Tayland'da başlatılan ön ödemeli isteğe bağlı sağlık sigortası programından elde edilen deneyim de; uygun değişiklikler ile program toplumsal zeminli zorunlu sağlık sigortası programına dönüştürülebilir (Supakankunti, 2000).

Kalkınmakta olan ülkelerin sağlık sistemlerinin insan kaynakları yönetiminde de belirgin düzelmeler sağlanamamaktadır. Kamu sağlığı sektöründe bu sorunları çözebilmek için istihdam özellikleri, çalışanların ilişkileri ve ücretlerin belirlenmesi özel sektör uygulamaları ile paralellik göstermelidir (Buchan, 2000). Gelişmekte olan ülkelerde hükümetlerin sağlık bütçesinin yaklaşık yüzde 20-50'sini ilaç temini oluşturmaktadır (Falkenberg ve Toms, 2000). Ülkeler sağlık hizmetlerinin önemli bir maliyet unsuru olan ilaç temini ve optimal kullanımını Dünya Bankası'nın finansal desteği ile sağlamaktadır. Bununla beraber Dünya Bankası'nın farmasötik sektörüne yaptığı desteğin çok küçük bir kısmı ilaç araştırmalarına ve rasyonel kullanım politikalarına yönlendirilmektedir. Düşük ve orta gelirlili ülkelerin aşı temin sistemlerinde de sıklıkla yetersizlikler gözlenmektedir (Woodle, 2000). Teknik ve finansal yeterliliği sağlamayı amaçlayan özel destekleyici programlar, sağlık sektörü reformunun bir parçası olan aşı temininde kolaylıklar sağlayabilmektedir.

3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Reform Gereksinimi

Türkiye popülasyonu, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında nispeten gençtir. 1990 sayımı verilerine göre toplam nüfusun yüzde 35’i 15 yaşın altındadır ve ancak yüzde 4,2’si 65 yaşın üzerindedir. Bu oranların 2025’te yüzde 22,9 ve yüzde 9 olarak gerçekleşeceği beklenmektedir. Doğum oranı 1985-1990 döneminde binde 22,9 iken 1995’te binde 22,4 olmuştur. Ortalama yaşam 1972-1990 döneminde 57,6’dan 67,4’e yükselmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 1997).

Epidemiolojik veriler bebeklik döneminde bulaşıcı hastalıkların, özellikle kırsal alanlarda önemli bir ölüm sebebi olduğunu göstermiştir. Bebek ölüm oranı 1999’da bin doğumda 42,2 olmuştur ve bölgesel farklılıklar göstermektedir (Tablo 1). Geçmişte sağlanan belirgin düşüslere rağmen çocukluk çağı ölüm oranı 1996’daki binde 50 oranı ile halen yüksektir. 1990’daki mortalite eğilimlerinin analizine göre, başlıca ölüm sebepleri sırasıyla koroner kalp hastalığı, kanser, perinatal problemler, serebrovasküler hastalıklar, pnömoni ve diğerleridir.

Tablo 1 : Bebek Ölüm Oranı ve Nispi Değişme (Türkiye, 1963-1996)

Yıl	1963	1966	1973	1978	1983	1988	1990	1993	1996
(1)	208	168	163	134	96	65.2	59.3	52.6	42.2
(2)		-19.2	-3.0	-17.8	-28.4	-32.1	-9.1	-11.3	-19.8

(1) Bebek Ölüm Oranı: Binde), (2) Nispi Değişme Oranı (Yüzde)

Kaynak : Devlet İstatistik Enstitüsü

Diğer kalkınmakta olan ülkelere benzer şekilde Türkiye’de de bulaşıcı hastalıklara bağlı ölüm oranı tıbbi teknolojilerin etkin kullanımı sonucu azalmıştır. Bununla birlikte, gelişmiş ülkelerin tersine düşük yaşam standartları nedeniyle bulaşıcı hastalıkların sıklığının azaltılması sağlanamamaktadır. Türkiye ekonomisinin 2001 yılında yaşadığı durgunluk yurtiçi milli hasılda yüzde 9,4’lük, GSMH’da yüzde 11,8’lik azalmalara sebep olmuştur. Kamu sektörünün artan borcu, bankacılık krizinden kaynaklanan ciddi kredi sıkıntısı, döviz kuru artışı ve aşırı yüksek faiz oranları reel ekonomide güçlükler yaratmıştır. Gelir dağılımında eşitsizlik ve mevcut krizle birlikte işsizlik oranı yüzde 20’ler düzeyine çıkmıştır. Devalüasyon ve hü-

