

---

---

## SAĞLIK EKONOMİSİ: TEORİK BİR İNCELEME

---

---

Hacı Hayrettin TIRAŞ\*

### ÖZ

Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar tıbbi kuruluşlar oldukları kadar ekonomik ve sosyal amaçları da olan yapılardır. Sağlık sistemi ve ekonomik sistem birbirinden bağımsız değildir. Birçok yönden birbiriyle bağlantılıdır. Ekonomik ve sosyal şartlar ve politikalar, sağlık üzerinde çok önemli sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesinin artması için finansmanın hangi kaynaklardan ve nasıl karşılanacağı önemli bir konudur. Tüm ülkeler; sağlık için yeterli fon biriktirmenin en iyi nasıl oluşturulabileceği, finansal riskin paylaşılması için havuzlamanın en iyi nasıl yapılabileceği ve en etkin, en yararlı ve eşit bir şekilde nasıl kullanılabilmesi konularında çalışmak zorundadırlar. Sağlıkta kaynakların etkin ve verimli kullanılması esastır. Bu çalışmada sağlık, sağlık ekonomisi ve sağlık ekonomisinin finansmanı açıklanmaktadır.

**Anahtar Kavramlar:** Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Ekonomisi

### HEALTH ECONOMICS: AN EXAMİNE İN THEORY

#### Abstract

The organizations that provide healthcare services are medical institutions and also structures which have economical and social purposes. Health systems, health and economic systems are not independent. They are interrelated in several important ways. Economics and social conditions and policies have very important health consequences. To increase quantity and quality of health services, more expenditure is needed. Resources and covering ways of the finance for associations which give the health services, is very special and important topic. All countries; must make decisions about how best to raise sufficient funds for health, how to pool them together to spread the financial risks of health and how to ensure they are used effectively, efficiently, and equitably. Effective and efficient use of resources in health is essential. In this study, health, health economics and financing of health economics are explained.

**Key Words:** Health, Health Services, Health Economics

---

\* Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, KSÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hastane Müdür Yardımcısı

## GİRİŞ

Sağlık, günümüzde gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun tüm toplumları ve ülkeleri giderek artan bir derecede ilgilendirmektedir. Toplumları oluşturan bireyler daha kaliteli ve sağlıklı yaşamak istemektedirler. Bunun sonucunda da sağlık hizmetlerine olan talep artmaktadır. Ancak, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında kullanılacak kaynakların kıtlığı tüm ülkelerin en önemli problemlerinden birini oluşturmaktadır.

Tüm dünya ülkelerinde milli gelirden sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar toplumsal refah için kullanılan kaynakların önemli bir bölümünü oluşturmalarına rağmen yetersiz kalmaktadır. Ekonomide ise kıt kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması büyük önem taşımaktadır. Son yıllarda sağlık teknolojisinde yaşanan gelişmeler, piyasaya sürülen yeni ve pahalı ilaçların getirdiği maliyetler, insanların yükselen yaşam beklentileri kıt kaynakların varlığında giderek çözümü zorlaşan optimizasyon problemlerine yol açmaktadır. Kaynakların yetersizliği ise bu problemleri daha da zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin bütün vatandaşlara dengeli ve yeterli bir şekilde sunulabilmesi, finansmanının sağlanması ve mevcut kaynakların sınırlılığı, sağlıkla ilgili konuların ekonomik yönden de incelenmesini gerekli kılmaktadır. Bu ihtiyaçtan dolayı kıt kaynaklarla sınırsız ihtiyaçların nasıl karşılanacağı ile ilgilenen ekonomi biliminin teori, kavram ve tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması ile sağlık ekonomisi olarak adlandırılan yeni ve genç bir bilim dalı ortaya çıkmıştır.

Sağlık ekonomisinin konusunu temelde sağlık hizmetlerinin ekonomik yönden analizi oluşturmaktadır. Ancak birçok alanda olduğu gibi sağlık ekonomisinin de çalışma alanını kesin çizgilerle belirlemek zordur. Çünkü sağlık ekonomisi, hem sağlık hizmetlerini hem de ekonomik faaliyetleri bir noktada buluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri, öngörülemeyen, kimin, nerede, ne zaman ve ne kadar hizmete ihtiyaç duyacağını belli olmadığı, ihtiyacın genellikle tesadüfi olarak ortaya çıktığı ve diğer sektörlerden farklı özelliklere sahip bir hizmet türüdür. Sağlık hizmetleri, vücudun aksayan yönlerini onarmak, korumak ve geliştirmek amacıyla çalışırken; bu faaliyetleri gerçekleştirmek için gerekli kaynakları ekonomi sağlamaktadır.

Sağlık ekonomisi; sağlık alanındaki yasal düzenlemeler, birey ve toplum sağlığını ilgilendiren düzenlemelerin iktisadi sonuçları, sağlık politikalarının oluşturulması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin kullanımının sağlanması, sunulan hizmette yaygınlığın ve sürekliliğin oluşturulması, hizmet alanların elde ettiği faydaların artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı, arz ve talebinin; yönetim, organizasyon ve insan gücü boyutuyla yeniden yapılandırılması ve geliştirilmesi faaliyetlerinin tamamını içine almaktadır. Kısaca sağlık ekonomisi sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Dolayısıyla sağlık ekonomisinin konusu, içeriği, işleyişi, uygulaması ve sonuçlarının neler olduğu büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmayla, sağlık ekonomisinin teorik çerçevede incelenerek genel bir değerlendirmesinin yapılması ve açıklayıcı bilgiler verilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada öncelikle; sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisi gibi kavramların tanımı yapılmış, kavramların kapsamı ve gelişimi incelenmiştir. Daha sonra sağlık ekonomisinin işleyişi ve sağlık ekonomisinin finansmanı

teorik çerçevede ele alınarak irdelenmiştir. Son olarak ise çalışmanın genel bir değerlendirilmesi yapılarak bazı önerilerde bulunulmuştur.

## 1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

### 1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık hayatın kaynağı ve her bireyin temel ihtiyacıdır. Birey için sağlık olmadan diğer mal ve hizmetlerin bir anlamı yoktur (Witter, 2002:4). Toplumun oluşturan bireylerin sağlıklı yaşama isteği sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta, artan taleple birlikte sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili tartışmalarda her geçen gün daha da önem kazanmaktadır.

Sağlık, birçok etkenden doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenmektedir. Bu yüzden de sağlık, tanımlanması ve anlaşılması güç olan kavramlar arasında yer almakta ve farklı tanımları yapılmaktadır. Hayran'a (1997:3) göre sağlık; hemen her yerde "hasta olmama" anlamında, hastalık kavramı ile bağlantılı, yani negatif bir mesaj verecek şekilde tanımlanmaktadır. Illich (1995:190) ise sağlığın daha ziyade biyolojik bir tanımlanmasını yapmakta ve sağlığı; "bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çarışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi süreci" olarak tanımlamaktadır. Sağlık pozitif ve negatif yönden tanımlanmaktadır. Negatif yönden sağlık; hastalığın yokluğu olarak tanımlanırken, pozitif yönden; bireylerin hayata tutunabilme yetenekleri, stresli duruma karşı koyabilmeleri, sahip olunan psikolojik iyilik ve fiziksel uyum düzeyi, toplumda iyi ilişkiler kurabilme becerisi v.b. (Somuncuoğlu, 2012:3-4) şeklinde tanımlanmaktadır. Genel bir tanım ise 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2. maddesinde "yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir" (Resmi Gazete, 1961) diye yapılmaktadır.

Görüldüğü gibi sağlığı çok farklı biçimlerde tanımlamak ve yapılan tanımları çoğaltmak mümkündür. Ancak sağlıkla ilgili en genel ve kapsamlı tanım Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında kabul edilen anayasasında sağlığı; "sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" (Jakab, 2011:2) şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım birçok unsuru içermesi bakımından geniş kabul görmüştür. Çünkü bu tanım bireyin sağlıklı olmasını yaşam koşulları ve standardı ile ilişkilendirerek, çevresel ve sosyal etkilerin sağlığın kaybedilmesinde önemli bir etken olduğunu vurgulamakta, sağlığı etkileyen olumsuz koşulların yalnızca biyolojik süreçten kaynaklanmadığını ortaya koymaktadır (Çalışkan, 2008:35). Bireyin iyi olma hali yalnızca bedensel anlamda ifade edilmemektedir. Bireyin ruhsal açıdan kötü durumda olmaması, toplumdan dışlanmış olmaması da sağlığın temel şartlarından biri olarak kabul edilmektedir (Çoban, 2009:10). Daha da önemlisi; bireyin sağlıklı olabilmesi beden, ruhen ve sosyal açıdan bir bütün olarak tam bir iyilik halinin olmasını gerektirmektedir.

## 1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Kapsamı

Sağlık; bireyleri olduğu kadar onların ailelerini ve yaşadıkları toplumları da yakından ilgilendirmektedir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin, istenildiği zaman, gereken nitelikte ve nicelikte bulunabilmesi, finanse edilmiş biçimi, tüm toplumlarda bireyleri değişik ölçülerde ilgilendiren bir konudur (Alpagun, 1984:133). Bireylerin ve buna bağlı olarak toplumların sağlıklı olabilmeleri ve bunun sürekliliğinin sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem taşımaktadır (Altay, 2007:34). Sağlık hizmetlerine olan talep genellikle hastalık ya da hastalığın belirtisinin oluşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla da sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın yeri, zamanı, miktarı ve kimlere ne ölçüde sunulacağı bilinmemektedir.

Sağlık ve sağlık hizmeti kavramları birbirinden farklı kavramlardır. Sağlık tanımını çok farklı şekillerde yapılırken, sağlık hizmeti kavramı için birbirine yakın tanımlar yapılmaktadır. Bir tanıma göre sağlık hizmetleri; "bireylerin ve bireylerin oluşturduğu toplumun diğer üyelerinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılması gereken hizmetlerdir" (Mutlu ve Işık, 2012:14). Başka bir tanıma göre sağlık hizmetleri, "hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünü" (Somuncuoğlu, 2012:8) olarak ifade edilmektedir. Çoban (2009:11) ise sağlık hizmetlerini; "bireylerin veya toplumun hastalıklardan korunması ve sağlıklı olma halinin muhafaza edilerek geliştirilmesi ile ilgili olarak sunulan hizmetlerin bütünü", diye tanımlanmaktadır. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2. Maddesinde de; "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetleridir" (Resmi Gazete, 1961) denmektedir.

Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı gibi bireylerin ve toplumun hastalıklardan korunması, var olan hastalıkların teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin temel amacını oluşturmaktadır. Hastalığı önlemek veya var olan hastalıkları tedavi etmek amacıyla yapılan hizmetler, bireyler ve toplum için olumsuz olan durumu ortadan kaldırarak daha sağlıklı ve daha üretken bir toplumu hedeflemektedir.

Sağlık hizmetlerinin belirtilen amaç ve hedeflerini gerçekleştirebilmesi için bazı özellikleri taşıması gerekmektedir. Emek yoğun olma, ikame edilememe ve ertelenememe, arz ve talebin eşitsizliği, bilgi asimetrisinin olması, uzmanlaşma seviyesinin yüksekliği, hizmetin stoklanamaması ve tesadüfiliği (Somuncuoğlu, 2012:10), sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellikler olarak kabul edilmektedir.

