

KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK SİSTEMLERİ

Bölüm Bir

KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK SİSTEMLERİ YAKLAŞIMI

Kısım İki

SAĞLIK SEKTÖRLERİNİN GENEL SİSTEM VE MALİ YAPILARI

A. ERDAL

SARGUTIAN

SAĞLIK SEKTÖRLERİNİN GENEL SİSTEM VE MALİ YAPILARI

I. SAĞLIK SİSTEMLERİNİN GÖVDESİ: SAĞLIK SEKTÖRÜ

I.1. Sağlık Sektörü Kavramı

“Sağlık Sektörü” sağlığa dolaylı, doğrudan veya asıl etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek / arz etmek ve talep etmek / tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında kurulmuş sistem ve alt sistemler ile, bunların içerdiği kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirlemek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır.

I.2. Sağlık Sektörünün Alanları

Sağlık sektörü kapsamında mal ve hizmet arz ve talep **sistemleri**, bunlara bağlı **alt sistemler** ile, değiştirilmesi hiç olmazsa kısa vadede mümkün olmayan bağlayıcı şartlar / belirleyiciler / **statüler** yer almaktadır.

Sağlık sektörünün bu yapıdaki kapsamı, merkezden çevreye doğru genişledikçe yoğunluğu azalan hizmet / etki alanları (halkaları) şeklinde, ürünlerinin insan sağlığına etki / katkı dereceleri esas alınarak şöyle belirlenebilir:

A. Sağlığa Uzak / Dolaylı Etkili Hizmet Alanları

Gelir ve refah dağılımı, işsizlik–tam istihdam, turizm, gençlik, ulaştırma, hukuk, standardizasyon, eğitim sistemi, kültür seviyesi, haberleşme, demografik özellikler, bilimsel ve teknolojik gelişmeler, milletler arası ilişkiler, tarım, ormancılık, enerji, insani ve ekonomik kaynaklar, sanayi yapısı, mesleki eğitim, çalışma hayatı, tüketici örgütleri, kamu idaresi ve benzeri gibi, başka sektör ve alanlarda yer almakla birlikte sağlık sektörü ile de örtüşen ve asıl sağlık hizmetlerine uzak / dolaylı hizmet etkileri / katkıları olan mal ve hizmetlerin, üretim / arz ve talep / tüketim sistem, alt sistem ve statülerinin görüldüğü, en dıştaki, geniş kapsamlı alandır.

B. Sağlığa Yakın / Doğrudan Etkili Hizmet Alanları

Aile yapısı, coğrafya, sosyal / antropolojik yapı, beden eğitimi ve spor, sosyal politikalar, eğitim ve istihdam, sağlık politikaları, sosyal güvenlik, epidemiyolojik yapı, çevreye yönelik temel koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındaki içme suyu sebekesi, kanalizasyon, belediye hizmetleri türündeki bir kısım hizmetler, veterinerlik ve bitki sağlığı hizmetleri, sağlık insangücü, biyomedikal teknoloji, ilaç ve sağlık donatımları (araç, gereç, cihaz, ortez, protez vb.) üretimi ve benzerleri gibi, çoğunlukla başka sektör ve alanlarda yer almakla birlikte, asıl sağlık hizmetleri alanı ile büyük ölçüde kesişerek ona yakın / doğrudan ve güçlü hizmet etkisi / katkısı olan mal ve hizmetlerin, üretim / arz ve tüketim / talep sistem, alt sistem ve statüleri kapsayan, orta halkayı oluşturan alandır.

C. Asıl Sağlık Hizmetleri Alanı

Sağlıklı insanlar, hastalar ve sağlık personeli gibi kişiler ile; hastahane, eczahane, sağlık ocağı, laboratuvar, muayenehane, Sağlık Bakanlığı, SSK, belediyeler, özel sektör ve benzeri kurum ve kuruluşlarca verilen bağışıklama, tanı ve tedavi, halkın sağlık eğitimi, ilk yardım, evde bakım, eczacılık, AÇS-AT hizmetleri ve diğer benzeri konular gibi kişiye yönelik koruyucu-geliştirici, birinci kademe tedavi ve yataklı tedavi türü yataklı ve yataksız sağlık hizmetlerinin yer aldığı, kısaca **sağlık hizmeti** olarak adlandırılan **Asıl Sağlık Hizmetlerinin** üretim / arz ve tüketim / talep sistem, alt sistem ve belirleyici statülerin ve hizmetlerin oluşturduğu, merkezdeki alandır. Bu alan kendisini kuşatan diğer iki alandan / halkadan kuvvetle etkilenir (89:6).

1.3. Sağlık Sektörünün Ve Sağlık Hizmetlerinin Amacı, Hedefleri, Nitelikleri

Sağlık kavramı yaygın olarak “insanın hastalık ve sakatlığının olmaması yanında beden, ruh ve sosyal bakımdan tam iyilik halinde bulunması” olarak tanımlanmaktadır.

Bu kavramın ve tanımın Türkçe tam karşılığı: “**sağhat, esenlik**” veya ilintili olarak “sağaltma, sağaltım” kelimeleri olmakla beraber, “**ölü olmamak**” anlamındaki “**sağ**” kökünden türetilen “sağlık” ve benzeri sözcükler, yanlış da olsa, tam bir yaygınlıkla kullanılmaktadır.

Sağlık sektörünü oluşturduğunu varsaydığımız iç içe üç alandan / halkadan, “sağlık” elde etmeyi ve korumayı amaçlayan en içteki Asıl Sağlık Hizmetleri alanı ile, ortadaki Yakın / Doğrudan Etkili hizmet alanında verilen hizmetler “sağlık hizmetleri” olarak adlandırılmaktadır.

Ancak, bu kullanım her zaman doğru anlamı ve kapsamı vermediğinden, “sağlık hizmetleri” kavramı, daha doğru olan aşağıdaki kapsamda kullanılmalıdır:

Sağlık Hizmeti kavramı, **sağlık sektörünün merkezinde yer alan Asıl Sağlık Hizmetleri** nin daha kısa olan bir başka **söyleniş biçimidir**

Günümüzde sağlık hizmetleri, “sağlık” çıktısını / ürününü / hizmetini / sonucunu oluşturan tüm kişi, kuruluş, ürün ve hizmetlerin **tedbir, tarama, teşhis, tedavi, tedavi sonrası** gibi ortak sağlık hizmeti üretimleri görünümündedir.

Sağlık Hizmetleri Sistemi ve daha kısa söylenişyle **Sağlık Sistemi** kavramları, sağlık hizmetleri arz ve talebinin oluşumunu ve bunun gerçekleştiği düzenleri / süreçleri / yapıları / sistemi tanımlarlar.

Sağlık sektörü ve **sağlık hizmetleri** ile, sektör içinde asıl ve büyük yeri oluşturup onun varolmasına yol açan hedef faaliyetlerin yer aldığı **asıl sağlık hizmetleri** arz ve talep unsurlarının ortak **amacı: Kişilerin sağlıklı olmasını sağlamak** ve bunu koruyup geliştirmek yoluyla **toplumu sağlıklı kılmaktır**.

Bu amaç çevreye, topluma ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin arzını ve talebini kapsar ve bu yolla ulaşılabilecek **son hedef sağlıklı dünyayı oluşturmaktır**.

Sağlık hizmetlerinin amacının gerçekleşmesi için:

- Toplumun tüm fertlerine, ihtiyaçları olan bütün sağlık hizmetlerini
 - Yaşamın sağlık yönünden kalitesinin ve süresinin artırılması esas alınarak, eşitlik ve hakkaniyet içinde, insanların ihtiyaç ve beklentilerine uygun, ucuz, kaliteli, ulaşılabilir, yararlanılabilir, yeterli, kaliteli, verimli, etkili, bilimsel yönetim ilkeleri ile yönetilen, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşam gereklileriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı, birey-aile ve toplumu bilgilendirip bilinçlendiren, toplum sağlığının elde edilmesi, korunması ve geliştirilerek sürdürülmesini sağlayan bir "şekilde",
 - Coğrafi, sosyal, maddi ve diğer imkan ve unsurlarla mümkün olduğunca sınırlanmayan ve iyi çalışan "yapılar" içinde verilmesi,
- Fert ve topluma sağlıklı yaşam bilgisi, şuuru, istek ve davranışının kazandırılması,
- Kişisel, toplumsal ve çevresel sağlıklı ortamlar sağlanması

hedeflenmektedir.

Bu amaç ve hedeflere yönelmiş iyi bir sağlık sektörünün ürünü olan **sağlık hizmetlerinin nitelikleri:**

- Fertlerin, toplumun ve son hedefte dünyanın sağlıklı olması için çalışan,
 - Çekirdeğinde "Asıl Sağlık Hizmetleri" denilen ve doğrudan fertlere verilen sağlık hizmetlerinin bulunduğu,
 - Hizmetleri ve ürünleri arasında, kurumları ve kesimleri arasında, arz ve talep sistemleri arasında, ilgili sektörler arasında "bütünlük" niteliği bulunması gereken
 - Kendi dışında kalan tüm sektörleri, üretim alanlarını, ekonomik ve sosyal gücü de kuvvetle ve doğrudan etkileyen,
 - Toplumun güçlü, gelişmiş, müreffeh, kaynaşmış ve istikrarlı olmasında, birlik ve bütünlüğünü kurulmasında ana unsurlardan birini oluşturan,
 - Sosyal ve hizmet yönü ağır basan,
 - Çok yönlü ve karmaşık,
 - Teknik ve teknolojik nitelikleri ağırlık kazanan ve gittikçe daha pahalı teknik ve teknolojiler kullanmaya yönelen,
 - Sürekli ve süratli olarak değişip gelişen,
 - Kamu malı ve hizmeti olma niteliğine sahip
- olarak belirtilebilir (89:3,4,13-20; 91:1; 92:2).

Sağlık sisteminin işlevsel ve duygusal hedefleri 5D başlığıyla şöyle sıralanmaktadır (62:4):

- Ölüm (Death),
- Hastalık (Disease),
- Sakatlık (Disability),
- Rahatsızlık (Discomfort),
- Doyumsuzluk (Dissatisfaction).

Bu olumsuzluklara karşı kullanılan 6 silah da şöyle sıralanmaktadır:

- Koruma (önlem),
- Tanı,
- Tedavi,
- Rehabilitasyon,
- İzlem (gözlem),
- Halkın Sağlık Eğitimi.

Sağlık sisteminin görevini istenilen kalite ve biçimde yerine getirebilmesi için gereken ön şartlar:

- Yasal Düzenlemeler / Yönlendirmeler,
- Ekonomik Destek / Finansman,
- Personel / Hizmet Sunumu,
- Bilgi, Teknik, Teknoloji ve benzerlerinden oluşan Yardımcı Unsurlar

Sunumu

olarak sayılmaktadır.

I.4. Sağlık Sektörlerinin Ve Sağlık Sistemlerinin Yapıları

Sağlık Sektörü en genel çerçevesiyle onu oluşturan sistem ve alt sistemlerin yapılarını, ürünlerin üretim ve tüketim düzenlerini ele alan **Sistem Yapısı** ile, bu üretim ve tüketimin maliye (finans) yapısını ele alan **Mali Yapı** olarak iki boyutta incelenebilir.

Sağlık Hizmetleri Sistemleri (Sağlık Sistemleri) ve **Sağlık Hizmetleri** de, bu ikili yapıdaki incelenme biçimi içinde, Sektörün en ağırlıklı, en önemli ve asıl faaliyetlerin yürütüldüğü bölümü olarak sağlık mal / hizmet ürünleri, bunların üretim / arz ve talep / tüketim düzenlerini ele alan Sistem Yapısı boyutu ile, bu sistemlerin üretim ve tüketim safhalarındaki maliye (finans) yapısını ele alan Mali Yapı boyutlarında incelenmiş olmaktadır.

Bu ikili incelemelerin sebebi, sağlık sistemlerinin ürünleri benzer olsa da, bunların arz ve talep düzenleri ile mali yapılarının pek çok farklı karışımında oluşabilmeleridir.

Sistem Yapısı boyutu sağlık mal ve hizmeti ürünlerinin arz ve talep düzenlerinin yapısı, bunlarla ilgili ulaşılabilirlik, kullanılabilirlik, ihtiyaca uygunluk, etkililik, yeterlilik, süreklilik, eşitlik, adillik, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin ağırlığı, bebek ve anne ölümleri, en çok öldüren ve sakat bırakan hastalıklar, beklenecek ortalama ömür, sağlık personelinin dağılımı ve personel başına nüfus sayısı gibi ölçüt ve göstergelerle değerlendirilir.

Mali Yapı boyutunun temel ölçüt ve göstergelerini toplam harcama, toplam harcamanın kamu bütçesi ve Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'ya oranı, ekonomiklik, verimlilik, kişi başına sağlık harcaması, mali kaynakların nitelik ve niceliği, hizmetleri satın alma gücü, kamu ve özel sektörler ile kişisel / hane halkı harcamalarının büyüklükleri, hastalıkların sağlık sistemindeki mali yükleri ve toplam ekonomiyi etkileri gibi unsurlar oluşturmaktadır (89:3).

I.5. Sağlık Hizmetlerinin Dört Temel Unsuru

Sağlık sektörlerinin ve sistemlerinin varlık sebebi olan sağlık hizmetleri, gerek üretim / arz ve gerekse talep / tüketim aşamasında, aşağıdaki dört temel unsura ihtiyaç gösterir.

A. Sağlık İnsangücü

Başta tabip olmak üzere, sağlık hizmetleri üretiminde asli unsur olan yeterli nicelik ve nitelikte sağlık insangücüne ihtiyaç vardır. Sağlık sektörünün vazgeçilmeyen dört temel hizmet üretim unsurundan "olmazsa olmaz" özellikte olanı, sağlık insangücü ve en başta da tabiptir. Bu sebeple, çağdaş batı tıbbi anlayışı söz konusu olduğunda, çok genel bir söyleyişle, "tabip yoksa sağlık hizmeti de yoktur" denilebilir.

B. Yardımcı Unsurlar

Sağlık insangücünün sağlık hizmeti üretmesi için gerekli olan bilgi, alt yapı, fiziki alan, enerji, ilaç, donatım (makine, teçhizat, cihaz, araç, malzeme), donanım, diğer ihtiyaç maddeleri, personel giderleri, mali kaynak ve benzerleri gibi, her türlü kuruluş, işletme, üretim, pazarlama, sunum ve talep / tüketim faaliyetleri ile ilgili olarak gerekli olan yeterli yardımcı unsurların varlığına ihtiyaç duyulmaktadır.

C. Arz Ve Talep Düzenleri

Sağlık insangücünün, yardımcı unsurları kullanarak sağlık ürünlerini üretip arz edeceği ve ihtiyacı olanların da talep edip tüketeceği yeterli arz ve talep düzenleri (mekanizmaları) ayrı ayrı oluşturulmalıdır.

D. Yönetim Yapıları

Sağlık hizmetlerinin amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek üzere

- sağlık hizmetlerinin amaçlarına en uygun sağlık hizmeti ürünlerini
- kaynakları en etkili ve verimli kullanacak ve geliştirecek biçimde,
- tıp biliminin gereklerine uygun şekilde,
- ihtiyaçlar ve amaçlar için en elverişli tarzda,
- yeterli nicelik ve niteliklere sahip olarak,
- yönetim yetersizlikleri ve görev ihmalleri olmayan sistemler içinde,
- sağlık idaresi bilim alanının kurallarına göre
- üretip arz etmek ve / veya talep edip tüketmek amacıyla

sağlık hizmeti arz ve talep düzenlerini kuracak ve çalıştıracak, işletecek, yönetecek profesyonel sağlık yöneticilerinin görev yaptığı

- Üst Kademe Sağlık İdaresi,
- Birincil / Primer Sağlık Hizmetleri İdaresi,
- İkincil / Sekonder ve Üçüncül / Tersiyer (İkinci Basamak, yataklı, tedavi) Sağlık Kurumları İdaresi

yönetim yapılarına gerek duyulmaktadır (89:5; 91:2).

1.6. Kişi Sağlığını Ve Ülke Sağlık Sisteminin Yapı Ve İşleyişini Etkileyen Başlıca Unsurlar

Kişilerin sağlıkları, kendilerini çevreleyen sosyal ve fiziksel unsurlardan ve kendi kişisel özelliklerinden etkilenirken, aldıkları hizmetler de sağlık örgütünün ve sağlık insangücünün özelliklerinden doğrudan etkilenmektedir.

Ülkelerin sağlık sistemleri de, ülke insanların bu özellikleri yanında, yine sosyal ve fiziksel unsurlar ile, örgütsel ve mesleki unsurların etkisiyle şekillenmekte ve çalışmaktadırlar.

Bu alanda ülkelere ve araştırmacılara göre farklılıklar görülmekle birlikte, genel ve kapsamlı bir gruplandırma şöyle yapılabilir (89:13,14; 92:6).

A. Sağlık Hizmeti Alanlarla İlgili Unsurlar (Kişisel Unsurlar)

- Kişinin genetik ve biyolojik özellikleri
- Kişinin fizyolojik yapısı
- Kişinin cinsiyeti
- Kişinin yaşı
- Kişinin yaşam biçimi
- Kişinin mesleği
- Kişinin içinde bulunduğu fiziki çevre
- Kişinin sosyal ve kültürel seviyesi
- Kişinin ekonomik durumu
- Kişinin bağışıklık durumu
- Kişinin geçirdiği önceki hastalıklar ve sakatlıklar
- Kişinin genel ve sağlık eğitimi seviyeleri
- Kişinin sağlık konularına verdiği değer ve beklentiler
- Kişinin sağlık sistemine duyduğu güven
- Kişinin örnek aldığı ve etkilendiği davranış ve insan kalıpları
- Kişinin kendi sağlığına verdiği önem **(2. önemli belirleyici unsur/ determinant)**
- Kişinin sağlık güvenliği kapsamında olup olmadığı

B. Sosyal Ve Fiziksel Unsurlar (Düzenleyici Unsurlar)

- Ülkenin coğrafi ve jeolojik özellikleri
- Ülkenin iklim özellikleri
- Ülkenin doğal kaynakları
- Ülkenin tarih süreci
- Ülkenin sosyal ortamı ve yapısı
- Ülkenin hukuk ortamı ve yapısı
- Ülkenin politik ortamı ve yapısı
- Ülkenin resmi ideolojisi
- Ülkede uygulanan genel politikalar
- Ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımı **(3. önemli belirleyici unsur/ determinant)**
- Ülkenin bilim ve teknoloji seviyesi
- Ülkenin uluslar arası ilişkileri (genel ve sağlık alanında)
- Toplumun nüfus yapısı (demografi)

- Toplumun yerleşim biçimi ve kentleşme seviyesi
- Toplumun eğitim seviyesi
- Toplumun din, gelenek-görenek ve çeşitli konulardaki inanç ve davranışları (sosyal antropoloji)
- Toplumun sosyal ilişkileri
- Toplumun yaşam şekli ve alışkanlıkları
- Toplumun beslenme yapısı ve alışkanlıkları
- Toplumun sağlık alışkanlıkları ve davranışları (sağlık antropolojisi)
- Toplumun sağlık ve hastalık yapıları (epidemioloji)
- Toplumun sağlık bilgi seviyesi
- Toplumun temel koruyucu sağlık hizmetleri seviyesi

C. Sağlık Hizmeti Verenlerle İlgili Unsurlar (Örgütsel Ve Mesleki Unsurlar)

- Devletin sağlık politikaları (**en önemli belirleyici unsur/ determinant**)
- Ülke sağlık sektörünün yapısı
- Sağlık sisteminden toplumun beklentileri
- Sağlık sisteminin ilkeleri
- Sağlık sisteminin örgütsel yapısı
- Sağlık sisteminin ve sektörünün sahip olduğu maddi unsurlar
- Sağlık sisteminin devletten aldığı destek ve kaynaklar
- Sağlık sisteminin yaygınlığı
- Sağlık sisteminin işleyişi
- Sağlık sisteminin etkililiği
- Sağlık sisteminin bütüncüllüğü (koruyucu ve tedavi edici kapsamda)
- Sağlık hizmetlerinin eşit ve adil oluşu
- Sağlık hizmetlerinin sürekliliği
- Sağlık hizmetlerinin kabul edilebilirliği
- Sağlık hizmetlerinin kolay kullanılabilirliği
- Sağlık hizmetlerinin yaygınlığı
- Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği
- Sağlık hizmetlerinin ihtiyaca uygunluğu (kullanılabilirliği)
- Sağlık hizmetlerinin yeterliliği
- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin uygunluğu
- Sağlık hizmetlerinin etkililiği
- Sağlık hizmetlerinin ekonomikliği
- Sağlık hizmetlerinin ödenebilirliği
- Sağlık insan gücünün sayısı
- Sağlık insan gücünün dağılımı
- Sağlık insan gücünün kalitesi
- Sağlık insan gücünün amaç, beklenti, yargı ve değerleri
- Sağlık insan gücünün örnek aldığı ve etkilendiği davranış kalıpları ve insan modelleri
- Sağlık insan gücünün hizmet sunuş biçimi
- Sağlık insan gücü başına hasta yoğunluğu
- Sağlık yönetiminin başarısı

Kişi sağlığını ve ülke sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen başlıca unsurlar topluca incelendiğinde, bir **ülkede uygulanan resmi sağlık politikasının** o ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerinin en önemli belirleyicisi olduğu görülmektedir.

Sağlık sistemi, resmi veya resmi olmayan bir **sağlık politikasına** dayalı olarak yürütülüyor olabilir yahut bir politikası olmayabilir. Bir politika, kişiler yoluyla toplumu sağlıklı kılma amacına uygun olarak, diğer belirleyici unsurların da etkisiyle ülkenin ihtiyaç, şart, imkan, alt yapı, bünye ve gerçeklerine dayalı olarak uzun vadede geliştirilmiş ve uygulanmakta olabileceği gibi, bambaşka çıkış noktalarından hareketle oluşturulmuş da olabilir. Yahut hiç bir politika ve ciddi resmi düzenleme bulunmayabilir. Fakat tüm bu şartlarda da sözü edilebilecek, oluşan veya oluşturulan iyi-kötü bir sağlık sistem vardır.

Kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önem, sağlık sistemlerini belirleyen ve sağlık politikalarının varlığını etkilediği gibi ondan da etkilenen, en önemli ikinci belirleyici unsurdur.

Ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımı da en önemli üçüncü belirleyici unsurdur.

Bunlardan sonra, önem sırası ve etkisi ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, diğer belirleyici unsurların etkileri de sağlık sisteminin özelliklerini şekillendirir. Ancak, bütün bu unsurların her biri, ülkeler arasında farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Benzer ekonomik sistem ve şartlardaki, benzer siyasi yapıdaki, yakın sosyal bünyedeki, kıyaslanabilir sağlık sistemlerine sahip ülkelerin sağlık göstergeleri, anlaşılabilir nedenlerle farklı olabilmektedir. Bu farklar, önem verilen sağlık sorunlarını da farklılaştırmaktadır.

Öte yandan, benzer ekonomik, sosyal, kültürel, teknolojik, ve benzeri atılımlar yapan ülkelerin sağlık göstergelerinde de benzer gelişmelerin kaydedildiği gözlemlenebilmektedir.

Blum, sağlığı etkileyen unsurları göstermek amacıyla bir şema geliştirmiştir. Bu şemanın merkezinde yer alan ve "kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklılık (iyilik) hali" olarak adlandırılan durumu belirleyen bazı olguların bulunduğunu söyledikten sonra, bu olgulardan:

- İç dairenin içinde görülen ilk ve yakın ortamda yer alan grubu "bireysel sağlıklılık" unsurları olarak,
- Dış dairenin içinde görülen ikinci ve daha uzak ortamda yer alan grubu da "alan güçleri" unsurları (paradigmaları) olarak tanımlamakta ve bunların neler olduğunu göstermektedir.

Sağlıkla ilgili oran, hız ve göstergelerin kıyaslanması, sistem kıyaslaması sürecinin en son basamaklarında kullanılabilen bir veri kullanım biçimidir ve yalnız başına fazla bir anlam ifade etmeyebilir. Asıl olan, sistemleri ve onların unsurlarını kıyaslamaktır.

Ayrıca bunların güvenilirlikleri, verilerin sonuç ve bilgi haline getirilmesinde uygulanan süreç farklılıkları, yorumlanma biçimleri ve ülkeler bakımından

sayısı, ölüm sebepleri sıralaması, yaşam standartları, İnsani Kalkınma İndeksi (HDI) gibi yeni ölçütler de uygulamaya koyulmaktadır.

Oran, hız ve göstergeler çoğunlukla sistemlerin **girdi, çıktı ve etkilerinin**, doğru yorumlanmaları ön koşullara bağlı olan, sayısal ortalamaları olarak görülmelidir. Girdi, çıktı ve etkiyi bize açıklayan şey ise **süreç**, sürecin unsurları, sürece etki eden unsurlar ve bu etkilerin biçimidir.

Ülkelerin sağlık sistemleriyle ilgili ayrıştırmaların (analiz) ve sonuç birleştirmelerinin (sentez) yapılması sırasında dikkate alınması gereken alt başlıklar bunlar olmaktadır.

Sağlığın kişi kadar toplumu da ilgilendiren bir olgu olduğunu ister istemez kabul edince, bunun resmi veya resmi olmayan **üretim / arz ve talep / tüketim düzenlerinin** var olduğunu da kabul etmek gerekir. Bu arz ve talep düzenleri / biçimleri **sağlık sisteminin** karakterini oluşturur.

1.7. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Ülkelerin sağlık sistemlerini pek çok farklı türde gruplandıran çalışmalardan biri olan Milton I. Roemer sınıflandırması, en çok bilinen ve en yaygın başvurulanlardan biridir. Milton I. Roemer, "National Health Systems of the World" (Vol I: Countries (1991), Vol. II: The Issues (1993), Oxford University Press) adlı kapsamlı çalışmasında "Ekonomik Seviye Ve Sağlık Sistemi Politikalarına Göre Sınıflandırılmış Ulusal Sağlık Sistemi Tipleri" başlığı altında

- * **Girişimci Ve Serbest sağlık sistemi politikaları grubu**
- * **Refah Yönelimli sağlık sistemi politikaları grubu**
- * **Genel Ve Kapsayıcı sağlık sistemi politikaları grubu**
- * **Sosyalist Ve Merkezi Planlanmış sağlık sistemi politikaları grubu**

olmak üzere sağlık sistemlerini dört başlıkta toplanmış, her grubu ayrıca **Ekonomik Seviye (Kişi Başına GSMH) miktarına göre**, bütün gruplar için birbirinin aynı olan **dört alt grup oluşturmuştur**.

Kitabımızın bu bölümünde sağlık sistemi grupları incelenirken, Roemer sınıflandırmasındaki bazı hususlar da gözetilerek, tarafımızdan **Sargutan Sınıflandırması** adıyla yeni bir sınıflandırma geliştirilmiş ve güncelleştirilmiştir.

Roemer sınıflandırmasındaki bazı hususlar da gözetilerek hazırlanan **Sargutan Sınıflandırması**'nda ölçüt olarak

- Ülkelerin sağlık sistemi hizmet arz ve talebinde kamu ve özel unsurların yaygın ve baskın olan durumunu / yerini / özelliklerini esas alan dört ana tip ve
- Ülkelerin gelişmişliklerini ve gelirlerini esas alan dört düzey

esas alınarak, bir sonraki bölümde tablo halinde gösterilen 16 grup tanımlanmıştır.

Tarafımızdan geliştirilen bu yeni sınıflandırmadaki sağlık sistemi gruplarının özellikleri bu bölümde ayrıntılı olarak incelenmiş olup, Tablo 11 ve 12'de toplu olarak gösterilmektedir.

Bir ülkede bu dört ana sağlık sistemi tipinden birinin veya birden fazlasının varlığını düşündüren özellikler bulunabileceği gibi, çok özel bazı uygulamalara da rastlanabilir. Ülkede, bu sistem tiplerinden birinin tipik özellikleri en baskın ve yaygın uygulama halinde ise ve halkın çoğunluğu sağlık hizmetlerini bu şekilde elde ediyorsa, ülke o grup içinde değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak, ayrıntısıyla incelenen 85 ülke içinde, bu dört tipin 16 grubundan birinin kapsamına girmeyen sağlık sistemine rastlanmıştır. Kendi içine dönük çok özel yapılar var olsa bile, bu ender yapıların grup oluşturacak ortak özellikleri olmadığında, önem taşımayacaklardır.

Geliştirilen bu sınıflandırmadaki sağlık sistemi tiplerinin her birinin özellikleri, aşağıda tablolar ve metin halinde ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır. Bir sonraki bölümde, bu dört sağlık sistemi tipi ile bunların dört düzeydeki gelişmişlik ve gelirleri esas alınarak oluşturulan 16 gruba giren ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırması yapılmış, her gruba giren ülkelerin sağlık sisteminin ayrıntıları verilmiş, ülkeler tipler içinde alfabetik olarak sıralanmış, grup özellikleri ülkelerin içinde belirtilmiş, ayrıca tablo halinde de ülke karşılaştırmaları verilmiştir.

Tablo 11: Sargutan Sınıflandırmasına Göre Sağlık Sistemi Tipleri Ve Ayırt Edici Temel Özellikleri

Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli / Sigorta Tipi	Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet Tipi	Sosyalist / Kolektivist Tip
<p>1- Kişisel doğrudan ödeme ve/veya isteğe bağlı özel (bazen da kamu) hastalık ve sağlık sigortalarıyla talep asıl uygulamalardır</p> <p>2- Kamu sektörü, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da, asıl unsur değildir</p> <p>3- Özel sektör, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur</p>	<p>1- Tüm bireylere yönelik, zorunlu, prim ödemeli, kamu (bazen özel) hastalık (bazen sağlık) sosyal sigortasıyla talep asıl uygulamalardır</p> <p>2- Kamu sektörü, sağlık sigorta hizmetlerinin talebinde çoğunlukla asıl unsurdur, arzda daha az olabilir</p> <p>3- Özel sektör, sağlık sigorta hizmetlerinin talebinde ve/veya arzında asıl unsur olabilir</p>	<p>1-Tüm bireylere yönelik, zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır</p> <p>2- Kamu sektörü, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir</p> <p>3- Özel sektör, sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir</p>	<p>1- Tüm bireylere yönelik, zorunlu, toplumun ortak / kolektif sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır</p> <p>2- Kamu sektörü, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur</p> <p>3- Özel sektör, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya çok istisnadır</p>

Yukarıdaki Tablo'da geçen **güvence**, **güvenlik** ve **sigorta** kelimeleri ayrı ve özel içerikli kavramları vurgulamaktadır. Tablo'daki açıklama ve nitelendirmeler, tarafımızdan, aşağıdaki anlam ve içeriklerle tanımlanmış ve kullanılmıştır.

Güvence / Teminat sözcüğü, ilgili olduğu şeyin / konunun mutlaka olacağı / yerine getirileceği / gerçekleştirileceğinin garanti edilmesini veya edildiğini belirtir.

Sağlık Güvencesi / **Sağlık Hizmetleri Güvencesi** kavramı da, ihtiyaç duyulacak kişisel sağlık hizmetlerini mutlaka alınacağı garantisini belirtmektedir.

Bu garanti çeşitli yollarla sağlanabilse de, genel nitelendirmesi Güvence / Teminat sözcüğüyle belirtilir.

Kişisel Doğrudan Ödeme yaparak sağlık hizmetlerini veya sağlık hizmetleri güvencesini elde etmek, sadece bu ödemeyi gerçekleştirebilecek ve lığa sahip olanlar için bir imkan olabilir. Ancak bu imkan herkes için geçerli olmadığı gibi, varlıklı olmak da değışmez bir hal değildir.

Sigorta, güvencenin, **kişilerden alınan sigorta primi** adlı peşin ödemeler karşılığında ve teorik olarak bu bedelin karşılığı olan önceden belirlenmiş hizmet paketi ile sınırlı olarak verilen bir diğer biçimdir.