kümetin IMF ile ‘Stand-by’ anlaşması gereğince uyguladığı sıkı mali politikalar reel ücretleri erozyona uğratarak tüketicinin satın alma gücünü zayıflatmıştır. Kamu borçlarının faiz yükü 2002 yılı için GSMH’nın yaklaşık yüzde 22’si kadar hesaplanmaktadır. Ekonomik yavaşlama vergi gelirlerini ve daha önceden sağlanan yaşam standartlarındaki iyileşmeleri de azaltmaktadır. Toplam bütçe içerisindeki kamu yatırımlarının oranı yüzde 5’in altına inmiştir. Hükümet özel sektöre sağlık, eğitim gibi sosyal alanlarda pek çok yatırım teşviki vermiştir.

Yoksulluk ile sağlık problemleri arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Az gelişmiş ülkeler bozuk sağlık göstergelerine sahiptir ve bu durum bu ülkelerin daha yoksul bölgelerinde ileri derecede gözlenmektedir. Türkiye’de 2000 yılında çocuk ölüm oranı ülkenin en gelişmiş bölgesi Marmara’da yüzde 3,2 iken en düşük ekonomik performansa sahip Güneydoğu Anadolu’da yüzde 7 olmuştur (Türk Tabipler Birliği, 1999).

İlk basamak ve ikincil sağlık hizmetlerinden başlıca sorumlu Sağlık Bakanlığı Türkiye Cumhuriyetinin kuruluşundan itibaren gerekli tıbbi faaliyetleri genişletmeye ve sıtma, tüberküloz, lepra gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlamaya çalışmıştır. 1961’de sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu ile ilgili yasal düzenlemelerin oluşturulmasından bu yana kamu eliyle sağlanan sağlık hizmetlerine kolay ve eşit şartlarda erişimde beklenen sonuçlar elde edilememiştir. Zorunlu sosyal sigorta organizasyonu olan SSK, çalışanların sağlık bakımını temin etmeye çalışmaktadır. Devlet üniversitelerinin tıp merkezleri de sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Kamu sağlık kuruluşlarının otonom faaliyetleri, aralarındaki etkin koordinasyonu azalmakta ve sağlık hizmetlerinde aksamalara sebep olmaktadır. Temel sağlık hizmetleri ülke çapında sağlık ocakları tarafından sağlanmaktadır. Bu merkezlerin başlıca işlevleri bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, bağışıklama, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlık verilerinin toplanmasıdır. Bu merkezlerde, özellikle kırsal alanlarda aşı ile önenebilir hastalıklar gibi belli programlara öncelik verilmektedir.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri toplam yatak kapasitesinin yüzde 50’sine sahip olan Sağlık Bakanlığının genel ve ihtisas hastaneleri ile SSK, üniversite tıp merkezleri ve özel sektör imkanları ile sağlanmaktadır. On bin kişiye düşen yatak sayısı 2000 yılında Güneydoğu Anadolu bölgesinde 8.7, İç Anadolu bölgesinde ise 24,4 olmuştur (Tablo 2). Hastane yatak kullanım oranı kamu hastanelerinde yüzde 67 ve özel hastanelerde yüzde 26 olarak belirlenmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2000).