Her hangi bir ürünün elde edilmesinde belirli girdilerin (üretim faktörleri) olması gerektiği gibi sağlık hizmetlerinin sunulması içinde belirli girdilerin olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin girdileri emek faktörü olarak; doktor, diş hekimi, hemşire, laborant vb yardımcı personelleri kapsayan beşeri sermaye ile hizmetin sunumu için kullanılan bina ve ihtiyaç duyulan araç-gereç, tıbbi malzeme ve ilaçları da kapsayan fiziksel sermayedir (Mutlu ve Işık, 2012:15). Bir başka deyişle sağlık hizmetlerinin temel girdilerini; insan

kaynakları, sermaye, teknoloji, alet ve ekipmanlar oluştururken, temel çıktılarını ise; hayatta kalma, yaşam süresinin uzatılması, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmeler oluşturmaktadır (Tokalaş, 2006:12).

Bireylerin temel amacı sağlıklı olmaktır. Sağlıklı olmak için ise sağlık hizmetlerine olan talepte kaçınılmazdır (Çalışkan, 2008:35). Bu durumda, ne zaman ve ne miktarda ihtiyaç duyulacağı belli olmayan sağlık hizmetinin, etkin ve verimli bir şekilde sunumu ve toplum tarafından ulaşılabilir olması da önem taşımaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetine yönelik beklentilere bağlı olarak sağlık hizmetlerinin sunumu artmakta ve değişim göstermektedir (Somuncuoğlu, 2012:11). Yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfına giren sağlık hizmetleri genel olarak üç gruba ayrılmaktadır (Somuncuoğlu, 2012:11-12 ;Altay, 2007:34 ;Çoban, 2009:16 ;Tokalaş, 2006:21-24);

➤ **Koruyucu Sağlık Hizmetleri;** Sağlığın korunmasına ve hastalıkların önlenmesine yönelik olarak verilen hizmetleri kapsamakta ve toplumun hastalık etmenlerinden uzak tutulmasını hedeflemektedir.

➤ **Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri;** Sağlığını kaybetmiş ve sağlık statüsünde meydana gelen bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan hastalık ve sakatlık halinin iyileştirilmesi ve hastalık etmenlerinin yok edilmesine yönelik verilen sağlık hizmetidir.

➤ **Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri;** Sağlık statüsünün bozulmasına neden olan Hastalık, sakatlık, yaralanma vb durumların ortadan kaldırıldığı durumlarda, bireyin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin yeniden kazandırılması ve kimseye bağımlı kalmadan yaşayabilmesi için sunulan hizmetleri kapsamaktadır.

## 2. SAĞLIK EKONOMİSİ

İnsanoğlu ister birey ister toplum olarak yaşamını devam ettirebilmek için ihtiyaç duyduğu mal ve hizmetleri üretmek ve tüketmek zorundadır. Daha fazla mal ve hizmetin tüketilebilmesi daha fazla üretimi gerektirmektedir. Bu nedenle insanoğlunun temel çalışması, daha fazla üretim üzerine odaklanmıştır. Daha fazla üretimin nasıl yapılacağı, hangi yöntem ve tekniklerle olacağı, kimin için ne kadar, ne üretileceği gibi konular ise ekonomistlerin çalışma alanını oluşturmaktadır.

Üretimin yapılabilmesi için kaynakların yeterli olması gerekir. Ancak, dünyamızda kaynaklar kıt ve tüm istekleri karşılayacak üretim için yeterli değildir. Ekonomi bilimi ise kıt kaynaklarla sınırsız ihtiyaçların nasıl karşılanacağı ile ilgilenen bilim dalıdır. Ünsal (2010:10) ekonomiyi; "Toplumların sınırlı kaynakları sınırsız isteklerin karşılanmasında nasıl kullandıklarını inceleyen bir sosyal bilim dalı" olarak tanımlamaktadır. Andargie (2008:1) ise, "insanların sahip oldukları sınırlı kaynakları, sınırsız ihtiyaçlarını karşılamak için nasıl dağıttıklarının incelenmesi" diye tanımlamaktadır. Başka bir tanımda ise ekonomi; kıt kaynaklarla sonsuz olan ihtiyaçları karşılamak için bireylerin ya da toplumun mal ve hizmetlere yönelik seçimlerini, bunların üretimini, dağıtımını ve tüketimini inceleyen ve tatmin düzeyini optimuma erişirme yollarını arayan bir bilim, (Tokalaş, 2008:10) olarak belirtilmektedir. Yapılan tanımların ortak yönü, kaynaklar sınırlıken isteklerin sınırsız olmasıdır. Kaynakların kıtlığı hem bireysel kararlarda hem de toplumsal kararlarda bir çok alternatif arasından seçim yapma zorunluluğunu

da beraberinde getirmektedir (Tatar, 2009). Bu durumda ekonomi bir tercihler bilimidir denebilir. Kaynakların kıtlığı ihtiyaçların sınırsızlığı ve tercih yapma zorunluluğu her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda da kendini göstermektedir.

Modern tıbbın olmadığı dönemlerde hastalara verilen sağlık hizmeti bir çeşit yardım ve hayır işi niteliğindedir. Tıbbın ilerlemesi ve verilen hizmetlerin çeşitliliğinin artması sağlık hizmetlerinin önemini artırmıştır. Zamanla sağlığın ve sağlıklı bir topluma sahip olmanın önemi herkes tarafından kabul görmüş, mevcut sağlık çıktısını daha yukarıya taşımak için insanlar kaynak arayışına girmiştir. Kaynakların etkin kullanılması gerektiği düşüncesi hakim olmaya başladıkça da sağlığın sosyal olduğu kadar ekonomik bir olay olduğu görüşü ağırlık kazanmaya başlamıştır (Akın, 2007:11-12). Sağlık hizmetlerinde ihtiyaçların en iyi şekilde karşılanabilmesi için mevcut kaynakların sınırlı olması, sağlıkla ilişkilendirilebilecek konuların (hastane hizmetleri, özel sağlık hizmetleri, hastalıklar ve hastalıkların maliyetleri gibi) ekonomik olarak incelenmesini zorunlu kılmıştır (Tokalaş, 2006:14). Böylece sağlık hizmetleri ve ekonomi arasındaki ilişki sağlık ekonomisi olarak adlandırılan bir alt bilimi oluşturmuştur.

Sağlık ekonomisinin konusu öncelikle sağlık hizmetlerinin ekonomik analizi, bir başka deyişle sağlık hizmetleri sektörünün ekonomik analizidir (Şenatalar, 2003:25). Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin bir alt disiplini ve sağlık hizmetlerindeki kıt kaynaklarla uğraşır. Bu kaynakların kısıtlı olması temel çıkış noktasını oluşturur ve bu kaynaklardan en büyük sağlık çıktısını elde etmek üzere neler yapılacağı bu çalışma alanının temel sorusu olarak ortaya çıkar (Sur, 2011:7). Sağlık ekonomisini Mills ve Gilson (1988:2), ekonomi biliminin teori, kavram ve tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması biçiminde ifade etmektedir. Başka bir tanımda ise iktisadi olarak sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en ekonomik şekilde kullanılarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi şekilde paylaşmaktır (Deloitte, 2008:2). Çelik ise (2011:50) sağlık ekonomisini kısaca; kıt kaynakların sağlık sektörü içerisinde nasıl tahsis edildiğini inceleyen bir bilim, olarak tanımlamaktadır.

Tanımlardan görüldüğü gibi sağlık ekonomisi genel ekonominin sahip olduğu tekniklerin sağlık sektörüne uygulanmasıyla oluşan uygulamalı bir alt disiplin olarak ortaya çıkmıştır. Sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak gelişmesindeki en önemli sebeplerden birisi, sağlık sektörünün her toplumda kaynaklar üzerindeki baskının artması ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kaynakların göz ardı edilemeyecek bir bölümünün bu sektörde kullanılmasıdır. Sağlık harcamalarındaki hızlı ve sürekli artış her toplumun önemli bir problemi olmuştur. Bu nedenle kaynakların kullanım alanlarının önceliklendirilmesi ve bu kaynakların kullanım şekillerinin ve sonuçlarının analiz edilmesi önem kazanmıştır (Tatar, 2009). Bu durumda da sağlık alanı, ekonomi ve ekonomistler için geniş bir uygulama alanı olmuştur.

### 3. SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAPSAMI

Sağlık ekonomisi önceki bölümde kısaca, ekonomi biliminin temel kurallarının sağlık sektörüne uygulanması olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla

burada, hem teorik hem de uygulamalı bir bilim olan sağlık ekonomisinin genel ekonomi biliminin bir alt disiplini olarak geliştiğini söyleyebiliriz. Ancak birçok alanda olduğu gibi sağlık ekonomisinin de çalışma alanını kesin çizgilerle belirlemek zordur. Çünkü sağlık ekonomisi, hem sağlık hizmetlerini hem de ekonomik faaliyetleri bir noktada buluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri, vücudun aksayan yönlerini onarmak, korumak ve geliştirmek amacıyla çalışırken; bu faaliyetleri gerçekleştirmek için gerekli kaynakları ekonomi sağlamaktadır.

Sağlık ekonomisi; sağlık alanındaki yasal düzenlemeler, birey ve toplum sağlığını ilgilendiren düzenlemelerin iktisadi sonuçları, sağlık politikalarının oluşturulması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin kullanımının sağlanması, sunulan hizmette yaygınlığın ve sürekliliğin oluşturulması, hizmet alanların elde ettiği faydaların artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı, arz ve talebinin; yönetim, organizasyon ve insan gücü boyutuyla yeniden yapılandırılması (Çalışkan, 2008:32 ; Çoban, 2009:6) ve geliştirilmesi faaliyetlerinin tamamını içine almaktadır. Kısaca sağlık ekonomisi sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

Sağlık hizmetleri içerisinde arz ve talep önemli yer tutmaktadır. Sağlık hizmetleri arzı, sağlık ekonomisinin üretim yönünü oluştururken, sağlığa ayrılan kaynaklar, üretim maliyetleri, alternatif üretim teknikleri, piyasanın yapısı, kar amacı gütmeyen faaliyet gösteren sağlık kurumlarının varlığı, sağlık hizmetlerinin finansman biçimi vb etkenler (Dağlı, 2006:15) sağlık hizmetlerinin arz yönündeki temel unsurları oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri talebi ise sağlık ekonomisinin tüketim tarafını oluşturmaktadır. Bireylerin gelir düzeyi, sağlık hizmetlerine yönelik bakış ve davranış biçimi, sağlık hizmetleri talebini etkileyen piyasa şartları vb etkenler ise sağlık hizmetleri talebini belirleyen unsurlardır. Doğrudan sağlık hizmetlerinin arz ve talebi dışında kalan çevre koşulları, tüketim beslenme alışkanlıkları, mesleki hastalık riskleri, sağlığı kötü etkileyen maddelerin kullanılması da (alkollü içecekler, sigara ve uyuşturucu maddelerin alınması) dolaylı olarak sağlık ekonomisinin ilgi alanına girmektedir.

Sağlık ekonomisinin kesin sınırlarını belirlemek zor olmakla birlikte, Culyer ve Williams'ın oluşturduğu ancak, Williams (1987) tarafından geliştirilen sağlık ekonomisinin yapısı, temel unsurları ve bunlar arasındaki ilişkiyi gösteren akım tablosu konuyu genel anlamda değerlendirmeye yardımcı olacaktır. Culyer ve Newhouse (2000:4) tablodaki ilişkiyi açıklarken sağlık ekonomisinin kapsamına ilişkin ayrıntılı analiz ortaya koymuştur. Şemada yer alan her kutunun içeriği ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Ancak, geliştirilen bu şema sağlık ekonomisinin kapsamını ayrıntılı biçimde ortaya koymaktadır.