Ticari Sigorta, özel sektör sigorta kuruluşlarının prim karşılığında herhangi bir konuda verebilecekleri ticari bir hizmet ve garantidir.

Sosyal Sigorta, aynı niteliklere sahip tüm bireylere aynı kapsamda ve prim karşılığında belli konularda verilen sosyal / toplumsal nitelikli devlet güvencesidir.

Hastalık Sosyal Sigortası, genellikle hastalık hallerinde ihtiyaç duyulabilecek sağlık hizmetlerinin bir garanti paketi kapsamında ve prim karşılığında verileceği konusunda devlet güvencesidir.

Sağlık Sosyal Sigortası, kişilerin ihtiyaçları olabilecek kişiye yönelik koruyucu, geliştirici ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerinin prim karşılığında verileceğini içeren devlet güvencesidir.

Güvenlik, güvencenin, prim gibi özel bir ödeme olmadan, kamu bütçesinden ayrılan kaynaklarla ve genellikle sosyal politikaları uyarınca devlet tarafından verilen bir başka biçimdir.

Sosyal Güvenlik, prim gibi özel bir ödeme olmadan, devletin sosyal politikaları kapsamında kamu bütçesinden ayrılan kaynaklarla ve tüm bireylere yönelik bir sosyal dayanışma niteliğinde olması sebebiyle "sosyal", devlet garantisinde sosyal güvenlik sağlamak amacıyla ve sigortadan daha güçlü bir kaynak ve kapsam içinde verilmesi sebebiyle "güvenlik" nitelendirmeleriyle vurgulanan bir diğer güvence türüdür.

Sağlık Sosyal Güvenliği, kişilerin ihtiyaçları olabilecek kişiye yönelik koruyucu, geliştirici ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerinin, prim gibi özel bir ödeme olmadan, kamu bütçesinden ayrılan kaynaklarla ve sosyal politikaları uyarınca devlet tarafından verileceğini içeren devlet güvencesidir.

Kolektif, kelimesinin anlamı "çok sayıda kişi, **ortaklaşa**" olmakla birlikte, Marksist doktrin ve yazında yaygın olarak "**toplumun tümü**" anlamında kullanılmaktadır.

Kolektif Mülkiyet, aynı doktrinde "toplumun tümünün ortak mülkiyeti" anlamında kullanılmaktadır. Bireysel veya grup halinde değil, toplumun ortaklaşa sahip olduğu varsayılan / kabul edilen şeyleri nitelendirir.

Marksist doktrin ve uygulamada, hemen her şey gibi, sağlık hizmetleri, kurumları ve hatta sağlığın kendisi **toplumun ortak malı / kolektif mülkiyettir**. Bu çerçevede, Sosyalist / Merkezi Planlama tipi sağlık sisteminde, bütün bireylere ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini elde etme güvencesini veren, aslında devlet değil, **toplumun bütünüdür**. Yine toplumun ortak malı olan **Devlet Örgütü**, asıl mülk sahibi olan toplum adına, sadece bunun örgütlenmesini ve amaca uygun çalışmasını sağlamakla görevlidir.

Kolektif Güvence, toplumun tümünün verdiği / sağladığı güvence olarak anlaşılmalıdır.

Toplumun Ortak / Kolektif Sağlık Güvencesi, Marksist düşünce ve uygulamada, sağlık örgütünün ve hizmetlerinin sahibi olan toplumun tümünün, yine toplumun tümüne sağlık hizmeti güvencesi vermesi anlamını içermektedir.

Sosyal sigorta veya sosyal güvenlik örgütü gibi özel ve ayrı bir yapılanma ve kapsam içinde bir alt hizmet olarak değil, doğrudan doğruya sağlık hizmetleri örgütlenmesi yapısı ve kapsamı içinde, yine doğrudan toplumun ortak güvencesi olarak, kamu adına devlet görevlilerince tüm topluma, ihtiyaçları boyutunda verilir.

Görüldüğü gibi, Özel Teşebbüs ile Refah Yönelimli sistemler ve Kapsayıcı ile Sosyalist sistemler birbirine daha yakın yaklaşımlara sahiptir.

Sağlık sistemi tipleriyle ilgili gruplandırmaların ve bu gruplar içinde ele alınabilecek ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin belirgin özelliklerinin incelenmesinde, yukarıdaki kavramların ve tanımlamaların her birinin oluşturduğu çerçeve de göz önünde tutulmuştur.

1.7.1. Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Tipik özelliği "kişisel ihtiyaçlar için doğrudan kişisel ödeme ve / veya sadece hastalık yahut genel sağlık hizmetlerini içeren **isteğe bağlı** ve kişisel prim ödemeli **özel sigorta** ağırlıklı sağlık hizmetleri **talebi**" olarak özetlenebilir.

Bu uygulamada, sağlık hizmetleri **talebinin**, genellikle (herhangi bir sebeple) **doğrudan kişisel** ödemelerle veya özel sigorta aracılığıyla prim şeklindeki **yarı-doğrudan** ödemelerle **ücret karşılığında** kamu veya özel sektör hizmet arz edicilerinden **satın alınarak** karşılanması esastır.

Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, **kişisel sağlık hizmeti** ihtiyaçlarının **talebi** için, esas olarak **kişilerin doğrudan** ve/veya prim ve benzerleri türünde **yarı-doğrudan harcama yapmak zorunda olmaları**; buna karşılık, **devletin** diğer gelirlerinden ayrılan pay ile birlikte **kişilerin** gelirleri / varlıkları / refahları oranında verdikleri **vergilerin** belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderlerine **dolaylı** olarak katılımlarıyla oluşan **kamu kaynakları kullanımının** çok daha **az** olmasıdır.

Sağlık güvencesi imkanı, genellikle maddi olanağı olanların gönüllü olarak sağlık sigortasına katılmasıyla sağlanır. Bu sebeple teorik olarak, nüfusun sadece maddi imkanı olan kısmı sağlık hizmeti güvencesi edinebilir.

Sağlık hizmeti arzı harcamalarının büyük bir kısmını özel sektör karşılar, hastahane yataklarının büyük bir bölümü özel sektörün elindedir.

Bu sağlık sistemi tipi, sağlık hizmetleri arz ve talebinin esas olarak serbest pazar şartlarında gerçekleştiği, yeterli olmayan kamu sektörü yanında ana unsur olarak özel sektör sağlık hizmetleri arzının ve kişisel talebin yaygın olduğu bir ortamı tanımlamaktadır.

Öte yandan, ekonomik doktrinin teorik olarak öngördüğü, “arz ve talebin birbirlerini serbest pazar ortamında serbestçe karşılayıp dengelemesi” esasının, uygulamada, beklenen olumlu, ihtiyaca uygun, dengeli, adil, toplum yararına sonuçların alınmasında çoğu zaman yetersiz kaldığı gözlemlenebilmektedir.

Diğer alanlarda da olduğu gibi, sağlık sektöründe de arz ve talep dengesinin pazarda gerçekten serbest biçimde gerçekleşmemesinin ve sağlık hizmetlerinin pazar şartlarına uyumsuzluğunun yarattığı sonuçların, sağlık sisteminden beklenen yararları olumsuz olarak etkilediği görülmektedir.

Bu sebeplerle, bu tür sağlık sistemleri, sağlık hizmeti talep edenlerin, alacakları hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olamadıkları için, arz edenin kontrolüne her yönden açık ve korunmasız olduğu uygulamalardır. Hizmetin sunumu, ücreti, kalitesi, miktarı vb. üzerinde değerlendirme ve denetim imkanları çok kısıtlıdır.

Sonuç olarak, milli geliri yüksek, gelir dağılımı nispeten dengeli, yoksulları çok az, sosyal yardım faaliyetleri etkili, toplum sağlığı hizmetleri yeterli, güçlü bir düzenleme ve denetim sisteminin çalıştığı ülkelerde uygulandığında, kişisel sağlık hizmetleri arz ve talebinde sorunlara yol açmayabilir.

Ancak bu durumda bile, birincil (primer) toplum sağlığı ve kişisel koruyucu-geliştirici sağlık hizmetleri ile, hizmete ulaşım ve yararlanma imkanları kısıtlı olan kişilerin tedavi hizmeti ihtiyaçları alanlarında hâlâ devam edecek olan bazı olumsuzlukların, kamu müdahalesiyle çözülmesi gerekliliği sürecektir.

Bu uygulama, kişisel sağlık hizmetlerinin talep ve arzının en eski ve yaygın biçimi olarak nitelendirilebilir.

1.7.2. Refah Yönelimli / Sigorta Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Tipik özelliği "hastalık hallerini kapsayan zorunlu, çalışan ve işveren (ayrıca ilke olarak devlet tarafından ek) **prim ödemeli hastalık sosyal sigortası** ağırlıklı sağlık hizmeti **talebi**" olarak özetlenebilir.

Bu uygulamada, sağlık hizmetlerinin **talebi** için, mümkün olduğunca **tüm bireylerin, yarı-doğrudan kişisel ödeme** niteliğindeki **primlerle zorunlu hastalık sigortası** kapsamına alınması esastır.

Kimi zaman, hastalık sigortaları yerine, daha kapsamlı olan zorunlu ve primli sağlık sigortasına yakın uygulamalar da görülebilir.

Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, **kişisel tedavi hizmeti** ihtiyaçlarının **talebi** için esas olarak, **kişilerin** prim türünde **yarı-doğrudan** ve katılım payı ve benzerleri türünde **doğrudan** ve **sürekli** bir **sağlık harcaması yapmak zorunda olmaları**; buna karşılık, **devletin** diğer gelirlerinden ayırdığı pay ile birlikte **kişilerin** gelirleri / varlıkları / refahları oranında verdikleri **vergilerin** belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderine **dolaylı** olarak katılmalarıyla oluşan **kamu kaynakları kullanımının** çok daha **az** olmasıdır.

Sigortalının ödediği primlere eklenmesi söz konusu olan **işveren** ve **devlet** primleri ve katkıları da birer yarı-doğrudan ve doğrudan sağlık harcamasıdır. Prim ve katkı adıyla anılan tüm harcamalar, genel vergiler dışında alınan ek "**sağlık vergisi**" olarak da nitelendirilebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin **arzında kamu** ve **özel** sektör **bir arada** bulunabilir. Hizmet **talebinde özel** sektör ek imkanlar sağlayabilir.

İktisadi kalkınmayı sağlayarak devleti ve yurttaşları ekonomik ve sosyal refaha erdirmeyi hedefleyen "**refah devleti**", bu zenginliği sosyal amaçlı "sosyal refah" projeleri için harcamayı benimsediğinde, "**sosyal devlet**" vasfını da kazanarak "**sosyal refah devleti**" nitelmesiyle anılmaktadır.

"**Refah Yönelimli Devlet**" deyiimi, kişilerin ihtiyaçlarının bedelini kendilerinin ödeyerek satın alabilecekleri, kişisel ve kamusal zenginleştirmeyi amaçlayan ve bu amaçla düzenleme ve çalışma yapan devlet anlayışı olarak tanımlanabilir.

"**Refah Yönelimli Sağlık Sistemi**" adlandırması ise, devletin, bir sosyal refah projesi olarak kabul ettiği sağlık hizmetlerini, kamu adına / yararına / niteliğinde düzenlediği zorunlu ve primli sağlık sigortası yoluyla kişilere sağlamayı esas aldığı sağlık sistemlerini vurgulamaktadır.

Bu sağlık sistemi modelinde, sosyal devlet anlayışıyla sağlık hizmetleri bir kamu görevi sayılmış, yurttaşların ödeme yapmadan yararlandıkları bir kısım kamu kaynaklı sağlık hizmetlerinin yanında, zorunlu ve birbirine benzer nitelikteki primler karşılığında, tedavi ağırlıklı belli hizmetlerinden mutlaka yararlanmaları esas alınmıştır.

Refah Yönelimli modelin, bir diğer sağlık hizmetleri güvencesi modeli olan ve kamu kaynaklarıyla ücretsiz, zorunlu **sağlık güvenliği** sağlamayı amaçlayan Kapsayıcı tipteki sağlık sisteminden farkı, sağlık hizmeti güvencesinin primli **sağlık sigortası** yoluyla sağlanmaya çalışmasında ve genellikle tedavi hizmetlerini kapsamamasındadır.

Refah Yönelimli sistem genellikle birden fazla örgüt içinde, kişisel primler karşılığında, (sağlık değil) **sosyal hastalık sigortasıyla** (güvenliği değil) sadece tedavi hizmetlerini garanti ederken; Kapsayıcı sistemde genellikle tek bir örgüt içinde, kamu kaynağı esaslı **sosyal sağlık güvenliği** ile (sigorta değil), kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici birincil (primer) sağlık hizmetleri yanında tedavi edici sağlık hizmetlerinin tümünün, bütün ülkede ve herkese aynı şartlarda verilmesini sağlayacak **tam kapsamlı** bir sağlık güvenliği sağlanması amaçlanmaktadır.

Refah Yönelimli uygulamalarda çevreye ve topluma yönelik temel koruyucu sağlık hizmetleri ile, zorunlu sigorta kapsamı dışında kalan hizmetlerin tümü veya bir kısmı kamu görevi olarak verilebileceği gibi, bunların finansmanının tamamı veya bir kısmı da kamu kaynaklarından karşılanabilir; diğer hizmetler, özel kesim arz ve talebi olarak yürütülebilir.

Bunlar, hizmeti vermede önemli farklılıklardır.

Hastalık halinde hizmet veren zorunlu hastalık sigortası hizmetlerine ek olarak, kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin de zorunlu sigorta kapsamına alındığı farklı uygulamalar görülebilmektedir.

Bu sistemin ilk örneklerine 19. Yüzyıl'da rastlanır. Model, Almanya'da çok yaygın olan küçük boyutlu sağlık yardım sandıklarının 1883-1891 yılları arasında kamu denetiminde birleştirilerek tüm çalışanların bunlara katılımını zorunlu kılan ve dünyada ilk hastalık, iş kazası, malullük ve yaşlılık sigortalarının kurulmasını sağlayan düzenlemelerle başladı. Modelin uygulanmasını düzenleyip başlatan ve Beveridge gibi sosyal politika uygulamalarının öncülerinden olan Alman Başbakanı (Şansölye) Otto von Bismarck'ın adına atıfla, prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta uygulamaları '**Bismarck Modeli**' olarak adlandırılmaktadır.

Refah Yönelimli modelin uygulandığı ülkelerde genellikle nispi bir kalkınmışlık ve şehirleşme görülür. Geleneksel tedavi biçimlerinden batılı anlamda tıp uygulamalarına geçilmiş veya geçilmektedir. Sağlık kuruluşlarının ve sağlık personelinin önemli bir bölümü sağlık sigortasına hizmet verir.

Sistemde görev alan sağlık personeli, kamu ve özel sektörde aynı zamanda çalışabilir. Uygulamanın başarısına ve imkanlara bağlı olarak, kaynaklarda yetersizlikler ve dağılımında dengesizlikler görülebilir.

Bu politika zengin ülkelerde başarıyla uygulanabilmektedir.

Aynı model gelişmekte olan pek çok ülkede de yaygın olarak uygulanmaktadır.

Ancak Türkiye gibi gelir seviyesi düşük ve dağılımı dengesiz olan ülkelerde sürekli ve çeşitli olumsuzluklar yaygın olarak görülebilmektedir.

Tüm aksaklıklarına karşın, uygulamada gösterilen başarıya bağlı olarak, gelişmekte olan ülkelerde de sistemin etkili olabildiğini söylemek mümkündür.

1.7.3. Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Tipik özelliği “**hastalık dahil tüm kişisel sağlık hizmetlerini kapsayan zorunlu, kamu / bütçe kaynaklı sağlık sosyal güvenliği** ağırlıklı sağlık hizmetleri talebi” olarak özetlenebilir.

Bu uygulamada, sağlık hizmetlerinin **talebi** ve **arzında** mümkün olduğunca **kamu / bütçe kaynakları** kullanılarak, **tüm bireylerin zorunlu kamu sağlık hizmetleri güvenliği** kapsamına alınması ve tüm ihtiyaçlarının **kamu sağlık kurumlarınca ücretsiz** olarak karşılanması esastır.

Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, toplumsal ve kişisel koruyucu, geliştirici ve tedavi edici **tüm sağlık hizmeti** ihtiyaçlarının **arzi ve talebi** için esas olarak, **kişilerin** prim ve benzerleri türünde **doğrudan** veya **yarı-doğrudan** hiçbir **harcama yapmak zorunda olmamaları**; buna karşılık, **devletin** diğer gelirlerinden ayırdığı pay ile birlikte **kişilerin** gelirleri / varlıkları / refahları oranında verdikleri **vergilerin** belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderine **dolaylı** olarak katılmalarıyla oluşan **kamu / bütçe kaynaklarının kullanılmasıdır**.

Sağlık hizmetlerinin **arzında kamu** sektörü **asıl** olmakla birlikte güncel uygulamalarda **kamu** ve **özel** sektör **bir arada** bulunabilir. Özel sektörün hizmet arzı sırasında ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar, iyi bir denetim sistemiyle en aza indirilmeye çalışılır.

Talep finansmanı kamu / bütçe kaynaklı olduğu için, fertler genellikle vergiler dışında prim veya başka ödemeler altında bir ek “sağlık vergisi” olarak nitelendirilebilecek ödemelerde bulunmak yahut özel durumlar hariç ayrı bir dolaylı veya doğrudan harcama yapmak zorunda değildirlir.

Hizmet talebinde özel sektör, isteyenlere bedelli ek imkanlar sağlayabilir.

Kapsayıcı tipteki modelin, bir diğer sağlık hizmetleri güvencesi modeli olan ve sadece hastalık halinde tedavi imkanı sağlayan primli hastalık sosyal sigortası esaslı Refah Yönelimli sağlık sisteminden farkı; her türlü temel, koruyucu ve geliştirici birincil (primer) sağlık hizmetlerinin yanında, tedavi edici sağlık hizmetlerinin tümünü, bütün ülkede ve herkese, aynı şartlarda, genellikle tek bir örgüt içinde, **kamu / bütçe kaynağı** esasıyla ücretsiz olarak verilmesini sağlayacak, **tam kapsamlı bir sağlık sosyal güvenliği** sağlamayı amaçlamasıdır.

Sistemin asıl uygulama biçiminde, sağlıkla ilgili hizmet arz ve talep faaliyetlerinin hemen tamamında kamu sorumluluğu esastır ve **sistemin özünde**, nüfusun tamamı için tüm sağlık hizmetlerinin devlet tarafından üretilmesi ve ücretsiz olarak, sağlık sosyal güvenliği (sigorta değil) biçimindeki bir sağlık güvencesi kapsamında verilmesi öngörülür.

Böylece sağlık hizmetleri arzının ve arz ücretsiz olduğu için de talebinin finansmanı ağırlıklı olarak vergilerden sağlanmış olur. Uygulandığı ülkelerde yurttaşların Kapsayıcı sağlık sistemlerine sahip çıkmalarının nedeni, Refah Yönelimli sistemlerdeki gibi sadece hastalık hallerinde işleyen **hastalık sosyal sigortası** yerine, her tür sağlık hizmetini tüm insanlara verecek tam bir **sağlık sosyal güvenliği** elde etme şansının bu sistemde en yüksek seviyeye ulaştığını görmeleridir denilebilir.

Uygulanma biçimine bağlı olarak, sağlık hizmeti üreten ve arz eden, birincil devlete ait oldukları gibi, doktor ve diğer sağlık personelinin çoğu, ücret sistemiyle kamuda çalışır.

Bütünüyle kamu / bütçe kaynaklı finansman sistemi ne denliyle katlanılan maliyetin, iş gücü kaybının önlenmesi ve sağlık sistemi bozukluklarından kaynaklanabilecek giderlerin azalması v.b. gibi diğer olumlu çıktılarla ve etkilerle telafi edilebileceği hesaplanmaktadır.

Ayrıca ülkenin GSMH'sından sağlığa ayrılan payın büyük bir bölümünün tedavi edici sağlık hizmetlerine harcandığı bir ülkede, Kapsayıcı sağlık sistemi benimsendiği takdirde, o ülkede koruyucu sağlık hizmetlerine, Kapsayıcı sistem sebebiyle daha fazla ağırlık verileceğinden, sağlık alanına yapılacak olan harcamalarda yine bir azalma olabilecektir.

Günümüzde kamu ekonomilerinde yaşanan zorluklar / krizler, dünyada genişleyen "sosyal harcamaların azaltılması" ve özelleştirme gibi uygulamalara paralel olarak, Kapsayıcı tip sistemlerin asıl biçimi kısmen değiştirilerek, sadece **talebin kamu / bütçe** kaynaklarından yapılması, hizmet **arzında** kamu yanında özel sektöre de yer verilmesi, ayrıca çeşitli nedenlerle oluşabilecek özel hizmet talepleri için de özel sektörden yararlanılması uygulamalarını içeren Kapsayıcı tipinde uygulamalar yaygınlaşmaktadır.

Bunların dışında halkın, sağlık giderlerine, genel vergilere ek olarak ayrıca sağlık vergileri veya primlerle de katılmasının mümkün veya zorunlu olduğu durumlarda, ek kaynak yaratmak amacıyla veya başka gerekçelerle, ilave finansman yolu olarak prim, özel vergi, katkı, katılım ve benzeri uygulamalara da başvurulabilmektedir.

Ek kaynakların toplam içindeki oranı makul bir miktarı aşmadığı sürece Kapsayıcı sistemin özü değişmemekte, sağlık hizmetlerinin tümünün tüm vatandaşlara aynı sistem içinde kamu / bütçe talep kaynakları ağırlığıyla verilmesi "temel ilke" niteliğinde korunarak uygulanmaya devam edilmektedir.

Tümüyle kamu / bütçe kaynaklı finansman yapısına sahip olan ülkelerin başında Birleşik Krallık (İngiltere) gelir. Sosyal politika ve sosyal güvenlik konusunda 1943 yılında verdiği raporda yer alan ve kamu mâli kaynaklı sosyal güvenlik modellerinin özünü oluşturan önerisiyle ilk defa bu ülkede Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service: NHS) adlı sağlık sistemin kurulmasına yol açan William Henry Beveridge'in adına, tüm dünyada '**Beveridge (Beviriç) Modeli**' olarak anılan uygulama doğmuştur.

Günümüzde geçerli olan sosyal politika görüşlerini etkileyip şekillendiren en önemli kişilerin başında, İngiliz iktisatçı ve sosyologu William Henry Beveridge'in (1879-1963) geldiği görüşü yagındır. Keynes'in müdahaleci ekonomik ve sosyal görüşlerini benimseyen Beveridge, sosyal politika kavram ve uygulamalarını sistemleştiren ve dünyada kabul ettiren kişi olarak büyük bir üne sahiptir.

Beveridge, 1941 yılında, İngiliz Hükümetince kurulan ve amacı, ülkede yapılan sosyal amaçlı pek çok harcamanın çoğu zaman beklenen sonucu vermemesinin sebeplerini araştırmak ve gerekli tedbirleri ile temel ihtiyaçların giderilmesine yönelik sosyal politikaların ana esaslarını belirlemek olan bir komisyonun başkanlığına getirilmiştir.

Komisyon çalışmaları sonucunda, Aralık 1943 de 'Social Insurance and Allied Services: Sosyal Sigorta Ve İlgili Hizmetler' adlı bir rapor yayınlanmıştır. Daha sonra Beveridge Planı diye anılan bu raporda, yoksulluğun sebepleri ve buna karşı alınacak tedbirler konusunda tespit ve teklifler ileri sürülmektedir. Bunlar kısaca şöyle özetlenebilir.

Yoksulluğun üç ana, iki de yan sebebi vardır.

Ana sebepler şunlardır:

1- Gelir yokluğu riski : İşsizlik gibi bir sebeple kişinin ve ailenin gelirlerinin olmaması veya yok olmasıdır. Buna çözüm olmak üzere herkese yeterli ve devamlı gelir getiren bir iş temin etmeli, bu amaçla tam istihdam sağlanmalıdır.

2- Gider artııcı riskler: Kişinin ve ailenin gelirlerini yetersiz hale düşüren hastalık, kaza, evlilik, yeni doğumlar, analık hali, bakmakla yükümlü olunan çok sayıda aile bireyinin varlığı gibi gider arttırıcı sebeplerin varlığıdır. Bu riski ortadan kaldırmak için, çalışanlara yeterli gelir sağlanmalıdır.

3- Gelir azaltıcı riskler: Hastalık, kaza, yaşlılık, sakatlık, ölüm (dulluk ve yetimlik), daha az ücret alma, işini kaybetme gibi gelir azaltıcı sebeplerdir. Bunun tedbiri, bu amaçla yönelik sosyal güvenlik sistemlerinin kurulmasıdır.

Kişi ve ailede yoksulluğa yol açan bu üç sebep, toplumu da yoksulluğa sürükler.

Ayrıca toplumda yoksulluğa yol açan iki felaket daha vardır. Bu yan / ikincil sebepler şunlardır:

1- Doğumların azalması sonucunda genç neslin azalıp yaşlı neslin artması ile ortaya çıkan aktif nüfusun ihtiyarlaması ve sayısının düşmesidir. Bunu önlemenin çaresi doğumların sağlıklı ortamlarda yapılması, ana ve çocuk sağlığının korunması, sağlıklı yeni nesiller yetiştirilmesidir.

2- İkinci toplumsal felaket de kamu sağlığının bozulmasıdır. Pek çok olumsuz sonuç doğuran bu felaketi önlemenin çaresi, çalışanların (işyeri ve işçi) sağlığının korunması, temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince verilmesi, hastalanan herkese hizmet verecek sağlık sigortası sisteminin kurulmasıdır.

Bu beş felaketten korunmak için öncelikle bunların geçici olarak değil, tamamen yok edilmeleri amacı benimsenmelidir. İkinci amaç da, sağlıklı bir hayat için gerekli yaşama araçlarına sahip olamamak demek olan 'ihtiyaç'tan, yani yoksulluktan kurtulmak olmalıdır.

Tüm bunların çaresi de, genel bir Sosyal Güvenlik Sistemi kurmaktır.

Rapor'a göre 'herkes için belli bir gelirin garanti edilmesi' sosyal güvenliktir. Sefaletin sebebi olan işsizlik, gelir yetersizliği, nüfus yaşlanması, toplum sağlığının bozulması, açlık, cehalet, pislik ve aylıklıkla mücadeleyi öngören ve her kеше gelir garantisi veren bir sosyal güvenlik sistemi kurulması gerekir.

Sosyal risk denilen bu unsurlar böylece etkisizleştirilebilir.

Sistem, milli gelirden aktarılan kaynaklarla beslenmelidir.

Bu kaynaklardan kişilere ulaştırılan payın tespitinde kişilerin ekonomik verimliliği değil, ihtiyaçları esas alınmalıdır.

Milli gelirin daha adil dağılımını amaçlayan bu temel sosyal güvenlik politikası, gelir durumu dikkate alınmadan, tüm vatandaşları kapsamına almalıdır.

Kişilerin aldıkları pay, temel ihtiyaçlarının farklılığına göre değişebilmelidir.

Raporun teklifleri kabul edilerek, İngiliz hükümetince mevcut sosyal güvenlik uygulamaları bu yönde yeniden yapılandırıldı.

Beveridge, Sosyal politika kavram ve uygulamalarını sistemleştiren ve dünyaca, kabulüne yol açan bir kişi olarak önemlidir.

Beveridge planı da, günümüzde yaygın olarak benimsenmiş olan temel sosyal ve ekonomik ihtiyaçların garanti altına alınmasını amaçlaması, bunun için gerekli temel esasları belirleyip, uygulamaya yol açması sebebiyle sosyal politika ve sosyal güvenlik bakımından çok önemli bir belge ve dönüm noktasıdır.

Rapor, adil gelir dağılımı, sefaletin yok edilmesi, iş garantisi gibi pek çok sosyal politikayı uygulamaya geçirdiği gibi, Atlantik Şartı, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Avrupa Sosyal Şartı da dahil olmak üzere, milli ve milletlerarası sosyal politika ve sosyal güvenlik sisteminin kurulmasında da, gündeme geçirdiği prensipler bakımından esas alınmıştır.

Daha önce Refah Yönelimli tipte sağlık sistemlerine sahip olan bazı ülkeler, II.Dünya Savaşından sonra ortaya çıkan sosyopolitik ve ekonomik sebeplerle, savaş sırasında yürütülen tek merkezli sistemden de ilham alarak, Kapsayıcı sisteme yönelmişlerdir.

Sağlık alanında ulaşılmak istenen düzeye yaklaşmış olan ülkeler, çoğunlukla Kapsayıcı sağlık sistemini tercih etmiştir. Bu sistemde her zaman güçlü bir kamu yönlendirmesi görülür.

Gelir seviyesi yüksek olan ülkeler büyük çoğunlukla ya Kapsayıcı veya Refah Yönelimli politika izlemektedirler.

Bütünüyle kamu / bütçe kaynaklı olan bir Kapsayıcı sağlık sistemi, milli geliri kişi başına ve toplam olarak düşük, gelir dağılımı bozuk, gelişmekte olan, orta gelir alt grubundaki ülkelerde de, halkın sağlık hizmetlerini almasına daha fazla imkan sağlayıcı bir özellik göstermesine karşın, bu tip ülkelerin çok azında başarılı olarak uygulanma imkanı bulabilmektedir (94:70-72).

1.7.4. Sosyalist / Kolektivist Tip Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Tipik özelliği "toplumsal ve kişisel tüm sağlık hizmetlerinin bütünüyle piyasa dışı ve toplum hizmeti alanı niteliğinde ücretsiz talep ve arzi" olarak özetlenebilir.

Bu uygulamada, sağlık hizmetlerinin talebi ve arzında sadece toplumun ortaklaşa sahip olduğu kolektif kaynaklar kullanılarak, tüm bireylerin zorunlu, toplumun ortak / kolektif sağlık hizmetleri güvencesi kapsamına alınması ve tüm ihtiyaçlarının toplumun ortak sağlık kurumlarınca ücretsiz olarak karşılanması esastır.

Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, toplumsal ve kişisel koruyucu, geliştirici ve tedavi edici **tüm sağlık hizmeti** ihtiyaçlarının **arzi** ve **talebi** için esas olarak, **kişilerin doğrudan** ve/veya **yarı-doğrudan** hiçbir **harcama yapmak zorunda olmamaları**; buna karşılık, **toplumun** diğer gelirlerinden ayırdığı pay ile birlikte **kişilerin** (eğer ayrıca alınıyorsa) gelirleri / ücretleri oranında verdikleri **vergilerin** belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderine **dolaylı** olarak katılmalarıyla oluşan **toplum / bütçe kaynaklarının kullanılmasıdır**.

Sağlık hizmetlerinin **arzi** ve **talebi** ilke olarak **toplumsal tekel** niteliğindedir ve **özel sektör yoktur**.

Sağlık sistemini sosyalist ve merkezi planlama esaslarına göre düzenlemiş olan ülkelerde en fazla vurgu yapılan ilkeler: sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanıp yürütülmesi, öncelikleri toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenen hizmetlerin toplum mülkiyetinde üretilmesi, herkese toplum kaynaklı sağlık güvencesi (sigorta veya güvenlik değil) kapsamında ücretsiz sağlık hizmeti verilmesidir

Sağlık hizmeti üretimi, üretenler, sağlık kurumları, üretim araçları, dağıtımı, dağıtım kanalları ve sunumunun mülkiyeti kamuya / topluma aittir.

GSMH'dan sağlığa toplam ve kişi başına ayrılan pay yüksektir.

Sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin finansmanı toplum tarafından ve işveren olan devletten / kamudan / toplumdaki büyük kaynaklarla karşılandığı ve özel sektör bulunmadığı için, fertler genellikle dolaylı veya doğrudan ayrı bir harcama yapmak zorunda değildirler.

Hizmetin temelini birincil (primer) sağlık hizmetleri oluşturur. Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve önem verilir, her düzeyde tedavi hizmetleriyle entegredir.