Sağlık sisteminin finansmanının yaklaşık yarısı vergiler yoluyla devlet bütçesinden, yaklaşık yüzde 17’si sosyal sigorta fonlarından, geriye kalan yüzde 30’luk

kısmı ise kişilerin direkt ödemelerinden kaynaklanmaktadır (Tablo 3). Türkiye’de son yirmi yıldaki sağlık harcamaları GSMH’ya oranla bir artış göstermemiş, ortalama yüzde 3,5 civarında gerçekleşmiştir (Aktan, 2001). Aynı dönemde kamu sağlık harcamalarının toplam içerisindeki payı ve kişi başına düşen sağlık harcaması dolar bazında artış göstermiştir (Tablo 4). Kamu sağlığı harcamaları 2000 yılı hükümet bütçesinin yüzde 3,4’ü kadardır ve bunun yüzde 65’i tedavi edici hizmetler için harcanmaktadır. Özel sektörün doğrudan sağlık hizmeti sunumundaki kapasitesi yüzde 5,8 ile sınırlı olmakla beraber, farmasötik endüstri hızla gelişmiş ve yaygınlaşmıştır. Türk ilaç sanayi yerli ilaç tüketiminin yüzde 90’ını karşılamaktadır. Tıbbi personel başına düşen nüfus açısından da bölgeler arasında farklılıklar görülmektedir. Ülkenin doğusunda ve kırsal alanlarda nüfus başına daha az tıbbi personel bulunmaktadır. Ortalama, hekim başına 952, diş hekimi başına 5472, eczacı başına 3413, hemşire başına 1114 kişi düşmektedir (TC.Sağlık Bakanlığı, 1997). Özel sektörün istihdamı diş hekimi, eczacı ve uzman hekimlerde yoğun olmakla beraber, diğer personel çoğunlukla kamu sektöründe istihdam edilmektedir. Uzman hekimlerin çoğu hem kamu hastanelerinde ve hem de özel muayenehane ile özel hastanelerde yarım zamanlı olarak çalışmaktadır.

Tablo 2 : Bölgelere göre hastane yatak sayısı dağılımı (On bin kişiye düşen yatak sayısı)

Bölge	1992	1995	1997	2000
Marmara	19.0	17.8	18.8	21.9
Ege	18.1	18.4	20.0	21.8
Akdeniz	19.5	20.8	20.9	16.4
İç Anadolu	17.4	19.0	20.4	24.4
Karadeniz	19.5	21.8	23.5	22.6
Doğu Anadolu	13.8	14.5	16.5	18.0
Güneydoğu Anadolu	9.8	10.5	10.9	8.7

Kaynak : T.C. Sağlık Bakanlığı, 2000.

Diğer kalkınmakta olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık reformu gereksinimi vardır. Bunun başlıca sebepleri sağlık hizmetlerinin artan maliyeti, demografik ve epidemiolojik değişiklikler, gelişmiş ülkelere olan teknolojik bağımlı-

lık, kent nüfusundaki hızlı artış ve sağlık hizmetleri için kaynakların kısıtlı oluşudur. 1995 yılından itibaren hükümet tüm toplumu kapsayacak genel sosyal sağlık sigortası programını gerçekleştirmeye yönelik girişimlerde bulunmuştur. Önerilen sağlık finans sistemi ile sosyal güvence altına girmeyen tüm vatandaşların kapsanması ve yalnızca yoksul kişilerin sübvansiyonu amaçlanmaktadır (Tablo 5).

Tablo 3 : Toplam sağlık harcamalarının finansman kaynakları (Milyon Dolar)

Finansman Kaynakları	1993	%	1994	%	1995	%
Genel Bütçe	3 394	47.6	2 347	46.9	3 469	54.1
Sigorta Primleri	1 472	20.6	1 159	23.1	1 168	18,2
Direkt Ödemeler	2 271	31.8	1 503	30.0	1 770	27.6
Toplam	7 137	100.0	5 010	100.0	6 407	100.0

Kaynak : SPGK, Sağlık Bakanlığı, 1997.

Tablo 4 : Yıllara göre sağlık harcamaları ve bazı göstergeler (1981-1998)

Yıllar	GSMH (Mil. TL)	Sağlık Harcaması (Milyon TL)			1	2	3	
		Kamu	Özel	Toplam			Bin TL	Dolar
1981	8.0	0.1	0.1	0.2	3,1	46,2	5,5	50,1
1985	35.3	0.4	0.6	1.0	2,9	44,6	20,5	39,2
1990	397.2	8.6	5.3	13.9	3,5	61,9	247,7	95,0
1995	7 854.9	193.0	107.0	300.0	3,9	64,3	4 866,7	107
1998	49 078.8	1 225.2	719.6	1 944.8	4,0	63.0	33 578.3	140