Şemada A kutusunda, sağlık ve sağlığın değeri nedir? Sorusunun cevabı aranmaktadır. Sağlık birçok unsurdan dolayı ya da dolaysız şekilde etkilenmektedir. Sağlık nedir, sağlığın değeri ve sağlığın faydasının ölçümü yapılabilir mi, sağlık hangi unsurları içerir, nitelikleri nelerdir, sağlık durumu göstergeleri nelerdir, yaşamın değeri nedir gibi konular incelenmeye çalışılır. Bu konuda yapılan uzun çalışmalar sonunda çeşitli ölçme ve değerlendirme yöntemleri geliştirilmiştir.

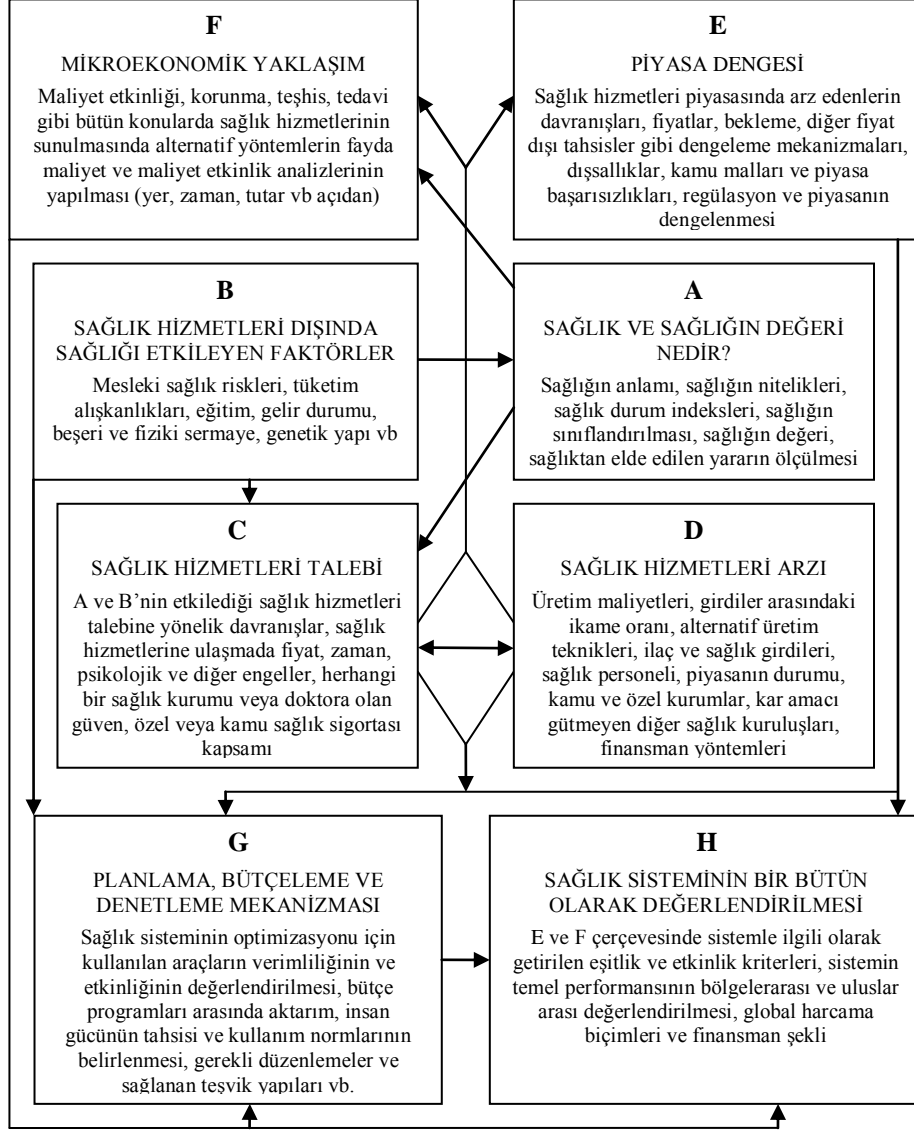
B Kutusu, sağlığı sağlık hizmetleri dışında etkileyen faktörleri ele almaktadır. Çalışma şartlarından kaynaklanan riskler, bireylerin genetik yapısı, gelir düzeyi ve dağılımı, eğitim, beslenme ve barınma koşulları, yaşam biçimi,

toplumdaki zararlı alışkanlıkların düzeyi (alkollü içecekler, sigara, uyuşturucu madde kullanımı) gibi toplumun sahip olduğu ancak sağlık hizmetleri dışında kalan faktörler sağlığı etkilemektedir. Ayrıca fiziki ve beşeri sermaye faktörleri de birey ve toplum sağlığı üzerinde etkili olabilecek faktörlerdir.

C Kutusu sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen faktörleri incelemektedir. Toplum oluşturulan bireylerin sağlıklı yaşama isteği doğrudan veya dolaylı olarak sağlık hizmeti talep etmelerine neden olacaktır. Dolayısıyla bu kutuda bir anlamda sağlık ekonomisinin talep yönü ele alınmaktadır. Sağlık hizmetleri talebi tüketim yönü ile ele alındığında A ve B kutularının etkilediği sağlık hizmetleri talebine yönelik davranışlar, sağlık hizmetlerine ulaşmada ortaya çıkan; fiyat, zaman, psikolojik ve yasal faktörler, organizasyonların yapısı, özel ve kamu sağlık sigortası, sağlık kurumu veya doktora olan güven gibi faktörlerin etkileri incelenmektedir.



**Şekil:1 Sağlık Ekonomisi Kapsamının Şematik Olarak Gösterimi**



Kaynak: Culyer ve Newhouse, 2000:4

D Kutusu, sağlık hizmetleri talebinin karşılığı olarak sağlık hizmetleri arzını incelemektedir. Burada sağlık ekonomisinin üretim yönü ele alınmakta, sağlık hizmetleri üretimi ve üretim faaliyetleri ile ilgili faktörler incelenmektedir. Üretim fonksiyonları, maliyet fonksiyonları, üretim teknikleri, girdiler ve girdiler arası ikame oranları, sağlık işgücü piyasası, sağlık hizmetleri piyasası, sağlık hizmeti üretimi yapan kamu ve özel sağlık kuruluşlarının dağılımı ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri bu kutuda açıklanmaktadır.

E Kutusu, sağlık hizmetleri piyasasında oluşan denge fiyatlarının nasıl oluştuğunu incelemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda denge fiyatlarının oluşumuna etki eden; sağlık hizmetlerini sunanların davranışı, sunulan hizmetin fiyatı, zaman maliyetleri, bekleme süreleri, fiyat dışı tahsisler, piyasayı dengeleme mekanizmalarının sağlık hizmetlerine olan etkisi, dışsallıklar, kamu malları ve piyasa başarısızlıkları sağlık hizmetleri piyasası içerisinde incelenen faktörlerdir.

F Kutusu, bu kutu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların miktarı ve dağılımını ele almaktadır. Sağlık hizmetleri sisteminin değerlendirilmesi ve optimizasyonun nasıl sağlanacağı, bunun için en uygun kararı vererek maksimum faydanın nasıl elde edileceği konuları üzerinde durulmaktadır. Çeşitli yöntemler kullanılarak (maliyet-fiyat, maliyet-etkinlik, maliyet-minimizasyon) uygun; yer, zaman ve miktarı belirleyerek kıt olan kaynaklardan maksimum fayda sağlanması ve verimliliğin artırılması amaçlanmaktadır.

G Kutusu, sağlık hizmetlerinin planlanması, bütçenin oluşturulması ve denetim mekanizmasını ele almaktadır. Sağlık sisteminin performansı sadece sağlık ıktıları ile ölçülmemektedir. Sağlık sisteminin optimizasyonu için yapılan planlama, bütçeleme ve denetleme faaliyetleri de büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili plan ve bütçenin hazırlanması, kullanılan araçların verimliliğinin ve etkinliğinin değerlendirilmesi, çalışma koşulları ve bununla ilgili düzenlemelerin yapılması, sağlık insan gücü tahsisinin yapılması, kullanılan normların belirlenmesi ve uygulanması bu kutuda incelenmektedir.

H Kutusu, sağlık sistemini bir bütün olarak ele almakta ve değerlendirmektedir. E ve F kutularının ortaya koyduğu sınırlar çerçevesinde eşitlik ve etkinlik kriterlerinin uygulanması, sistemin ulusal ve uluslar arası bazda karşılaştırılarak avantaj ve dezavantajlarının ortaya konması, uygulanan finansman biçimleri ve aralarındaki ilişki incelenmekte, bir bütün olarak sağlık sisteminin amaçlarına göre performansının değerlendirilmesi yapılmaktadır.

#### 4. SAĞLIK EKONOMİSİNİN GELİŞİMİ

Sağlık ve sağlık hizmetleri pek çok ülkede hem ekonomik hem de sosyal yönü olan bir sorun alanı olarak özellikle son yıllarda oldukça fazla tartışılmaktadır. Özellikle sağlık sektörünün büyüklüğu ve diğer ekonomik sektörlerle arasındaki ilişkiler göz önünde bulundurulduğunda ekonomi bilimi içinde sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak gelişimi şaşırtıcı değerildir (elik, 2011:50). Sağlık hizmetleri konusunun çok yakın bir geçmişe kadar ekonomistlerin ilgi alanının dışında kalmasının en önemli nedenlerinden birisinin tıp biliminin ve sağlık hizmetleri sunan kurumların gelişimi ile ilgili olduğu söylenebilir (Alpugan, 1984:134). Ayrıca sağlık hizmetlerinin 20. yüzyılın ikinci yarısına kadar sosyal yönünün de ağır basmasıyla daha çok hayır kurumları ve vakıflar tarafından bedava olarak yerine getirilmesi ve sağlık işletmelerinde genel ekonomi kurallarının uygulanamayacağı inancının olması sağlık ekonomisinin gelişimini geciktirmiştir.

İkinci dünya savaşından sonra sağlık hizmetleri alanına ayrılan kaynakların miktarı ekonomistlerin dikkatini çekmiş ve sağlık harcamaları konusunda araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Sağlık ekonomisinin bir bilim dalı olarak bu günkü gelişimi son 30-40 yılın ürünüdür denebilir. Bununla beraber sağlık

ekonomisinin gelişiminin ilk basamağı, ikinci dünya savaşından sonra 1950'lerde ABD'de tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak okutulmaya başlanması olarak kabul edilmektedir. Sonraki dönemlerde sosyal refah devletinin gelişimi ile paralel olarak eğitim, savunma, ulaşım ve enerji ekonomilerinde olduğu gibi Avrupa kıtasında da sağlık ekonomisi ele alınmaya başlamıştır. Önce İngiltere daha sonra diğer Avrupa ülkelerinde yaygın olarak ele alınmıştır (Mutlu ve Işık, 2012:25). İngiltere'de sağlık ekonomisi 1950'lerden sonraki dönemde, Martin Feldstein'in İngiltere'yi ziyaretinde gündeme gelmiş olmakla birlikte, bu alanda ilk gelişmeler 1962 yılından sonra kaydedilmiştir (Dağlı, 2006:17). Bu zamana kadarki çalışmalar ise ekonomiden ayrı olarak sadece tıp bilimi içinde ele alınarak değerlendirilmiştir.