Kişi başına sağlık personeli sayısı yüksek, dağılımı dengeli ve tümü kamu / toplum görevlisidir.

Sağlık personelinin sosyal statüsü ayrıcalıksızdır, aralarında hiyerarşi yoktur ve tümü toplum görevlisidir.

Tesis sayısı büyük ölçüde yeterli, yatak oranı yüksek ve tümü topluma aittir.

Halk, hizmete aktif olarak katılır, hizmeti ve kurumları çeşitli yol ve biçimlerde denetler.

Bu denetim hizmetin kalitesi yanında, kaynak ve hizmet dağılımının coğrafi özellik, kişi, grup, sınıf v.b. farkı gözetmeksizin tüm topluma eşit, adil, ihtiyaç olduğu kadar, ulaşılabilir ve kullanılabilir olarak verilmesi gibi konuları da içerir.

Sosyalist sağlık sistemi ilk defa 1917 Rusya İhtilalinden sonra Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Marksist-Leninist teoriye göre kurulmuş, özelliklerinin hemen hapsi SSCB sağlık sistemi içinde oluşturulmuş ve geliştirilmiş olması sebebiyle, bu ülkenin sağlık sistemi ve politikaları dünya çapında bir örnek teşkil etmiştir.

Birçok yönü başka ülkelerce tamamen veya kısmen örnek alınmış, temel özellikler ilke olarak aynı kalmak üzere sistem çeşitli ülkelerde ülkelerin özellikleri, ekonomik güçleri ve politik yaklaşımlarına göre çeşitli biçimlerde uygulanmıştır.

1917'de çok kötü durumda olan SSCB'de, 1970 sonrasında soğuk savaşın etkisiyle askeri harcamalara ayrılan kaynakların artışı sağlık hizmetlerindeki gelişmeyi yavaşlatmış olsa da, ülke sağlık sistemi ve göstergelerinin ulaştığı seviye sebebiyle, bu sağlık sisteminin pek çok yönüyle başarılı olduğu söylenebilir.

Pek çok ülkede çeşitli nedenlerle çökmüş olmasına karşılık, bir teori ve uygulama modeli olarak halen yaşamaktadır.

Bu ülkelerden kiminde, yıkılan ekonomik ve siyasal yapının yıkıntıları üzerinde yükseltilmeye çalışılan yeniden yapılanma çabalarında, eski sistemin üstünlüklerinden mümkün olanları toplum yararına devam ettirebilmek gayretiyle, sistemin aslı **toplum, mülkiyeti ve hizmeti** olsa da, güncel uygulamalarda şartların zorlamasıyla **karını** ve **özel** sektöre **bir arada** yer verilmeye çalışılmaktadır.

Öte yandan, bugün için özel sektörün sisteme sızma gücünü etkisizleştirecek imkanlar da bu ülkelerin elinde bulunmamaktadır.

Özel sektörün varlığıyla ortaya çıkan ve çıkabilecek olumsuz durumlar, mümkün olanı düzenleme ve denetimlerle en aza indirilmeye çalışılmaktadır.

Tablo 12: Sargutan Sınıflandırmasına Göre Ülkelerin Sağlık Sistemi Tipleri

ARZ VE TALEPTE KAMU VE ÖZEL UNSURLARIN DURUMU				GELİŞMİŞLİK VE GELİR
<u>1. Özel Teşebbüs / Serbest Pazar</u>	<u>2. Refah Yönelimli / Sigorta</u>	<u>3. Kapsayıcı / Bütüncü / Tekcil Hizmet</u>	<u>4. Sosyalist / Kolektivist</u>	Gelişmişlik Ve Kişi Başına Milli Gelir (ABD \$) Düzeyleri
Kişisel Doğrudan Ödeme ve/veya İsteğe Bağlı Sigorta ağırlıklı	Zorunlu, Hastalık veya bazen Sağlık Sosyal Sigortası ağırlıklı	Zorunlu, Tam Kapsamlı, Sağlık Hizmetleri Sosyal Güvenliği ağırlıklı	Piyasa Dışı, Tümüyle Kolektif Hizmet Alanı ve Tam Güvenliğe esaslı	Çok Gelişmiş / Sanayileşmiş Ve Zengin (20.001 ve üstü) Ülkeler
1.1. ABD	2.1. Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Lüksemburg, Portekiz, Slovenya, Yunanistan	3.1. Avustralya, B.Arap Emirlikleri, Birleşik Krallık, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Kuzey, Norveç, Yeni Zelanda	4.1. Eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB)	Gelişmiş Ve Yüksek Gelirli (10.001-20.000) Ülkeler
1.2. Polonya	2.2. Çek, Hırvatistan, Letonya, Litvanya, Macaristan, Slovaçya	3.2. Estonya, KKTC, Suudi Arabistan	4.2. Eski Doğu Avrupa Ülkeleri	Gelişmekte Olan Ve Orta Gelirli (4.001-10.000) Ülkeler
1.3. Arjantin, Çin, Güney Afrika, Malezya, Meksika, Romanya, Tunus	2.3. Bosna-Hersek, Brezilya, Rusya Federasyonu, Sırbistan-Karadağ, Şili, Venezüella, Türkiye	3.3. Beyaz Rusya, Kazakistan, Libya	4.3. Eski SSCB'nin Asya Cumhuriyetleri	Gelişmemiş Ve Yoksul (4.000 ve altı) Ülkeler
1.4. Azerbaycan, Bangladeş, Bolivya, Cezayir, Endonezya, Fas, Filipinler, Gana, Gürcistan, Hindistan, Kamboçya, Kenya, Kırgızistan, Nepal, Özbekistan, Pakistan, Peru, Sudan, Suriye, Tayland, Türkmenistan, Vietnam	2.4. Arnavutluk, Bulgaristan, Ermenistan, İran, Makedonya, Mısır, Nikaragua, Ürdün	3.4. Moldova, Sri Lanka, Ukrayna	4.4. Kuzey Kore, Küba	

Tablo 13: sayfa1 İSTATİSTİKLER	ÖZEL TEŞEBBÜS / SERBEST PAZAR TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER					
	A.B.D.	Arjantin	Azerbaycan	Cezayir	Çin	Endonezya
Yüzölçümü (Km ²)	9.372.614	2.766.889	86.600	2.381.741	9.561.000	1.904.569
Nüfus (x 1.000)	291.038	37.981	8.297	31.266	1.302.307	217.131
Nüfus artış hızı (%)	1.1	1.3	1.1	1.8	0.9	1.4
Km ² düşen kişi sayısı	31	14	94	13	136	118
Okur-yazar oranı (%)	---	96.9	97.0	67.8	85.8	87.3
Kişi başına GSYİH (\$)	34.320	11.320	3.090	6.090	4.020	2.940
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	17.6	21.3	7.2	9.9	10.2	3
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	13.9	9.5	1.6	4.1	5.7	2.4
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	4.499	1.091	57	142	205	84
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	77.3	74.4	65.8	69.4	71.1	66.4
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	74.6	70.8	63.0	67.5	69.6	64.9
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	79.8	78.1	68.6	71.2	72.7	67.9
Toplam doğurganlık hızı (%)	2.1	2.5	2.1	2.8	1.8	2.4
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	8	41	80	140	55	380
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	7	16	74	39	31	33
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	8	19	105	49	39	45
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	7	16	70	43	41	36
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	9	20	80	54	31	45
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	276	294	357	85	167	16
Hekim başına düşen nüfus	362	340	280	1.176	599	6.249

Tablolar, aşağıdaki kaynaklardan yararlanılarak oluşturulmuştur:

- (130) WHO (2004) World Health Report 2004, The World Health Organization, Geneva, Switzerland
- (124) UNDP (2003) Human Development Report 2003, United Nations Development Programme, Oxford University Press, USA
- (128) WB (2003) World Development Report 2003, The World Bank, Oxford University Press, USA

Tablo 13: sayfa 2 İSTATİSTİKLER	ÖZEL TEŞEBBÜS / SERBEST PAZAR TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER					
	Fas	Filipinler	Güney Afrika	Gürcistan	Hindistan	Kırgızistan
Yüzölçümü (Km ²)	448.760	300.000	1.124.584	69.700	3.287.590	198.500
Nüfus (x 1.000)	30.072	78.580	44.759	5.177	1.049.549	5.067
Nüfus artış hızı (%)	1.7	2.1	1.5	-0.5	1.8	1.3
Km ² düşen kişi sayısı	65	258	35	72	348	26
Okur-yazar oranı (%)	49.8	95.1	85.6	100.0	58.0	97.0
Kişi başına GSYİH (\$)	3.600	3.840	11.290	2.560	2.840	2.750
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	5.3	6.2	10.9	6.7	3.1	9.0
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	5.1	3.3	8.6	3.6	5.1	4.0
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	166	167	663	199	71	145
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	70.8	68.3	50.7	71.7	61.0	64.5
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	68.8	65.1	48.8	68.4	60.1	60.4
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	72.8	71.7	52.6	75.0	62.0	68.9
Toplam doğurganlık hızı (%)	2.8	3.2	2.5	1.4	3.1	2.7
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	230	170	---	50	540	65
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	39	29	56	24	67	52
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	44	38	71	29	93	61
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	41	33	81	20	95	55
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	43	39	86	26	87	63
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	49	124	443	487	78	288
Hekim başına düşen nüfus	2.041	806	226	205	508	395

İSTATİSTİKLER	ÖZEL TEŞEBBÜS / SERBEST PAZAR TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER					
	Meksika	Özbekistan	Pakistan	Peru	Polonya	Romanya
Yüzölçümü (Km ²)	1.972.547	447.400	803.943	1.285.216	312.677	237.500
Nüfus (x 1.000)	101.965	25.705	149.911	26.767	38.622	22.387
Nüfus artış hızı (%)	1.7	1.8	2.5	1.7	0.1	-0.3
Km ² düşen kişi sayısı	52	61	183	20	127	97
Okur-yazar oranı (%)	91.4	99.2	44.0	90.2	99.7	98.2
Kişi başına GSYİH (\$)	8.430	2.460	1.890	4.570	9.450	5.830
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	16.7	9.2	3.5	12.1	10.9	15.9
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	6.1	3.6	3.9	4.7	6.1	6.5
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	483	86	76	238	578	190
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	74.3	68.2	61.4	69.7	74.7	71.4
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	71.7	65.6	61.1	67.5	70.6	68.0
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	76.9	70.8	61.6	72.0	78.7	75.0
Toplam doğurganlık hızı (%)	2.5	2.5	5.1	2.9	1.3	1.3
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	55	21	---	190	8	42
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	24	52	84	30	8	19
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	29	68	109	39	9	21
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	24	26	115	34	8	19
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	30	37	105	38	9	22
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	130	300	68	117	233	191
Hekim başına düşen nüfus	769	333	1.471	855	429	524

Tablo 13: sayfa 4		ÖZEL TEŞEBBÜS / SERBEST PAZAR TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ				
İSTATİSTİKLER	ÜLKELER					
	Sudan	Suriye	Tayland	Tunus	Türkmenistan	
Yüzölçümü (Km ²)	2.505.813	185.180	514.000	163.610	488.100	
Nüfus (x 1.000)	32.878	17.381	62.193	9.728	4.794	
Nüfus artış hızı (%)	2.3	2.6	1.1	1.3	2.1	
Km ² düşen kişi sayısı	---	90	120	62	11	
Okur-yazar oranı (%)	58.8	75.3	95.7	72.1	98.0	
Kişi başına GSYİH (\$)	1.970	3.280	6.400	6.390	4.320	
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	4.6	7.5	11.6	15.1	18.2	
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	3.5	5.4	3.7	6.4	4.1	
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	51	51	237	472	286	
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	57.1	71.2	69.3	71.6	62.7	
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	54.9	68.8	66.0	69.5	58.8	
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	59.3	73.6	72.7	73.9	66.9	
Toplam doğurganlık hızı (%)	4.4	3.4	1.9	2.0	2.7	
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	550	110	44	70	65	
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	65	23	24	21	76	
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	107	28	28	27	99	
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	106	20	26	24	47	
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	111	26	32	31	63	
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	16	142	24	70	200	
Hekim başına düşen nüfus	6.250	704	4.166	1429	333	

Tablo 14: sayfa 1 İSTATİSTİKLER	REFAH YÖNELİMLİ / SİGORTA TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER							
	Almanya	Arnavutluk	Avusturya	Belçika	Bosna-Hersek	Brezilya	Bulgaristan	Çek.
Yüzölçümü (Km ²)	357.042	28.748	83.857	30.518	51.129	8.511.965	110.912	78.864
Nüfus (x 1.000)	82.414	3.141	8.111	10.296	4.126	176.257	7.965	10.246
Nüfus artış hızı (%)	0.2	-0.4	0.3	0.3	0.4	1.4	-0.8	-0.1
Km ² düşen kişi sayısı	230	126	98	313	81	20	73	133
Okur-yazar oranı (%)	---	85.3	---	---	93.0	87.3	98.5	---
Kişi başına GSYİH (\$)	25.350	3.680	26.730	25.520	5.970	7.360	6.890	14.720
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	16.6	7.3	10.7	13.0	9.6	8.8	2.3	14.1
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	10.8	3.7	8	8.9	7.5	7.6	4.8	7.4
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	2.754	129	2.171	2.269	---	631	198	1.031
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	78.7	70.4	79.4	78.4	72.8	68.9	72.2	75.8
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	75.6	67.3	76.4	75.2	69.3	65.7	68.8	72.4
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	81.6	74.1	82.2	81.5	76.4	72.3	75.6	79.0
Toplam doğurganlık hızı (%)	1.3	2.3	1.3	1.7	1.3	2.2	1.1	1.2
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	8	---	---	---	10	160	15	9
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	4	26	5	5	15	31	14	4
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	5	30	5	6	18	35	16	5
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	4	23	4	5	15	34	15	4
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	5	27	6	6	20	42	17	5
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	354	133	302	395	140	158	344	308
Hekim başına düşen nüfus	282	752	331	253	714	633	291	325

Tablo 14: sayfa 2 İSTATİSTİKLER	REFAH YÖNELİMLİ / SİGORTA TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER							
	Fransa	Güney Kore	Hırvatistan	Hollanda	İran	İsrail	İsviçre	Japonya
Yüzölçümü (Km ²)	543.965	90.484	56.538	41.473	1.648.000	20.330	41.293	372.313
Nüfus (x 1.000)	59.850	47.430	4.439	16.067	68.070	6.304	7.171	127.478
Nüfus artış hızı (%)	0.4	0.8	-0.6	0.6	1.4	2.7	0.3	0.2
Km ² düşen kişi sayısı	108	483	78	473	40	309	182	349
Okur-yazar oranı (%)	---	97.9	98.4	---	77.1	95.1	---	---
Kişi başına GSYİH (\$)	23.790	15.090	9.170	27.190	6.000	19.790	28.100	25.130
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	13.7	9.5	12.3	12.2	12.0	11.5	13.2	16.4
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	9.6	6	9.0	8.9	6.3	8.7	11	8.0
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	2.335	909	608	2.255	336	2.338	3.229	2.009
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	79.8	75.5	74.8	75.6	68.9	79.4	80.6	81.9
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	76.0	71.8	71.0	76.0	66.5	77.3	77.7	78.4
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	83.6	79.4	78.6	81.1	71.7	81.4	83.3	85.3
Toplam doğurganlık hızı (%)	1.9	1.4	1.6	1.7	2.4	2.7	1.4	1.3
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	10	20	6	7	37	5	5	8
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	4	5	7	5	35	6	5	3
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	6	5	8	6	42	5	6	5
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	4	7	7	5	36	6	5	4
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	6	8	8	6	42	7	6	4
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	303	173	229	251	110	378	335	197
Hekim başına düşen nüfus	330	578	437	538	295	265	293	---

Tablo 14: sayfa 3 İSTATİSTİKLER	REFAH YÖNELİMLİ / SİGORTA TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER							
	Letonya	Litvanya	Lüksemburg	Macaristan	Makedonya	Mısır	Nikaragua	Portekiz
Yüzölçümü (Km ²)	64.500	65.200	2.586	93.033	25.713	998.774	130.682	92.082
Nüfus (x 1.000)	2.329	3.465	447	9.923	2.046	70.507	5.335	10.049
Nüfus artış hızı (%)	-1.3	-0.6	1.5	-0.4	0.6	1.9	2.8	0.2
Km ² düşen kişi sayısı	38	54	173	110	80	65	43	112
Okur-yazar oranı (%)	99.8	99.6	---	99.3	94.0	56.1	66.8	92.5
Kişi başına GSYİH (\$)	7.730	8.470	53.780	2.340	6.110	3.520	2.450	18.150
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	9.1	14.0	13.3	4.5	17.4	7.4	17.9	13.7
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	6.4	6.0	5.0	6.8	6.8	3.9	7.8	9.2
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	398	420	2.740	846	300	138	108	1.469
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	70.3	71.9	78.8	72.6	72.0	67.1	70.1	77.1
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	64.6	66.2	75.7	68.4	69.0	65.3	67.9	73.6
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	75.8	77.6	81.7	76.8	75.1	69.0	72.4	80.5
Toplam doğurganlık hızı (%)	1.1	1.3	1.7	1.2	1.9	3.3	3.8	1.5
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	45	18	0	15	7	80	150	8
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	17	8	5	8	22	35	36	5
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	21	9	5	9	23	41	43	6
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	12	9	5	8	15	39	32	5
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	15	11	5	9	17	38	38	6
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	313	394	253	361	300	218	61	312
Hekim başına düşen nüfus	319	254	395	277	333	459	1.650	321

Tablo 14: sayfa 4 İSTATİSTİKLER	REFAH YÖNELİMLİ / SİGORTA TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER							
	Rusya Federasyonu	Sırbistan-Karadağ	Slovakya	Slovenya	Şili	Türkiye	Ürdün	Yunanistan
Yüzölçümü (Km ²)	17.075.000	88.361	49.000	20.251	756.945	779.452	90.740	131.944
Nüfus (x 1.000)	144.082	10.535	5.398	1.986	15.613	70.318	5.329	10.970
Nüfus artış hızı (%)	-0,3	0,2	0,2	0,2	1,4	1,6	3,9	0,7
Km ² düşen kişi sayısı	9	108	112	99	21	86	57	82
Okur-yazar oranı (%)	99,6	98,0	100,0	99,6	95,9	85,5	90,3	97,3
Kişi başına GSYİH (\$)	7.100	---	11.960	17.130	9.190	5.890	3.870	17.440
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	10,7	15	8,9	14,6	12,7	9,1	12,8	11,2
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	5,4	8,2	5,7	8,4	7,0	5,0	9,5	9,4
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	405	257	690	1.462	697	323	325	1.390
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	64,6	73,2	74,0	76,7	76,7	70,0	70,8	78,4
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	58,3	69,7	69,8	72,8	73,4	67,9	68,6	75,8
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	71,8	74,9	78,5	80,5	80,0	72,2	73,3	81,1
Toplam doğurganlık hızı (%)	1,2	1,7	1,3	1,2	2,4	2,5	3,6	1,3
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	44	---	9	11	23	130	41	1
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	18	17	8	4	10	36	27	5
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	21	19	9	5	12	43	33	5
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	15	13	7	4	3	42	26	5
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	19	17	9	5	16	44	28	7
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	423	---	322	215	115	127	205	392
Hekim başına düşen nüfus	236	---	311	465	870	787	488	255

Tablo 15: sayfa 1 İSTATİSTİKLER	KAPSAYICI / BÜTÜNCÜ / TEKÇİL HİZMET TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER						
	Australya	Beyaz Rusya	B. Arap Emirl.	Birl. Krallık	Danimarka	Estonya	Finlandiya
Yüzölçümü (Km ²)	7.832.500	207.600	83.600	244.100	43.092	45.100	337.032
Nüfus (x 1.000)	19.544	9.940	2.937	59.068	5.351	1.338	5.197
Nüfus artış hızı (%)	1.2	-0.4	2.8	0.3	0.3	-1.4	0.3
Km ² düşen kişi sayısı	5	48	---	249	126	32	17
Okur-yazar oranı (%)	---	99.7	76.7	---	---	99.8	---
Kişi başına GSYİH (\$)	25.370	7.620	20.530	24.160	29.000	10.170	24.430
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	16.8	14.2	32.3	15.4	12.8	12.1	10.7
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	9.2	9.6	3.5	7.6	8.4	5.5	7
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	2.213	430	761	1.744	2.428	556	1.667
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	80.4	68.3	72.5	78.2	77.2	71.1	78.2
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	77.9	62.6	71.3	75.8	74.8	65.1	74.8
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	83.0	74.3	75.1	80.5	79.5	77.1	81.5
Toplam doğurganlık hızı (%)	1.7	1.2	2.9	1.6	1.8	1.2	1.7
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	---	20	3	7	10	52	6
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	6	17	8	5	4	11	4
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	6	20	9	7	4	12	5
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	5	10	10	6	5	6	3
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	6	14	10	7	6	10	4
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	260	457	177	164	339	307	306
Hekim başına düşen nüfus	385	219	565	610	235	326	327

Tablo 15: sayfa 2 İSTATİSTİKLER	KAPSAYICI / BÜTÜNCÜ / TEKÇİL HİZMET TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER						
	İrlanda	İspanya	İsveç	İtalya	İzlanda	Kanada	Kazakistan
Yüzölçümü (Km ²)	70.283	504.782	449.964	301.225	103.000	9.976.139	2.717.300
Nüfus (x 1.000)	3.911	40.977	8.867	57.482	287	31.271	15.469
Nüfus artış hızı (%)	1.0	0.4	0.2	0.1	1.0	1.0	-0.9
Km ² düşen kişi sayısı	56	79	22	196	---	3	5
Okur-yazar oranı (%)	---	97.7	---	98.5	---	---	99.4
Kişi başına GSYİH (\$)	32.410	20.150	24.180	24.670	29.990	27.130	6.500
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	14.0	13.6	13	13	17.5	16.2	8.0
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	6.5	7.3	8.7	8.4	9.2	9.5	3.1
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	1.944	1.539	2.097	2.040	2.626	2.534	211
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	77.1	79.6	80.4	79.7	80.1	79.8	63.6
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	74.4	76.1	78.0	76.8	78.4	77.2	58.7
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	79.8	83.0	82.6	82.5	81.8	82.3	68.9
Toplam doğurganlık hızı (%)	1.9	1.2	1.6	1.2	2.0	1.5	2.0
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	6	6	5	---	---	---	65
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	6	4	3	4	3	5	61
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	6	6	3	6	4	7	76
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	6	5	3	5	3	5	28
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	8	5	4	5	4	6	38
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	226	436	311	567	320	186	339
Hekim başına düşen nüfus	347	229	322	176	307	633	254

Tablo 15: sayfa 3 İSTATİSTİKLER	KAPSAYICI / BÜTÜNCÜ / TEKÇİL HİZMET TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER						
	Kuveyt	KKTC	Libya	Moldova	Norveç	Sri Lanka	Suudi Arabistan
Yüzölçümü (Km ²)	17.618	3.355	1.775.500	33.700	324.219	65.610	2.149.690
Nüfus (x 1.000)	2.443	174	5.445	4.270	4.514	18.910	23.520
Nüfus artış hızı (%)	2.1	---	2.0	-0.2	0.5	0.9	3.0
Km ² düşen kişi sayısı	115	52	3	130	15	304	10
Okur-yazar oranı (%)	82.4	---	80.8	99.0	---	91.9	77.1
Kişi başına GSYİH (\$)	18.700	---	7.570	2.150	29.620	3.180	13.330
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	8.1	---	5.0	9.4	15.2	6.1	10
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	3.9	---	2.9	5.7	8	3.6	4.6
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	542	---	392	64	2.373	120	684
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	76.4	---	72.6	67.8	79.1	70.3	70.8
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	75.4	---	70.4	84.0	76.4	67.2	69.4
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	77.7	---	75.5	71.6	81.7	74.3	73.9
Toplam doğurganlık hızı (%)	2.7	1.3	3.1	1.4	1.8	2.0	4.6
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	5	---	75	28	6	90	---
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	9	5.8	16	27	4	17	23
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	10	---	19	32	4	19	28
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	12	---	17	23	4	16	25
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	14	---	19	31	5	20	30
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	160	---	120	325	413	11	153
Hekim başına düşen nüfus	625	---	833	308	242	2.439	654

Tablo 15: sayfa 4 İSTATİSTİKLER	KAPSAYICI / BÜTÜNCÜ / TEKÇİL HİZMET TİPİ SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER					
	Ukrayna	Yeni Zelanda				
Yüzölçümü (Km ²)	503.700	268.676				
Nüfus (x 1.000)	48.902	3.846				
Nüfus artış hızı (%)	-0.6	1.1				
Km ² düşen kişi sayısı	85	14				
Okur-yazar oranı (%)	99.6	---				
Kişi başına GSYİH (\$)	4.350	19.760				
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	7.6	14.8				
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	4.3	8.3				
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	152	1.623				
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	67.2	78.9				
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	61.7	76.6				
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	72.9	81.2				
Toplam doğurganlık hızı (%)	1.2	2.0				
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	25	15				
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	17	6				
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	20	6				
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	16	6				
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	22	7				
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	299	226				
Hekim başına düşen nüfus	334	442				

Tablo 16: İSTATİSTİKLER	SOSYALİST / KOLEKTİVİST TİP SAĞLIK SİSTEMLİ ÜLKELER						
	Küba	S.S.C.B.					
Yüzölçümü (Km ²)	10.801	8.600.000					
Nüfus (x 1.000)	11.271	290.000					
Nüfus artış hızı (%)	0.4	0.8					
Km ² düşen kişi sayısı	---	33					
Okur-yazar oranı (%)	96.8	---					
Kişi başına GSYİH (\$)	5.259	---					
Genel bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%)	11.4	---					
Toplam sağlık harcamasının GSYİH payı (%)	7.2	---					
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$)	186	---					
Doğumda beklenen yaşam (Ortalama) (Yıl)	77.1	---					
Doğumda beklenen yaşam (Erkek) (Yıl)	75.0	---					
Doğumda beklenen yaşam (Kadın) (Yıl)	79.3	---					
Toplam doğurganlık hızı (%)	1.6	---					
Ana ölüm hızı (Her 100.000 canlı doğumda)	33	21					
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	7	22					
5 yaş altı ölüm hızı (ortalama)	9	---					
5 yaş altı ölüm hızı (Kadın) (Her 1.000 kişide)	7	---					
5 yaş altı ölüm hızı (Erkek) (Her 1.000 kişide)	8	---					
Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	590	227					
Hekim başına düşen nüfus	169	441					

A. ERDAL SARGUTAN

1.8. Değerlendirme

Aşağıda yer alan bazı ifadeler, sağlık hizmetleri talep sistemlerinin değerlendirildiği bölümde de yer almaktadır. Ülke sağlık sistemlerinin sonuç olarak ve bütünüyle değerlendirildiği bu bölümde de bunların tekrarlanması sebebi, sağlık sektörlerinin en önemli bileşeni olan Asıl Sağlık Hizmetleri talep sistemlerinin en belirleyici niteliği olan ödeme biçimlerinin yarattığı sonuçların, ülke uygulamalarında yer alan verilerle bir kere daha değerlendirilerek vurgulanması ve bütünlüğün sağlanması isteğidir.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımlar yıllardır oluşturulmaya çalışılmaktadır ve bundan sonra da oluşturulmaya devam edecektir.

Tümüyle doğru ve her ülkeyi içine alan kapsamlı bir sınıflandırma yapmak henüz mümkün olmamıştır.

Her ülke kendi tarihini, ekonomik kalkınmasını ve ülkedeki baskın politik ideolojiyi yansıtan bir ulusal sağlık sistemine sahiptir. Ayrıca uluslar arası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı yoldan etkilemektedir. Bu gibi farklı durumlar yüzünden çeşitli tipte sağlık sistemleri mevcuttur. Fakat bu durum bir genelleme yapılamayacağı sonucunu doğurmamalıdır.

Bu husus dikkate alınarak değerlendirildiğinde, herhangi bir ülke, örneğin Kapsayıcı türde sağlık sistemine sahip olabilirse, toplumuna sağlık hizmeti vermekte en fazla başarılı olma ihtimaline de sahip olabilir. Aynı ülke örneğin Sosyalist sağlık sistemini gerçekleştirmek istediğinde, buna temel olacak genel politik ve ekonomik yapılandırmaya diğer alanlarda da sahip olmasının gerekliliği, sistemin uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır. Bu sebeple, varsayılan bu ülkede Kapsayıcı sistemden bir sonraki başarılı uygulama şansı Refah Devleti Yönelimli sistemlerde olmaktadır. Serbest Pazar esaslı sağlık sistemi ise, orta gelirli ve yoksul insanları dahi kısıtlı hizmetle yetinme zorunluluğuyla baş başa bıraktığında, sağlık hizmetlerinin amacı bakımından en yetersiz sistem olarak değerlendirilmektedir.

Ülkelerle ilgili araştırma raporlarında yapılan incelemeye göre, Nikaragua'da sağlık verileri kabul edilebilir bir düzeyde olmasa da, ekonomik verileri daha iyi olan Türkiye ile karşılaştırıldığında, sağlık göstergeleri hemen hemen aynı düzeydedir. Bu durum Nikaragua'nın Kapsayıcı sağlık sistemini benimsemiş olması ve sağlık harcamaları için Türkiye'ye oranla daha fazla kaynak ayırmasına bağlanabilir.

Sağlık göstergeleri iyi veya belli bir düzeye yaklaşmış olan ülkelerin ağırlıklı olarak Kapsayıcı sağlık sistemini tercih ettikleri görülmektedir. Kapsayıcı sağlık sistemi yerine Refah Devleti Yönelimli sağlık sistemini tercih eden ülkelerin, halkın sağlık güvenliğini doğrudan doğruya garanti altına almasa da, onların çeşitli yaptırımlarla bir sosyal güvence veya sigorta kapsamına girmesini ve bu sigortaların da birtakım şartları taşımasını sağladıkları görülmektedir.

Kapsayıcı sağlık sisteminin gerçekleştirmeye çalıştığı amacı, Refah Yönelimli sistemde bu yolla gerçekleştirmeye ve sağlık düzeylerini yükseltmeye çalıştıkları söylenebilir.

Kapsayıcı sistemli ülkeler, insanların bir sigorta kapsamı altında olmasını sağlamakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkabilecek olumsuz durumları da iyi bir denetim sistemi kurarak en aza indirmeyi başarmışlardır. İsrail'de, diğer ülkelerden farklı olarak, halkın tamamına yakını sağlık vergisiyle sağlık güvenliği kapsamına alınmıştır.

GSMH'dan kişi başına düşen milli gelir ve yıllık ihracat rakamları karşılaştırıldığında, Türkiye'nin Küba'dan çok üst seviyelerde olduğunu gördüğümüz halde, sağlık verilerinde Türkiye'nin Küba'dan daha düşük seviyede olması, sistem sorunlarına bağlanabilir. Örneğin bugün yasal olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonuna Dair Kanun kapsamında Kapsayıcı sağlık sisteminin esas alındığı Türkiye sağlık sisteminin, yeniden çalışır ve etkili – verimli sağlık hizmeti verir hale gelmesi için yapılacak kamu harcamalarının karşılığının, yüksek bir dönüş olarak geri gelmesi beklenir.

Kapsayıcı sağlık sistemleriyle iyileşecek sağlık seviyelerinin, sosyal sağlık güvencesi olmayan insanlara sağlayacağı mutluluk yanında, makro ekonomik düzeyde olumlu etkilerle sağlanacak tasarrufun yeni kaynaklar yaratması söz konusu olabilir. Aynı sonuç, yeni kaynaklar yaratması şartıyla, Refah yönelimli bir yapıda da beklenebilir.

Sağlık sistemlerinin başarısı, oluşumundaki bileşenlerinde yatmaktadır. Ülke sağlık sistemleri bakımından bu bileşenlerin üzerinde önemle durmak, o ülkenin geleceğine de önem vermek anlamına gelmektedir.