1 Toplam Sağlık Harcaması / GSMH (%)

2 Kamunun Payı (%)

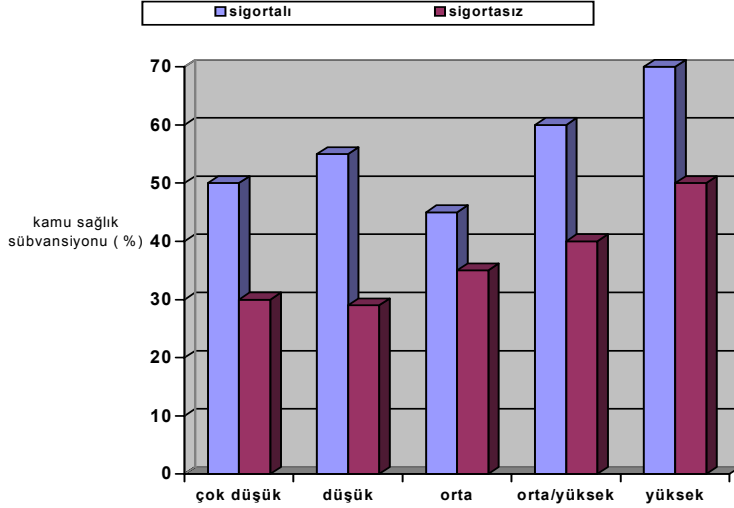
3 Kişi Başına Sağlık Harcaması

Kaynak : DPT, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, 1950-1998.

Sağlık reformu etkinlik, erişilebilirlik ve eşitlik prensipleriyle sağlık finansmanı, temel sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma, sağlık yönetimi ve sağlık enformas-

yon sistemleri ile ilgili alanlarda düzenlemeleri içermektedir. T.C.Sağlık Bakanlığı 1992 yılında yapılan I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde alınan kararlar ulusal düzeyde bir sağlık politikası oluşturmaya çaba göstermektedir. Söz konusu kararlar dizisi, 6 ana başlıktan oluşan sağlık reformu şekline dönüştürülerek, uygulanmasına karar verilmiştir.

Tablo 5 : Sigorta Kapsamı ve Gelir Gruplarına Göre Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Sübvansiyonu (1992)



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Finansman Politikası Çalışması,

Önerilen sağlık reformunun ana başlıkları şunlardır (Engiz, 2001): (a) sağlık finansmanı reformu, (b) hastane ve sağlık işletmeleri reformu, (c) birinci basamak hizmetlerin sunumu ve aile hekimliği reformu, (d) yönetim ve organizasyon reformu, (e) insan kaynakları reformu, (f) sağlık enformasyon sistemi reformu.

Makro düzeyde alınan bu reform kararlarının mikro ölçekte uygulanmasında ise, dikkat edilmesi gereken konular şu şekilde tespit edilmektedir (Akmaz, 2001): (a) yöneticilerin sağlık işletmelerinde karar verme sürecine etkin katılımlarının sağlanması, (b) yönetici ve çalışanlara sağlanan teşvik ve motivasyonların artırıl-

ması, (c) yönetimde şeffaflığın artırılması, (d) yeni hizmet üretim biçimlerinin gelişiminin desteklenmesi, (e) çalışanların problem çözme, analiz ve toplam kalite gibi alanlarda bilgi ve yeteneklerinin geliştirilmesi, (f) etkin halkla ilişkiler yöntemlerinin uygulanması, (g) müşteri odaklı organizasyon yapılanmasına geçilmesi, (h) yönetim, bilişim sistemlerinden etkin biçimde yararlanılması.

Önerilen temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması planında birincil seviyede tedavi hizmetleri sağlık ocakları tarafından sağlanacaktır. Bu merkezler aynı zamanda hizmet popülasyonlarında ikincil ve üçüncül tedavi hizmetlerinin takibinden, periyodik sağlık kontrolünden, ilk yardım ve acil bakım hizmetlerinden de sorumludur. Bu planda sağlık ocaklarındaki aile hekiminden hastanelerdeki uzman hekime kadar uzanan hasta sevk sisteminin önemi vurgulanmaktadır.