Aslında dünyada sağlık ekonomisi literatürü kapsamında değerlendirilebilecek ilk çalışmalar 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından kurulan Tıbbi Ekonomi Bürosu ile başlamaktadır. Bu büronun temel amacı tıp profesyonellerini ekonomik açıdan ilgilendiren konular üzerinde çalışmak olarak belirlenmiştir (Tatar, 2009). Gerçekte ise sağlık ekonomisinin gelişmeye başlaması, birçok yazarın da kabul ettiği gibi, Selma J. Mushkin'in 1958'de kaleme aldığı ve sağlık ekonomisinin alanının belirlenmeye ve tanımlanmaya çalışıldığı "Toward a Definition of Health Economics" (Mushkin, 1958) başlıklı makalesi ile başlamaktadır. Bu makalede Mushkin, hızla gelişen tıbbi teknolojiye ve bununla birlikte artan maliyet konusuna dikkat çekerek, sağlıkta piyasa ve fiyat gibi konulara değinmiş, sağlık ekonomisini ilk kez sistematik olarak ele almıştır. Mushkin 1962 yılında yazmış olduğu başka bir makalede ise ilk kez sağlığı bir yatırım olarak gören görüşleri ortaya atmıştır (Tatar, 2009). Ancak, sağlık ekonomisi açısından dönüm noktası, Kenneth J. Arrow tarafından 1963 yılında kaleme alınan ve genel olarak sağlık sektöründe serbest piyasa ekonomisi kurallarının neden işlemediğinin incelendiği, "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" (Arrow, 1963) başlıklı makale olarak kabul edilmektedir. Arrow makalesinde, insanların sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılmayacağını ve diğer ekonomik faaliyetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de piyasa mekanizmasının etkili olabileceğini incelemiş, oluşan piyasa aksaklıklarının ise piyasa dışı önlemler ile düzenlenebileceğini belirtmiştir (Svedoff, 2004: 139). Arrow'un bu makalesi sağlık ekonomisi alanında yazılan en geniş çalışmalardan biri olarak kabul edilmektedir.

Arrow'un bu çalışmasından sonra 1980'li yıllara kadar ekonominin kavram ve tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması konusu yoğun bir şekilde tartışılmış, çok sayıda yayın yapılmış ve sağlık ekonomisinin teorik çerçevesi şekillenmiştir (Tatar, 2009). 1969 yılında ABD New Orleans'ta toplanan ilk ve en geniş katılımlı yapılan Sağlık Ekonomisi Konferansı bu alandaki çalışmaların gelişmesine önemli katılımlarda bulunmuştur. Bu konferansta, ilk olarak sağlık ekonomisinin ne olup olmadığı, insan hayatının değeri gibi sağlık ekonomisinin temelini oluşturan konular ağırlıklı olarak tartışılmıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 33). Sağlık ekonomisiyle ilgili ilk uluslararası konferans ise 1973'te düzenlenmiştir (Karabulut, 1998: 28). 1972 yılında Grossman, sağlık ekonomisinin en önemli yapıtlarından birisi olarak kabul edilen "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health"i (Grossman, 1972) yayınlamıştır.

Bu günkü modern anlamda sağlık ekonomisi yaklaşımının temeli 1970'li yıllarda ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönemde bir yandan sağlık hizmetlerinin maliyetleri, diğer yandan hizmetlerin sunumundan elde edilen çıktılar, ayrı ayrı ele alınarak objektif değerlendirmeler yapılmaya başlanmıştır (Mutlu ve Işık, 2012: 35). 1980'li yıllarla birlikte sağlığın ölçülmesi alanında yeni tekniklerin geliştirilmesi ile birlikte sağlık ekonomisi kapsamında yeni araştırma ve yayınların sayısında büyük artış olmuştur. Bununla birlikte sağlık ekonomisi alanında yaşanan gelişmeler politik söylemlerden çıkıp artık ekonomik alanda uygulamaya geçmeye başlamıştır.

1960'lardan günümüze sağlık ekonomistleri tarafından yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, fiyat ve gelir değişikliklerine karşı talebin esnekliği, mikro ekonomik teori kapsamında hastane ve doktorların davranışlarının incelenmesi ve maliyet içerikli çalışmalar olmuştur (Mutlu ve Işık, 2012: 38). Sağlık alanına ekonomik analiz ve tekniklerin uygulanması, sağlık ve sağlık bakımının kendine özgü özelliklerinden dolayı güçlükler doğurmuştur. Çünkü sağlık herhangi bir tüketici malıyla aynı süreç izlenerek üretilmez ve sağlık üretim sürecinin yapısını açık ve tam olarak belirlemek zordur. Dolayısıyla sağlıklı bir çıktı olarak belirtmek, ölçmek ve değerlendirmekte zordur (Karabulut, 1998: 28). Bunun yanında, günümüze sağlık hizmetlerinin üretilmesinde, sağlığın değerinin ölçülmesinde ve sağlık hizmeti çıktılarının değerlendirilmesinde, yeni teknik ve hızla gelişen yeni teknolojilerin çok yoğun bir şekilde kullanılmasıyla bu zorluklar en aza indirilmeye çalışılmaktadır.

Son olarak, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Haydar Sur, bir çalışmasında (Sur, 2011:6) sağlık hizmetlerinin gelişiminin üç ana döneme ayrılabilirliğini belirtmektedir. Bu dönemler; klinisyenlerin söz sahibi olduğu 1950'lere kadar olan klinisyenler dönemi, halk sağlığı uygulamalarının ve bürokratların öne çıktığı bürokratik 1950-1980 dönemi ve sağlık ekonomisinin gelişip sistemlere ağırlığını koyduğu 1980 sonrası endüstri dönemidir.

## 5. SAĞLIK EKONOMİSİNİN İŞLEYİŞİ

Toplumun ihtiyaçlarının nasıl karşılandığını gösteren sisteme ekonomik sistem denmektedir. Sağlık ekonomisi sistemi ise; sağlık arz ve talebinin sağlık piyasasında nasıl ve hangi şartlarda karşılandığını ve değişimin nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizmadır (Kılıç, 2008:17 ;Filiz, 2010:29). Burada, mevcut koşullarda sağlık hizmetlerine olan talebi, ihtiyacı karşılamak amacıyla piyasaya sürülmüş olan çeşitli sağlık hizmetleri üretimini, bu hizmetlerin fiyatlarının oluşumunu ve finansman biçimlerini sağlık ekonomisi sistemi belirlemektedir. Sağlık ekonomisinin işleyişini ise sağlık hizmetleri piyasasındaki arz ve talep belirlemektedir.

Sağlık hizmetleri piyasası yapı ve işleyiş yönünden diğer mal ve hizmetler piyasasından büyük oranda farklılık göstermektedir (Kılıç, 2008:17). Bu piyasada bireyin hastalanması durumunda tedavi amacıyla veya hastalıklara karşı korunma amacıyla, kendi isteği ve ihtiyacı doğrultusunda, bağımsız olarak mal ve hizmet satın alma özgürlüğü büyük oranda sınırlıdır. Birey, sağlık konusunda uzman olarak gördüğü hekimin kendisi adına, bilimsel veriler ışığında, alınması gereken sağlık hizmetlerinin çeşitlerini belirlemesini bekler.

Hekim ise, hastası için yararlı olacağını düşündüğü mal ve hizmetleri bilimin imkanları çerçevesinde belirler. Alınması gereken mal ve hizmetler belirlenirken kişinin geliri, hizmetin maliyeti ve fiyatı gibi ekonomik öğeler dikkate alınmaz. Amaç, bireyin ihtiyacı olan sağlık mal ve hizmetlerini optimum düzeyde sunmaktır. Konunun başında sağlık ekonomisi sisteminin, sağlık hizmetleri arz ve talebinin sağlık piyasasında nasıl ve hangi koşullarda karşılaştığını ve değişimin nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizma olduğu belirtilmişti. Şimdi ise sağlık ekonomisinin işleyişi sağlık hizmetleri piyasasının arz ve talep yönü ile incelenecektir.

### 5.1. Sağlık Ekonomisinde Arz

Arz, genel ekonomi deyimi olarak; satıcıların kendileri için uygun olan farklı fiyatlardan satmak istedikleri mal veya hizmetlerin miktarıdır. Arz teorisine göre, satılan mal veya hizmetin miktarı onun fiyatındaki artışla doğru orantılı olarak artma eğilimindedir. Bir mal veya hizmetin fiyatı ne kadar yüksekse o mal veya hizmeti satmak isteyen o kadar çok satıcı olacaktır.

Sağlık ekonomisi kapsamında mal veya hizmetler üretilirken birey veya toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi göz önünde bulundurulur. Sağlık mal veya hizmetlerinin arz edilmesi, ekonomide üretimi yapılan diğer mal veya hizmetlerin arzından bazı özellikleri nedeniyle farklı olarak ele alınmalıdır. Bu piyasada üretimi yapılan mal ve hizmetlerin arzının sınırlı olması, ulusal ve uluslar arası alanda monopollerin varlığı, fiyat ve patent konularında yasal sınırlamalar (Mutlu ve Işık, 2012:96) gibi özellikler bu farklardan bazılarıdır.

Sağlık hizmetleri piyasasında her şeyden önce sağlık hizmetleri arzını; tıp doktoru, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, laborant, sağlık teknisyeni, radyoloji teknisyeni gibi mesleği ile ilgili belirli eğitimi almış ehliyetli ve yetkili diğer yardımcı sağlık personellerinin sunması gerekmektedir. Bu meslek sahipleri arz ettikleri sağlık hizmetlerini herhangi bir sağlık kuruluşunda verdikleri gibi kendi evlerinde de verebilmektedirler (Karabulut, 1998:53). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin üretimi ve ya sunumu için mutlaka bir organizasyonu olan kuruma ve binaya gerek yoktur.

Genel ekonomide arzı etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri arzını etkileyen faktörler ise kısaca şöyle sıralanabilir; mal veya hizmetin fiyatı, sağlık işgücü, tıbbi teknoloji, yatırım durumu, kapasite kullanım oranı (Mutlu ve Işık, 2012:97-99 ; Çelik, 2011:77-78).

**Mal veya Hizmetin Fiyatı;** Diğer mal veya hizmetlerin üretiminde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin üretiminde de fiyat önemli rol oynamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin üretimi söz konusu olduğu zaman fiyat, üretilmek istenen sağlık hizmetinin miktarını her zaman düşürür ve ya yükseltir demek doğru değildir. Sağlık hizmetinin aciliyeti, pozitif dışsallık durumu, nerede ve kim tarafından verildiği gibi bazı özellikler üretilen hizmetin fiyatı üzerinde farklı etkiler meydana getirecektir (Çelik, 2011:77). Örneğin, fiyatı yükselen bir sağlık hizmetinin sunumu kar amacıyla faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşları tarafından artırılabilir. Aynı şekilde fiyatı yüksek olan ameliyatların yapılması yönünde bir eğilim oluşabilir.

**Sağlık İş Gücü;** Sağlık hizmetleri sektörünün en önemli özelliklerinden birisi emek yoğun olmasıdır. Aynı zamanda sağlık hizmetini sunan personelin mesleği ile ilgili eğitim almış nitelikli personel olması gerekmektedir. Sağlık

hizmeti sunacak personelin yetişmesi uzun zaman almakta, uzmanlaşma seviyesinin artması ise bu zamanı daha da uzatmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunacak personelin uzun bir zamanda yetişmesi sunulan hizmetin fiyatını yükseltmektedir. Ancak fiyatlar yükselmiş olsa bile üretilmek istenen hizmeti kısa sürede artırmak mümkün değildir.