Bulgular, kabul edilebilir sağlık seviyesine ulaşabilmek için maddi kaynakların bolluğundan daha çok, mevcut kaynakların yerinde ve verimli biçimde kullanılmasının önemli olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar arasında ve kaynakların temin edilmesi konusunda en önemli bileşen insandır. "İnsan" unsuru her sosyal yapının ve işleyişin temel faktörüdür. İnsan unsurunda bir bozulma söz konusu olduğu zaman, onun işlettiği sistemlerde ve bu sistemlerin faaliyetleri sonucunda üretilen mal ve hizmetlerin miktar veya kalitesinde de bozulmalar başlamaktadır.

O halde ne yapmak gerekir?

Sağlık sistemlerinde sağlık insangücünün öncelikle sayısal eksikliğinin giderilmesi ve mevcudun da büyük şehirlere yığılması önlenmelidir. Böylece sağlık sistemleri ve bunların devamındaki sağlık hizmetlerinin daha geniş kitleler tarafından alınabilmesi sağlanmış olacaktır. Sağlık insangücü sayısını ihtiyacın üzerine çıkarmak ulaşılabilirlik, denetim, rekabet ve kalite sağlamakta bir ön şart etkisi de sağlamaktadır.

İnsangücünün niteliği de çok önemlidir. Sağlık sistemlerinin işleyişi, sürekliliği ve seviyesinin yükselmesi bu insanlara bağlıdır. Bunun yolu, öncelikle tıp fakülteleri ve doktor sayısı olmak üzere sağlık insangücü sayısını artıracak, koruyucu sağlık hizmeti anlayışına ağırlık veren eğitim geliştirmekten geçmektedir. Pek çok ülkede sağlık hizmetlerinde sağlık insangücü sayısının eksikliği hâlâ görülmekte ve bu, diğer tüm uygulamaların da etkisizleşmesinde başlıca etkeni oluşturmaktadır.

Sağlık insangücünün hizmet içi ve sürekli eğitimlerinin sağlanması yanında, halkın sağlık eğitimi de, bir sağlık sisteminin olumlu yönde gelişmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Bir başka Yardımcı Unsur "Sağlık Yapıları"dır. Hastahanelerin atıl kapasiteye yer vermeden çalışması gerekir. Gerekli olmadıkça hastahane inşaatı ve donanımı yatırımlarına gidilmemelidir.

Sağlık donatımı ve ilaçların kusursuz ve eksiksiz olması için sağlık teknolojinin ve buna bağlı hizmetlerin geliştirilmesi de çok önemli bir husustur. Ülkelerin pek çoğunda sağlık teknolojilerinin geliştirilmesi ve donatımı seçiminde düzenli-kontrollü ihtiyaç değerlendirmelerinin uygulanması ihtiyacı sürmektedir.

Sürekli gelişen teknolojiye uyum sağlamak, yerli teknolojiyi gerçekleştirmek ve teknolojik savurganlığı önlemek, insan sağlığına verilen önemin bir gereğidir. İleri ülkelerin sağlık hizmetlerindeki başarılarının en önemli nedenleri arasında sağlık insangücü ve teknolojisindeki yeterlilikleri açıkça görülmektedir.

Donatım ve ilaçların gereksiz kullanımı dikkate değer bir noktadır. Çoğu zaman gereksiz ilaç verilmesi, ilaçların kutu ambalajlarda satılmasından dolayı kullanılmayan ihtiyaç fazlası olan ilaçlar, ilaçların marka olarak yazılması gibi sebepler yüzünden, pek çok ülkenin kaynaklarının boşa harcanmasına neden olmaktadır. Bu kaynaklar korunarak, sağlık sistemi içinde ihtiyaç duyulan başka alanlarda kullanılması sağlanılabilir.

Bir diğer Yardımcı Unsur "Bilgi"dir. Yapılan iş hakkında bilgi sahibi olmak da sistemlerin gerektiği gibi işlenmesi için gereklidir.

Ülkelerin sağlık sistemlerinin işleyişinin, gelir ve vergi sistemiyle de doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Vergisini gereğince toplayabilen, milli gelirini yükselten ve dağılımını dengeleyen ülkeler, sağlıktaki bir çok sorununu da çözmüş durumdadır. Ülkelerdeki gelir dağılımı dengesi ile birlikte eşit ve adil vergi sisteminin varlığı, sağlık sistemlerinin işleyişini olumlu yönde etkileyen bir unsur olarak belirlemektedir.

Devletlerin, sağlık hizmetlerindeki birinci derecede asli görev, yetki ve sorumluluklarını devam ettirmeleri yanında, özel sektörün de sağlık hizmeti arz ve talebine mümkün olan en büyük oranda katılımını hizmet esaslı olarak teşvik etmesi, kaynak kullanımını artıracaktır.

Öncelikli bir koşul olarak yönetim yetersizlikleri ve görev ihmallerinin giderilmesi mutlaka gerekmektedir. Sağlık yönetiminin hızla profesyonellesmesi gereği, birincil önceliklerden biri olarak kendini şiddetle hissettirmektedir.

Yerel yönetimlerin üzerine düşen katkıları sağlayarak, ana görevleri yerine getiren sağlık bakanlıklarına destek olması, iş bölümünün, kaynak yaratılmasını ve yerinden yönetimin bir gereğidir.

Sağlık bakanlıklarının bir yandan mevcut sistemlerin etkili ve verimli çalışmasını sağlarken, diğer yandan da sistemin bozukluklarını gidererek daha ileri bir düzeye yükseltmek için çaba sarf etmesi, zaman ve kaynak kazandırıcı bir strateji olacaktır.

Sağlık güvencesi sistemine dahil olanlardan başlayarak tüm fertlerin, sistemin uç noktalarından itibaren sağlık hizmet (başvuru, sevk) zinciri içinde olmalarını sağlayacak sistemler işletilmelidir. Bu hizmet zinciri hasta için başvuru, hizmet birimleri bakımından da sevk zinciri niteliğindedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi kaçınılmaz bir gereklilik olarak kabul edilmektedir. Yoksul, gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin geriliği, temel sorunların bir çoğunun doğmasına sebep olmaktadır. Bu durum, genel sağlık düzeylerini düşürmekte ve kısıtlı kaynakların pahalı tedavi hizmetleri için verimsiz olarak kullanılmasına yol açmaktadır.

Kırsal alan sağlık birimleri vasıtasıyla hizmetin en uç noktalara kadar ulaştırılması hedefi, tüm ülkelerin birincil sağlık hizmeti hedeflerinden bir haline getirilmesi yararlı olacaktır.

Aile hekimliği programlarının liberal anlayışla uygulanması için gerekli olan personel, donanım, eğitim, kaynak ve bilgi gibi bu sistemin ihtiyaç, imkan, alt yapı ve şartlarının hazırlanmasını sağlayacak geçiş planları hazırlanmadan, bu uygulamaya kalkışılması, başarısız bir denemeye dönüşebilir.

Sağlık sistemlerinde halkın etkinliklere etkili bir biçimde katılmasını sağlamak, olumlu sonuç alınmasında önemli bir etken olmakta, bu etmen verimliliği artırdığı gibi, sağlıkla ilgili kararların uygulanması açısından ve yeni kaynaklar yaratılması bakımından da faydalı olmaktadır.

Toplumun sağlık standardının yükseltilmesi amacıyla, sağlıkla ilgili olumlu alışkanlıkların yaygınlaşması ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele eylemleri profesyonel bir biçimde ve halkın katılımıyla ele alınmalıdır.

Hastahanelerde yığılmayı önlemek, tıbbi kayıtların düzgün bir biçimde toplanmasını ve gerektiğinde kolayca bulunabilmesini sağlamak, planlama ve yönetim işlevlerinin doğru yürütülmesi yanında, zaman ve kaynak kaybını önlemek gibi sebeplerle, etkili bir sağlık bilgi sistemi kurulmasına ve sistemi kullanacak personelin eğitime olan ihtiyaç, ülkelerin hemen hepsi için çok gerekli görülmektedir.

Kamu yönetim sistemleri ve satın alma mekanizmalarının yolsuzlukları önleyecek şekilde yeniden tasarlanması, ülkelerin tümü için bir zorunluluk olarak belirmektedir.

Birçok ülkede sağlık sistemini düzenleyen mevcut yasalar, sosyal amaçlı kamu sağlık hizmeti esaslı yanında özel sektöre de açık olan "Kapsayıcı" bir sağlık sistemi öngörmesine karşılık, sağlık hizmetleri alanında dünyadaki akımdan etkilenen siyasi, sosyal ve ekonomik söylemler ile, Serbest Pazar ve Refah Yönelimli unsurlar taşıyan sağlık ve sigorta sistemi önerileri hakim olmuş görünmektedir.

Bütün sağlık sistemlerinin, kaynakları yeterli ve gelir dağılımı dengeli olan ülkelerde başarılı olabildiği gözlemlenmektedir. Gelir seviyesi düşük ve dengesiz olan ülkelerde, başarıya ulaşılması için gerekli ön şartların oluşmadığı söylenebilir.

Refah Yönelimli ve zorunlu sigorta esaslı sağlık sistemi, insanların ihtiyaçlarını karşılayabilecek gelire sahip olması ve sağlığa yerince para ayırabilmesi koşuluyla başarılı olabilmektedir. Maddî durumları çok iyi olmayan kişilerin kendi imkanları ile sağlık hizmeti almaları çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu kişilere devlet eliyle sağlık hizmetlerinin götürülmesi gereklidir. Bu durumda bile, sigortalıların alacağı hizmet, sigorta sisteminin maddi imkanlarıyla sınırlı olacaktır.

Sistemler ve uygulamaları incelendiğinde, Serbest Pazar etkileri altında kalarak sistemleri bozulan sağlık yapılarında dikkati çeken en önemli sorun, sağlığın ticari bir meta olarak görülmeye başlanmasıdır. Denetim yetersizliği, sağlık sektörünün ilgili her kesim tarafından istismar edilmesi sonucunu doğurmaktadır. Uygulanan politikalar da bunu önleyici tedbirleri içermediği için, sonuçlar daha da vahim hale gelmektedir.

Ülkelerin büyük çoğunluğuna hakim bulunan "sistemsizleşmiş" sağlık hizmetleri, sağlıkla ilgili sorunları çözebilecek nitelikten gittikçe uzaklaşmaktadır.

II. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET ARZI

II.1. Sağlık Sektörü Arz Sistemlerinin Özellikleri

Sağlık sektörü arz sistemleri bazı genel özelliklere sahiptir. Hemen tüm ülkeler için geçerli olduğu söylenebilecek bu özelliklerin başlıcaları, başlıklar halinde şöyle sıralanabilir:

- Sağlık sektörü arz sistemlerinin karmaşık bir üretim yapısı vardır.
- Sektör, tümü sağlık hizmeti çıktısına yönelik hizmet ve mallar üreten, eğitimden kimya sektörüne kadar farklı alanlara yayılmış çok sayıda üretim ve arz birimlerini içerir.
- Temel olarak kâr amacı için değil, varlığının devamı için gerekli olan kazancı sağlamakla yetinerek çalışmaları beklenir.
- Hizmet piyasası / pazarı serbest değildir. Arz ediciler talebi kuvvetle etkiler.
- Tabip, arzın her yönüyle birincil belirleyicisidir.
- Bu sebeple, daha geçerli hizmet ve rekabet ortamı sağlayabilmenin, sağlık hizmetlerinin var olmasının, nicelik ve nitelik yeterliliğinin ön şartı, başta tabip olmak üzere, yeterli / ihtiyaçtan fazla sağlık insangücüne sahip olmaktır.
- Arz piyasasına genellikle serbestçe girilemez. Diploma ve benzeri yeterlik ön şartları vardır, bu şartlar kamu yönetimince denetlenir. Bu sebeple arz ve rekabet kısıtlı ve sınırlıdır.
- Bu durum, geleneksel şifacılar gibi kalitesiz hizmet sunucularının veya kendini tedavi ve tedaviden vazgeçme gibi sonuçların orta çıkmasına neden olabilir.
- Benzer ve diğer sebeplerle, güçlü tekelleşme eğilimleri oluşabilir.
- Meslek kuruluşları, ürün ve hizmetlerin asgari fiyatlarını belirlemede monopol etki yaratabilirler.
- Hizmet sunucuların dayanışma içine girerek denetim güçlerini artırma olasılıkları fazladır.
- Sigorta, sosyal güvence ve başka biçimlerde örgütlenmemiş tüketicilerin benzer bir güçleri yoktur.
- Hizmet sunucular, talebin daha yoğun olduğu bölgelerde toplanarak, hizmet dağılımının yapısını bozabilirler.
- Arz bir yandan hızla gelişen ve değişen bir teknolojik yapıya sahipken, diğer yandan da teknolojinin gelişmesine büyük ivme kazandırır.
- İleri, karmaşık ve pahalı teknolojiler aşırı teknoloji kullanımında, dışa bağımlılıkta, arz kısıtlılığında ve tekelleşme eğiliminde önemli rol oynarken, başarıyı artırıcı ve rutin işlemlerde fiyat düşürücü etkiler de yaratmaktadır.

- Arzın önemli ölçüde dışsallığı vardır, piyasayı olumsuz olarak etkileyebilir.
- Arz ve talep sistemlerinin aynı yapı içinde bulunması, hizmetlerin denetimini kısıtladığı için sakıncalıdır. Bu sebeple mümkün olduğunca ayrı ve birbirinden bağımsız yapılandırılmalıdırlar.
- Arz sistemlerinde teşhis, tedavi, eğitim, araştırma, danışma hizmetleri bir arada bulunabilir. Bu, hizmette birliktelik sağladığından yararlıdır.
- Arz sisteminin etkileri hem ekonomik hem de ekonomik olmayan yararlar sağlayabilir.
- Bu etki, hem nicelik hem de nitelik artışlarına yol açabilir.
- Arz edilen sonuç çıktılar çoğunlukla bilgi ve hizmete dayalı olduğundan, belli bir standarttan söz etmek çok zordur.
- Arz sisteminin sonuç ürünlerinin nicelik ve nitelikleri ile, sonuçlarının ölçülüp değerlendirilmesi her zaman kolay olmadığından, hangi ölçüm kriterlerinin kullanılacağı tartışmalıdır.
- Bu sebeplerle, kamu teşebbüsleri hizmet ve mal üreticisi ve arz edicisi / sunucusu veya denetçisi olarak genellikle piyasaya girebilmektedir.
- Aynı sebeplerle, kamu yönetiminin hizmet ve mallar üzerinde fiyat denetimi yapması da yaygınlıkla söz konusu olabilmektedir.
- Arzın yetersizliği sosyal sorunlar yaratabilmektedir.
- Bazen sağlık hizmetinin kendisine kıyasla otelcilik, eğitim, danışmanlık hizmetleri daha fazla ağırlık kazanabilmektedir.
- Arz sistemi ürünlerinin maliyeti sürekli olarak ve büyük oranlarda arttığından, kriz ortamına girilmemesi için optimum maliyet ve arz gereklidir.
- Arz ve talebi etkileyen unsurların çoğu ekonomik türdendir ve ekonomik unsurların üçlü etkenlerden biridir (92:17).
- Sağlık hizmetleri "kamu malı" olma niteliğini taşır ve bu hizmetleri üreten ve arz eden kim olursa olsun, bunların yeterli kalite, kantite ve bedelle mevcut bulunmasından ve ihtiyacı olanlarca en uygun şartlarla ve ihtiyacı olduğu kadar elde edilebilmesinden devlet sorumludur. Bu görev ve sorumluluklar devredilemez. Devlet, sağlık hizmetlerini ister kendisi bizzat üretsin ister başkalarının üretmesine imkan yaratsın, yukarıda belirtilen şartlarda "mevcut bulundurmak" ve ulaşılabilir, yararlanılabilir kılmak zorundadır.
- Bu sebeple, sorumluluklarına sahip çıkan bir devletin, sağlık hizmetleri arz ve talep sistemleri ile, arz ve talebin finansman sistemlerine müdahale ve düzenlemeler getirmesi, bu alanı asli ve birincil görev ve sorumlulukları arasında benimsemesi gerekmektedir.

- İyi bir sağlık hizmetinin nitelikleriyle ilgili hususların tüm fertler ve toplum kesimleri bakımından en iyi şekilde gerçekleşmesi ihtimalinin artması için, hizmetleri üreten ister kamu ister özel sektör olsun, görev ve sorumluluğun devlette olduğu ve tüm fertlerin sağlıklı güvencesinin bulunduğu "sosyal sağlık hizmetleri" uygulamasının olduğu ortamlara yaklaşımları hedeflenmelidir (91:61).
- Sağlık hizmetlerinde en büyük olumlu sonucu sağlamak yönünde
 - * Sektörler arasında,
 - * Arz ve talep sistemleri arasında,
 - * Kurumlar ve kesimler arasında,
 - * Hizmetler / ürünler arasında
 birbirini tamamlayarak en büyük olumlu sonucu sağlamak yönünde bütünlük ve devamlılık sağlanmalıdır (89:13).

II.2. Sağlık Sektörü Arz Sistemlerinin Talep Sistemlerine Etkisi

Ekonomi biliminin bir kuralı olarak, sağlık sektöründe de, hizmet taleplerinin ve talep sistemlerinin, hizmet arzını ve arz sistemlerini belirlemesi, güdülemesi, onu ortaya çıkarması, gerçekleştirmesi, iyi veya kötü olması, etkilemesi beklenir.

Ancak, talep sistemlerinin yeterince güçlü yapılanmadığı sağlık sistemlerinde daha etkili olmak üzere, günümüz sağlık sistemlerinin hemen hepsinde, sağlık bilimlerindeki ve iletişim imkanlarındaki gelişmelerin bir sonucu olarak, hizmet arzı ve arz sistemlerinin, hizmet ve ürün ihtiyacını, talebini, kantitesini ve kalitesini belirleme özelliğine büyük ölçüde sahip olduğu görülmektedir.

Ekonomik yapıda iyileşmenin başladığı dönemlerde, sanayileşme ve kalkınmanın getirdiği yeni çevre ve yaşam şartları yanında, gelişen kişi hakları kavramı, eğitim düzeyi ve artan gelirler sağlık hizmetleri talebini artırarak, hizmet arzının nicelik ve niteliğinin yetersizliğine yol açmakta ve onu da artış yönünde zorlamaktadır.

Bu süreç bir süre sonra hizmet arzının talebin önüne geçmesine, artık onu tahrik edip yönlendirmesine yol açmaktadır. Bu durum bazen istenerek, çoğunlukla da kendiliğinden olmakta, sonuçta piyasa arzın etki ve güdümüne girebilmektedir.

Bu gelişmelere paralel olarak, tıp alanında görülen çok hızlı ve sürekli gelişme, teknolojileşme, karmaşıklaşma, uzmanlaşma, sanat yönünün ağırlık kazanması gibi olgular da, sağlık hizmeti arzına müdahale etmeyi zorlaştırmaktadır.

Sonuçta sağlık hizmetlerinde, yapı ve işleyiş bakımından çok özel, diğer mal ve hizmet sunumlarında görülmeyen, her yönüyle hizmet sunucunun ve genel olarak da arzın hakimiyetinde bir arz-talep (pazar) ilişkisi ortamı oluşmaktadır.

Hemen bütün geri, gelişmekte ve gelişmiş ülkelerde kaynak yetersizliklerine ve sonuçta sağlık hizmetlerinde krizlere yol açan en önemli sebep olarak, sağlık sektöründe ve özel olarak Asıl Sağlık Hizmetlerinde arzın bu özellikleri görülmektedir.

Sağlık sektöründe sürekli olarak ortaya çıkan “iyileştirme ve yeniden düzenleme” ihtiyacı çoğunlukla, arz sistemleri ve ürünlerinin ulaşılabilirliği, yararlanılabilirliği, etkililiği, verimliliği gibi konularda, hizmet talep edicilerin şikayetlerinden kaynaklanmaktadır.

Bunun sonucu olarak talep ediciler, arz sistemleri ve hizmetlerini daha fazla kontrol edebilmeyi sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu yolla, daha iyi sağlık hizmeti elde etme imkanına ulaşılması umulmaktadır (89:21;91:5; 92:22).

II.3. Sağlık Sektörü Arz Sistemlerinin Ürünleri

Sağlık Sektörü ve Sağlık Hizmeti kavramlarının birbirinden farklı anlamlar ve kapsamlar içerdiği hatırlanmalıdır.

Özetle, **sağlık sektörü**, kişisel sağlık hizmeti vermek ve toplumun sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan, sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü **üretmek / arz etmek** ve **talep etmek / tüketmek** üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile, bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün, ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavramdır.

Sağlık sektörü ve ürünleri denildiğinde, içinde sağlığa ve sağlık hizmetlerine **uzak** etkili, **yakın** etkili ve **asıl** sağlık hizmetlerinin bulunduğu, **tüm sektörü kapsayan alanlar** ve bu alanda **üretilen mal ve hizmet türü bütün ürünler** anlaşılır. İnsan unsuru dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin **Dört Temel Unsuru** içinde var olan ve **sağlık hizmeti arz ve talebinde** yer / pay alan mal veya hizmet türü her türlü nesne / unsur genel anlamda **sağlık sektörünün ürünleridir**.

Sağlık Sektörü Arz Sistemleri ise, Sağlık İnsangücü, Yardımcı Unsurlar. Arz Düzenleri ve Yönetim Yapılarından oluşan **Dört Temel Unsurun üretimi ve arzı** yanında; bu dört temel unsur kapsamındaki mal ve hizmetleri kullanarak, **sistemin** yoğun hizmet nitelikli **sonuç çıktısı** olarak, koruma ve tedavi amacıyla doğrudan kişilere / hastalara uygulanan **Sağlık Hizmetlerini / Asıl Sağlık Hizmetlerini de üretip arz eden sistemlerdir**.

Sağlık Sektörü **Arz Sistemlerinin** sonuç nitelikli temel arzı da, **Talep Sistemlerinin** temel talebi de **Asıl Sağlık Hizmetleridir**.

Bu noktada, sektörde sağlık hizmeti üretmek için kullanılan mallarla birlikte adı geçen diğer üretim unsuru olan “**hizmet**” ile, sağlık hizmetlerinin asıl ürünü ve amacı olan çıktı / sonuç “**sağlık hizmeti**” kavramlarının birbirinden farklı olduğu da hatırlanmalıdır.

Sağlık Sektörü Arz Sistemlerinin Ürünleri başlıklı bu bölümde, sağlık hizmetlerinin dört temel unsurunun üretim ve arz sistemleri ele alınacaktır.

Bu dört unsurdan biri olan ve sağlık hizmetleri arz sistemlerinin çıktılarının / ürünlerinin üretim ve arzını gerçekleştirdiği Arz Düzenleri ile, bu düzenler içinde üretilip arz edilen, sağlık hizmetlerinin asıl / hedef / sonuç çıktılarının yer aldığı Asıl Sağlık Hizmetleri daha ayrıntılı biçimde incelenecektir.

Talep ve arzın her ikisinde de ayrı ayrı yer alan, hizmetlerin oluşumunda bir bütün teşkil eden, bu çerçevede, sağlık hizmetlerini üretip arz etmek için ihtiyaç duyulan **sağlık hizmetlerinin dört temel unsurunu** (sağlık insan gücü, yardımcı unsurlar, arz düzenleri, yönetim yapıları) üretip arz eden sağlık sektörü **arz** sistemleri ve alt sistemlerinin **türleri**, bu temel unsurlara paralel olarak:

- **Sağlık İnsan Gücü** arzı,
- **Yardımcı Unsurlar** arzı (mal ve hizmet),
- **Asıl Sağlık Hizmetleri Arz Düzenleri** (mekanizmaları),
- **Arz Yönetim Yapıları**,
- Bu **dört unsurdan bir kaçına** birden yönelik **karma nitelikli** arz,
- **Arz ve talep amaçlarının bir arada** bulunduğu **karma nitelikli** sistemler

olmak üzere altı grupta toplanabilecek sistem ve ürünlere sahiptir denilebilir (89:22; 92:2).

II.3.1. Sağlık İnsan Gücü Arzı

Sağlık insan gücü sağlık hizmetleri sunumunda en önemli hizmet üretim unsurudur.

Genel olarak, sağlık hizmetleri maliyetinin %60'ından fazlasını insan gücü maliyeti oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri çok özel teknik bilgi ve becerilerle donanmış, bu bilgi ve becerisini "ekip anlayışı" ile bütünleştirip uygulamaya dönüştüren bir insan gücüne ihtiyaç duymaktadır.

Sağlık hizmetlerinin her kесе, her yere, eşit, adil, etkili, kaliteli, ekonomik ve ulaşılabilir nitelikte sunulmasında temel ihtiyaç, yeterli sayı ve kalitede sağlık insan gücünün varlığıdır.

Sağlık hizmetlerinin boyutu, sektörler arası ve disiplinler arası iş ve güç birliği ile toplum katılımını gerektirdiğinden, bu hizmetler değişik alanlarda eğitim görmüş, gerekli bilgi ve becerileri olan kişilerden oluşan ekipler tarafından verilmektedir (28:147).

WHO, "insan gücü geliştirme" kavramını insan gücünün planlanması, üretimi (eğitimi) ve yönetimi, başka bir deyişle ihtiyaçların tespiti ve sağlık çalışanlarının gerektiği gibi eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve sağlık sistemlerinde kalmaları için kariyer gelişimi olanaklarını sağlayacak adımlarının atılması olarak tanımlanmıştır.

Planlama, makro ve mikro planlamayı içerir ve insan gücü ihtiyaçlarını, insan gücü dağılımını, personel standartlarını, görev kadroları ve niteliklerini belirler ve denetim yapısını kurar. Eğitim, hizmeti sunacak insan gücü gruplarını, çalışma koşullarını ve ortamını tanımlar, personelin temel eğitimi ve sürekli eğitimini içeren eğitim programlarını düzenler ve yürütür, programların kredilendirilmesini sağlar. Yönetim ise işe alma ve personel seçme, denetim, izleme, performans değerlendirmesi, ücretlendirme, terfi, motivasyon, teşvik ve kariyer gelişimi konularını kapsamaktadır (56:1).

II.3.2. Yardımcı Unsurlar Arzı

Sağlık hizmeti üretim ve arzında yer alan dört temel unsurun en önemlisi olan Sağlık İnsangücünden sonra gelen ikinci önemli unsur, Yardımcı Unsurlar kapsamına girenlerdir.

Yardımcı Unsurlar sağlık insangücünün sağlık hizmeti üretmesi için gerekli olan bilgi, alt yapı, fiziki alan, enerji, makine, teçhizat, cihaz, donanım, araç, malzeme, diğer ihtiyaç maddeleri, personel giderleri, mali kaynak ve benzerleri gibi çok çeşitli ve yaygın kullanımı olan unsurlardır.

Sağlık hizmetlerinin üretim ve arzı ile ilgili her türlü kuruluş, işletme, üretim, pazarlama, sunum faaliyetinde Yardımcı Unsurlara ihtiyaç duyulur.

Ayrıca, sağlık hizmetleri üretim ve arzı amacıyla faaliyet gösteren arz sistemleri, ürünlerini üretmek için bu üretim unsurlarına ihtiyaç duydıklarında, aynı zamanda bir talep edici niteliği kazanırlar ve bu üretim unsurlarını talep edip / tüketirler.

Örneğin hastahaneler aslında birer sağlık hizmeti üreticisi / arz edicisi / sunucusu oldukları halde, bu işlevlerini yerine getirebilmek için Sağlık İnsangücü çalıştırırlar, Yardımcı Unsurları sağlayıp kullanırlar, bir Yönetim Yapısı oluşturabilmek için gerekli unsurları bünyelerine katarlar ve tüm bunları elde etmek için bir Talep Düzeni kurarlar.

Sağlık hizmeti arz sistemlerinde kullanılan önemli Yardımcı Unsurlar aşağıda ele alınmaktadır.

II.3.2.1. Sağlık Sektörü Arz Sistemlerinin Mali Yapısı

Sağlık sektörü arz sistemlerinin mali yapısı denildiğinde, sağlık hizmetlerinin dört hizmet üretim ve arz unsuru alanında sayılan, sağlık mal ve hizmet Arz Düzenlerinin kuruluş, işleyiş, üretim ve arz faaliyetleri için gerekli olan, bütün maliye (finans) sistemi yapıları ve mali kaynakları ile ilgili tüm konular kastedilmiş olmaktadır.

Bu kapsamda, öncelikle hangi amaçlar için mali kaynağa ihtiyaç duyulduğu ve daha sonra da bu ihtiyacın hangi kaynaklardan sağlanabileceği konuları önem kazanmaktadır.

Görüldüğü gibi, sağlık hizmetleri arzında bedava mal ve hizmet üretip arz etme imkan ve sistemi mevcut değildir (89:25; 92:10).

II.3.2.1.1. Arz Sistemleri Mali Kaynaklarının Kullanım Amaçları

Sağlık sektörü arz ve talebinde ortak olan dört temel unsura paralel olarak, sağlık sektörü arz sistemlerinin sağlık hizmetleri arzı ile ilgili mali kaynakları da, dört temel hizmet üretim ve arz unsurunu gerçekleştirilebilmek için kurulup işletilmektedir.

Bu amaçlar şöyle sıralanabilir:

- Sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdamı için gerçekleştirilen kamu sektörü, özel sektör, sigorta, kişisel, yardım veya karma kaynaklı, **Sağlık İnsangücü arzı amaçlı** her türlü harcamalar ve buna yönelik sistemler.
- Sağlık hizmetleri üretim ve arzı için gerekli olan kuruluş, işletme, üretim ve arzıyla ilgili Yardımcı Unsurların temini ve kullanılması için gerçekleştirilen kamu sektörü, özel sektör, sigorta, kişisel, yardım veya karma kaynaklı, **Yardımcı Unsurlar arzı amaçlı** her türlü harcamalar ve buna yönelik sistemler.
- Sağlık hizmeti ürünlerini (mal ve hizmet) üretilip arz etmek için gerçekleştirilen kamu sektörü, özel sektör, sigorta, kişisel, yardım veya karma kaynaklı, **Asıl Sağlık Hizmetleri Arz Düzenleri** (mekanizmaları) **amaçlı** her türlü harcamalar ve buna yönelik sistemler.
- Sağlık hizmeti ürünlerini (mal ve hizmet) üretilip arz edecek düzenleri / ilgili sistem ve alt sistemleri kurup yönetmek / işletmek için gerçekleştirilen kamu sektörü, özel sektör, sigorta, kişisel, yardım veya karma kaynaklı, **Arz Yönetim Yapıları amaçlı** her türlü harcamalar ve buna yönelik sistemler.

II.3.2.1.2. Sağlık Sektörü Arz Sistemlerinin Mali Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin dört temel unsuruya ilgili amaçları gerçekleştirmek için gerekli olan harcamalar, belirli mali (finansal) kaynaklardan sağlanmaktadır.

Bu mali kaynaklar, **dört temel unsurun her biri için ayrı ayrı olmak üzere**, aşağıdaki gibi ayrıntılandırılabilir (92:17).