Kamu hastanelerinin rekabete uygun yönetsel ve finansal özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesiyle sağlanacak iyileştirmeler hükümet bütçesindeki kamu sübvansiyonlarının yükünün azalmasına yol açacaktır. Sosyal sigorta prensiplerine dayanan genel sağlık sigortası programının finans politikası çalışmalarına 1995'te başlanmıştır. Bunun temel amaçları hizmeti satın alan ile sağlayıcının ayırt edilmesi ve hizmet sağlayıcılar arasında rekabetin oluşturulmasıdır.

Özerk bir kuruluş olarak Sağlık Finans Kurumu genel sağlık sigortası programının işletilmesini, primlerin toplanmasını ve düşük gelirli vatandaşlar için hükümetten sübvansiyonların tahsilini sağlamaktadır. Sigortalı kişilerin sağlık hizmetlerinin sağlanması hem kamu hem de özel sektörden temin edilmektedir. Bazı sağlık hizmetleri için kullanıcının katılım payı da sağlanabilmektedir.

1990'ların başında genel sağlık sigortası programının oluşturulmasından önce yoksul kişilerin sağlık hizmetlerinin kamu bütçesinden direkt ödenmesini öngören Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir ve yaklaşık 11,4 milyon kişi bu olanaktan yararlanmıştır.

Sonuç

Kalkınmakta olan ülkelerin hükümetleri rekabetçi ortamda işleyen özel sektör dinamizmine yeterince sahip olamadığı için sağlık finansmanı ile daha çok uğraşmak durumunda kalmaktadır. Satın alan ve sağlayan ayırımının yapılması temelinde, hizmetlerin temini özel sektör veya kamu/özel sektör işbirliği ile gerçekleştirilmelidir (Collins ve Hunter, 1994). Kamu hizmeti piyasa yetersizliğinin gözlemlendiği bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi alanlarla sınırlı tutulmalıdır. Etkinlik için önemli bir faktör olan rekabetin düzenlenmesi hem kamu sektöründe hem de özel sektörde sağlık bakım harcamalarını azaltıcı etkiye sahiptir (Krugman, 1997).

Kamu sektörünün desantralizasyonu daha esnek ve serbest yönetimi olan

periferik birimlerin yaratılmasıyla gerçekleştirilmelidir. Halk sağlığı hizmetleri esas itibarıyla hükümet tarafından finanse edileceğinden bu alandaki harcamalar seçici, hedeflenmiş miktarda ve maliyet etkinliğine sahip olmalıdır. Geçen on yılda, gelişmekte olan ülkeler bütçe açıklarını azaltmak ve sağlık hizmetlerinin kullanıcıları ile sağlayıcıları arasında doğrudan finansal ilişkiler sağlamak üzere piyasaya dayalı finans modelleri uygulamaya çalışmıştır (Bennet, 1992).

Hem kamu hem de özel sektörde değişik sorunları çözebilmek için yönetim araştırması ve organizasyonel gelişim sağlanmalıdır. Kamu sağlık hizmetlerinin temini için kaynak tahsisinde önceliklerin belirlenmesi büyük kolaylıklar sağlayacaktır. Toplumsal katılımı, piyasa düzeni prensiplerinin kamu sağlığı reformuna adaptasyonu için politik iradeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Abstract: In the last thirty years, rising health care costs of developing countries as a matter of epidemiologic transition and demography led to advance planning of health systems coping with increasing demands. The debate about health care financing continues in both public domain and private sector. Effective use of public subsidies and mobilizing private resources for public expenditures have a great importance in these countries trying to implement market-based financial model for health care services, since budgetary deficits and pressure from international creditors. Global collaboration is also needed to solve shared public health problems. Turkey, as well as other developing countries, initiated a series of efforts to establish health care reform in the last five years.

Key Words: Health Economics, Development, Health Care Financing.

Kaynakça

- Akmaz, Mustafa (2001). "Sağlık Sistemi Reform Önerisi: Yöntem ve Finansman". *Yeni Türkiye*, 7 (40) 2001: 1168-1177.
- Aktan, H. T. (2001). "Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki Uygulamaları". *Yeni Türkiye*, 7 (40) 2001: 1557-1570.
- Bennet, S. (1991). *The Mystique of Markets: Public and Private Health Care in Developing Countries*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Bennet, S. (1992). "Promoting the Private Sector: A Review of Developing Country Trends". *Health Policy and Planning*, 7 (2) 1992: 9-110.