**Tıbbi Teknoloji;** Günümüzde teknoloji diğer mal ve hizmetlerinin üretiminde olduğu kadar sağlık hizmetleri üretiminde yoğun olarak kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde teknolojik gelişmenin sağlanması ve kullanılması, tıbbi bilginin artırılması ve yaygınlaştırılması, tedavi imkanlarının artmasını ve daha kısa sürede iyileşmeyi mümkün kılacaktır (Mutlu ve Işık, 2012:99). Teşhis ve tedavide teknolojik olarak gelişmiş cihaz ve ekipmanların kullanılması, hastalığın erken teşhisini sağlayabilir. Yeni geliştirilmiş daha etkili ilaçlarla hastalık ilerlemeden tedavi edilebilir veya yayılması önenebilir. Aynı zamanda teknolojik gelişme maliyetleri düşürebilir ve tedavide etkinliği sağlayabilir.

**Yatırım Durumu;** Sağlık hizmetleri sektörü çoğu zaman pahalı yatırımları gerektirir. Yeni bina yapımı, ileri teknoloji içeren cihazların alınması, personelin sürekli eğitimi gibi etkenler yatırımdan kaynaklanan giderleri artırmaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinin fiyatını yükseltmekte ve arzını etkilemektedir.

**Kapasite Kullanım Oranı;** Sağlık hizmetlerinin miktarının artırılması kısa sürede mümkün değildir. Ancak kapasite kullanım oranları artırılarak sunulan hizmet bir miktar artırılabilir. Buda çalışma sürelerinin artırılması, yeni işgücü kiralanması vb şekilde olabilir. Ancak kısa vade de istenen düzeye çıkarmak mümkün değildir.

## 5.2. Sağlık Ekonomisinde Talep

İktisat literatüründe satın alma gücü ile desteklenen isteğe talep denmektedir. Bir isteğin talep olarak nitelendirilebilmesi için o isteğin satın alma gücü ile desteklenmesi gerekir (Mutlu ve Işık, 2012:69). Talebi etkileyen pek çok unsur vardır. Bunların başında talep edilen mal veya hizmetin fiyatı gelmektedir. Talep kanununa göre bir mal veya hizmetin fiyatı arttıkça talebi düşer, fiyatı düştükçe o mal veya hizmete olan talep artar. Tüketicinin gelir düzeyi de bir mal veya hizmetin talebinde önemli unsurlardan biridir.

Talep teorisi temelde bir mal veya hizmeti kaç kişinin talep edeceği ile ilgilenir. Kişilerin taleplerini etkileyen temel unsurlar kısaca şu şekilde sıralanabilir (Uz, 1997:133 ; Mutlu ve Işık, 2012:71):

- Mal veya hizmetin fiyatı,
- Tüketicinin parasal geliri,
- Tamamlayıcı mal veya hizmetlerin fiyatı,
- Tüketicilerin zevk ve tercihleri,
- Tüketicilerin fiyat ve gelir düzeyine ilişkin beklentileri,
- Alıcıların sayısı.

Talep kavramı sağlık hizmetleri piyasasında diğer piyasalardan farklı değerlendirilmek zorundadır. Çünkü satın alma gücü olmayan ancak belirli tür sağlık hizmetine ihtiyacı olan bazı kimselerin bu ihtiyacı sadece kendilerini değil diğer toplum üyelerini de yakından ilgilendirmektedir (Çelik, 2011:119).

Bu kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti karşılanmadığı takdirde, hastalıklarının toplumun diğer bireylerine de rahatlıkla bulaştırabilirler.

Genel olarak sağlık hizmeti talebi, kişinin belirli bir sağlık sorunu ile karşılaştığında sağlık kurumlarından yararlanabilme imkanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin sağlık mal veya hizmetine olan talebi, sadece tedaviye yönelik olmayıp bilgi ve destek amaçlıda olabilir (Mills ve Gilson, 1988:44). Ayrıca bireyler sağlık hizmetlerini, ihtiyaçlarına göre faydalarını maksimum yapmak için talep ederler (Cambell vd., 2000:1612). Birey sağlık problemini hissedebilir ve bunun için sağlık hizmeti talebinde bulunabilir. Ancak, bu sorun mutlaka hastalık belirtisi demek değildir. Bazen de kişi hasta olduğunun farkında bile olmayabilir. Örneğin; diyabet ve hipertansiyon hastalarında olduğu gibi. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde talebin oluşması diğer alanlarda olduğundan farklıdır.

Sağlık hizmetlerine olan talebin değişkenleri hasta ve doktorlar tarafından belirlenmektedir. Talep hasta tarafından başlatılmakta, doktorlar, belirli kalitedeki tedaviyi sağlamak için çeşitli girdileri kullanarak bu talebe cevap vermeye çalışmaktadırlar (Yaylalı vd., 2012:565). Doktorların buradaki rolü hastalar için talep düzeyi konusunda yol gösterici ve aynı zamanda sağlık hizmetleri talebini arz eden konumunda olmalarıdır (Mutlu ve Işık, 2012: 80). Dolayısıyla sağlık hizmetleri talebi türetilmiş talep niteliğindedir. Hekim hem hizmet talebini belirlemekte hem de hizmet arzını gerçekleştirmektedir.

Sağlık hizmetlerine olan talepte fiyatın zayıf etkisine karşın gelirin etkisi fazladır. Bireyin sağlık hizmetlerine olan talepleri genellikle gelirlerindeki artışla birlikte artış göstermektedir (Nyman, 1999:812). Bu etki daha çok hizmet karşılığı ödemenin bireyler tarafından cepten yapıldığı durumlarda kendini göstermektedir. Bunun yanında talep edilen sağlık hizmetinin bedelinin devlet tarafından veya özel sigortalar tarafından karşılanması durumunda da sağlık hizmetleri talebi artmaktadır.

Ayrıca, bireyin sağlık hizmetleri talebi fiyat ve gelir etkenleri dışında; yaş, cinsiyet, eğitim, vb. kişisel nitelikler (Çoban, 2009: 54) başta olmak üzere, tercihler, finansman yöntemi, sağlık kurumlarının fiziki imkanları, sağlık personelinin tutum ve davranışları (Yaylalı, 2012:565) gibi bir çok faktörden etkilenmektedir. Ancak bazı durumlarda hiçbir faktör sağlık hizmeti talebini etkilememektedir. Örneğin; trafik kazası geçirmiş ve hayati tehlikesi olan bir birey acil sağlık hizmeti almak zorundadır. O an hizmetin maliyeti, fiyatı veya diğer etkenler göz önünde bulundurulmaz. Kişi acil sağlık hizmetinin fiyatı ne olursa olsun bu hizmeti almak isteyecektir. Bunun yanında, bazı sağlık hizmetlerinin ikamesi de mümkün değildir. Fiyatı yüksek diye bireyin ihtiyacı olan kalp ameliyatı yerine fiyatı daha düşük olan apandisit ameliyatı yapılamaz. Çünkü bireyin rahatsızlığı kalple ilgilidir ve apandisit ameliyatı ile kalp ameliyatı ikame edemez. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin fiyatı çok yüksek veya çok düşük olsa bile (hizmet sunulan mekan dışında) başka bir hizmetle ikamesi yoktur.

### 5.3. Sağlık Ekonomisinde Piyasa Dengesi

Ekonomiden bahsedildiği zaman insanların aklına ilk gelen terimler genellikle; arz, talep, fiyat ve Pazar olmaktadır. Ekonomi ve sağlık sistemleri de dahil hemen hemen bütün sistemlerde bu unsurların önemli rol oynadıkları bir

gerçekdir (Çelik, 2011: 131). Ekonomik sistem, toplumları oluşturan bireylerin birbirlerinden çok farklı ve çeşitli ihtiyaçları olduğunu ve bu ihtiyaçların karşılanmasının önemli olduğunu kabul eder. Ancak, bireylerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak kaynakların doğada sınırlı olmasından dolayı tüm bu istekleri karşılamak imkansızdır. Ayrıca, ekonomik sistem toplumun sınırsız ihtiyaçlarının sınırlı kaynaklarla nasıl karşılandığını veya karşılanması gerektiğini gösterir.

Sağlık sistemi piyasası da genel ekonomik sistem içerisinde hızla gelişen bir piyasadır. Genel olarak sağlık sistemi piyasasında, bir toplumun sağlık hizmetleri üretimi, tüketimi ve dağıtımını konusunda ilgili tercihlerin yapılarak kararların alındığı, örgütsel düzenleme ve süreçlerin olduğu durumlar yaşanmaktadır. Görüldüğü gibi sağlık sistemi piyasasında da genel ekonomi piyasasında olduğu gibi üretim, tüketim ve dağıtım önemli yere sahiptir. Ekonomistler, pazarı, alıcı ve satıcıları bir araya getiren herhangi bir organizasyon şekli olarak tarif etmektedir (Çelik, 2011: 135). Pazarda belirli bir malın fiyatı, ancak o malı satın almak isteyenlerle satmak isteyenlerin karşı karşıya gelmeleri ile oluşur. Yani arz ve talep piyasada karşılaştığı zaman, arz edilen miktarla talep edilen miktarı birbirine eşitleyen fiyat piyasa fiyatıdır. Aynı zamanda bu fiyat, alıcı ve satıcıların değişime razı oldukları noktayı göstermektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık arz ve talebi karşı karşıya gelmektedir. Sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar anlamına gelmektedir (Kılıç, 2008: 22). Sağlık hizmetleri piyasasının sağlık hizmetlerini arz edenler ve bunları talep edenlerden (Birey, kurum veya kuruluşlar) oluştuğu söylenebilir. Bu piyasada değişime konu olan şey, bireylerin farklı türden sağlık sorunlarını ortadan kaldırarak fayda sağlayacak olan sağlık hizmetleridir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin büyük bölümü alınıp satılabildiğine göre, bu piyasada arz-talep mekanizması işletilebilir. Yani sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılması olanaklıdır. Ancak sağlık hizmetleri, piyasada alınıp satılabilen diğer mal ve hizmetlere benzemez. Kendine has bazı özellikleri vardır ve bundan dolayı bu piyasada arz ve talep geleneksel anlamda birbirini etkilemez ve piyasa şartları oluşmaz. Dolayısıyla Sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılması çeşitli sorunların yaşanmasına sebep olacak ve eksik rekabet şartları oluşacaktır. Piyasa başarısızlığı olarak adlandırılan bu durumun en önemli nedenleri aşağıdaki gibi açıklanabilir;

**Satıcıların azlığı:** Sağlık hizmetleri piyasasında üretimde yer alan unsurlar diğer piyasalarla kıyaslandığında sayısal olarak yetersiz kalmaktadır. Buda piyasanın daha fazla ekipman, yatak ve personelle donanımlı olan sağlık kuruluşlarının finanse edilmesinde yetersiz kalmasına neden olabilir (Mutlu ve Işık, 2012:59). Sağlık piyasasında bir arz olmakla birlikte talep kendiliğinden oluşmaz. Arz yetersizliği piyasadaki hizmetlerin fiyatlarının çok yüksek düzeylere çıkmasına sebep olabilir. Bu durumda düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması güçleşir.