SAĞLIK SEKTÖRÜ ARZ SİSTEMLERİNİN MALİ KAYNAKLARI

A- SADECE ARZ AMAÇLI OLAN MALİ KAYNAKLAR

a- KAMU MALİ KAYNAKLARI

- 1) **Merkez: Yönetimlerin** sağlık hizmeti arzı harcamaları
Merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. birimleri veya bu işle görevli birim
- 2) **Federe Devlet / Eyalet / Özel İdarelerin** sağlık hizmeti arzı harcamaları
Merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. birimleri veya bu işle görevli birim
- 3) **Yerel Yönetimlerin** sağlık hizmeti arzı harcamaları
- 4) **Sağlık Vergisi** kaynaklı sağlık hizmeti arzı harcamaları
- 5) **Diğer kamu kaynaklarının** sağlık hizmeti arzı harcamaları

b- ÖZEL MALİ KAYNAKLAR

- 5) **Özel Sektör Kuruluşlarının** (yerli ve yabancı) **Doğrudan** sağlık hizmeti arzı harcamaları

6) Kişilerin Doğrudan sağlık hizmeti arzi harcamaları

Özel sektör kuruluşu niteliği kazanmadan ve kayıt dışı hizmet arzi
(**Kişilerin Dolaylı** sağlık hizmeti arzi harcamalarının hemen tamamı
Özel Sektör Kuruluşları kaynakları içinde yer aldığından, o grupta
ele alınmaktadır)

_) **Diğer özel kaynakların** sağlık hizmeti arzi harcamaları

c- DİĞER MALİ KAYNAKLAR

Kamu ve Özel karma kaynaklı, dayanışma ve yardım ağırlıklı

(**Sosyal Güvenlik** esaslı harcamalar Kamu Kaynaklarına dahildir.)

Sağlık Sigortası Kuruluşlarının (yerli ve yabancı, Kısmi veya Tüm
Toplum için sağlık hizmeti arzi harcamaları

7) ***Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası Kuruluşlarının** sağlık hizmeti
arzi harcamaları (Kısmi veya Tüm Toplum için)

8) ***Zorunlu Özel Sağlık Sigortası Kuruluşlarının** sağlık hizmeti arzi
harcamaları (Kısmi veya Tüm Toplum için)

9) ***İsteğe Bağlı Sosyal Sağlık Sigortası Kuruluşlarının** sağlık hizmeti
arzi harcamaları (Kısmi veya Tüm Toplum için)

10) ***İsteğe Bağlı Özel Sağlık Sigortası Kuruluşlarının** sağlık hizmeti
arzi harcamaları (Kısmi veya Tüm Toplum için)

Yardım Amaçlı Kuruluş Ve Kişilerin sağlık hizmeti arzi
harcamaları (yerli ve yabancı)

- **Yardım Amaçlı Kuruluşların** sağlık hizmeti arzi harcamaları

11) ***Kamu Sosyal Yardım Kuruluşlarının** sağlık hizmeti arzi
harcamaları

UN, WHO, UNICEF vb. dahildir

(SHÇEK benzeri kuruluşlar. Kamu Kaynakları arasındadır)

12) ***Toplumsal Yardım Kuruluşlarının** sağlık hizmeti arzi harcamaları

Kızılay, Kızılhaç azınlık ve cemaat grupları, bazı vakıf benzeri
kuruluşlar dahildir

13) ***Özel Yardım Kuruluşlarının** sağlık hizmeti arzi harcamaları

Vakıfların çoğu, şirketlerin yardım kuruluşları ve doğrudan
yardımları dahildir

- **Yardım Amaçlı Kişilerin** sağlık hizmeti arzi harcamaları

14) ***Kişilerin Yardım Amaçlı Doğrudan Harcamaları** kaynaklı sağlık
hizmeti arzi harcamaları

Ücretsiz hizmet sunan sağlık profesyonelleri dahildir

_) - **Diğer** yardım kaynaklarının sağlık hizmeti arzi harcamaları

_) **Diğer sağlık hizmeti arz kaynaklarının** sağlık hizmeti arzi
harcamaları

d- KAMU, ÖZEL VE DİĞER MALİ KAYNAKLARIN BİR ARADA OLDUĞU KARMA ARZ MALİ KAYNAKLARI

Yukarıdaki sağlık hizmeti arzı amaçlı sistem ve kaynakların bir kaçının bir arada uygulandığı sağlık hizmeti arzı harcamaları

B- ARZ VE TALEP AMAÇLARININ BİR ARADA OLDUĞU KARMA MALİ KAYNAKLAR

Yukarıdaki sağlık hizmeti arzı amaçlı sistem ve kaynaklardan bir veya birkaçının, sağlık hizmeti talebi amaçlı sistem ve kaynaklardan bir veya birkaçıyla bir arada uygulandığı sağlık sistemleri (92:11).

II.3.2.2 Sağlık Teknolojisi

Teknolojinin dayanağı teknik, tekniğin dayanağı bilim, bilimin öncesi de bilimsel bilgi ve bilgidir.

Bilgi sözcüğü Türkçe'de bilinen şey (bilgi) ve malumat (enformasyon) anlamlarının ikisi için de kullanılmaktadır.

Bilgi çeşitli yollarla edinilebilir:

- Ampirik olarak, gözlemleyerek bilgiye ulaşılabilir,
- Hazır bilgi kullanılabilir,
- Bilgiye rasgele, tesadüfen ulaşılabilir,
- Başka alanda kullanılan bilgiyi uyarlayarak elde edilebilir,
- Analitik ve sentezleyici araştırmalarla bilgi elde edilebilir.

Bilimsel bilgi, sistemleştirilmiş, sınıflandırılmış ve genellenmiş bilgiler (bilgi ve malumat) bütünüdür.

Bilimsel bilginin **teorik** ve **uygulama** alanları vardır. Bilgiyi yaratanlar, araştırmacılar ve sahada uygulayanlar olarak ikiye ayrılabilir.

Bilim, öğrenim ve tecrübenin oluşturduğu sistematik bilgidir. Bir olgu çok sayıda gözlemlenmesine karşın sistemleştirilmemiş, sınıflandırılmamış, genellendirilmemiş ve bu haliyle kayıt edilmemiş, yazılmamış ise bilimsel bilgi yani bilim olmaz, bilgi olarak kalır.

Bilimsel bilgide **sebeup** ve **sonuç** arasında ilişki, bütünlük, uyum aranır ve aynı sebeplerin aynı sonuçları vermesi beklenir. Bu ilişkinin herkes tarafından kabul görmesi bilimsel genellemeleri oluşturur. Genelleme yapabilmek için, o olguda bilgi birikiminin oluşması gerekir. Aynı olgunun çok sayıda gözlemlenmesinden ortaya çıkan karşılaştırmalı, ortak sebep ve sonuç ilişkileri bir araya geldiğinde bilimsel bilgi oluşur. Araştırmacı bilgi birikimini sınıflandırıp genellebiliyorsa fayda sağlayabilir.

Teorik alanda daha çok genelleme ve sınıflandırma ile ilgilenilir. Uygulamacı bu bilgiyi kullanır. Teorik bilgiler doğru ve uyumlu uygulamalarla test edilmeli, teorik çalışmalar uygulama alanları ile desteklenmelidir. Uygulamaların bilimsel olması için de sistemleştirilmesi, sınıflandırılması ve genellenmesi gerekir.

Bilginin bir metot haline uyarlanarak kullanılması **teknik** aşamasına dönüşmesi anlamına gelir. Teknik, bilginin uygulanma, bir işi yapma biçimidir ve bilinçli veya bilinçsiz, belirli veya belirsiz, soyut veya somut, bilimsel veya bilimsel olmayan bir bilgiye dayalıdır.

Teknik, bir amaç için, belli bilgi ve becerilerin, gerektiğinde belli nesnelere birlikte uygulandığı işlem, yöntem, süreç anlamını içerir.

Teknik, mutlaka bir alet kullanılmasını gerektirmez. Bilginin doğrudan doğruya hayatta kullanılıyor olması da bir tekniktir. Örneğin, düşünmenin kendisi ve düşünme şekilleri de birer tekniktir.

Teknolojinin kelime anlamı "**teknik bilimi**"dir. Genellikle tekinğin, kişisel uygulamalardan daha yaygın bir kullanım haline dönüşmüş uygulamalarını vurgular ve kişisel olarak yahut sanayi tipi üretimde bir iş yapma biçimine, bir araca, bir gerece, bir malzemeye uygulanması içeriğinde kullanılmaktadır.

Teknoloji, bir amaç için, belli teknik bilgi, işlem, yöntem ve süreçlerin, doğrudan veya (malzeme: alet / takım, cihaz, makine, buluş, tertibat ve diğer malzemeler, diğer donatım ve sistemler, diğerleri gibi) belli nesnelere uyarlanarak, bir bütünlük içinde uygulanması olarak tanımlanabilir.

Bir sıralama yapmak gerekirse teknoloji teknikten, teknik bilimden, bilim bilgiden gelişir. Teknolojinin temeli bilimdir fakat, sadece bilginin kullanıldığı tek yönlü bir süreç değildir, uygulama sırasında yeni bilgiler edinmemizi de sağlar. Bu, durmadan gelişen, birbirinin üzerinde yükselen sürekli bir süreçtir (96:1-4).

Sağlık Tekniği ve Teknolojisi ifadeleri sadece ileri teknolojilerin kullanıldığı alet ve makinelerle değil, herhangi bir alet kullanmadan sadece konuşma yoluyla veya ellerle uygulananlar da dahil olmak üzere, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetini üretmek ve arz etmek amacıyla başvuru, sağlıkla ilgili her türlü felsefe, sistem, düşünce, metot, uygulama ve benzeri teknikler ile, bu teknikleri sağlık donatımı ve ilaçlar yoluyla kullanmaya imkan veren teknolojik uygulamaların tümünü ifade eden bir kavram, deneyim ve nitelemedir.

Sağlık Tekniği ve Teknolojisi kavramları, **Tıp Tekniği, Tıbbi Teknik, Tıp Teknolojisi ve Tıbbi Teknoloji** gibi kavramları da içeren fakat ondan çok daha geniş kapsamlı ve bu anlamda daha doğru bir kavram olarak kullanılmaktadır.

Sağlık Donatımı terimi, **Tıbbi Donatım**'ı da içine alan ve doğrudan doğruya sağlık hizmeti üretmek için kullanılan tüm donatımı kapsamaktadır.

Sağlık insan gücü tarafından sağlık hizmeti üretmek için kullanılan tüm teknikler şöyle gruplandırılabilir:

- Herhangi bir donatım (malzeme, alet, makine vb.) ve ilaç kullanılmayan salt kişisel **bilgi** ve **beceriye** dayalı teknikler,
- **Donatımdan** (malzeme, alet, cihaz ve benzeri) yararlanılan teknikler,
- **İlaçlardan** yararlanılan teknikler,
- Bu tekniklerin iki veya üçünden bir arada yararlanılan **karma** teknikler.

Bu sınıflandırmaya paralel olarak, bilgi ve beceri dışında kalan çeşitli sağlık tekniklerinin uygulanması sırasında yararlanılan

- **Donatım** imalatında ve kullanımında yararlanılan teknolojiler,
- **İlaç** üretiminde ve kullanımında yararlanılan teknolojiler

olmak üzere, **sağlıkla ilgili iki tür teknolojinin** varlığından söz edilebilir.

Sağlık teknik ve teknolojisi uygulamalarında bilgi ve beceri dışında kullanılan donatım ve ilaç türü tüm şeyler / objeler, **Teknolojik Nesne** olarak adlandırılabilir (96:71-74).

Uzun asırlar boyunca oldukça basit ve ucuz teknikler kullanılan sağlık hizmetlerinde, bilim ve teknolojiadaki gelişmelere paralel olarak, önce basit teknoloji ürünlerinin kullanımına başlanmış, daha sonra, hem kullanılan teknikler hem de yararlanılan teknolojiler hızlı ve sürekli bir değişim içine girerek gelişmiş, çeşitlenmiş ve karmaşıklaşmıştır.

Bu gelişmenin hızlanarak ve yeni uzmanlaşmalara yol açarak yoğunlaştığı, sağlık kuruluşlarının karmaşık teknik donanımlı yerler haline aldığı, sağlık hizmetlerinin bir endüstriye dönüştüğü gözlemlenebilmektedir (96:67-68).

Sağlık teknik ve teknolojileri alanında görülen bu çok hızlı gelişme, değişim ve yaygınlaşmalar, gerek hasta ve yakınlarının, gerek bu yeni teknikleri kullanan profesyonellerin ve gerekse sağlık idarelerinin davranış biçimlerini de etkileyip değiştirmekte; sağlık yönetimlerinin tepki ve tavırlarında, kontrollülükten başıboşluğa kadar değişen çeşitlilikler görülebilmektedir.

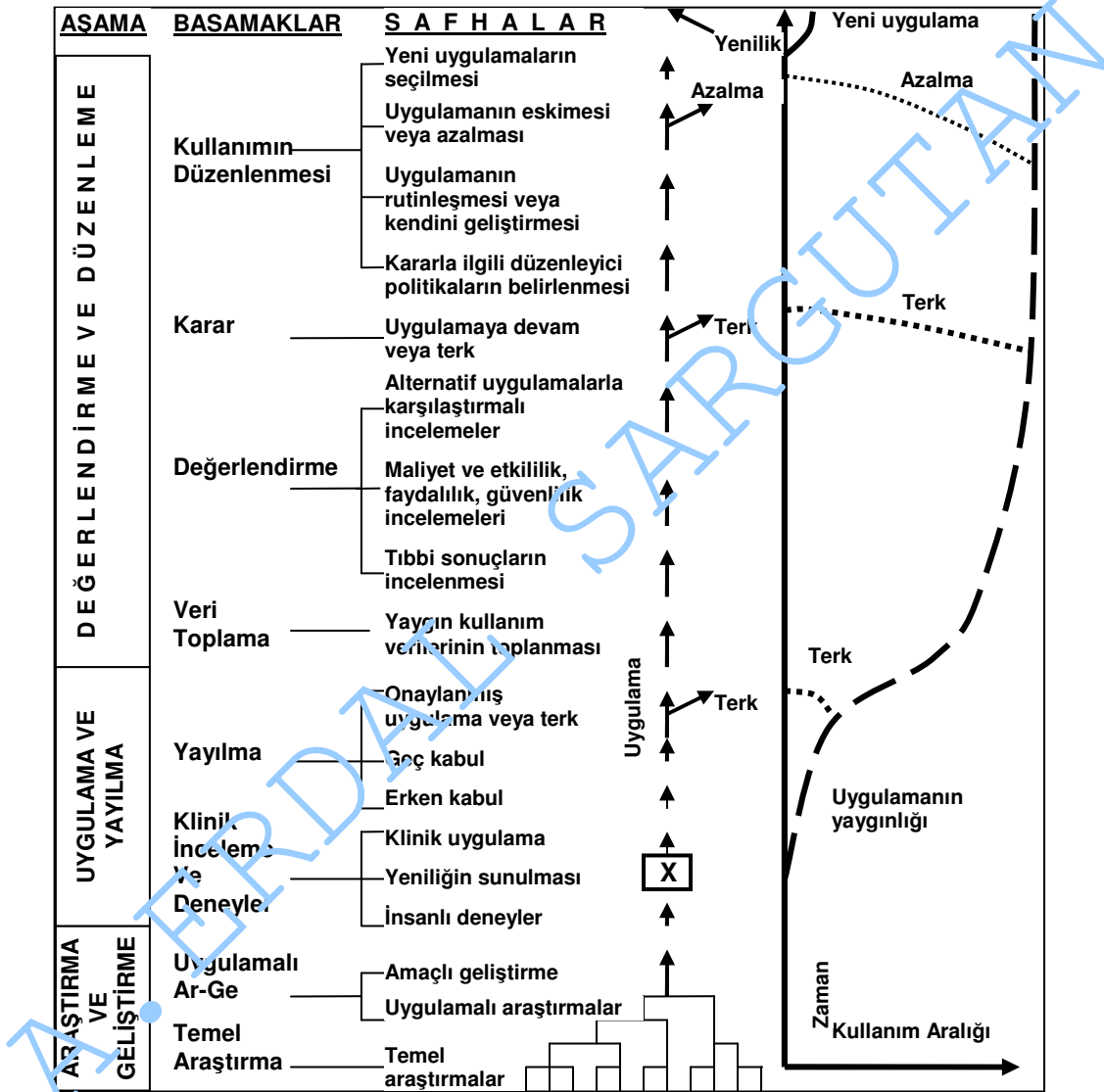
Hangi tutum içinde bulunulursa bulunulsun, yeni teknik ve teknolojilerin, genel ve hızlı bir artış eğilimi içinde olan sağlık hizmetleri maliyetlerini en fazla etkileyen etmen oldukları kabul edilmektedir.

Yeni sağlık teknolojilerinin geliştirilmesi, kullanıma alınması ve kullanımdan kaldırılmasının önceden belirlenmiş, düzenli bir politikaya bağlanmasında büyük yarar ve gerek vardır. Bu konudaki olumlu örneklerden bir olan çok temel ve geniş kabul görmüş çalışma, Amerika Birleşik Devletleri Kongresi Teknoloji Değerlendirme Bürosu (Office of Technology Assessment: OTA) tarafından yayımlanmış olup, çalışmada yer alan görüşler, yine aynı yayının içindeki bir şemada özetlenmiştir. Bu şema birçok yazar tarafından da kullanılmış olup, tarafımızdan geliştirilen **Sağlık Teknik Ve Teknolojilerinin Düzenli Ve Kontrollü Gelişme Aşamaları**'nı gösteren şema aşağıdadır (96:79-81)

Gelişmiş ve genel olarak ileri teknolojik seviyeye sahip ülkelerin, çoğunlukla, hem bilim ve teknoloji ile ilgili genel tavırlarında ve hem de sağlık teknik ve teknolojileri konusunda, **kontrollü** ve **düzenli** bir yönetim politikası uygulamakta oldukları görülmektedir.

Buna karşılık, gelişmekte ve gelişmemiş olan ülkeler, genel ve sağlık teknik ve teknolojileri konusunda, kullanıcıların baskılı talebi, kaynak darboğazları, idarecilerin / planlamacıların **politikasızlık** ve şaşkınlıklarından oluşan bir başıboşluk ve karmaşa içinde görünmektedirler.

Şema 5: Sağlık Teknik Ve Teknolojilerinin Düzenli Ve Kontrollü Gelişme Aşamaları



Kaynak: OTA (1976) Development of Medical Technology: Opportunities for Assessment, Office of Technology Assessment, U.S. Congress, CPO Stock No. 052-003-00217-5 Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; aktaran: Banta H. D., Kemp K. B. (ed.ler) (1982) The Management of Health Care Technology in Nine Countries, Springer Publishing Company, New York; geliştiren: Sargutan A. E. (1996) Türk Bilim Ve Teknoloji Politikasının Bir Unsuru Olarak Sağlık İdaresinde Teknik Ve Teknoloji Politikaları, Sağlık Yayınları, Ankara, s: 47; Sargutan A.E. (2005) Sağlık Sektöründe Ve Sağlık Kuruluşlarında Teknoloji Yönetimi, Başaran Teknik, Ankara.

Konunun, ülkelerin çoğunda ikili tıkanıklık karakterinde görüldüğü söylenebilir. Bir yandan artan kantite ve kalitede sağlık hizmeti talepleri, öte yandan mali kaynaklarının yetersizliği ve politikasızlık, kamu ve özel sektörün teknoloji kullanımını ve sağlık hizmetleri üretim / arz ve talep / tüketim sistemlerini baskı altına almakta, verimsiz - yetersiz kaynak kullanımına ve üretime sebep olmaktadır.

Yeni sağlık teknik ve teknolojileri konusunda halkın, profesyonel sağlık meslek mensuplarının ve sağlık idarelerinin arasında önemli ve belirleyici yaklaşım farkları varsa da, genel yaklaşımları temelde aynıdır ve gelişmeleri uygulamak yönündedir. Tüm yaklaşımları, kendi "gerekçe"lerinin belirlediği akılcılık sınırları içinde, sosyoekonomik imkan ve ihtiyaçlarla belirlenen bir zemine oturtma gereği açıktır.

Yeni teknik ve teknolojilerin kullanıma alınması sırasında **ilk zorluk** bu noktada ortaya çıkmaktadır. Gerek kuruluş ve gerekse işletme masrafları için lüzumlu olan mali kaynak ihtiyacı çoğu zaman yüksek olmakta, finansman ihtiyacının uygun şartlarda çözümünün gerekliliği ise, yönetimler için daima sorunlar yaratmaktadır.

İkinci zorluk gereksiz, aşırı ve yanlış kullanımın doğurduğu tıbbi ve mali sonuçlardır. Olumsuz tıbbi sonuçlar etik ve hukuki meseleler yaratabilir. Olumsuz mali sonuçlar ise, sağlığı koruma, teşhis ve tedavide yükselen maliyetlerdir. Masrafları ister devlet hazinesi, ister mahalli idare kaynakları, ister fertler tarafından sigorta kuruluşları eliyle dolaylı yahut doğrudan kişisel ödemeler şeklinde karşılansın, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların erken ve verimsizce tükenmesi ile, ödeyicilerin rasyonel ve optimum maliyetten ödeme yapma istekleri, arz ve talep edicileri çatışma içine çekebilmektedir.

Bu noktada **problem cümlesi** şöyle özetlenebilir: Kısıtlı mali kaynaklarla, yeni sağlık teknik ve teknolojilerinin bulunduğu imkanlardan en fazla nasıl yararlanılabilir ve bu amaçla ne tür yönetim politikaları uygulanabilir?

Problemin çözümü, hem idari, mali ve teknik, hem de tıbbi sonuçları bakımından önemlidir (96:67-70).

Bu çözümü, sağlık teknik ve teknolojileri için sürekli olarak **teknoloji değerlendirilmesi** sürecinin işletilmesinde bulunabilmektedir.

Teknolojiye ileri olan ülkeler bu alanda pek çok değerlendirme rehberleri bulunmakta, yaygın kullanılan bilgi kaynaklarına ulaşılabilir.

Sorun, bu değerlendirmeyi yapmayı gerçekten istemek, uygun çalışma ortamını hazırlamak ve bunu yasal olarak düzenleyip uygulamakta düğümlenmektedir.

Sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi işlevi, fertlerin kendi kişisel sağlıklarıyla ilgili karar vermelerinde, sağlık personelinin hastalara uyguladıkları tedavi ve bakımda, sanayinin sağlık ürünlerini geliştirmesinde, politikacıların kanun ve kuralları düzenlemelerinde ihtiyaç duydukları, tıbbi teknolojiyle ilgili bilginin elde edilmesini sağlayan bir araştırma yöntemleridir.

Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri Kongresi Teknoloji Değerlendirme Bürosu (Office of Technology Assessment) OTA'ya göre genel olarak sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi şu dört aşamayı içerir:

1. Tanımlama: Teknolojiyi izleme, üzerinde çalışılacak teknolojiyi belirleme,
2. Test: Üzerinde çalışılan teknolojiyle ilgili uygun analiz ve denemeleri gerçekleştirme,
3. Sentez: Testlerin sonuçlarını değerlendirme, öneri ve kararları tespit etme,
4. Yayınlanma: Üzerinde çalışılan teknoloji ile ilgili kurumlara ve kişilere, elde edilen sonuçları ve kararları gönderme ya da duyurma.

Bu değerlendirmede, söz konusu teknolojinin tıbbi, ekonomik ve sosyal etkileri temel olarak incelenir.

Sağlıkla ilgili etkiler değerlendirilirken rasgele klinik çalışmalar, gözleme dayalı çalışmalar, kohort çalışmaları, vak'a kontrol çalışmaları gibi deneysel araştırma yöntemleri kullanılır.

Ekonomik etkinin değerlendirilmesinde maliyet-etkililik, maliyet-fayda, verimlilik, ekonomiklik gibi analiz ve değerlendirmeler yapılır.

Sosyal etki değerlendirmesinde etik, gelenekler, kabul edilebilirlik, yararlanılabilirlik gibi sosyal değerler açısından toplumda ve kamuoyunda oluşturabileceği sorunlar incelenip değerlendirilir (90:51;96:102-104).

II.3.2.2.1. İlaç Ve Eczacılık Hizmetleri

İlaç, hastalıklardan korunulması (profilaksi) ve yaygınlıklarının azaltılmasında, teşhisinde, etkilerinin hafifletilmesinde, iyileştirilmesinde, organizmanın bir yapı veya fonksiyonunu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek için etkilemekte kullanılan kimyasal (sentetik), bitkisel ve biyolojik esaslı etken madde içeren ürünlerdir.

İlaç sanayi, beşeri ve veteriner hekimlikte ve tarımda koruyucu, besleyici ve tedavi edici olarak kullanılan sentetik, bitkisel, hayvansal ve biyolojik kaynaklı kimyasal maddeleri, eczacılık ve ilaç kullanımı (farmasötik) teknolojisine uygun olarak, bilimsel standartlara göre, belirli dozlarda, basit veya bileşik farmasötik şekiller haline getiren ve seri olarak üreterek kullanıma sunan, temelde kimya sanayisinin bir dalıdır. İlaç üretimi kimyasal teknolojinin özel bir alanıdır, ilaç kullanımı ise bir tıp tekniğidir.

İlaç Etken Maddesi, ilacın etkili olmasını sağlayan doğal veya sentetik kaynaklı farmakolojik aktif maddeye verilen addır.

Eczacılık, eczahane (eczane), ilaç ve ecza maddelerini hazırlama, muhafaza, geliştirme, dağıtım ve kullanımı ile ilgili bilim, sanat ve uygulama; farmakolojinin uygulandığı yer anlamında kullanılmaktadır (96:76-78).

İlaçlar, sağlık donatımlarıyla birlikte sağlık hizmetlerinde kullanılan nesnelere oluştururlar. Sağlık donatımlarına kıyasla sağlık hizmetlerinde çok daha eskiden beri kullanılan ilaçlarla ilgili olarak, ülkelerin çoğunda, donatımların aksine, oldukça eski ve belirli denetim yapıları ve ilkeler oluşturulmuştur.

II.3.2.2.2. Sağlık Donatımları

Sağlık hizmetlerinde kullanılan takım, cihaz ve tertibatlardan oluşan **tıbbi malzemeler** ve **diğer** malzemelerin oluşturduğu **malzeme** grubu ile **diğer donatım ve sistemler** bir arada **Sağlık Donatımlarını** oluşturur.

Sağlık donatımları ve bu grupta olmamakla birlikte döşeme ve diğer donanımlar, başta yataklı tedavi kurumları olmak üzere, tüm sağlık hizmetlerinin koruma, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarında kullanılan vazgeçilmez üretim ve arz unsurları haline gelmiştir.

Hizmet arzının kuruluş ve üretim dönemlerinde büyük harcamalara yol açan bu unsurların tedarik ve kullanımı bakımından çoğu ülkede yeterli düzenlemeler yoktur (92:23).

Bilgi ve beceri dışında, sağlık teknik ve teknolojisi uygulamalarında kullanılan donatım ve ilaç türü tüm nesnelere / şeyler / objelere, genel olarak **Teknolojik Nesne** adıyla tanımlanabilir.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik **nesnelere** şöyle gruplandırılabilir:

A- Donatım (equipment): İlaç dışında tüm teknolojik nesnelere

1- Malzeme / Gereç (device): Özel bir kullanım için gerekli olan donatımlar.

a- Alet / Araç (instrument): Teknolojik takım, cihaz ve tertibatlar

*- **Takım** (tool): El aletleri

*- **Cihaz / Makine** (apparatus / machine): Karmaşık yapıdaki aletler

*- **Buluş / Tertibat** (contrivance / mechanism): Takım ve cihaz grubu

b- Diğer Malzemeler / Parçalar (item): Alet olmayan yardımcı nesnelere

2- Diğer Donatım Ve Sistemler: Malzeme olmayan teknolojik donatım

B- Diğer Nesnelere: İlaç (drug) ve benzerleri (96:74).

İşlevleri açısından tıp teknolojileri şöyle sınıflandırılmaktadır;

- Görüntüleme cihazları (x ışını, radyoizotop, manyetik rezonans, ultrasound, infrared vb. esaslı cihazlar),
- Fizyolojik sinyal ölçme cihazları (EKG, EEG gibi),
- Analitik kimya ve biyokimya cihazları, otoanalizörler,
- Terapötik (tedaviye yönelik) cihazlar (defibrilatör, diyaliz makinesi gibi),
- Vücuda yerleştirilebilir cihazlar (kalp pilleri, protezler gibi),
- Tıbbi enformatik sistemler (veri tabanları).

Biyomedikal cihazlar adıyla adlandırılan ileri teknoloji tıbbi cihazlar grubu

- Elektrikli (biyoelektronik) (görüntüleme),
- Mekanik (biyomekanik),
- Biyolojik etkileşimli (biyosibernatik, hemodiyaliz cihazı vb.),
- Suni uzuvlar

olarak ayrıntılandırılmaktadır (96:73-75).¹

¹ Sağlık teknolojisi konusunda ayrıntılı bilgi için bakınız: Sargutan, A. E. (2005) Sağlık Sektöründe Ve Sağlık Kuruluşlarında Teknoloji Yönetimi, Ankara

II.3.3. Sağlık Sektörü Arz Sistemleri

II.3.3.1. Sağlık Sektörü Arz Sistemlerinin Türleri

Sağlık sektörü Arz Sistem ve Alt Sistemlerinin türleri ve bunların sunduğu mal ve hizmet biçimindeki ürünler çok çeşitli ve yaygındır. Bu çeşitlilik ve yaygınlık günden güne artmaktadır.

Sağlık sektörü arz sistemlerinin, Asıl Sağlık Hizmetleri denilen uygulamalarla sağlanan sonuç ürünlerine **Sağlıklılık Hali** veya **Sağlık Çıktısı** denilebilir.

Sonuç ürün olan sağlık çıktısının elde edilmesinde kullanılan tüm diğer sağlık mal ve hizmetleri de **ara ürünler** olarak nitelendirilebilir.

Asıl Sağlık Hizmetlerini de kapsamak üzere, sağlık sektörü arz sistemlerinin türleri şöyle sınıflandırılabilir:

SAĞLIK SEKTÖRÜ ARZ SİSTEMLERİNİN TÜRLERİ

A. SADECE ARZ AMAÇLI OLAN SİSTEMLER

a. TEK İŞLEVLİ ARZ SİSTEMLER

a.1. Başta tabip olmak üzere, sağlık hizmetleri üretiminde asli unsur olan sağlık personelinin yeterli nicelik ve nitelikte yetişme ve hizmet sunumuna hazırlamaya yönelik **Sağlık İnsangücü** arz sistemleri.

a.2. Sağlık insangücünün hizmet üretmek için gerek duyduğu:

- Bilgi ve teknik (teknoloji)
- Alt yapı
- Fiziki alanlar
- Enerji
- Makine, teçhizat, cihaz, araç, malzeme, donanım vb.
- Mal (finansal) varlıklar
- Sağlık insangücü dışında kalan diğer personel ve diğer benzerleri gibi, her türlü

Kuruluş

* İşletme

Üretim

* Pazarlama

İle ilgili her türlü mal ve hizmeti üreten sunan **Yardımcı Unsurlar** arz sistemleri.

a.3. Sağlık insangücünün, bu maddi unsurları kullanarak asıl sağlık hizmetlerini üreten sunacağı **Asıl Sağlık Hizmetleri Arz Düzenlerini** (mekanizmalarını) içeren arz sistemleri.

a.4. Sağlık ürünlerinin bu üç grup temel üretim unsurunu üreten arz edecek arz sistemlerini kuracak ve çalıştıracak, işletecek, yönetecek profesyonel sağlık idarecilerinin görev yaptığı,

* Üst Kademe Sağlık İdaresi,

* Birincil / Primer Sağlık Hizmetleri İdaresi,

* İkincil / Sekonder ve Üçüncül / Tersiyer (İkinci Basamak, yataklı, tedavi) Sağlık Kurumları İdaresi
Arz Yönetim Yapılarını içeren arz sistemleri.

b. KARMA İŞLEVLİ ARZ SİSTEMLERİ

Yukarıda sayılan dört grup arz sisteminden birkaçını veya tümünü aynı yapı bünyesinde bulunduran **karma nitelikli** arz sistemleri.

B. ARZ VE TALEP AMAÇLARININ BİR ARADA BULUNDUĞU KARMA SİSTEMLER

Yukarıdaki dört grupta yer alan arz sistemlerin biri, birkaçı veya tümünün, sağlık hizmetleri talep sistemleri ile birlikte aynı yapı bünyesinde bulunduğu sistemler (89:22).