- Berman, P. (1998). "Rethinking Health Care Systems: Private Health Care Provision in India". *World Development*, 26 (8) 1998: 1463-1479.
- Berman, P. (1997). "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications". *Health Economics*, 6 (1) 1997 :11-30.
- Buchan, J. (2000). "Health Sector Reform and Human Resources: Lessons from the United Kingdom". *Health Policy and Planning*, 15 (3) 2000: 319-325.
- Collins, C., D. C. Hunter and A. Green (1994). "The Market and Health Sector Reform". *Journal of Management in Medicine*, 8 (2) 1994: 42-55.
- de Ferranti D. (1985). *Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview*. Washington, DC: World Bank Staff Working Paper (721).
- Engiz, Oğuz (2001). "Türkiye'de Sağlık Sisteminin Finansmanının Verimlilik ve Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi". *Yeni Türkiye*, 7 (40) 2001: 1614-1621.
- Falkenberg, T. and G. Tomson (2000). "The World Bank and Pharmaceuticals". *Health Policy and Planning*, 15 (1) 2000: 52-58.
- Frenk, J., J. Bobadilla, J. Sepulveda and M. L. Cervantes (1989). "Health Transition in Middle-Income Countries: New Challenges for Health Care". *Health Policy and Planning*, 4 (1) 1989: 29-39.
- Gertler, P.J. (1998). "On the Road to Social Health Insurance: The Asian Experience". *World Development*, 26 (4) 1998: 717-732.
- Gertler, P. and J. Hammer (1997). *Strategies for Pricing Delivered Health Care Services, Innovations in Health Care Financing*. G. Schieber (ed), World Bank, 1997:127-154.
- Hammer, J. (1997). "Prices and Protocols in Public Health Care". *World Bank Economic Review*, September 1997.
- Hitiris, T. and J. Posnet (1992). "The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries". *Journal of Health Economics*, 11 (2) 1992: 173-181.
- Hsiao, W. C. (1995). 'Abnormal Economics in Health Sector' in *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*, Berman, P. (ed), Boston: Harvard University Press, 1995.
- Krugman, P. (1997). *Health Care*. in: Krugman P. (ed), *The Age of Diminished Expectations*, The MIT Press.
- Kumaranayake, L. (1997). "The Role of Regulation: Influencing Private Sector Activity within Health Sector Reform". *Journal of International Development*, 9 (4) 1997: 641-649.
- Muschel, J. (1995). *Privatization in Health*. WHO Task Force on Health Economics. Geneva: WHO.
- Musgrove, P. (1983). "Family Health Care Spending in Latin America", *Journal of Health Economics*, 2 (3) 1983: 245-258.
- Purohit, B. C. (2001). "Private Initiatives and Policy Options: Recent Health System Ex-

- perience in India". *Health Policy and Planning*, 16 (1) 2001: 87-97.
- Raymond, S. (ed.) (1998). *Life sciences and Health Challenges*, New York Academy of Sciences.
- Supakankunti, S. (2000). "Future Prospects of Voluntary Health Insurance in Thailand". *Health Policy and Planning*, 15 (1) 2000: 85-94.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1997). *Country Health Report*. Ankara. www.didb.saglik.gov.tr/.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2000). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistikleri*. Ankara.
- Türk Tabipler Birliği (1999). *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Durumu*. Ankara.
- Woodle, D. (2000). "Vaccine Procurement and Self-Sufficiency in Developing Countries". *Health Policy and Planning*, 15 (2) 2000: 121-129.
- World Bank (1993). *World Development Report: Investing in Health*.
- World Bank (1995). *Averting the Old Age Crisis*.
- World Health Organization (1997). *The World Report*. Geneva.
- Zwi, A. B. and A. Mills (1995). "Health Policy in Less Developed Countries: Past Trends and Future Directions". *Journal of International Development*, 7 (3) 1995: 299-228.