**Arz ve talep arasındaki dengesizlik:** Sağlık piyasalarında arz ve talep arasındaki dengesizlik talep veya arzın genişlemesiyle ortaya çıkan bir durumdur. Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi standart olmaması, üreticiler ve tüketiciler arasında bir bilgi dengesizliğinin olması, sağlık piyasaları içerisinde faaliyet gösteren kişi ve kurumların kendi aralarında anlaşabilmeleri ve ortak hareket etmelerinden



dolayı arz ve talep arasında bir dengesizlik oluşmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:62). Sağlık hizmetlerini sunan kişi ve kurumların örgütlü davranışlarına karşın, sağlık hizmetleri talebindeki düzensizlikten dolayı tüketicilerin piyasada talep yönünden bir baskı oluşturmaları mümkün olmamaktadır.

**Tüketicilerin piyasa hakkında tam bilgiye sahip olmamaları:** Tam rekabet piyasalarında üreticiler, tüketiciler ve faktör sahiplerinin piyasa hakkında tam bilgiye sahip oldukları varsayılır. Piyasada gizli bir bilginin varlığı durumunda sistem etkin olarak işlemez. Sağlık hizmetleri piyasasında ise tüketiciler piyasa hakkında tam bilgiye sahip değildirler ve tedavi ile ilgili tüm kararları hekime bırakmak zorundadırlar. Hekim ve hasta arasındaki ilişkide hastanın ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması için hekim ve hastanın karşılaşması gerekmektedir. Hekim, hastanın ihtiyaçlarını en iyi bilen ve onu en iyi anlayan kişidir. Hasta, yeterli bilgiye sahip olmadığından dolayı kendisi hakkında verilecek kararları hekime bırakmak zorunda kalmakta ve piyasa verimli çalışmamaktadır.

**Sağlık hizmeti sunucularının aralarında monopol oluşturmaları:** Uzmanlık gerektiren durumlarda piyasada doktor arzının yetersizliğinden dolayı bireyler sınırlı sayıdaki doktorun sunduğu hizmetlerden yararlanırlar. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin arzında bir doğal monopol durumu ortaya çıkar (Yaylalı, 2012:564). Ayrıca sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumlarında kendi aralarında oluşturdıkları birlik ve dayanışma piyasadaki monopolleşmeyi tetiklemektedir. Piyasada tekelleşmenin oluşması kalite ve fiyat açısından rekabeti ortadan kaldıracak ve piyasaya yeni firmaların girmesini engelleyecektir. Bu durumda piyasa dengesizliği ve devletin piyasaya müdahalesi kaçınılmaz olacaktır.

**Sağlık piyasasına girişte bazı kısıtlamaların varlığı:** Sağlık piyasalarına girişte en önemli engel lisans ve diploma zorunluluğunun olmasıdır. Bu aynı zamanda düşük kaliteli sağlık hizmetinin tüketiciye sunumuna da engel olmaktadır. Her ne kadar piyasaya girişte bir engelmis gibi görünse de sağlık hizmeti piyasasında hizmet arz edenlerin resmi bir sertifika sisteminden geçmeleri gerekmektedir. Aynı şekilde yeni bir ilaç ve yeni tıbbi araçlarda piyasaya girmeden önce sıkı bir denetimle karşı karşıyadırlar (Yaylalı vd, 2012:564). Mesleki yeterlilikle ilgili belirsizlikleri azaltmak, yeni imkan ve hizmetlerin kurulmasını kontrol etmek, ilaçların ve eczanelerin ruhsatlandırılması, mesleki yeterliğin aranması gibi bir takım kısıtlamalar sağlık hizmetleri piyasasına serbest bir şekilde giriş çıkışı engellemektedir (Yıldırım, 1999:133). Ayrıca piyasaya girişte var olan sınırlamalardan bir diğeri de hastanelerde doktorların çalışabileceği şeklindeki sınırlamadır (Mutlu ve Işık, 2012:61). Sonuçta doktorların veya diğer sağlık personellerinin görevlerini yerine getirebilmeleri ve sağlık kurumlarının faaliyetlerini sürdürebilmeleri için lisans, diploma veya yeterlik belgelerine göre hizmet verilip verilmediğinin denetlenmesi piyasaya girişte önemli olmaktadır.

**Sağlık hizmetlerinde homojenliğin sağlanamaması:** Her bireyin vücut yapısı ve hastalıklara karşı olan direnci farklılık arz edebilir. Aynı hastalık farklı bünyelerde farklı şekillerde seyredebilir. Sağlık hizmetini sunan hekimlerin bilgi, beceri, tecrübe ve uygulamalarından kaynaklanan farklılıklardan dolayı da sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamaz. Böylece piyasada sunulan hizmetlerin homojen olmamasından kaynaklı olarak tüketicilerin piyasa hakkında eksik bilgiye sahip olması, piyasa başarısızlığını doğuran bir başka sebep olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sosyal bir mal olma, satıcılar arasında anlaşma olması, sağlık hizmeti ihtiyacının belirsizliği, devlet müdahalesinin gerekliliği, sağlık sigortasının etkisi, kar amacı gütmeyen kuruluşların piyasada faaliyet göstermesi ve sağlık hizmetleri piyasasının diğer özellikleri, sağlık hizmetleri piyasasında piyasa başarısızlığını artıran diğer etmenlerdir.

Sağlık piyasalarının bahsedilen bu özelliklerinden dolayı arz ve talep arasında çoğu zaman dengesizlik ortaya çıkar. Dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasalarının diğer piyasalardan farklı olarak ele alınıp değerlendirilmesi gerekmektedir.

## 6. SAĞLIK EKONOMİSİNİN FİNANSMANI

Birey ve toplum hayatında önemli bir yeri olan sağlık ve sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar giderek artmaktadır. Ülkeler milli gelirlerinin, bireyler ise gelirlerinin önemli bir kısmını sağlık harcamaları için kullanmaktadırlar (Çelik, 2011:1741). Bunu sonucu olarak ta sağlık hizmetlerinin finansmanı sürekli gündemde olan konuların başında gelmektedir.

Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun bütün ilkelere sağlık hizmetlerinin yönetiminde en çok şikayet edilen konuların başında yetersiz finansman gelmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001:1). Bu sorunun ekonomik yansımaları ise ülkelere göre farklılık göstermektedir. Yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamaları artış hızı milli gelir artış hızını aşarken, düşük gelirli ülkelerde sağlık kaynakları açısından önemli yetersizlikler yaşanmaktadır (Tutar ve Kılınc, 2007:43). Dolayısıyla ülkeler gelişmişlik düzeyleri farklı olsa bile sağlığa ayırabilecekleri kaynakların kıtlığı ile karşı karşıyadırlar. Bununla birlikte son yıllarda dünya genelinde sağlık harcamalarında önemli artışların yaşandığı da gözlemlenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı geniş kapsamlı bir kavramdır. Genel olarak, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını (İstanbuluoğlu vd, 2010:86) içermekle birlikte temel amacı; sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları bulmak, toplumu ve bireyleri sağlık ihtiyaçlarının finansal yüküne karşı adil bir biçimde korumaktır (Bora Başaran ve Şahin, 2008:320). Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için; yeterli ve sürdürülebilir kaynak sağlamak, oluşturulan kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, finansmanda hakkaniyeti sağlamak ve kaynak oluşturulması sürecinde bireylerin yoksullaştırılmasını engellemek gerekmektedir (çelik, 2011:171). Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çabaları sağlık harcamalarını artırmaktadır. Sağlık hizmetleri sunan kurum ve kuruluşların giderlerinin

düzenli bir biçimde karşılanabilmesi için finansmanın hangi kaynaklardan nasıl karşılanacağı da önemli bir konudur (Orhaner, 2006:6). Gelişmiş zengin ülkelerin hükümetleri bile insanların kaliteli sağlık hizmeti için artan taleplerini karşılamak üzere yeterli fonun nasıl oluşturulacağı sorusunun cevabı üzerinde sürekli çabalamaktadır (İstanbuluoğlu vd, 2010:86).

Günümüzde bütün dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak üç ana mekanizma kullanılmaktadır. Bunlar; genel vergiler (Bütçeden/Beveridge modeli), Sağlık Sosyal sigortası (Pirimler yoluyla/Bismarck Modeli) ve Cepten yapılan harcamalar ya da Özel Sigortalardır (Çelik, 2011:175-176 ; Özer ve Şantaş, 2012:100).

- Kamu mali kaynaklı Beveridge modelinde sağlık giderleri bütünüyle devlet bütçesinden karşılanır. Hizmeti kullananlardan herhangi bir katkı payı alınmaz. Bu modelde devlet hizmeti sunan, finanse eden ve düzenleyen konumundadır.
- Prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta sistemi olarak bilinen Bismarck modelinde bireyler gelirlerinden belirli bir miktar prim öderler ve toplanan bu paralardan sağlık giderleri karşılanır. Devlet bu modelde sağlık politikasını belirleyen ve uygulayan konumundadır.
- Cepten ödeme olarak bilinen modelde ise bireyler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini kendi ceplerinden ödeyerek satın alırlar. Burada hizmetin fiyatı serbest piyasa koşulları içinde arz-talep doğrultusunda oluşur.

Farklı ülkelerde sayılan bu yöntemlerden sadece biri değil genellikle bu yöntemlerin bir karması kullanılmaktadır. Kimi ülkelerde tüm sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmakta, kimi ülkelerde ise devlet sigortasının sağlanmadığı durumda özel sigorta tamamlayıcı görev yapmaktadır. Dolayısıyla ülkeler sağlık finansman stratejilerini belirlerken bazı temel unsurları dikkate almak durumundadırlar. Bu unsurlar; sosyo-ekonomik gelişme düzeyi, mali kapasite, uygulanabilirlik, verimlilik, hakkaniyet, talep/kullanım ve tüketici davranışı ile arz/hizmet sunumu ve hizmet sunucusu davranışdır (Çelik, 2011:126).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki temelde kaynakların transferi olarak açıklanabilir. Bu transfer, hizmet sunucuların mal veya hizmet olarak sağlık hizmeti kaynaklarını bireylere transfer etmesi ve bireylerin veya üçüncü şahısların da finansal kaynakları hizmet sunuculara transfer etmesi ile gerçekleşir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:135). Sağlık hizmetini alan bireyler (birinci taraf) sağlık hizmeti sunucularına (ikinci taraf) doğrudan ödeme yapabilirler. Bu süreç transferin en basit şeklidir. Daha karmaşık olanı ise sağlık hizmeti sunucularına sağlık hizmetini alan bireyler yerine, üçüncü taraf olarak adlandırılan ve bireylere sağlık sigortası güvencesi veren özel veya kamu sağlık sigortası sunan kamu kurum ve kuruluşlarının ödeme yapmasıdır. Bu durum ise transferin en karmaşık şeklini oluştururken aynı zamanda da en büyük kısmını oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, farklı yollarla toplanan fonların farklı biçimlerde kullanımı ile sağlanır. Uygulanan finansman yöntemlerinde genel olarak bir fikir birliği olmamakla birlikte, bu yöntemleri özel ve kamusal finansman kaynakları biçiminde incelemekte fayda vardır. Bu ayırımı göre sınıflandırma şöyle yapılabilir (İstanbuluoğlu vd, 2010:90-91 : Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:136-137);

1. Özel Finansman Yöntemleri
  - Cepten Ödemeler
  - Özel Sağlık Sigortası
  - Tıbbi Tasarruf Hesapları
2. Kamusal Nitelikli Finansman Kaynakları
  - Sosyal Sağlık Sigortası
  - Vergilerle Finansman

## 6.1. Özel Finansman Yöntemleri

### 6.1.1. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan ödeyerek yaptıkları tüm harcamaları kapsamaktadır. Hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve informal ödeme olarak üç başlık altında incelenebilir (Çelik, 2011:194);

**Doğrudan Ödemeler:** Sosyal güvence kapsamı dışında kalan hizmetler veya uzun bekleme süreleri nedeni ile hizmete ulaşmanın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Çoğunlukla özel laboratuvarlar, özel klinikler, diş hekimleri gibi özel sektör hizmet sunucularına yapılmaktadır.