Sağlık sektörünün arz sistemleri, kendi ürünlerini üretebilmek için kimi zaman talep edici durumuna da girerler. Bu, en yoğun olarak "asıl sağlık hizmetleri arz düzenleri" için geçerlidir.

Bu tür kuruluşlar, başka arz edicilerin yetiştirip / üretip sunduğu sağlık insangücü, yardımcı unsurlar ve yönetim yapıları için ihtiyaç duydukları mal ve hizmetleri elde etmek amacıyla harekete geçtiklerinde, birer talep edici niteliği kazanırlar (92:2).

II.3.3.2. Asıl Sağlık Hizmetleri Arz Düzenleri

II.3.3.2.1. Asıl Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık sektörünün ürünleri mal veya hizmet türünde olabilir.

Sağlık sektörü arz sistemlerinin en önemli ürünlerinin hizmet türündeki ürünler olduğu söylenebilir.

Hizmet türündeki ürünler arasından en önemlileri de, Asıl Sağlık Hizmetleri olarak adlandırılanlardır.

Bütün bu mal ve hizmet nitelikli sağlık sektörü ürünlerinin son amacı, kişilere verilecek Acil Sağlık Hizmetlerinin oluşumuna katılmaktır.

Asıl Sağlık Hizmetleri, genellikle hizmete ihtiyacı olan kişinin kendisine doğrudan uygulanan, fertlerin ve sonuç olarak toplumun "sağlıklılık halleri"nin sağlanması yanında doğrudan etkili olan "sonuç / hedef" nitelikli ürünler / hizmetlerdir.

Sağlık sektörünün geneli içinde Asıl Sağlık Hizmetlerinin önemi büyüktür.

Sağlık hizmetleri arz sistemleri aracılığıyla üretilecek ve talep sistemleri aracılığı ile de tüketilecek olan Asıl Sağlık Hizmetleri, sağlık sistemlerinin iç içe üç alanlı / halkalı yapısına uygun olarak, çeşitli sistemler ve alt sistemler ortamında, özelliklerine göre çok çeşitli, karmaşık, uzmanlık ve ekip çalışması gerektiren, bütünlük içinde olması gereken bu hizmet alanlarında üretilip arz edilmekte / sunulmakta ve talep edilip tüketilmektedirler.

Sağlık sektörünün genelinde yer alan uzak ve yakın etkili diğer tüm kişi, kuruluş ve ürünler / hizmetler, Asıl Sağlık Hizmetlerinin elde edilmesine / üretilmesine / uygulanmasına dolaylı ve doğrudan katkıda bulunmak amacıyla üretilir.

Sağlık sektörü alanlarının merkezinde yer alan Asıl Sağlık Hizmetlerinin talep ve arz sistemleri ile bunların ürünleri, sağlık hizmetleri denildiğinde ilk akla gelen sistemler ve ürünlerdir.

Sağlık hizmetlerinin amacı olan "sağlıklı toplum" hedefine de, ağırlıkla asıl sağlık hizmetleri vasıtasıyla ulaşılabilir.

Sağlık sistemlerinin hedefi olan ve Asıl Sağlık Hizmetleri ile elde edilen sonuç ürün "sağlık çıktısı" tek tip bir çıktı değildir. Sağlık hizmeti talep edicilerinin ihtiyaçları kadar çok çeşitli ve değişkendir. Her tür ihtiyaç ve talep, farklı türde bir sonuç nitelikli sağlık hizmeti ile karşılanılmaya çalışılır.

Sağlık hizmetlerinin asıl ürünü ve amacı olan, Asıl Sağlık Hizmeti olarak adlandırılan çıktı / sonuç sağlık ürünleri, sübjektif bir kavram ve hal gibi görünse de, ölçülebilir kantite ve kalite özellikleri taşırlar, niteliklerinde "hizmet" özelliği yoğunudur, çoğu zaman doğrudukları sonuçlar ve "**iyilik / kötülük hali**" ile tanınıp tanımlanırlar.

Asıl Sağlık Hizmetleri kapsamında olmakla birlikte, Üst Kademe Sağlık İdaresi Hizmetleri ile, Birincil (Primer) sağlık Hizmetleri kapsamındaki Çevreye Ve Topluma Yönelik Temel Koruyucu Sağlık Hizmetleri, kişilere doğrudan değil dolaylı olarak verilen Asıl Sağlık Hizmetleridir (89:9).

II.3.3.2.2. Asıl Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

Asıl Sağlık Hizmetleri kapsamına

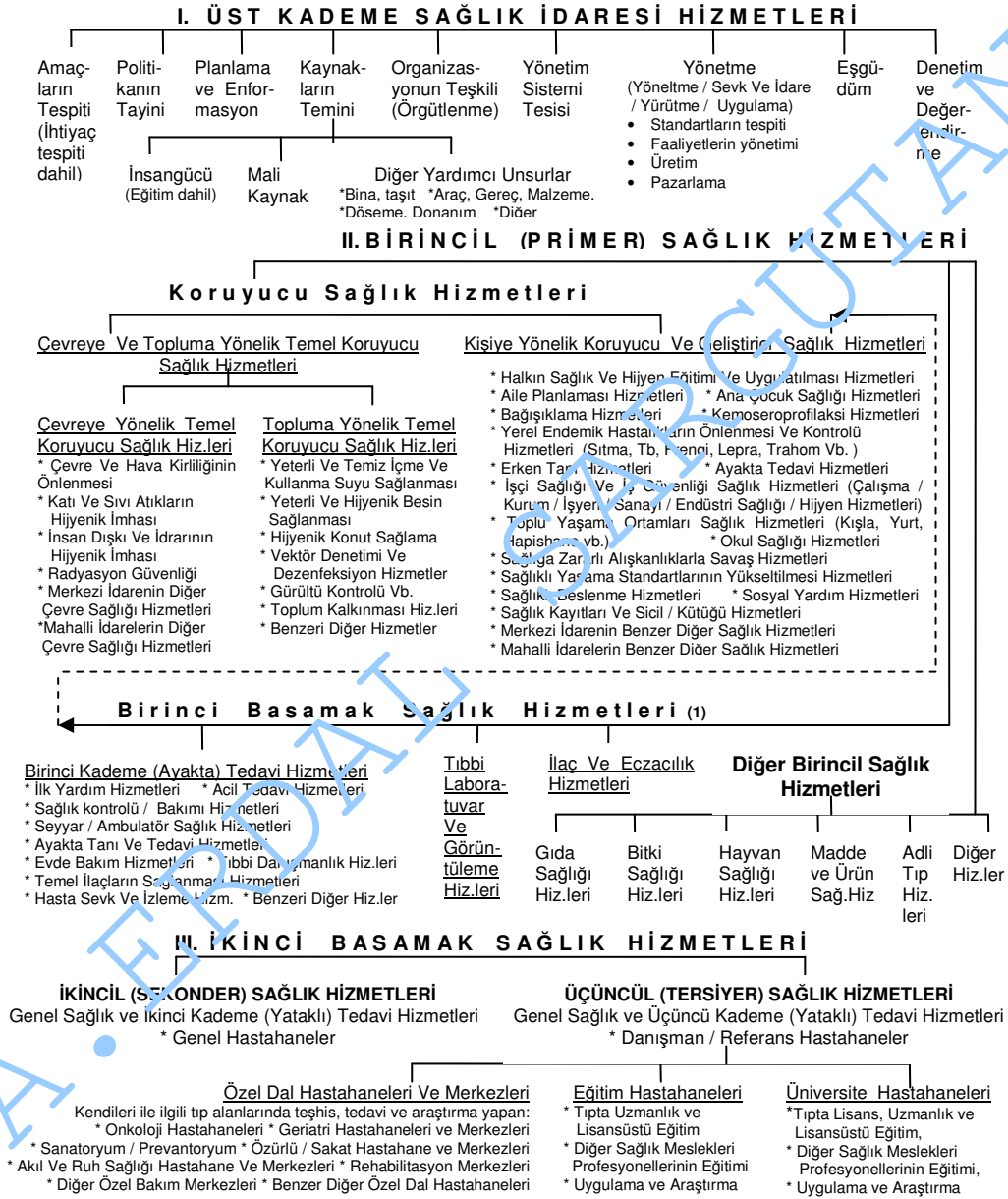
- Üst Kademe Sağlık İdaresi Hizmetleri,
- Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleri ve bu kapsamda
 - * Çevreye Ve Topluma Yönelik Temel Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
 - * Kişiyeye Yönelik Koruyucu Ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri,
 - * Birinci Kademe Tedavi Hizmetleri,
 - * Laboratuvar ve Eczacılık Hizmetleri ile diğer hizmetler,
- Sorular olarak da, İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri içeriğinde İkincil (Sekonder) ve Üçüncül (Tersiyer) (yataklı tedavi) hizmetler girmektedir.

Ülkelerin sağlık hizmetleri sistemleri de, bu bölümlenmeye paralel olarak:

- Üst Kademe Sağlık İdaresi Hizmetleri
- Birincil / Primer Sağlık Hizmetleri,
- İkinci Basamak (İkincil / Sekonder ve Üçüncül / Tersiyer) Sağlık Hizmetleri

şeklinde bölümlendirilebilir (89:9).

Şema 6: Asıl Sağlık Hizmetlerinin Yapısı



II.3.3.2.3. Asıl Sağlık Hizmetlerinin Arz Düzenleri

Asıl Sağlık Hizmeti ürünlerinin üretilip arz edildiği Arz Düzenleri hizmet alanları şöyle belirlenebilir (89:10,11):

ASIL SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ DÜZENLERİNİN TÜRLERİ

A. ÜST KADEME SAĞLIK İDARESİ HİZMETLERİ SİSTEM VE ALT SİSTEMLERİ

Sağlık hizmetleri sistemi bütününün veya çeşitli kademelerdeki hizmet ve sistem bütünlüklerinin tepesinde yer alır. Bu hizmeti verenler bir ülke boyutunda örneğin Sağlık Bakanlığı gibi en üst kamusal resmi birim ve bunun alt sistemleri olabileceği gibi, belediye sağlık hizmetlerini yürüten en üst birim, kamu veya özel hastahanenin kendi iç yönetimi kademesi, bir sağlık sigortası kuruluşunun üst yönetimi, tek hekimli bir muayenehanede yönetsel kararları da alıp uygulayan hekim, o arz sisteminin "Üst Kademe Sağlık İdaresi" hizmetlerini yürütür. Genellikle aşağıdaki yönetim ve işletme fonksiyon ve faaliyetlerini yerine getirmekle görevlidirler:

- Amaçların Tespiti (İhtiyaç Tespiti Dahil)
- Politikanın Tayini
- Planlama ve Enformasyon
- Kaynakların Temini
 - * İnsan Gücü (Eğitim Dahil)
 - * Mali Kaynaklar (Finansman)
 - * Diğer Yardımcı Ursurlar (Bina, Taşıt, Malzeme, Cihaz, Donanım vb.)
- Organizasyonun Teşkilî (Çıgütlenme)
- Yönetim Sisteminin Teşkilî
- Yönetme (Yönetme / Yürütme / Sevk Ve İdare / Uygulama)
 - * Standartların Belirlenmesi
 - * Faaliyetlerin Yürütülmesi
 - * Üretimin Çerçevesi
 - * Pazarlanmanın Yapılması
- Eşgüdümün Sağlanması
- Denetim ve Değerlendirmelerin Uygulanması

B. BİRİNCİL (PRİMER, ASLİ) SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEM VE ALT SİSTEMLERİ

- Üst Kademe Sağlık İdarelerinin yönetimi altında üretilip arz veya talep edilen asıl sağlık hizmetleri ve ürünleri bir bütün olmakla birlikte, iki grupta incelenebilir. Bunların ikincisi olan hastahane / yataklı hizmetleri dışında kalan sağlık hizmetleri, ilk grup olan Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleridir ve şöyle sınıflandırılabilir:

B.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

B.1.a. Çevreye Ve Topluma Yönelik Temel Koruyucu Sağlık Hizmetleri

(Esasi, Minimal, Basic, Preventive sağlık hizmetleri)

B.1.a.1. Çevreye Yönelik Temel Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Çevre Ve Hava Kirliliğinin Önlenmesi
- Katı Ve Sıvı Atıkların Hijyenik İmhası
- İnsan Dışkı Ve İdrarının Hijyenik İmhası
- Radyasyon Güvenliği
- Merkezi İdarenin Diğer Çevre Sağlığı Hizmetleri
- Mahalli İdarelerin Diğer Çevre Sağlığı Hizmetleri

B.1.a.2. Topluma Yönelik Temel Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Yeterli Ve Temiz İçme Ve Kullanma Suyu Sağlanması
- Yeterli Ve Hijyenik Besin Sağlanması
- Hijyen Şartlarına Uygun Konut Sağlanması
- Vektör Denetimi Ve Dezenfeksiyon
- Gürültü Kontrolü vb.
- Toplum Kalkınması Amaçlı Sağlık Hizmetleri
- Diğer Benzeri Sağlık Hizmetleri

B.1.b. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri

(Bakınız: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri)

B.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Başka ülkelerde ve bilimsel sınıflandırmalarda yer almamakla beraber, Türkiye'de Kişiyeye Yönelik Koruyucu Ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri ve Birinci Kademe / Ayakta Tedavi Hizmetleri ile Laboratuvar ve Eczacılık Hizmetleri için topluca: "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri" adlandırması yaygın olarak kullanılmaktadır.

B.2.a. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri

- Sağlık Ve Hijyen Eğitimi Ve Uygulanması Hizmetleri (Halkın Sağlık Eğitimi)
- Aile Planlaması Hizmetleri
- Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri
- Bağışıklama Hizmetleri
- Yerel Endemik Hastalıkların Önlenmesi Ve Kontrolü Hizmetleri (Sıtma, Tüberküloz, Frengi, Lepa, Trahom vb.)
- Kemoseroprolaksi Hizmetleri
- Erken Tanı Hizmetleri
- Sağlıklı Beslenme Hizmetleri
- Sağlığa Zararlı Alışkanlıklarla Savaş Hizmetleri
- Sağlıklı Yaşama Standartlarının Yükseltilmesi Hizmetleri
- Sağlık Kayıtları Ve Sicili (Kütüğü) Hizmetleri
- Sosyal Yardım Hizmetleri
- İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri (Çalışma / Kurum / İşyeri / Sanayi / Endüstri vb. Sağlığı / Hijyeni Hizmetleri)
- Okul Sağlığı Hizmetleri
- Toplu Yaşama Ortamları Sağlık Hizmetleri (Kışla, Yurt, Hapishane vb.)
- Merkezi İdarenin Benzer Diğer Sağlığı Hizmetleri
- Mahalli İdarelerin Benzer Diğer Sağlığı Hizmetleri

B.2.b. Birinci Kademe (Ayakta) Tedavi Hizmetleri

- İlk Yardım Tedavi Hizmetleri
- Acil Tedavi Hizmetleri
- Sağlık Kontrolü (Bakımı) Hizmetleri
- Seyyar (Ambulatör) Sağlık Hizmetleri
- Ayakta Tanı Ve Tedavi Hizmetleri
- Evde Bakım Hizmetleri
- Temel İlaçların Sağlanması Hizmetleri
- Tıbbi Danışmanlık Hizmetleri
- Hasta Sevk Ve İzleme Hizmetleri (Hizmet, Başvuru, Sevk Zincirleri)
- Benzeri Diğer Sağlık Hizmetleri

B.2.c. Tıbbi Laboratuvar Ve Görüntüleme Hizmetleri**B.2.d. İlaç / Eczacılık Hizmetleri****B.3. Diğer Birincil Sağlık Hizmetleri**

Asıl Sağlık Hizmetlerinin Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleri kapsamında olup, insana doğrudan verilen kapsamı dışında kalmakla birlikte, onu kuvvetle etkileyen başka sağlık hizmetleri de söz konusudur.

B.3.a. Gıda Sağlığı Hizmetleri**B.3.b. Bitki Sağlığı Hizmetleri****B.3.c. Hayvan Sağlığı Hizmetleri****B.3.d. Madde Ve Ürün Sağlığı Hizmetleri****B.3.e. Adli Tıp Hizmetleri****B.3.f. Diğer Hizmetler**

- Hudut Ve Sahiller Sağlık Hizmetleri
- Karantina Hizmetleri
- Sivil Savunma Sağlık Hizmetleri
- Afetlerde Sağlık Hizmetleri
- Olağanüstü Hallerde Sağlık Hizmetleri
- Sahra Sıhhiye Hizmetleri
- Diğer Hizmetler

C- İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEM VE ALTSİSTEMLERİ

Başka ülkelerde ve bilimsel sınıflandırmalarda yer almamakla beraber, Türkiye'de Yataklı Sağlık / Tedavi Hizmetleri için de: "İkinci Basamak Sağlık / Tedavi Hizmetleri" adlandırması ve kimi zaman da ayrıca: "Üçüncü Basamak Sağlık / Tedavi Hizmetleri" adlandırması yaygın olarak kullanılmaktadır.

C.1. İkincil (Sekonder) Sağlık Hizmetleri: Genel Hastahaneler

Genel Sağlık ve İkinci Kademe (Yataklı) Teşhis-Tedavi Hizmetleri

C.2. Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri: Referans Hastahaneler

Genel Sağlık ve Üçüncü Kademe (Yataklı) Teşhis-Tedavi Hizmetleri

C.2.a. Özel Dal Hastahaneleri Ve Merkezleri

Kendileri ile ilgili tıp alanlarında teşhis, tedavi ve araştırma yapan

- Onkoloji Hastahaneleri
- Geriatri Hastahaneleri Ve Merkezleri
- Sanatoryum, Prevantoryumlar
- Özürlü / Sakat Hastahane Ve Merkezleri
- Özel Bakım Hastahaneleri
- Akıl Ve Ruh Sağlığı Hastahane Ve Merkezleri
- Rehabilitasyon Merkezleri (Tedavi hizmetlerinin devamı)
- Diğer Özel Bakım Merkezleri
- Diğer Özel Dal Hastahaneleri

C.2.b. Eğitim Hastahaneleri

Tıpta uzmanlık ve lisansüstü eğitim, diğer sağlık meslekleri profesyonellerinin eğitimi, tıp ve sağlık bilimlerinde araştırma ve genel sağlık hizmeti (uygulama) çalışmaları yaparlar.

C.2.c. Üniversite Hastahaneleri

Tıpta lisans, uzmanlık ve lisansüstü eğitim, diğer sağlık meslekleri profesyonellerinin eğitim, tıp ve sağlık bilimlerinde araştırma ve genel sağlık hizmeti (uygulama) çalışmaları yaparlar (89:10,11).

II.3.3.3. Asıl Sağlık Hizmetleri Arz Düzenleriyle İlgili Temel Prensiptir

Kişilerin ve toplumun, ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerinden olabildiğince yüksek düzeyde yararlanabilmeleri için, Asıl Sağlık Hizmetleri arz düzenlerinde aşağıdaki niteliklerin bulunması, bir temel prensip olarak görülebilir:

İyi bir sağlık hizmetleri arz sistemi

İster devletin kendisi üretsin, ister devletin düzenleme ve denetimi altında özel veya kâr amaçsız üçüncü sektörde yahut kişilerce üretilsin

- herkesin, ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini / ürünlerini

- * kamu malı / hizmeti ve devlet / toplum sorumluluğu esasıyla,
- * fiyat, nitelik ve fiyatı kamu denetiminde,
- * hizmet talebinden ayrı yapılar halinde,
- * önceliği temel-koruyucu ve koruyucu-geliştirici hizmetlerde olmak üzere,
- tedavi edici hizmetlerle entegre,
- * kişinin kendi mali gücü ile sınırlı olmayan "sosyal" nitelikle,
- * tümüyle "pazar"a bağlı olmayan eşit imkanlarla,
- * ihtiyacı olduğu zaman,
- * ihtiyacı olduğu kadar

mevcut bulundurma;**- toplumun ve fertlerin sağlık ihtiyaçlarının**

- * yaygın,
- * sürekli,

- *uygun,
- *yeterli,
- *kaliteli,
- *etkili,
- *ekonomik,
- *verimli,
- *erişilebilir / ulaşılabilir,
- *yararlanılabilir,
- *kabul edilebilir

bir şekilde arz edilmesine imkan verme;

- dış şartların, yukarıdaki hususlarda veya arzda

- *aksama,
- *kısıtlama,
- *erteleme,
- *engelleme

yaratmasını önleyecek sağlam bir yapıda bulunma;

- gerekli mali kaynaklar bakımından

- *ekonomik yapı ve gerçekler ile gelir dağılımı özelliklerine uygun,
- *güçlü,
- *sürekli,
- *karmaşık olmayan,
- *güvenilir,
- *aksamalardan fazla etkilenebilir

olma;

- ülkenin

- *ihtiyaçları,
- *şartları,
- *imkanları,
- *alt yapısı,
- *bünyesi,
- *gerçekleri

ile örtüşme;

- sosyal politikalar bakımından

- *sosyal yapıya,
- *eşitlik ilkelerine,
- *sosyal devlet prensiplerine,
- *ulusal teknik ve teknolojilerin gelişip güçlenmesine katkıda bulunma
- *bütünleşmiş, huzurlu, dengeli ve sağlıklı toplum oluşturma amaçlarına

uyum sağlama

niteliklerini gerçekleştirecek yapı ve işleyiş mümkün olduğunca sahip bulunmalıdır.

II.3.3.3.1. Asıl Sağlık Hizmetleri Arz Düzenlerinin Temel Prensipler Değerlendirilmesi

Asıl sağlık sistemi arz düzenlerinin yapılanmasında üzerinde en çok durulan konu, sağlık hizmetleri arzının kim tarafından sağlandığı, sağlanacağı veya sağlanması gerektiğidir.

Uygulanmaları mümkün olan çeşitli arz modelleri, "sağlık sektörü arz sistemlerinde gözetilmesi gereken niteliklerle ilgili Temel Prensipler" in ilkeleri ışığında incelenirken, daha önce söz konusu edilen Ülke Sağlık Sisteminin Yapı ve İşleyişini Etkileyen Başlıca Unsurların, her ülke için ayrı ayrı değerlendirilmesinin gerektiği hatırlanmalıdır.

Bir ülke için geçerli olan ayrıntılar diğerinden daima farklı olacaktır için, ülkeler için neyin "iyi" olduğunun cevabı genelleştirilemez, ülkeye özel olmak zorundadır.

Çok fazla kendine has olan bazı ülke özellikleri dikkate alınmadan, daha önce değinilen dört tip sağlık sisteminin sadece Asıl Sağlık Hizmetlerinin arzı ile ilgili özellikleri değerlendirilerek, olabildiğince bazı sonuçlar çıkarılmaya çalışılabilir.

- Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi sağlık sistemlerinde Asıl Sağlık Hizmetleri arzının asıl unsur özel sektördür ve kamu sektörü bazı hizmetler sunsa da ağırlıklı değildir.

- Refah Yönelimli tipindeki sistemlerde hizmet arzını, kamu veya özel yahut her iki sektör birlikte yapıyor olabilir.

- Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçi Hizmet tipi sistemlerde hizmet arzında ilke olarak kamu sektörü asıl unsur ve özel sektör önemsiz olmakla birlikte, bazen kamu sektörü daha az faal olabilir.

- Sosyalist / Merkezi Planlama tipi sistemde hizmet arzında ilke olarak sadece kamu / toplum söz konusudur.

Bu hususlar dikkate alınarak değerlendirildiğinde, herhangi bir ülke, Kapsayıcı türde sağlık sistemine sahip olabilirse, toplumuna sağlık hizmeti vermekte en fazla başarılı olma ihtimaline de sahip olabilir.

Sağlık göstergeleri iyi veya belli bir düzeye yaklaşmış olan ülkelerin ağırlıklı olarak Kapsayıcı sağlık sistemini tercih ettikleri görülmektedir.

Kapsayıcı sistemli ülkeler, insanların bir sağlık güvenliği altında olmasını sağlamakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkabilecek olumsuz durumları da iyi bir denetim sistemi kurarak en aza indirmeyi başarabilmektedirler.

Aynı örnek ülke Sosyalist sağlık sistemini gerçekleştirmek istediğinde, buna temel olacak genel politik ve ekonomik yapılandırmaya diğer alanlarda da sahip olmasının gerekliliği, sistemin uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır.

Bu sebeple, Kapsayıcı sistemden bir sonraki başarılı uygulama şansı Refah Devleti Yönelimli sistemlerde olabilmektedir.

Kapsayıcı sağlık sistemi yerine Refah Devleti Yönelimli sağlık sistemini tercih eden ülkelerin, halkın sağlık güvencesini doğrudan doğruya garanti altına alması da, onların çeşitli yaptırımlarla, birtakım şartları taşıyanların sosyal veya özel bir sigorta kapsamına girmesini sağladıkları görülmektedir.

Bu yolla, Kapsayıcı sağlık sisteminin gerçekleştirmeye çalıştığı amacı gerçekleştirmeye ve sağlık düzeylerini yükseltmeye çalıştıkları söylenebilir.

Refah Yönelimli ve zorunlu sigorta esaslı sağlık sistemi, insanların ihtiyaçlarını karşılayabilecek gelire sahip olması ve sağlığa yeterince para ayırabilmesi koşuluyla başarılı olabilmektedir.

Serbest Pazar esaslı sağlık sistemi ise, orta gelirli insanları dahi kısıtlı hizmetle yetinme zorunluluğuyla baş başa bıraktığından, sağlık hizmetlerinin amacı bakımından en yetersiz sistem olarak değerlendirilebilmektedir.

Birçok ülkede sağlık sistemini düzenleyen mevcut yasalar, sosyal amaçlı kamu sağlık hizmeti esasıyla, özel sektöre de açık olan "Kapsayıcı" bir sağlık sistemi öngörmesine karşılık, sağlık hizmetleri alanında dünyadaki akımdan etkilenen siyasi, sosyal ve ekonomik söylemine, Serbest Pazar ve Refah Yönelimli unsurlar taşıyan sağlık ve sigorta sistemi önerileri hakim olmuş görülmektedir.

Tüm bu sistemlerin, kaynakları yeterli ve gelir dağılımı adil olan ülkelerde başarılı olabildiği gözlemlenmektedir. Gelir seviyesi düşük veya dağılımı dengesiz olan ülkelerde, başarıya ulaşması için gerekli ön şartların oluşmadığı söylenebilir.

Maddî durumları çok iyi olmayan kişilerin kendi imkanları ile sağlık hizmeti almaları çoğu zaman mümkün olmamaktadır.

Bu kişilere devlet eliyle sağlık hizmetlerinin götürülmesi gerekmektedir. Bu durumda bile, kişinin alacağı hizmet, sosyal sigorta sisteminin maddî imkanlarıyla sınırlı olacaktır.

Sistemler ve uygulamaları incelendiğinde, Refah Yönelimli ve Serbest Pazar etkileri altında kalarak sistemsizleşen mevcut sağlık sistemi yapılarında dikkati çeken en önemli sorun, sağlığın ticari bir meta olarak görülmeye başlanmasıdır.

Doneim yetersizliği, sağlık sektörünün, ilgili her kesim tarafından istismar edilmesi sonucunu doğurmaktadır.

Uygulanan politikalar da bunu önleyici tedbirleri içermediği için, sonuçlar daha da vahim hale gelmektedir.

Ülkelerin büyük çoğunluğuna hakim bulunan "sistemsizleşmiş" sağlık hizmetleri, sağlıkla ilgili sorunları çözebilecek nitelikten gittikçe uzaklaşmaktadır.

Bu tablodan çıkan sonuca göre, ülkelerin kendi ihtiyaç, şart, imkan, alt yapı, bünye ve gerçeklerini dikkate alarak, her durumda ellerindeki tüm imkanları akılcı biçimde kullandıkları bir sağlık hizmeti arz sistemini kurup işletmeleri gerektiğini söylemek, genel bir doğrunun ifadesi olabilir.

Merkezi yönetim veya federe devlet / eyalet / özel idarelerin hazine / bütçe gelirlerinden finansman sağlanması durumunda sağlık hizmetleri, dolaylı ödemeler niteliğindeki vergiler yoluyla, kısmen yine kişilerce ödenmiş olurken, devletin vergi dışı diğer gelirleri de bu amaca harcanabileceğinden; ortaya çıkabilecek bütün kısıtlılık ihtimallerine karşın, herkese hiç olmazsa kabul edilebilir bir asgari seviyede sağlık hizmetlerini garanti etmesi sebebiyle en güvenilir, ayrıca geliştirilmeye açık, bünyesi sade ve gerçekçi, klasik devlet yapılarına en uygun, gelir seviyeleri ve dağılımı açısından gerekli olabilen bir sistem oluşturabileceği düşünülebilir.

Ödeme gücü olanların prim ve diğer katılımlarıyla da desteklenen, hazine / bütçe esaslı ve tüm fertleri sağlık güvenliği kapsamı içine alan bir sistemin kısa ve orta vadede uygulanabilir olduğu söylenebilir.

Uzun vadeli hedefin ise tümüyle hazine / bütçe esaslı ve tam kapsamlı sağlık güvenliği sistemine geçilmesini sağlayacak gerekli talep finansman sistemi kurulmasının, çoğu ülke için en uygun tercih olduğu düşünülebilir (59:37).

II.3.4. Sağlık Hizmetleri Arzı Yönetim Yapıları

Sağlık hizmetlerinin amaç ve hedeflerini gerçekleştirme üzere, diğer üç grup temel üretim unsurunu üreten arz edecek arz sistemlerini

- sağlık hizmetlerinin amaçlarına en uygun sağlık hizmeti ürünlerini
- kaynakları en etkili ve verimli kullanacak ve geliştirecek biçimde,
- tıp biliminin gereklerine uygun şekilde,
- ihtiyaçlar ve amaçlar için en elverişli tarzda,
- yeterli nicelik ve niteliklere sahip olarak,
- yönetim yetersizlikleri ve görev ihmalleri olmayan sistemler içinde,
- sağlık idaresi, bilim alanının kurallarına göre
- üretim arz etmek ve / veya talep edip tüketmek amacıyla,

sağlık hizmeti Arz Düzenlerini (mekanizmalarını) kuracak ve çalıştıracak, işletecek, yönetecek profesyonel sağlık yöneticilerinin görev yaptığı

- Üst Kademe Sağlık İdaresi,
- Birincil / Primer Sağlık Hizmetleri İdaresi,
- İkincil / Sekonder ve Üçüncül / Tersiyer (İkinci Basamak, yataklı, tedavi) Sağlık Kurumları İdaresi

yönetim yapılarını sağlamayı amaçlayan arz sistemlerine gerek duyulmaktadır (89:5; 91:2).

III. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET TALEBİ

III.1. Sağlık Sektörü Talep Sistemlerinin Özellikleri

Sağlık sektörü talep sistemlerinin ortak bazı özelliklerin etkisi altında olduğu görülür:

- Fertler, sağlık hizmeti ihtiyaçlarını, taleplerini, bunun nicelik ve niteliğini çoğunlukla önceden bilemez, tahmin edemez, dengeleyip düzenleyemez.
- İhtiyacın belirsizliği, talebi de düzensiz ve kişi bakımından süreksiz hale getirmektedir. Talepteki kişi kaynaklı düzensizlik ve süreksizlik hem koruyucu-geliştirici ve hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsayan iki alanda da geçerlidir.
- Bu sebeple, eğer varsa sağlık güvencesi, güvenliği veya sigortası sistemleri ve sağlık hizmeti sunucuları, hizmeti vedekleyemeyecekleri / stoklayamayacakları için, hizmet üretim unsurlarını, her an üretim yapabilecek biçimde hazır tutmak ihtiyacındadırlar.
- Sağlık hizmeti talep edicileri / tüketicileri, hizmetin gerekliliği, niceliği ve niteliği bakımından, hizmet sunucusu olan sağlık personeline birinci derecede bağımlıdır. Bu bağımlılık ikinci derecede ilaç ve sağlık donatımı (araç-gereç, cihaz ve malzeme vb.) bakımından da geçerlidir. Bağımlılığın sebebi, bilgi asimetrisi olarak adlandırılan bu durumda hizmet sunucusu ne kadar bilgili ve uzman ise, kullanıcının da o derece az bilgili olmasıdır. Bilgi seviyesi farklılığı, bu bilginin dinamik, yani her an değişip gelişir olması, uzmanlık alanlarına ayrılması, her alanda da ayrıntılanıp çoğalması sebebiyle, kapanmamacasına açılmaktadır.
- Bilgi asimetrisi bir yandan talebi arza bağımlı hale getirirken, öte yandan da talep edicinin kişisel olarak hizmetin bedelini bilmesini de engellemekte ve diğer seçeneklerin değerlendirilmesine imkan vermemektedir.
- Bilgi eksikliğini gidermek için kullanıcının bu konuda bir danışmandan yararlanması kısmen söz konusu olabilir. Eğer kamu sağlık güvenliği örgütü veya iyi bir sigorta hizmeti varsa ve bunlar gerektiği gibi çalışıyorsa, talebi ve bu talebe karşı yönelik olan arzı büyük ölçüde denetlemek mümkün olabilir. Eğer bu yapı kurulmamış veya gereği gibi çalışmıyorsa, talep edicinin bir danışmana başvurarak ihtiyacı ve sunulan hizmet hakkında ondan yararlanmak isteyebileceği farz edilse bile, bu danışmanın da bir başka sağlık hizmeti sunucusu sağlık personeli olması kaçınılmaz olduğundan, sonuç yine aynı olacak ve talebi yine güdülenecektir.
- Sağlık hizmetleri, talep edicinin bu zayıflıkları yanında, "serbest pazar" olarak adlandırılan pazarın aslında hiç bir zaman serbest olmayıp, bu serbestliğin sadece kuramsal kaldığı, sunucuların her zaman pazara hakim olduğu gerçeği sebebiyle de, pazar üstünlüğü, hem yapay talep yaratma ve hem de talebi yönlendirme niteliğinde iki etkili olarak, hizmet sunucunun kesin hakimiyetinde çalışmaktadır.

- Pazarı etkileme, yönlendirme ve düzenleme gücü eşitsizliği / asimetrisi, sağlık hizmetleri talebinin örgütlenmesi ve tüm fertleri kapsamaması gereğini bir zorunluluk haline getirmektedir.
- Yaşama, sağlıklı olma ve sonuçta sağlık hizmetinden yararlanma temel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Ancak, sağlık hizmeti arzında olduğu gibi, hizmet talebinde de ekonomik yapı ve imkanlar güçlü bir etki yaratabilmekte, kuvvetli bir belirleyici olabilmektedir. Böyle bir hakkın ekonomik, coğrafik veya benzeri başka tür sebeplerle sınırlanması veya elde edilememesi, "kabul edilemez" olarak nitelendirilmektedir.
- Bu yüzden, toplum halinde yaşamının getirdiği bir sosyal hak olarak, kişilerin ve sonuçta onlardan etkilenen toplumun sağlıklı olması için, **sağlık hizmeti bir kamu malı** kabul edilmektedir. Kamu malları, sağlayıcısı ister kamu ister özel sektör olsun, vazgeçilmez nitelikleri sebebiyle, mevcut ve yararlanılabilir olması devlet / kamu tarafından garanti edilmesi gereken mallardır.
- Sağlık hizmetlerini bir kamu malı olması ve onun tüm talep edicilerce mutlaka kullanılabilir halde bulundurulması gereği, bu hizmetlerin mutlaka devletçe ve devlet eliyle verilmesini gerektirmez. Devlet bu amaçla çok farklı araçları çok farklı karışımlarla kullanabilir. Sağlık Bakanlığı eliyle ülke sağlık hizmetleri ülke çapında yönlendirilip denetlenirken, Asıl Sağlık Hizmetlerini kendisi üretebilir veya görev ve sorumluluk devlette kalırken, uygulamada öncelikle hizmet arzında olmak üzere, kamu, özel ve diğer müteşebbislerin hizmet üretip arz etmesini daha yararlı bulabilir, bu amaçla teşvikler verebilir. Fakat sistem ne olursa olsun, hizmet talep edenlerin karşısında temel görev ve sorumluluk devlete ait olmaya devam etmelidir.
- Sağlık hizmetleri talebini etkileyen unsurlar üç grupta toplanabilmektedir:
 - * Kişilerin ve toplumun demografik, antropolojik ve sosyal nitelikleri,
 - * Kişilerin ve toplumun imkanları,
 - * Algılanan, açıklanan, kıyaslanan ve normatif ihtiyaçlar.
- Yaşama, sağlıklı olma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma temel bir insan hakkı olarak kabul edilmesine karşın, insanların kendileri de sağlıklarını ve daha önemlisi hastalıklarını kolayca ihmal edebilmektedirler. Bu vazgeçilemeyen temel hak, çoğu kişi için ancak had / akut / acil / kaçınılmaz safhada rahatsızlık verdiğinde, giderilmesi gereken hayati ve zaruri bir ihtiyaç olarak harekete geçirici olabilmektedir. O zamana kadar kolayca ihmal edilebilir veya on yıllarca ihtiyaç duyulmayabilir. Sağlığını önemseyemediğini zanneden insanlar bile, "güven sistemi" (believe system) olarak adlandırılan bir tavırla "hastalansam da iyileşirim" diyerek, acil / akut / kaçınılmaz hale gelene kadar ihtiyacını gidermeyi erteleyebilir. Bu sağlığın veya sağlık hizmeti ihtiyacının önemsiz olduğunun değil, algılanma biçiminin göstergesidir.

- İnsanların sağlık ve hastalıklarına karşı genelde ihmalci olan yaklaşımları yanında, objektif gözlem ve değerlendirmeler dikkate alındığında, tersi sıklıkla söylene de, genel sınıflandırmada **sağlık hizmeti temel ihtiyaçlardan biri değildir** denilebilir. A. H. Maslow'un "İhtiyaçların Hiyerarşisi" sıralamasında da temel ihtiyaçlar arasında yer almaz.
- Bu bakımdan **sağlık hizmetleri talebinin genel esnekliği çok yüksektir**. Ayrıca **gelire bağlı talep esnekliği** yine yüksek, **fiyata göre esnekliği** akut olmayan hallerde yüksek fakat akut, acil ve hayati tehlike olan hastalık hallerinde çok düşük (sıfıra yakın), **arz-talep ve finans sistemi niteliklerine göre esnekliği** ise değişkendir.
- Sağlık hizmeti ihtiyacına ihmalci yaklaşım, sağlık hizmetlerinin, hem kişiler ve hem de sorumlular bakımından talep esnekliği yüksek bir ürün olarak algılanıp, ihmalin kurumsallaşmasına yol açmaktadır.
- Aynı yaklaşıma dayanan bundan daha önemli ve yaygın bir zarar, sağlık hizmetlerini sunmakla çeşitli seviyelerde görevli ve sorumlu olanların, bu talep esnekliğini istismar ederek, kendi görevlerini ihmal etmeleridir.
- Bu talep esnekliği sebebiyle sağlık hizmetleri, özü bakımından temel değil fakat gerektiğinde zorunlu bir ihtiyaç, kişi bakımından temel bir hak, devlet bakımından temel bir görev ve sorumluluk, toplum bakımından da bir hak olduğu kadar bir görev ve bir sorumluluktur.
- Kişilerin ve toplumun sağlığının "iyi" olması, diğer kondisyon alanlarını / sektörlerini de olumlu etkiler.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık hizmetinin kişiler bakımından güçlendirilmesi, hastalıkların ve bunların olumsuz sonuçlarının azaltılması için;
 - * Sağlıkta çeşitlik (farklılıkların ortadan kaldırılması),
 - * Hayata anlam kazandırılması (insanın zihin, fizik ve ruhsal kapasitesinin tam kullanılması),
 - * Hayatın sağlık kazandırılması (hastalık ve sakatlık olmadan yaşanan sürenin uzatılması),
 - * Hayatın uzatılması (doğuşta beklenen hayat süresinin yükseltilmesi) hedeflerinin / niteliklerinin gerçekleştirilmesini tavsiye etmektedir.
- Bu tavsiyeler iyi bir sağlık hizmeti sunum sistemi yanında, iyi bir talep sisteminin de kurularak tüm fertleri kapsamayı ile gerçekleştirilebilir.
- Yine WHO, sağlık hizmetlerinden hakkaniyetle yararlanılmasını sağlamak için şunları önermektedir:
 - * Sağlık hizmetlerinin var olması (availability) (hizmetlerin herkes için, her yerde, her zaman var olması ve bunlara kolayca ulaşılabilmesi),
 - * Hizmetlerin talep edicilerce kabul edilebilir olması (acceptability) (hizmetlerin kişilerin ve toplumun inanç, gelenek, kültür ve benzeri özelliklerine uygun olarak verilmesi),
 - * Hizmetlerden bütün olarak yararlanılması (integration) (koruyucu, ayakta ve yataklı tedavi sağlık hizmetlerinin sürekli bir bütün halinde olması),

* Hizmetlerin ekip anlayışıyla verilmesi (sağlık hizmetlerine sadece tıp / tabip ürünleri olarak değil, sağlık hizmeti profesyonel mesleklerine mensup tüm sağlık insan gücü elemanlarının oluşturduğu ekiplerce verilen hizmetleri de içeren bir bütün halinde ulaşılabilmesi) (92:25,26).

III.2. Sağlık Sektörü Talep Sistemlerinin Arz Sistemlerine Etkisi

Sağlık sektörünün istenilen seviyede gelişmesi için arz ve talep sistemlerinin ve alt sistemlerinin ayrı ayrı önemi vardır. Her biri için gerekli olan insan gücü, yardımcı unsurlar, düzenler, yönetim yapılarının ve ilgili alt sistemlerin de ayrı ayrı varlıklarının ve yeterliliklerinin sağlanması gerekmektedir.

Ancak, arz sistemlerinin önemsiz olduğu gibi bir anlamı olmamakla beraber, yeterince iyi yapılandırılmış olan sağlık sektörü talep sistemlerinin arz sistemleri üzerindeki belirleyicilik ve güdüleyicilik özelliğinin genellikle daha üstün olduğu görülür.

Buna karşılık talep sistemlerinin güçlü bir şekilde yapılandırılmadığı ve etkili biçimde çalışmadığı sağlık sistemlerinde arz sistemleri tüm sistemin belirleyiciliğini ele geçirmektedir.

Günümüzde arzın talebe bağlı olarak ortaya çıkıp geliştiği çok az görülmektedir.

Talep sistemi iyi işleyen bir yapıya sahipse, ilgili ilke ve kurallar doğru belirlenmişse, arz sistemleri de daha rahat ve serbest bir düzenleme içinde çalışabilir.

Hatta talep sisteminin baskısıyla, arz sistemleri kendi iç dinamiklerini harekete geçirerek, gerekli iyileşme ve düzenlemeleri kendiliğinden yapabilir.

Bu sebeplerle iyi düzenlenmiş ve etkili çalışan sağlık sistemlerinde, sağlık sektörü talep sistemleri için kabul edilen

- * İlkeler,
- * Esaslar,
- * Sistem tercihleri,
- * Geliştirme ve iyileştirme düzenlemeleri

belirli bir önceliğe ve üstünlüğe sahip, belirleyici ve bu sebeple de daha önemli görünmektedir.

Tüm bunlar, sağlık hizmetleri talebinin örgütlenmesi ve tüm fertleri kapsamı gereğini bir zorunluluk haline getirmektedir (89:30).

III.3. Sağlık Sektörü Talep Sistemlerinin Ürünleri

Sağlık sektörü talep sistemleri de, arz sistemleri gibi, sağlık hizmetlerinin dört temel unsuruna paralel olarak;

- **Sağlık İnsangücü** Talebi,
- **Yardımcı Unsurlar** Talebi (mal ve hizmet),
- **Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenleri** (mekanizmaları),
- **Talep Yönetim Yapıları**,
- Bu **dört unsurdan birkaçına** birden yönelik **karma nitelikli** talep,

- **Talep ve Arz amaçlarının bir arada bulunduğu karma nitelikli sistemler** olmak üzere altı grupta toplanabilecek sistem ve ürünlere sahiptir denilebilir (89:22; 92:2).

Sağlık sistemlerinde birbirinden farklı iki tür talep görülür. İlki, kişilerin (ve toplumun) ihtiyacı olan Asıl Sağlık Hizmetlerinin talebi; ikincisi, bu hizmeti sunabilmek için sağlık hizmeti arz edicilerinin ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti üretim unsurlarına yönelik talepleridir. Birinci tür talepler sonuç çıktılar olarak, ikinci tür talepler mali boyutları ve varlıklarının sonuç için gerekliliği bakımından ayrı ayrı önemlidir.

Sağlık sektörü talep sistemlerinin hemen tamamı, sonuçta Asıl Sağlık Hizmetleri talebiyle ilgili olan Talep Düzenlerinin taleplerini karşılamaya yöneliktir. Sağlık Hizmetleri Talep Düzenleri / Sistemleri denildiğinde genellikle, tüm diğer ürünlere yönelik talep sistemlerinin de amacı olan, Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenleri ve bunu sağlayan sistemleri öncelikle akla gelir.

Bunun bir diğer sebebi de, diğer unsurlara yönelik talepleri, Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenlerini oluşturan büyük yapıların birer tamamlayıcısı olarak, onunla birlikte bu yapının içinde de tabii olarak yer almaları, bu unsurların sonuç olarak buralarda kullanılmak üzere talep edilmeleridir.

Bu sebeple, Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenlerinden bahsetmek, bu anlamda, talebin diğer üç unsurunu da içerecek biçimde, talebin dört temel unsurundan "birlikte" bahsetmek anlamına gelir. Sağlık sektörü talep sistemlerinin hemen tamamı da Asıl Sağlık Hizmetleri talebiyle ilgilidir ve önemli olan da, talebin bu yönü ve bunu sağlayan sistemlerdir.

Hatırlanması gereken diğer bir önemli husus olarak, aslında arz sistemi içinde olan, özellikle Asıl Sağlık Hizmetleri Arz Düzeni nitelikli sağlık kuruluşlarının da, ihtiyaçları olan sağlık insangücü, yardımcı unsurlar ve yönetim yapıları elde etmek üzere harekete geçtiklerinde, arz niteliklerinin yanında talep niteliğini de kazandıklarını belirtmek gerekir.

Bir ülkede Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenleri kurumsal olarak oluşturulamamışlarsa, diğer üç temel unsur da, talep sistemleri olarak gelişmemiş demektir.

Bir talep "kurum"u olmaması sebebiyle tek başına talep edici durumunda kalan "kişiler", bir sistem veya kurula bağlı kalmadan, kendi başlarına talep edici olarak ihtiyaçlarını çeşitli yollarla gidermeye çalışırlar.

Buna karşılık, Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzeni kurumsal olarak yapılandırılmış ise, taleple ilgili olan Sağlık İnsangücü, Yardımcı Unsurlar ve Yönetim Yapıları talep sistemleri de bu kurumca / Düzence gerçekleştirilecek, talep düzenleyici olan bu kurumların bünyesine katılacak, onun bir bölümünü oluşturacaklardır.

III.3.1. Sağlık İnsangücü Talebi

Sağlık İnsangücü talebi ülke ve kurumsal olmak üzere iki yönlü ele alınabilir. Kişiler, sağlık insangücü'nün kendisine değil hizmetlerine ihtiyaç duyduklarından ve onu talep ettiklerinden, bu talep Sağlık Hizmeti Talep Düzenleri'ni ilgilendirir.

Ülke boyutunda sağlık insangücü talebi, ülkede ihtiyaç duyulan tüm sağlık insangücünü ifade ettiğinden, kurumsal ihtiyaçları da içerir. Ülke boyutundaki talep ülkenin sosyal, ekonomik, coğrafi, epidemiyolojik ve diğer özellikleri dikkate alınarak siyasi otorite tarafından belirlenip planlanmalıdır. Sağlık yönetimi kademelerinin, mümkünse yeterli sayı ve kalitede, bunun mümkün olmadığı hallerde öncelikle sayısal, sonra nitelik yeterliliğini hedefleyen planlama ve uygulamalara yönelmeleri beklenir. Kurumsal sağlık insangücü talebi kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kişisel hizmet sunumları için ihtiyaç duyulan taleplerden oluşur. Sağlık hizmetinin dört temel unsurunun en temel ögesi olan sağlık insangücü, hizmet arzının olduğu gibi (ve bunun sonucu olarak) talebin de olmazsa olmaz, belirleyici unsurdur. Çoğu ülkede sağlık insangücü taleplerinin nicelik ve nitelik bakımından bütünüyle karşılanamadığı görülmektedir.

III.3.2. Yardımcı Unsurlar Talebi

Yardımcı Unsurlar talebi de çoğurlukla kamu ve özel sağlık hizmeti arz kuruluşlarının, hizmetlerinin gereği ve parçası olarak talep ettikleri ilaç ve sağlık donatımı ile diğer nesnelere. Ancak ilaç ve bazı nesnelere doğrudan kişisel taleplerle de tüketilmektedir.

Sağlık uygulamaları içindeki yeri ve harcamalar içindeki payı sürekli olarak artmakta olan bu unsurlar gittikçe dış üreticilere bağımlılığa yol açmakta ve stratejik bir boyut kazanmaktadır. Çoğurlukla ileri sanayi ülkelerinde geliştirilen ve üretilen bu nesnelere, uygulanan güncel tıbbi kendisinin yapısını dahi etkileyip değiştirmektedir. Sağlık hizmetlerini kaynak tüketici, pahalı, karmaşık teknolojik ve seçenezsiz hale getirmekte, gereksiz uygulamalara yol açabilmekte, sonuç olan sağlık çıktısını, daha fazla kaynağı kullanan teknolojilerle elde etmeye zorlayabilmektedir. Hızla değişen bu teknolojilere ödeyecek kaynağı olmayan ülkelerde sağlık hizmetleri, talepleri karşılayan az seviyede kalmakta ve gerilemektedir.

III.3.2.1 Sağlık Sektörü Talep Sistemlerinin Mali Yapısı

Sağlık sektörü talep sistemleri de, sağlık hizmetlerinin dört temel unsuru olan Sağlık İnsangücü, Yardımcı Unsurlar, Talep Düzenleri ve Yönetim Yapılarını talep etmeye / temin etmeye yönelik harcamaları içerir.

Bunlar arasında, Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenleri (mekanizmaları) halkın sağlık hizmetlerine ulaştıkları noktadır ve bu bakımdan mali yapıları ve gücü en fazla önem taşıyan talep unsurudur. Diğer unsurların talebi için harcanan mali kaynaklar Asıl Sağlık Hizmetleri talebinin maliyetine katılarak onun bedelini oluştururlar. Diğer üç üretim unsurunu da içermesi, ayrıca en yaygın, önemli ve sonuç unsur olması bakımından Asıl Sağlık Hizmetleri talebinden bahsetmek, talep sisteminin bütününe incelemek anlamını taşır.

III.3.2.1.1. Talep Sistemleri Mali Kaynaklarının Kullanım Amaçları

Sağlık sektörü talep sistemleri mali kaynaklarının kullanım amaçları da, arz sistemleri mali kaynaklarının kullanım amaçları gibi, sağlık hizmetlerinin dört temel unsuru olan

- Sağlık İnsangücü Talebi Amaçlı Mali Kaynaklar
- Yardımcı Unsurlar Talebi Amaçlı Mali Kaynaklar (mal ve hizmet)
- Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenleri (mekanizmaları) Amaçlı Mali Kaynaklar
- Talep Yönetim Yapıları Amaçlı Mali Kaynaklar

talep edilmesi ve temini amacına yöneliktir.

Talep sistemleri bu dört unsurun birine veya birkaçına birden yönelik olabileceği gibi, hizmet arz ve talep amaçlarına bir arada da sahip olabilir. Örneğin hastahaneler dört temel unsuru talep ederek ürettikleri sağlık hizmetlerini arz eden karmaşık yapıları sağlık kuruluşlarıdır.

Hizmet sunucuları, hizmet üretmek için ihtiyaçları olan unsurlarına, bir talep edici olarak büyük ve artan bir miktarda harcama yaparken, bu üretim unsurlarını elde etmek amacıyla mali kaynak kullanmaktadır.

Kişisel sağlık hizmeti talebinde de asıl sağlık hizmetleri yanında ilaç ve sağlık nesnelere satın alma amacı söz konusu olmaktadır. Ayrıca ulaşım, yiyecek, refakat, konaklama gibi amaçlarla da talep harcamaları yapılmaktadır.

Sağlık hizmetleri talep sistemleri mali kaynaklarının amaçları, arz sistemlerinin mali kaynaklarının amaçlarından daha zor ayrıştırılabilir nitelikte olmakla ve büyük çoğunluğu Acil Sağlık Hizmetleri talebi amacı içinde görünmekle birlikte, diğer hizmet unsurlarının talebi amacını da önemli oranda içerir.

Çoğu zaman, mali kaynakların büyük kısmı sadece belli bir amaç için değil, bir düzen içinde bütün talep amaçları için kullanılabilir. Belli bir sağlık hizmeti talebi amacına yönelik kaynak sayısı azdır.

III.3. 2.1.2. Sağlık Sektörü Talep Sistemlerinin Mali Kaynakları

Bu çerçevede, sağlık sektörü talep sisteminin mali kaynakları şöyle gruplandırılabilir (Ş2:38):

SAĞLIK SEKTÖRÜ TALEP SİSTEMLERİNİN MALİ KAYNAKLARI

A. SADECE TALEP AMAÇLI OLAN MALİ KAYNAKLAR

a. KAMU MALİ KAYNAKLARI

- 1) **Merkezi Yönetimlerin** sağlık hizmeti talebi harcamaları
Merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. birimleri veya bu işle görevli birim
- 2) **Federe Devlet / Eyalet / Özel İdarelerin** sağlık hizmeti talebi harcamaları
Merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. birimleri veya bu işle görevli birim
- 3) **Yerel Yönetimlerin** sağlık hizmeti talebi harcamaları

- 4) **Sağlık Vergisi** kaynaklı sağlık hizmeti talebi harcamaları
 Dolaylı Kişisel / Hane Halkı, kuruluş ve diğer kaynaklar
 _) **Diğer Kamu kaynaklarının** sağlık hizmeti talebi harcamaları

b. ÖZEL MALİ KAYNAKLAR

- 5) **Özel Sektör Kuruluşlarının** (yerli ve yabancı) **Doğrudan** sağlık hizmeti talebi harcamaları
 6) **Kişiler / Hane Halkının Doğrudan** sağlık hizmeti talebi harcamaları
 (Kişiler/ Hane Halkının Dolaylı harcamaları genellikle sağlık güvencesi elde etmek için yapıldığından, bu grupta değil ilgili gruplarda ele alınmaktadır)
 _) **Diğer özel kaynakların** sağlık hizmeti talebi harcamaları

c. DİĞER MALİ KAYNAKLAR

Kamu ve Özel karma kaynaklı, dayanışma ve yardım ağırlıklı

(**Sosyal Güvenlik** esaslı harcamalar Kamu Kaynaklarına dahildir.)

Sağlık Sigortası Kuruluşlarının (yerli ve yabancı) Kısmi veya Tüm Toplum için sağlık hizmeti talebi harcamaları

(Primler: Çalışan= Kişisel/Hane Halkı Dolaylı sağlık hizmeti talebi harcaması

Çoğunlukla Çalıştıran = İşyeri Dolaylı sağlık hizmeti talebi gideri

Kimi zaman Devlet 3 taraf prim ve katkıları= Sosyal amaçlı kamu sağlık hizmeti talebi harcaması)

- 7) * **Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası Kuruluşlarının** sağlık hizmeti talebi harcamaları (Kısmi veya Tüm Toplum için)
 8) * **Zorunlu Özel Sağlık Sigortası Kuruluşlarının** sağlık hizmeti talebi harcamaları (Kısmi veya Tüm Toplum için)
 9) * **İsteğe Bağlı Sosyal Sağlık Sigortası Kuruluşlarının** sağlık hizmeti talebi harcamaları (Kısmi veya Tüm Toplum için)
 10) * **İsteğe Bağlı Özel Sağlık Sigortası Kuruluşlarının** sağlık hizmeti talebi harcamaları (Kısmi veya Tüm Toplum için)

Yardım Amaçlı Kuruluş Ve Kişisel (yerli ve yabancı) sağlık hizmeti talebi harcamaları

- **Yardım Amaçlı Kuruluşların** sağlık hizmeti talebi harcamaları

- 11) * **Kamu Yardım Kuruluşlarının** sağlık hizmeti talebi harcamaları

UN, WHO, UNICEF dahildir.

(SHÇEK ve SYDTF benzeri kuruluşlar Kamu Kaynakları arasındadır)

- 12) * **Toplumsal Yardım Kuruluşlarının** sağlık hizmeti talebi harcamaları

Kızılay, Kızıllaç, azınlık ve cemaat grupları, bazı vakıf kuruluşlar dahildir

- 13) * **Özel Yardım Kuruluşlarının** sağlık hizmeti talebi harcamaları

Vakıfların çoğu, şirketlerin yardım kuruluşları ve doğrudan yardımları dahildir

- **Yardım Amaçlı Kişisel** sağlık hizmeti talebi harcamaları

- 14) * **Kişilerin / Hane Halkının Yardım Amaçlı Doğrudan Harcamaları** kaynaklı sağlık hizmeti talebi harcamaları

Ücretsiz hizmet sunan sağlık profesyonelleri dahildir.

- _) - Diğer yardım kaynaklarının sağlık hizmeti talebi harcamaları
_) Diğer sağlık hizmeti talebi kaynaklarının sağlık hizmeti talebi harcamaları

d. **KAMU, ÖZEL VE DİĞER MALİ KAYNAKLARIN BİR ARADA OLDUĞU KARMA TALEP MALİ KAYNAKLARI**

Yukarıdaki sağlık hizmeti talebi amaçlı sistem ve kaynaklarının birkaçının bir arada uygulandığı sağlık hizmeti talebi harcamaları

B- TALEP VE ARZ AMAÇLARININ BİR ARADA OLDUĞU KARMA MALİ KAYNAKLAR

Yukarıdaki sağlık hizmeti talebi amaçlı sistem ve kaynaklardan bir veya birkaçının sağlık hizmetleri arzı amaçlı sistem ve kaynaklardan bir veya birkaçıyla bir arada uygulandığı sağlık sistemleri (92:38).

Görülebileceği gibi, tüm fertlere sağlık güvencesi sağlamanın çok sayıda yolu vardır ve primli zorunlu kamu / resmi sağlık sigortası, bu yollardan sadece biridir. "Güvence" denildiğinde, sinonim iki kavram imiş gibi "sigorta", tartışmasız ve alternatifsiz olarak takdim edilemez.

Öte yandan, sağlık hizmetleri talebinde de bedava mal ve hizmet sağlama imkanı ve sistemi mevcut değildir. Bir yardımlaşma, dayanışma, paylaşmadan söz edilse de, sonuçta hizmetlerin bedeli teker teker kişiler ve tüm kişiler (toplum) tarafından ödenmiş olmaktadır.

III.3.3. Sağlık Sektörü Talep Sistemleri

III.3.3.1. Sağlık Sektörü Talep Sistemlerinin Türleri

Sağlık sektörü talep sistemi ve alt sistemlerinin talep edip kullandığı / tükettiği mal ve hizmet türündeki ürünler de çok çeşitli ve yaygındır. Bu çeşitlilik ve yaygınlık genellikle sağlık hizmetleri arzından kaynaklanan bir güdüleme ile, talep boyutunda da günden güne artmaktadır.

Sağlık hizmeti talep edicilerinin bu çok çeşitli ve değişken ihtiyaçları, genellikle **Asıl Sağlık Hizmeti** kapsamında bulunan ve gerekli sağlık mal ve hizmeti **ara ürünlerini** kullanmayı da içeren süreçlerde, farklı sağlık hizmeti talep ve arzı ile karşılanılmaya çalışılır.

Bütün bu taleplerin son amacı, her ihtiyaç için farklı türde "sonuç ürün" nitelikli bir **sağlıklı mali çıktısı** elde etmektir.

Sağlık sektörü talep sistemlerinin ana hedefi, Asıl Sağlık Hizmetleri kapsamında bir sağlıklı mali çıktısı elde etmektir.

Sağlık sektörünün genelinde yer alan uzak, doğrudan ve asıl etkili tüm kişi, kuruluş ve ürünler / hizmetler, bu sonuç çıktının elde edilmesine / üretilmesine / uygulanmasına katkıda bulunmak amacıyla üretilir.

Bu sebeple, sağlık sektörünün tüm ürünleri yerine, Asıl Sağlık Hizmetleri ürünlerine yönelik talebin incelenmesi, amaca daha uygun, doğru ve yeterlidir.

Asıl Sağlık Hizmetlerini de kapsamak üzere, sağlık sektörü talep sistemlerinin bütünü şöyle sınıflandırılabilir:

SAĞLIK SEKTÖRÜ TALEP SİSTEMLERİNİN TÜRLERİ

A. SADECE TALEP AMAÇLI OLAN SİSTEMLER

a. TEK İŞLEVLİ TALEP SİSTEMLER

- a.1.** Başta tabip olmak üzere, sağlık personeli sağlanmasına ve çalıştırılmasına yönelik **Sağlık İnsangücü** talep sistemleri.
- a.2.** Sağlıklılık çıktısı elde edebilmek için gerek duyulan:
- Bilgi ve teknik (teknoloji)
 - Alt yapı
 - Fiziki alanlar
 - Enerji
 - İlaç, donatım (makine, teçhizat, cihaz, araç, malzeme), donanım vb.
 - Mali (finansal) varlıklar
 - Sağlık insangücü dışında kalan diğer personel ve diğer benzerleri gibi, her türlü mal ve hizmetin teminine yönelik **Yardımcı Unsurlar** talep sistemleri.
- a.3.** Sağlık insangücünün maddi unsurları kullanarak vereceği hizmetlerin talep edilip kullanılmasına yönelik **Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenlerini** (mekanizmalarını) içeren talep sistemleri.
- a.4.** Sağlık ürünlerinin bu üç grup temel üretim unsurunu talep edip kullanacak talep sistemlerini kuracak ve çalıştıracak, işletecek, yönetecek profesyonel sağlık idarecilerinin görev yaptığı,
- * Üst Kademe Sağlık İdaresi,
 - * Birincil / Primer Sağlık Hizmetleri İdaresi,
 - * İkincil / Sekonder ve Üçüncül / Tersiyer (İkinci Basamak, yataklı, tedavi) Sağlık Kurumları İdaresi
- Talep Yönetim Yapılarını** içeren talep sistemleri.

b. KARMA İŞLEVLİ TALEP SİSTEMLER

Yukarıda sayılan dört grup talep sisteminin birkaçını veya tümünü aynı yapı bünyesinde bulunduran **karma nitelikli** talep sistemleri.

B. TALEP VE ARZ AMAÇLARININ BİR ARADA BULUNDUĞU KARMA SİSTEMLER

- Yukarıdaki dört grupta yer alan talep sistemlerinin biri, birkaçı veya tümünün, sağlık hizmetleri arz sistemleri ile birlikte aynı yapı bünyesinde bulunduğu sistemler (89:22).

Sağlık sektörünün talep sistemleri, ihtiyaç duydukları ürünleri kendileri üretebilmek için kimi zaman arz edici durumuna da girebilirler. Bu, en yoğun olarak Asıl Sağlık Hizmetleri talep düzenleri için geçerlidir. Bu tür kuruluşlar sağlık insangücü, yardımcı unsurlar ve yönetim yapıları için ihtiyaç duydukları mal ve hizmetleri kendileri yetiştirmek ve üretmek için harekete geçtiklerinde, birer arz edici niteliği kazanırlar (92:2).

III.3.3.2. Asıl Sağlık Hizmetlerinin Talep Düzenleri

Daha önce de açıklandığı gibi, sağlık sektörü talep sistemlerinde de dört temel unsura yönelik talep düzenleri vardır.