**Kullanıcı katkıları:** Bir sağlık güvencesi kapsamında olan bireylerin almış oldukları sağlık hizmeti bedelinin belirli bir miktarı için yapmış oldukları ödemelerdir. Kullanıcı katkıları çoğunlukla talebin düşmesi ile sonuçlanmaktadır.

**İnformel Ödemeler:** Sağlık güvencesi kapsamında olan kişiler tarafından yapılan yasal ödemenin dışında hizmet sunuculara yapılan yasal olmayan ödemelerdir. Bu tür ödemeler kayda geçmez ve birçok ülkede de kanun dışıdır. Hizmet sunucuları etkileme arzusu ile tedavi öncesi veya sonrası doktorlara sunulan para veya diğer hediyeler bu gruba girmektedir.

### 6.1.2. Özel Sağlık Sigortaları

Günümüzde sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sağlık sigortası giderek yaygınlaşmaktadır. Bir çok ülkede isteğe bağlı uygulanırken bazı ülkelerde (ABD, İsviçre) zorunlu, bazı ülkelerde ise (Almanya, Belçika, Hollanda) kamu sağlık güvencesi programları tarafından sağlanan imkanlardan kısmen veya tamamen kapsam dışı bırakılan bireyler için ikame edici olarak kullanılırlar (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:142-143).

Belirsizlik öngörülemezlik nedeniyle sağlık hizmeti için gereken harcamanın ne zaman ve ne kadar olacağı tam olarak bilinemez. Bu durumda gereken sağlık harcaması uzun yılların birikimini kısa sürede eritebilir (Çelik, 2011:180). Dolayısıyla öngörülemeyen sağlık harcamaları ile gelir kaybı ancak özel sağlık sigortası ile önlenir. Özel sağlık sigortası bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaştığı hastalık veya kaza sonucu yaralanma halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür (Çelik, 2011:187). Özel sağlık sigortasının amacı sigorta başlangıç tarihinden itibaren meydana gelebilecek riskleri teminat altına almak ve bireyin sigorta öncesi sahip olduğu sağlık

statüsüne kavuşturmadır. Sağlık sigortası, sigortalının yaş, cinsiyet, sağlık durumu, yaşam biçimi ve benzeri durumlarını değerlendirerek ödeyeceği pirim miktarını belirlemekte ve sigortanın kapsamını oluşturmaktadır. Genellikle düşük risk gruplarından düşük pirim, yüksek risk gruplarından ise yüksek pirim alınmaktadır. Özel sağlık sigortası kar amaçlı bir sistem olmasından dolayı çoğu zaman yüksek risk grubundaki kişileri dışlama eğilimi taşımaktadır.

### 6.1.3. Tıbbi Tasarruf Hesapları

Tıbbi tasarruf hesabı talep odaklı bir yaklaşımdır. Sağlık hizmetleri kullanımını azaltma, kaliteyi artırma ve kamu harcamalarını azaltma temel amaçları için kullanılır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:144-145). Diğer bir ifadeyle kişilerin sağlık hizmetleri harcamalarını kontrol ederek, gelecekteki sağlık harcamaları için tasarruf etmelerini sağlamak amacıyla oluşturulmuş hesaplardır. Sistem, bireyler ve firmaların gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı gönüllü veya zorunlu olarak kendilerine ait banka hesaplarına önceden para yatırmaları ve bu paraların yalnızca sağlık harcamaları amacıyla kullanılabilme esası üzerine kurulmuştur.

Bu yöntem 1984 yılında ilk kez kurulduğu Singapur dışında Güney Afrika, ABD, Çin ve Kanada gibi ülkeler tarafından da kullanılmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:145). Sistemin en önemli amacı bireylerin sağlık güvencesi kapsama alındıktan sonra ahlaki tehlike ile ortaya çıkan talep kaynaklı maliyet artışının önüne geçmektir.

## 6.2. Kamusal Nitelikli Finansman Kaynakları

### 6.2.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Bismarck yöntemi olarak ta bilinen sosyal sağlık sigortası yaklaşımı 1883 yılında gönüllülük yapısına sahip mevcut sigorta sisteminin devlet tarafından yürütülmesinin zorunlu hale getirildiği Almanya'da geliştirilmiştir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:140). Bu uygulamada fona üyelik zorunludur ve fonun finansmanı işçi ve işverenlerden alınan zorunlu katkılardan sağlanmaktadır.

Gelişen dünyada zaman içinde oldukça geniş uygulama alanı bulan modelde şirketler, çalışanlar, kendi adına çalışanlar ve devlet sosyal sağlık sigortası fonuna prim ödemek yoluyla katkıda bulunurlar. Şirketlerin ve çalışanların yaptıkları ödemeler genellikle çalışanın aldığı maaşın miktarıyla ilişkilidir. Kendi adına çalışanlar ise sabit bir fiyat üzerinden yada tahmin edilen gelir üzerinden prim öderler (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:140). Bu sistemde devlet düzenleyici rolünü üstlenir. Bazen de fakirlerin primlerine ve ya kronik hastalıklar gibi sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkıda bulunarak finansmana katkılar sağlar (Maxwell, 1988:1424). Ülkemizde T.C Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur sağlık sigortasını uygulayan sosyal güvenlik kuruluşlarına örnek verilebilir.

Sağlık sigortası, hastanın sağlık hizmeti ile karşılaştığı noktada sifıra yakın bir fiyatla hizmet almasını sağlamaktadır. Hizmeti talep eden kişinin hizmeti satın alma noktasında ödediği ücretin düşük olması hizmeti satın alma kararını etkileyen önemli bir faktördür (Yalçın ve Yıldırım, 2001:4). Ancak sigortalının sigortalandıktan sonra arz yada talep üzerindeki etkisi farklı olabilir. Bu durum ahlaki tehlike olarak adlandırılır. Ahlaki tehlike kendini farklı şekillerde

gösterebilir. Sigortalının sigortalandıktan sonra hastalanma sıklığı artabilir. Normalde ihtiyaç duyulmayan sağlık hizmetlerine ihtiyaç artabilir veya sigortalı kendi sağlığına ve yaşam biçimini olumsuz yönde etkileyecek davranışlar içine girebilir. Bunun yanında sağlık kuruluşları da sosyal sigortadan dolayı sigortalıdan tedavi sırasında gereksiz tetkik ve grafiler isteyerek talebi artırabilir.

Sosyal sağlık sigortası uygulaması günümüzde 60'tan fazla ülkede kullanılmaktadır. Özellikle OECD ülkeleri arasında yaygın olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde de kullanılmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:142). Sistem; dayanışma temelli olması, primlerin bireylerin gelirleriyle orantılı olması, hizmetten yararlanmanın ihtiyaca göre olması, düzenli ve istikrarlı bir finansman biçimi olması, özerk yönetim ve denetime izin vermesi, maliyetlerin düşük tutulması gibi bir dizi avantaja sahip olmasına karşılık; primlerin bordrolara yansıtılması, idari karmaşıklığın olması, maliyetlerin yüksekliği ve maliyet kontrol problemlerinin olması gibi dezavantajlara da sahiptir (Cichon ve Normand, 1994:324-326).

Günümüzde uygulanan sosyal sağlık sigortası yaklaşık 130 yıllık geçmişe sahiptir. Tarihi süreç içerisinde çeşitli evrelerden geçmiş ancak temelde özünü muhafaza etmiştir. Ülkelerin sosyal, ekonomik, ideolojik ve kurumsal yapılarından kaynaklanan farklılıklardan dolayı da teknik özellik ve işleyiş bakımından farklı ülkelerde farklı uygulama biçimleri oluşmuştur. Bu sistemin temel özelliklerini ise kısaca aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:140-142 : İstanbulluoğlu vd, 2010:92);

- Üyelik zorunludur.
- İşverenler ve çalışanlar pirim öderler.
- İlk uygulamada işçi ve işveren pirim öderken zamanla devlette finansmana katılmıştır.
- Tespit edilen pirimler genellikle işçi ve işveren arasında paylaştırılmaktadır.
- Ödenecek pirimler sigortalının maaşı ile orantılıdır ve alacağı sağlık hizmetini etkilemez.
- Genel vergilerin de finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır.
- İşsiz bireyler için yapılan katkılar genellikle hastalık fonları ile finanse edilmektedir.
- Üyelere sağlık kurumlarını seçme özgürlüğü vardır ve böylece sağlık sunucuları arasında rekabet sağlanmaya çalışılır.
- Sosyal sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kar amacı güderken bazılarında tek amaç yeterli finansmanı sağlamaktır.

### 6.2.2. Vergilerle Finansman

Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir (Orhaner, 2006:7). Vergilerle finanse edilen sistemler, sağlık harcamaların çoğunluğunun vergi ödemeleri ile karşılandığı veya vergilerle finanse edilen kısmın diğer bileşenlerden büyük olduğu sistemlerdir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:137).

Beveridge modeli olarak ta bilinen vergilerle finansman biçimi günümüz sağlık hizmeti sisteminde yaygın olarak başvurulan bir finansman biçimidir. Model, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini devletin genel vergi

gelirlerinden finanse ederek tüm vatandaşlara eşit bir şekilde sunan yapıya sahiptir (Cichon ve Normand, 1994:324). Bu yöntemde toplanan kamu gelirlerinden belli bir oran genel veya yerel bütçe kanalı ile sağlık sektörüne ayrılmaktadır. Kamu gelirleri bir havuzda toplandığı için diğer sektörlerin sağlık sektörü üzerinde baskısı söz konusudur (Çelik, 2011:176). Bu konuda politik baskıların fazla olmasına rağmen günümüzde genel vergi gelirleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en temel kaynaklardan birisidir. Dünya Sağlık Örgütüne üye 191 ülkeden 106'sında (Çelik, 2011:176) sağlık harcamaları bu yolla finanse edilmektedir.

Vergilerle finansman sisteminde bütün nüfus kapsanır. Hizmetlerden yararlanma yasal olarak belirlenmiş katkı payları hariç ücretlidir. Kimlerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanacağı bireylerin mali katkısına bakılmaksızın vatandaşlık veya diğer hukuk kuralları ile tanımlanır. Vergilerle finansman, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi hangi hizmete, ne zaman ihtiyaç duyarsa alır görüşüne dayanır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:137). Toplum oluşturulan tüm bireyler, gelir vergisi, tüketim vergisi, sermaye vergisi gibi zorunlu katkılar ile devlet bütçesine katkı sağlarlar. Devlet de bu gelirler ile sağlık hizmeti sunumunu ve geri ödemesini sağlar.