Bu sağlık hizmeti unsurları, sağlık hizmetleri talebi için, hemen her zaman ve esas olarak Asıl Sağlık Hizmetleri talep sistemleri kapsamında ve

- Çevreye Ve Topluma Yönelik Temel-Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Kişiye Yönelik Koruyucu-Geliştirici sağlık hizmetleri,
- Ayakta Tedavi hizmetleri,
- Yataklı Tedavi hizmetleri

içerisinde talep edilip kullanılarak, tüm sağlık sektörünün amacı ve sonuç ürünü olan sağlamlık halinin elde edilmesine çalışılır.

Ancak, sağlık sektörünün arz ve talep sistemleri içinde bu derecede önemli ve büyük yeri olan hizmetler Asıl Sağlık Hizmetleridir.

Asıl Sağlık Hizmetlerinin esas yöneldiği ve değerlendirildiği yer, sağlık hizmetleri talep ortamlarıdır.

Sağlık hizmetleri talep ortamlarında Asıl Sağlık Hizmetlerine yönelik olan sağlık hizmeti talep düzenlerinin

- Hem diğer tüm ürünlerin talebini de içirmesi ve gerçekleştirilmesi,
- Hem bu ürünlerin toplam arzının tamamına yakın kısmının Asıl Sağlık Hizmetleri talebi sırasında kullanılıyor olması ve
- Hem de tüm arz ve talep sistemlerinin amacı ve sonuç çıktısı olan sağlık hizmeti ürünü "sağlamlık hali"nin sağlanmasına yönelik olması

sebepleriyle, sektörün en önemli ve çok büyük bölümünü oluşturur.

Bu bakımından, Asıl Sağlık Hizmetleri talep düzenlerini incelemek, talep sektörünün bütününe incelenmeye yakın bir yoldur.

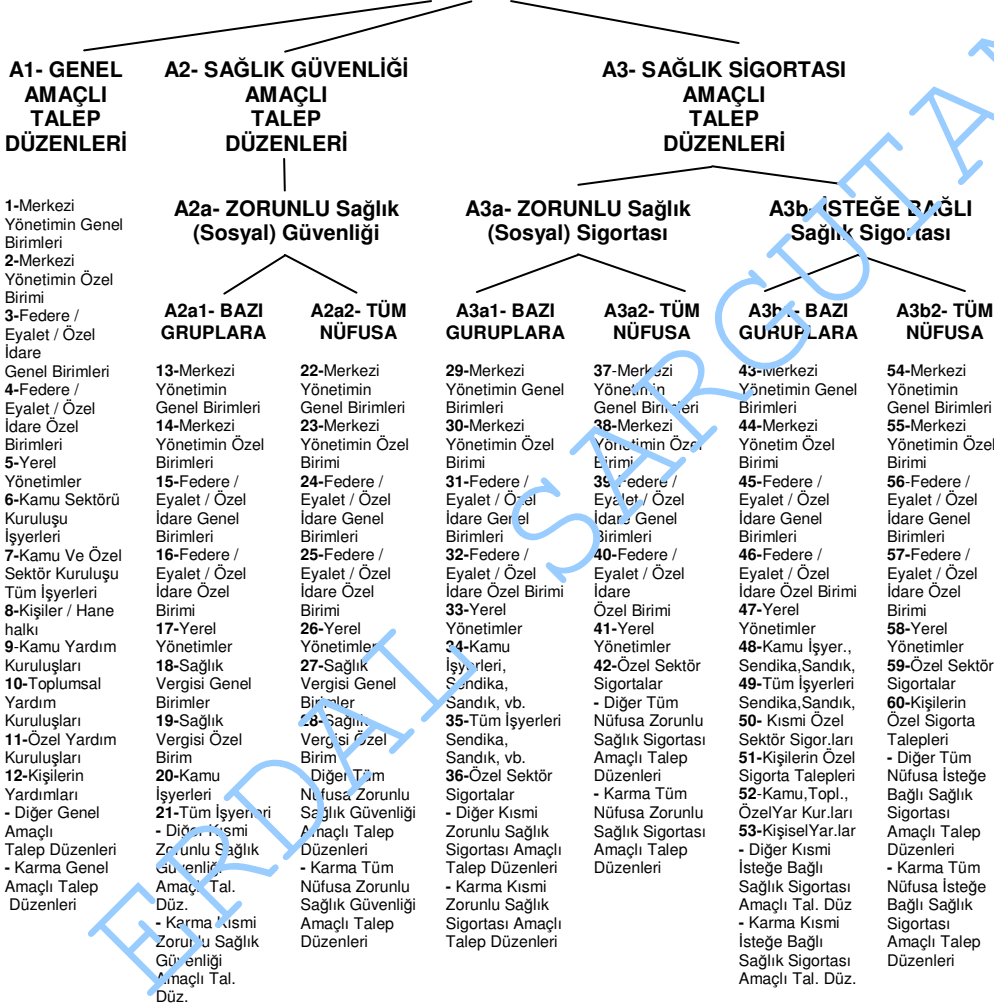
Bu değerlendirme çerçevesinde, aşağıda verilen "Asıl Sağlık Hizmetleri talep düzenleri" sınıflandırılması, sağlık sektörleri talep sistemlerinin sınıflandırması olarak da kabul edilebilir.

Sağlık sektörü içindeki yeri 'arz'ına kıyasla genellikle daha az karmaşık olan Asıl Sağlık Hizmetleri **talep sistemlerinin belirleyici unsuru**, hizmetten yararlanacak kişiler veya mali yapıyı oluşturan kaynaklar değil, sağlık hizmetleri talebi için **harcamayı yapan / arz edicilere ödeme yapmayı taahhüt eden** kişi ve kuruluşlardır.

Yapı ve işleyişleri "temel prensip" ilkelerine sahip olsun veya olmasın, Asıl Sağlık Hizmetleri ürünlerinin talep ve tüketiminin gerçekleştiği, Asıl Sağlık Hizmetleri talep sistemleri ve alt sistemlerinin türleri genel olarak aşağıda yer aldığı biçimde gruplandırılabilir.

Şema 7: Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenlerinin Türleri

A- SADECE ASIL SAĞLIK HİZMETLERİ AMAÇLI TALEP DÜZENLERİ



A4- DİĞER TALEP DÜZENLERİ

A5- KARMA TALEP DÜZENLERİ

Genel, Sağlık (Sosyal) Güvenliği, Sağlık (Sosyal) Sigortası Ve Sağlık Sigortası Amaçlı Talep Düzenlerinden birkaçının bir arada bulunduğu talep sistemleri

B- TALEP VE ARZIN BİR ARADA OLDUĞU KARMA SİSTEMLER

NOT: Yukarıdaki sütunlar da ayrıca kamu / sosyal sektör, kamu dışı / özel sektör ve sosyal - özel birlikte olmak üzere alt guruplara ayrılabilir.

Kaynak: Sargutan A. E. (2001) Sağlık Sektörünün Yapısı (92:29); Sargutan A. E. (2004) Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri (95:129)

ASIL SAĞLIK HİZMETLERİ TALEP DÜZENLERİNİN TÜRLERİ

A. SADECE ASIL SAĞLIK HİZMETLERİ AMAÇLI TALEP DÜZENLERİ

A.1. Sağlık Güvenliği / Sigortası Amaçlı Olmayan Genel Amaçlı Talep Düzenleri

- 1- Sağlık güvenliği / sigortası sağlamak amacı taşımayan genel amaçlı sağlık hizmetlerinin, **merkezi yönetimin** merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 2- Aynı hizmetlerin, özellikle, **merkezi yönetimin bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 3- Aynı hizmetlerin, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 4- Aynı hizmetlerin, özellikle, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin bu amaçla kurulan özel bir kuruluşu** ve buna bağlı birimlerince talep edildiği düzenler.
- 5- Aynı hizmetlerin, **yerel yönetimlerce** talep edildiği düzenler.
- 6- Aynı hizmetlerin, ücret dışı yardım veya benzeri nitelikli bir kapsamda **kamu sektörü kuruluşu işyerlerince / işverenlerince** talep edildiği düzenler.
- 7- Aynı hizmetlerin, ücret dışı bir yardım veya benzeri nitelikli kapsamda **kamu ve özel tüm işyerlerince / işverenlerince** talep edildiği düzenler.
- 8- Aynı hizmetlerin, **kişilerce / hane halkınca doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 9- Aynı hizmetlerin, **yerli ve yabancı kamu yardım kuruluşlarınca** talep edildiği düzenler.
- 10- Aynı hizmetlerin, **yerli ve yabancı toplumsal yardım kuruluşlarınca** talep edildiği düzenler.
- 11- Aynı hizmetlerin, **yerli ve yabancı özel yardım kuruluşlarınca** talep edildiği düzenler.
- 12- Aynı hizmetlerin, **kişilerce yardım yapmak amacıyla** talep edildiği düzenler.

Diğer Genel Amaçlı talep düzenleri

Karma Genel Amaçlı Talep Sistemleri: Yukarıdaki genel amaçlı talep sistemlerinden birkaçının bir arada uygulandığı genel amaçlı talep düzenleri.

A.2 Sağlık Güvenliği Amaçlı Talep Düzenleri

A.2.a. Zorunlu Sağlık (Sosyal) Güvenliği Talep Düzenleri

A.2.a.1. Bazı Nüfus Grupları İçin Zorunlu Sağlık Güvenliği Düzenleri

- 13- Belirlenmiş bir hizmet paketi içindeki sağlık hizmetlerini, bazı nüfus gruplarını kapsamak üzere, **ülke halkının bir kısmına zorunlu sosyal sağlık güvenliği sağlamak amacıyla, merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 14- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 15- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 16- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 17- Aynı hizmet ve kapsamın, **belde halkının bir kısmına zorunlu sosyal sağlık güvenliği sağlamak amacıyla, yerel yönetimlerin** görev ve sorumluluğu olarak, genellikle onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 18- Aynı hizmet ve kapsamın, sadece **sağlık vergisi mükelleflerine zorunlu sosyal sağlık güvenliği sağlamak amacıyla, bu vergiyi toplayan kamu yönetim çevresinin / erkinin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 19- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **sağlık vergisini toplayan kamu yönetim çevresinin / erkinin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 20- Aynı hizmet ve kapsamın, **kamu işyerlerinde çalışanlara zorunlu sosyal veya özel sağlık güvenliği sağlamak amacıyla, kamu işyerlerinin / işverenlerinin** görev ve sorumluluğu olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.

21- Aynı hizmet ve kapsamın, **kamu, özel, yerli ve yabancı işyerlerinde çalışanlara zorunlu sosyal veya özel sağlık güvenliği sağlamak amacıyla, kamu işyerlerinin / işverenlerinin** görev ve sorumluluğu olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.

Diğer Kısmi Zorunlu Sağlık Güvenliği Amaçlı talep düzenleri

Karma Kısmi Zorunlu Sağlık Güvenliği Amaçlı Talep Sistemleri:

Yukarıdaki genel amaçlı talep sistemlerinden birkaçının bir arada uygulandığı genel amaçlı talep düzenleri.

A.2.a.2. Tüm Nüfus İçin Zorunlu Sağlık Güvenliği Talep Düzenleri

22- Belirlenmiş bir hizmet paketi içindeki sağlık hizmetlerini, tüm nüfusu kapsamak üzere, **ülke halkının tamamına zorunlu sosyal sağlık güvenliği sağlamak amacıyla, merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.

23- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.

24- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.

25- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.

26- Aynı hizmet ve kapsamın, **belde halkının tamamına zorunlu sağlık güvenliği sağlamak amacıyla, yerel yönetimlerin** görev ve sorumluluğu olarak, genellikle onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.

27- Aynı hizmet ve kapsamın, herkesin **sağlık vergisi mükellefi olduğu tüm halka zorunlu sosyal sağlık güvenliği sağlamak amacıyla, bu vergiyi toplayan kamu yönetim çevresinin / erkinin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.

28- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **bu vergisini toplayan kamu yönetim çevresinin / erkinin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.

Diğer Tüm Nüfusa Zorunlu Sağlık Güvenliği Amaçlı talep düzenleri

Karma Tüm Nüfusa Zorunlu Sağlık Güvenliği Amaçlı Talep Sistemleri: Yukarıdaki genel amaçlı talep sistemlerinden birkaçının bir arada uygulandığı genel amaçlı talep düzenleri.

A.3. Sağlık Sigortası Amaçlı Talep Düzenleri

A.3.a. Zorunlu Sağlık (Sosyal) Sigortası Talep Düzenleri

A.3.a.1. Bazı Nüfus Grupları İçin Zorunlu Sağlık Sigortası Düzenleri

- 29- Belirlenmiş bir hizmet paketi içindeki sağlık hizmetlerini, öncelikle bir işveren yanında çalışanları ve daha sonra tek başka grupları kapsamak üzere, sosyal tarafların değişen oranlarda ödedikleri **primler karşılığında ülke halkının bir kısmına zorunlu sosyal sağlık sigortası sağlamak amacıyla, merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 30- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 31- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 32- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 33- Aynı hizmet ve kapsamın, sosyal tarafların değişen oranlarda ödedikleri **primler karşılığında belde halkının bir kısmına zorunlu sosyal sağlık sigortası sağlamak amacıyla, yerel yönetimlerin** görev ve sorumluluğu olarak, genellikle onun bu iş için kurulmuş **özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 34- Aynı hizmet ve kapsamın, sosyal tarafların değişen oranlarda ödedikleri **primler karşılığında, kamu işyerlerinde çalışanlara zorunlu sosyal veya özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla,** kamu işyerlerini kısım kısım veya bütünüyle kapsamak üzere kurulan **sendika, sandık, birlik vb. gibi kuruluşların** görev ve sorumluluğu olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.

- 35- Aynı hizmet ve kapsamın, sosyal tarafların değişen oranlarda ödedikleri **primler karşılığında, kamu, özel, yerli ve yabancı işyerlerinde çalışanlara zorunlu sosyal veya özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla**, tüm işyerlerini kısım kısım veya bütünüyle kapsamak üzere kurulan **sendika, sandık, birlik vb. gibi kuruluşların** görev ve sorumluluğu olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 36- Aynı hizmet ve kapsamın, sosyal tarafların değişen oranlarda ödedikleri **primler karşılığında, halkın bir kısmına zorunlu özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla, yerli ve yabancı sigorta kuruluşlarının** sigorta poliçesi taahhüdü olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.

Diğer Kısmi Zorunlu Sağlık Sigortası Amaçlı talep düzenleri

Karma Kısmi Zorunlu Sağlık Sigortası Amaçlı talep düzenleri:
Yukarıdaki genel amaçlı talep sistemlerinden birkaçının bir arada uygulandığı genel amaçlı talep düzenler.

A.3.a.2. Tüm Nüfus İçin Zorunlu Sağlık Sigortası Düzenleri

- 37- Belirlenmiş bir hizmet paketi içindeki sağlık hizmetlerini, tüm nüfusu kapsamak üzere, sosyal tarafların değişen oranlarda ödedikleri **primler karşılığında ülke halkının tamamına zorunlu sosyal sağlık sigortası sağlamak amacıyla, merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerce ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 38- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 39- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 40- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 41- Aynı hizmet ve kapsamın, sosyal tarafların değişen oranlarda ödedikleri primler karşılığında, **belde halkının tamamına zorunlu sosyal sağlık sigortası sağlamak amacıyla, yerel yönetimlerin** görev ve sorumluluğu olarak, genellikle onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.

42- Aynı hizmet ve kapsamın, sosyal tarafların değişen oranlarda ödedikleri **primler karşılığında, halkın tamamına zorunlu özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla, yerli ve yabancı sigorta kuruluşlarının** sigorta poliçesi taahhüdü olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.

Diğer Tüm Nüfusa Zorunlu Sağlık Sigortası Amaçlı talep düzenleri

Karma Tüm Nüfusa Zorunlu Sağlık Sigortası Amaçlı Talep Sistemleri: Yukarıdaki genel amaçlı talep sistemlerinden birkaçının bir arada uygulandığı genel amaçlı talep düzenleri.

A.3.b. **İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Talep Düzenleri**

A.3.b.1. **Bazı Nüfus Grupları İçin İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Düzenleri**

43- Belirlenmiş bir hizmet paketi içindeki sağlık hizmetlerini, bazı nüfus gruplarını kapsamak üzere, öncelikle sigortalanan ile, kişi çalışıyorsa işverenin ve bazı hallerde devletin katılımı vb.nin de görüldüğü **primler karşılığında ülke halkının bir kısmına isteğe bağlı sosyal sağlık sigortası sağlamak amacıyla, merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.

44- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.

45- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.

46- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.

47- Aynı hizmet ve kapsamın, öncelikle sigortalanan ile, kişi çalışıyorsa işverenin ve bazı hallerde devletin katılımı vb.nin de görüldüğü **primler karşılığında, belde halkının bir kısmına isteğe bağlı sosyal sağlık sigortası sağlamak amacıyla, yerel yönetimlerin** görev ve sorumluluğu olarak, genellikle onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.

- 48- Aynı hizmet ve kapsamın, öncelikle sigortalanan ile, kişi çalışıyorsa işverenin ve bazı hallerde devletin katılımı vb.nin de görüldüğü **primler karşılığında kamu işyerlerinde çalışanlara isteğe bağlı sosyal veya özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla**, kamu işyerlerini kısım kısım veya bütünüyle kapsamak üzere kurulan **sendika, sandık, birlik vb. gibi kuruluşların** görev ve sorumluluğu olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 49- Aynı hizmet ve kapsamın, öncelikle sigortalanan ile, kişi çalışıyorsa işverenin ve bazı hallerde devletin katılımı vb.nin de görüldüğü **primler karşılığında kamu, özel, yerli ve yabancı işyerlerinde çalışanlara isteğe bağlı sosyal veya özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla**, tüm işyerlerini kısım kısım veya bütünüyle kapsamak üzere kurulan **sendika, sandık, birlik vb. gibi kuruluşların** görev ve sorumluluğu olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 50- Aynı hizmet ve kapsamın, öncelikle sigortalanan ile, kişi çalışıyorsa işverenin ve bazı hallerde devletin katılımı vb.nin de görüldüğü **primler karşılığında halkın bir kısmına isteğe bağlı özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla**, yerli ve yabancı **sigorta kuruluşlarının** sigorta poliçesi taahhüdü olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 51- Aynı hizmet ve kapsamın, **kendi isteğiyle özel sağlık sigortası yaptırmak isteyen bazı kişileri** ve hane halkını kapsamak üzere, sigortalanan **kişinin / hane halkının ödediği**, özel durumlarda da işverenin ve devletin katılımı vb.nin de görüldüğü, **prim karşılığında bazı kişilere doğrudan isteğe bağlı özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla**, yerli ve yabancı **sigorta kuruluşlarının** sigorta poliçesi taahhüdü olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 52- Aynı hizmetlerin, **yardıma muhtaç kişileri** kapsamak üzere, yerli ve yabancı kamu, toplumsal, özel **yardım kuruluşlarının yardım amacıyla ödedikleri primler karşılığında, doğrudan kişilere isteğe bağlı özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla**, yerli ve yabancı **sigorta kuruluşlarının** sigorta poliçesi taahhüdü olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 53- Aynı hizmet ve kapsamın, **kişilerin yardım yapmak arzusuyla ödedikleri primler karşılığında, doğrudan kişilere isteğe bağlı özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla**, yerli ve yabancı **sigorta kuruluşlarının** sigorta poliçesi taahhüdü olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.

Diğer Kısmi İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Amaçlı talep düzenleri

Karma Kısmi İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Amaçlı Talep Sistemleri:
Yukarıdaki genel amaçlı talep sistemlerinden birkaçının bir arada uygulandığı genel amaçlı talep düzenleri.

A.3.b.2. Tüm Nüfus İçin İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Düzenleri

- 54- Belirlenmiş bir hizmet paketi içindeki sağlık hizmetlerini, tüm nüfusu kapsamak üzere, öncelikle sigortalanan ile, kişi çalışıyorsa işverenin ve bazı hallerde devletin katılımı vb.nin de görüldüğü **primler karşılığında ülke halkının tümüne isteğe bağlı sosyal sağlık sigortası sağlamak amacıyla, merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 55- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **merkezi yönetimin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 56- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel, KİT benzeri vb. **tüm birimlerince ayrı ayrı ve doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 57- Aynı hizmet, kapsam ve amacın, **federe devlet / eyalet / özel idareler vb.nin** görev ve sorumluluğu olarak, onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 58- Aynı hizmet ve kapsamın, öncelikle sigortalanan ile, kişi çalışıyorsa işverenin ve bazı hallerde devletin katılımı vb.nin de görüldüğü **primler karşılığında, belde halkının tümüne isteğe bağlı sosyal sağlık sigortası sağlamak amacıyla, yerel yönetimlerin** görev ve sorumluluğu olarak, genellikle onun **bu iş için kurulan özel bir kuruluşu** ve bunun birimlerince talep edildiği düzenler.
- 59- Aynı hizmet ve kapsamın, öncelikle sigortalanan ile, kişi çalışıyorsa işverenin ve bazı hallerde devletin katılımı vb.nin de görüldüğü **primler karşılığında, belde halkının tümüne isteğe bağlı özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla, yerli ve yabancı sigorta kuruluşlarının** sigorta poliçesi taahhüdü olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.
- 60- Aynı hizmetlerin, **kendi isteğiyle özel sağlık sigortası yaptırmak isteyen tüm kişileri** ve hane halkını kapsamak üzere, sigortalanan **kişinin / hane halkının ödediği**, özel durumlarda devletin katılımı vb.nin de görüldüğü, **prim karşılığında tüm isteyenlere doğrudan isteğe bağlı özel sağlık sigortası sağlamak amacıyla**, yerli ve yabancı **sigorta kuruluşlarının** sigorta poliçesi taahhüdü olarak, onlar tarafından **doğrudan** talep edildiği düzenler.

Diğer Tüm Nüfusa İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Amaçlı talep düzenleri

Karma Tüm Nüfusa İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Amaçlı Talep Sistemleri: Yukarıdaki genel amaçlı talep sistemlerinden birkaçının bir arada uygulandığı genel amaçlı talep düzenleri.

A.4. Diğer Talep Düzenleri

A.5. Karma Talep Düzenleri

Yukarıdaki sağlık güvenliği / sigortası amaçlı olmayan genel amaçlı, sağlık (sosyal) güvenliği amaçlı, sağlık (sosyal) sigortası amaçlı, sağlık sigortası amaçlı ve diğer talep sistemlerinden bir veya birkaçının bir arada uygulandığı sağlık sektörü sağlık hizmeti talep düzenleri.

B. TALEP VE ARZ AMAÇLARININ BİR ARADA OLDUĞU KARMA DÜZENLER:

Yukarıdaki talep düzenlerinden bir veya birkaçının, sağlık hizmeti arz düzenlerinden bir veya birkaçıyla bir arada uygulandığı sağlık sistemleri.

Sıralanan bu sistem modelleri, bunların iç çeşitlenmeleri, birden fazlasının bir arada uygulanması sonucunda, her ülkenin kendi ihtiyaç, imkan, bünye, alt yapı ve gerçeklerine uygun, yüzlerce değişik yapıda sağlık sektörü ve sağlık hizmeti talep düzenleri ile, bunların mali kaynakları oluşabilmektedir.

Anlatımı kolaylaştırıcı birer örnek olmak üzere,

- Hemen bütün ülkelerde A.1. tipi Genel Amaçlı Sağlık Hizmeti Talep Düzeni'nin bulunduğu ve ilgili sütunda gösterilen kuruluş ve kaynaklardan bir veya birkaçının bu talebi yürüttüğü,
- Buna ek olarak ayrıca "Ulusal Sağlık Hizmeti" örgütü vasıtasıyla İngiltere'nin ve diğer Beveridge modeli uygulayan ülkelerin A.2.a.2 sistemine uyduğu,
- Almanya ve diğer Bismarck modeli uygulayan sistemlerin A.3.a.2. için örnek oluşturabileceği,
- Hiçbir sosyal güvenlik ve sosyal yardım-hizmet esaslı sağlık hizmeti olmayan ülkelerde A.3.b. tipinin türevlerinin bulunabileceği.
- ABD'nin esas olarak a.3.b.2 yanında yoksul ve yaşlılar için A.2.a.1. düzenine sahip olduğu,
- Türkiye'nin genel anlamda A.1. ve A.3.a.1 ile A.3.b.1 tipindeki düzenlerin ilgili sütunlarında sıralı kuruluşlardan bazıları eliyle karma bir sağlık hizmeti talebi yürüttüğü

söylenilebilir (92:30-35).

III.3.3.3. Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenleriyle İlgili Temel Prensipler

Kişilerin ve toplumun, ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerinden olabildiğince yüksek düzeyde yararlanabilmeleri için, Asıl Sağlık Hizmetleri talep düzenlerinde aşağıdaki niteliklerin bulunması, bir temel prensip olarak kabul edilebilir:

İyi bir sağlık hizmetleri talep sistemi

- herkesin, ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini / ürünlerini

- * kamu malı / hizmeti ve devlet / toplum sorumluluğu esasıyla,
- * kişinin kendi mali gücü ile sınırlı olmayan "sosyal" nitelikte,
- * tümüyle "pazar"a bağlı olmayan eşit şartlarda,
- * adil olarak,
- * ihtiyacı olduğu zaman,
- * ihtiyacı olduğu kadar

almasını sağlama;

- toplumun ve fertlerin sağlık ihtiyaçlarını

- * yaygın,
- * sürekli,
- * uygun,
- * yeterli,
- * kaliteli,
- * etkili,
- * ekonomik,
- * verimli,
- * erişilebilir / ulaşılabilir,
- * yararlanılabilir,
- * kabul edilebilir

bir şekilde temin etmesine imkan verme;

- dış şartların, yukarıdaki hususlarda veya talepte

- * aksama
- * kısıtlama,
- * erteleme,
- * engelleme

yaratmasını önleyecek sağlam bir yapıda bulunma;

- gerekli mali kaynaklar bakımından

- * ekonomik yapı ve gerçekler ile gelir dağılımı özelliklerine uygun,
- * güçlü,
- * sürekli,
- * karmaşık olmayan,
- * güvenilir,
- * aksamalardan fazla etkilenmez

olma;

- ülkenin

- *ihtiyaçları,
- *şartları,
- *imkanları,
- *alt yapıları,
- *bünyesi,
- *gerçekleri

ile örtüşme;

- sosyal politikalar bakımından

- *sosyal yapıya,
- *eşitlik ilkelerine,
- *sosyal devlet prensiplerine,
- *sosyal adalete,
- *milli gelirin yeniden, dengeli ve adil dağılımına,
- *bütünleşmiş, huzurlu, dengeli ve sağlıklı toplum oluşturma amaçlarına

uyum sağlama

niteliklerini gerçekleştirecek yapı ve işleyişe mümkün olduğunca sahip bulunmalıdır,

III.3.3.3.1. Asıl Sağlık Hizmetleri Talep Düzenlerinin Temel Prensipte Değerlendirilmesi

Asıl Sağlık Hizmetleri talep düzenlerinin yapılanmasında üzerinde en çok durulan konu, hizmet bedellerinin nasıl ödendiği veya ödenmesi gerektiğidir. Uygulanmaları mümkün olan çeşitli hizmet talebini ödeme modelleri, talep sistemlerinde gözetilmesi gereken niteliklerle ilgili Temel Prensipten ilkelere ışığında incelendiğinde:

- Kişisel / hane halkı doğrudan ödemeleriyle finansmanın, ülkelerin milli gelir seviyeleri ve dağılımı şartlarında çok sınırlı bir imkan olduğu ve genelde, hizmet almama / alamama ile sonuçlandığı,
- Yine doğrudan ödeme nitelikleri gösteren, hizmetlerin kişisel veya kurumsal yardımlar esasıyla finansmanının, kısıtlı, dar kapsamlı ve süreksiz olduğu gibi kişilerin hizmet almama / alamamasına da yol açacağı için, çağdaş ve sosyal bir devlette kabulüne imkan olmadığı,
- Sağlık vergisi veya prime dayalı sigorta kaynaklarının, normal olarak verdikleri vergilerden sağlık hizmetlerini de elde etmesi gereken yurttaşları, bir de kişilerce doğrudan ödenen ek sağlık vergisi: "prim" vermek zorunda bıraktığı; ayrıca, prim ödemesinin büyük ölçüde kişilerin gelirlerine ve diğer kişisel ihtiyaç ve isteklerinin zorlamasına bağlı bulunduğu, bu sebeple bu finansman sisteminin de kısıtlama, engel, güçlük ve tıkanmalar ile, sağlıkta eşitsizliklere yol açabileceği; bunun da yine kişilerin sağlık hizmeti almaması / alamaması / vazgeçmesi / bastırması / ertelemesi sonucunu yaratabileceği,

- Sağlık hizmetleri giderlerinin mahalli idareler veya işverenlerce finansmanının, her zaman güvenilemez olduğu, külfetlere, sınırlılığa, dar kapsamlılığa, kısıtlılığa, aksama ve hizmet alamamaya yol açabileceği,
- Toplumsal (sosyal) kaynaklardan veya merkezi yönetim, federe devlet, eyalet, özel idare ve benzerlerinin hazine / bütçe gelirlerinden finansman sağlanması durumunda, sağlık hizmetleri vergilerden dolayı ödemeler yoluyla kısmen yine kişilerce ödenmiş olurken, devletin vergi dışı diğer gelirleri de bu amaca harcanabileceğinden; ortaya çıkabilecek kısıtlılık hallerinde, herkese hiç olmazsa kabul edilebilir bir asgari seviyede sağlık hizmetlerini garanti etmesi sebebiyle en fazla güvenilebilir bir sistem oluşturabileceği; bu uygulamanın ayrıca geliştirilmeye açık, bünyesi sade ve gerçekçi, klasik devlet yapılarına en uygun, gelir seviyeleri ve dağılımı açısından gerekli olabilen bir yapı gerçekleştirilebileceği

söylenbilir.

Bu tablodan çıkan sonuca göre, ödeme gücü olanların prim ve diğer katılımlarıyla da desteklenen, hazine / bütçe esaslı ve tüm fertleri sağlık güvenliği kapsamı içine alan bir sistemin kısa ve orta vadede uygulanabilir olduğu, uzun vadeli hedefin ise tümüyle hazine / bütçe esaslı ve tam kapsamlı milli sağlık sistemine geçilerek gerekli talep finansman sistemi kurulmasının çoğu ülke için en uygun tercih olduğu düşünülebilir (89:37).

II.3.4. Sağlık Hizmetleri Talebi Yönetim Yapıları

Sağlık sistemlerinin Sağlık İnsan Gücü ve Yardımcı Unsurlar talebi için şu veya bu biçimde, iyi veya kötü işleyen yönetim yapıları vardır.

Talep Düzenlerinin kişilerin doğrudan ödemelerine dayalı olarak yürütüldüğü sistemlerde bu anlamda bir yönetim yapısından söz edilemez. Özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortası ve güvenliği ile kolektif sağlık güvencesi sistemlerinde, toplumu ve sağlık hizmetlerini kısmen veya bütünüyle kapsayan bir veya birkaç Talep Düzeni Yönetim Yapısı vardır.

Sağlık hizmetlerinde Talep Düzeni Yönetim Yapılarının güçlü bir şekilde örgütlenmesi, tüm fertleri kapsamaması ve etkili çalışması, kişileri hizmet sunucuları karşısında korumak ve gözetmek, yönlendirme ve düzenleme gücünde talep ediciler aleyhine olan eşitsizliği / asimetriyi gidermek, pazarı etkilemek, hizmette kalite ve ucuzluğu sağlamak, yararlanma olanaklarını geliştirmek gibi etkilerle, kişileri ve toplumları sağlıklı kılma hedefini gerçekleştirmek bakımından çok önemlidir.

(Sargutan A. E. (2006) **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara)

A. ERDAL SARGUTAN