Vergilerle finansmanda vergi kaynakları dolaylı ve dolaysız vergiler diye ikiye ayrılır. Dolaylı vergiler, gelire ilişkisi olmayan, tüketilen mal ve hizmetler üzerinden alınan vergilerdir. Genellikle tüketilen mal ve ya hizmetin belirli bir yüzdesi olarak belirlenir. Dolaysız vergiler ise bireylerin elde ettikleri gelir düzeyine göre doğrudan alınan vergilerdir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:138). Bu vergileme sistemi ile geniş bir vergileme sistemi oluşturulur ve tüm vatandaşların devletin bütçesine katkısı sağlanmış olur.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılan diğer sistemlerde olduğu gibi bu sisteminde bazı avantaj ve dezavantajları vardır. Bunlar genel olarak şöyle sıralanabilir (Çelik, 2011:177-181 :Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:138);

- Geniş bir nüfusun yaptığı katkıların bir havuzda toplanarak sağlık risklerinin etkili bir şekilde finansmanının sağlanması,
- Vergilerin tabana yayılması ile sağlık statüsüne bakılmaksızın tüm vatandaşların bütçeye katkılarının sağlanması,
- Ödemelerin zorunlu olmasından dolayı fon kaynaklarında devamlılığın olması ve fon sıkıntısının yaşanmaması,
- Sağlık statüsüne bakılmaksızın tüm vatandaşların sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanması ve bir kısıtlamanın olmaması,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı için fon toplamak amacıyla ayrı bir kuruma gerek olmaması,
- Mal ve hizmet üretenler ile tüketenler arasında finansman konusunda yüz yüze bir ilişki olmaması dolayısıyla tüketicilerin hizmet üretenlere baskısı en aza inmiştir.

Sistemin sayılan bu avantajları yanında en büyük dezavantajı, bütçeden hizmetlerin finansmanı için ayrılacak fonun diğer sektörlerin baskısına ve politik baskılara maruz kalmasıdır. Bunun sonucunda da sisteme aktarılacak fonun azaltılarak yetersiz kaynak ayrılması riskinin ortaya çıkmasıdır.

## GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Toplumu oluşturan bireylerin daha kaliteli ve sağlıklı yaşama isteği sağlık hizmetlerine olan talebi artırırken, istenildiği zaman, gereken nitelikte ve nicelikte bulunabilmesi, finanse ediliş biçimi, tüm toplumlarda bireyleri ve hükümetleri değişik ölçülerde ilgilendiren bir konudur. Bireylerin ve toplumun hastalıklardan korunması, var olan hastalıkların teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin temel amacını oluşturmaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfına giren sağlık hizmetleri genel olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sunulmaktadır.

Zamanla sağlığın ve sağlıklı bir topluma sahip olmanın önemi herkes tarafından kabul görmüş, mevcut sağlık çıktısını daha yukarılara taşımak için insanlar kaynak arayışına girmiştir. Kaynakların etkin kullanılması gerektiği düşüncesi hakim olmaya başladıkça da sağlığın sosyal olduğu kadar ekonomik bir olay olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır. Sağlık hizmetlerinde ihtiyaçların en iyi şekilde karşılanabilmesi için mevcut kaynakların sınırlı olması, sağlıkla ilişkilendirilebilecek konuların ekonomik olarak incelenmesini zorunlu kılmıştır. Bunun sonucunda genel ekonominin sahip olduğu kavram, teknik ve yöntemlerin sağlık sektörüne uygulanması ile bir alt disiplin olarak sağlık ekonomisi ortaya çıkmıştır. Sağlık ekonomisi; sağlık alanındaki yasal düzenlemeler, birey ve toplum sağlığını ilgilendiren düzenlemelerin ekonomik sonuçları, sağlık politikalarının oluşturulması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin kullanımının sağlanması, sunulan hizmette yaygınlığın ve sürekliliğin oluşturulması, hizmet alanlarının elde ettiği faydaların artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı, arz ve talebinin; yönetim, organizasyon ve insan gücü boyutuyla yeniden yapılandırılması ve geliştirilmesi faaliyetlerinin tamamını içine almaktadır. Sağlık sektörünün büyüklüğü ve diğer ekonomik sektörlerle ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda ekonomi bilimi içinde sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak gelişimi şaşırtıcı değildir. Sağlık ekonomisinin bir bilim dalı olarak bu günkü gelişimi son 30-40 yılın ürünüdür.

Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun bütün ilkelere sağlık hizmetlerinin yönetiminde en çok şikayet edilen konuların başında yetersiz finansman gelmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamaları artış hızı milli gelir artış hızını aşarken, düşük gelirli ülkelerde sağlık kaynakları açısından önemli yetersizlikler yaşanmaktadır. Günümüzde bütün dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak; giderlerin bütünüyle bütçeden karşılandığı sistem, prime dayalı sosyal sigorta sistemi, özel sağlık sigortası ve bireylerin hizmetin karşılığını kendi ceplerinden ödediği sistemler uygulanmaktadır. Uygulanan sistemler hangisi olursa olsun sağlık harcamaları arttıkça etkinliğin artırılması ve savurganlığın önlenmesi gerekmektedir. Bu da sağlık ekonomisinin önemini artırmakta ve gelecek yıllarda sağlık ekonomisi biliminden daha fazla yararlanacağını göstermektedir. Sağlık ekonomisinden etkin bir şekilde yararlanmanın temel koşulu, iyi bir veri tabanına sahip olmak ve bu verilerin ilgilenecek tüm tarafların kullanımına açık olmasını sağlamaktır.



## KAYNAKÇA

- AKIN, C.S. (2007), Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
- ALPUGAN, O. (1984), Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açından İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası (Ord. Prof. Şükrü Baban’a Armağan), Cilt: 40, Sayı: 1-4, 133-160
- ALTAY, A., (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açıklamalar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, Sayı:64, Ocak-Mart, ss:33-58
- ANDARGİE, G., (2008), Introduction to Health Economics, Lectures Notes, For All Health Science Students, EPTHI, Ethiopia Public Health Training Initiative, University of Gonder, September.
- ARROW, K. J., (1963), Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, Volüm:53, Number 5, pp:941-973.
- BORA BAŞARA, B. ve ŞAHİN, İ., (2008), Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler, H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:26, Sayı:2, ss:319-340
- CAMPBELL, S.M., ROLAND, M. O. and BUETOW, S. A. (2000), Defining Quality of Care, Social Science & Medicine, 51:1611-1625.
- CİÇON, M. ve NORMAND, C., (1994), Between Beveridge and Bismarck-options for health financing in central and eastern Europa, World Health Forum, volume:15, pp:323-328.
- CULYER, A.J. and NEWHAUSE, J.P. (2000), Introduction: The State and Scope of Health Economics, Editörler: Anthony J. Culyer And Joseph P. Newhouse, Handbook Of Health Economics, Volüm: 1A, Elsevier Science B.V., Amsterdam, The Netherlands.
- ÇALIŞKAN, Z. (2008), Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım, H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 26, Sayı:2, ss:29-50
- ÇELİK, Y., (2011), Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, Ağustos, Ankara
- ÇOBAN, H. (2009), Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- DAĞLI, G. H., (2006), Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı, T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Ekonomisi (Maliye) Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- DELOİTTE, (2008), Türkiye ve Dünyada Sağlık Ekonomisi, Eylül, [www.deloitte.com](http://www.deloitte.com).
- FİLİZ, Y. (2010), Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Finansman Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- GROSSMAN, M., (1972), On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, National Bureau Of Economic Research, Journal of Political Economics, Vol:80 (2), pp:223-255
- HAYRAN, O. (1997), Hastane Yöneticiliği, Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur, Nobel Tıp Kitabevleri.

- ILLICH, I., (1995), Sağlıkın Gaspı, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, Aktaran; Karabulut, K. (1998), "Türkiye'de Sağlık Sektörü" (Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora tezi.
- İSTANBULLUOĞLU, H., GÜLEÇ, M. ve UĞUR, R., (2010), Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, Dirim Tıp Gazetesi, Yıl:85, Sayı:2, ss:86-99
- JAKAB, Z., (2011), Presentation: Designing the road to better health and well-being in Europe, at the 14th European Health Forum Gastein, 7 October, Bad Hofgastein, Austria.
- KARABULUT, K. (1998), Türkiye'de Sağlık Sektörü (Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora tezi
- KILIÇ, E., (2008), Türkiye'de Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Seçilmiş AB Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Bir Analiz, T. C. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Niğde.
- MAXWELL, R. J., (1988), Financing health care: lessons from abroad, British Medical Journal, Volume:296, May 21, pp: 1423-1426.
- MILLS, A. and GILSON, L., (1988), Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit, HEFP Working Paper 01/88, LSHTM, Also Published as EPL Publication No:17
- MUSHKIN, S. J., (1958), Toward a Definition of Health Economics, Public Health Reports, Volüm:73, No:9, pp:785-794, September
- MUSHKIN, S. J., (1962), Health as an Investment, Journal of Political Economy, Volüm:70, No:5, pp:129-157, October
- MUTLU, A. ve IŞIK, K., (2012), Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ekim, Bursa.
- NYMAN, J. A., (1999), The Economics of Moral Hazard Revisited, Journal of Health Economics, 18:811- 824.
- ORHANER, E., (2006), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1, ss:1-19
- ÖZER, M., vd, (2008), İktisada Giriş, (Editör; İlyas ŞIKLAR), T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No:1472, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:785, 7. Baskı, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, Kasım
- ÖZER, Ö. ve ŞANTAŞ, F., (2012), Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:2, Nisan, ss:96-103
- RESMİ GAZETE, (1961), 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G Sayısı: 10705, R.G. Tarihi: 12.01.1961
- SAVEDOFF, W.D.,(2004), Kenneth Arrow and The Birth of Health Economics, Public Health Classics, Bulletin of The World Health Organization, 82 (2), pp:139-140, February
- SOMUNCUOĞLU, S. vd, (2012), Sağlık Kurumları Yönetimi-I, (Editör) Mehtap TATAR, Anadolu Üniversitesi, TC Anadolu Üniversitesi Yayını No:2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1599.
- TUTAR, F. ve KILINÇ, N., (2007), Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayasesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt:IX, Sayı:1, ss:31-34

- SUR, H. (2011), Sağlık ve Sağlık ekonomisi, Çerçeve, 3 aylık Ekonomi ve Düşünce Dergisi, Yıl:9, Sayı:55, ss:6-10, Şubat
- ŞENATALAR, B. (2003), Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25/4 Sayı, Özel Eki.
- TATAR, M. (2009), Teorik Çerçevesiyle Sağlık ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme, Sayı:1 <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed> E.T:01.01.2013
- TOKALAŞ, S. (2006), Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- UĞURLUOĞLU, E. ve ÖZGEN, H., (2008), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hakkaniyet, Hacettepe Sağlık İdaresi dergisi, Cilt:11, Sayı:2, ss:133-159
- UZ, M. H., (1997), Sağlık Ekonomisi Ve Hastanedeki Uygulamaları, Hastane Yöneticiliği, Editörler: Osman HAYRAN ve Haydar SUR, Nobel Kitabevleri.
- ÜNSAL, E.M., (2010), Mikro İktisat, Gözden Geçirilmiş 8. Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara
- WILLIAMS, A., (1987), Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science?, Editör: A . Williams, Health Economics, London, MacMilan, 1-11
- WITTER, S., (2002), Health Financing in Developing And Transitional Countries, Briefing Paper For Oxtan GB, The University of York, International Programme, Centre For Health Economics, York, 22 January, pp:56
- YAYLALI, M., Kaynak, S. ve Karaca, Z. (2012), Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma, Ege Akademik Bakış, Cilt:12, Sayı:4, Ekim, ss:563-573
- YILDIRIM, H.H. (1999), Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları, Amme İdaresi dergisi, Cilt:32, Sayı:1, Mart, ss:123-134

