

## SAĞLIK EKONOMİSİ: KAVRAMSAL BİR YAKLAŞIM

Zafer ÇALIŞKAN\*

### Öz

Son yıllarda sağlık hizmetleri ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konuları özellikle sağlık reformları ile birlikte yeniden tartışma konusu olmuştur. Bu sağlık ekonomisine olan ilginin giderek artmasına neden olmuştur. Bu çalışmada sağlık ekonomisi ve sağlık ekonomisinin ilgi alanını oluşturan sağlık hizmetleri farklılaşan özellikleriyle sunulmaktadır. Sonuç olarak sağlık ekonomisinin hem çok disiplinli yapısı hem de sağlık hizmetleri piyasasının belirsizlik, dışsallık gibi özellikleri nedeniyle ekonomi biliminin geleneksel yaklaşımından ayrıldığı görülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık, sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleri, piyasa başarısızlığı.

### Abstract

#### Health Economics: A Conceptual Approach

In recent years, the provision and the finance of health services have been started to debate with the initiation of health reforms. This has caused an increasing attention to health economics. In this study, health economics and the market for health services are presented with their peculiar characteristics. In sum, due to both the interdisciplinary structure of health economics and the characteristics of health services market such as uncertainty and externalities health economics differs from the mainstream economics.

**Keywords:** Health, health economics, health services, market failure.

---

\* Yrd.Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisat Bölümü, 06800, Beytepe, ANKARA, caliskan@hacettepe.edu.tr

## GİRİŞ

Sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili konuların ekonomik, politik ve toplumsal boyutlarının bütün ülkelerde giderek önem kazandığı görülmektedir. Bu gelişmelere geniş bir açıdan bakıldığında ülkelerin kendi içsel dinamikleri kadar ülkelere özgü gibi görünen ama küresel düzeydeki ekonomik ve toplumsal ilişkilerin/etkileşimlerin yansımalarının da bulunduğu görülmektedir. Özellikle hem ulusal hem de uluslararası düzeyde artan sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutunun ve buna bağlı olarak sağlık sistemlerinde geniş kapsamlı reform gerekliliği (hizmet sunumunda etkinliği arttıran, maliyet artışlarını kontrol eden, geri ödeme yöntemlerini yeniden düzenleyen vb.) ile ilgili tartışmaların daha da ön plana çıkmasına neden olmuştur. Bu gelişmeler sağlık harcamaları açısından değerlendirildiğinde, son otuz yılda hemen hemen her ülkede gayri safi milli hasıladan sağlığa ayrılan payın iki kat, bazı ülkelerde iki kattan daha fazla arttığı görülmektedir. Örneğin; 2006 yılında küresel düzeyde toplam sağlık harcamasının satın alma gücü paritesine göre yaklaşık olarak 4 trilyon A.B.D. doları olarak gerçekleştiği ve bu büyüklükteki bir harcamanın dünya gelirinin yaklaşık olarak % 8,6'ını oluşturduğu görülmektedir (WHO: 2008: 90).<sup>1</sup> Ülkeler düzeyinde bakıldığında ise 2006 yılında A.B.D.'de gerçekleşen toplam sağlık harcaması/GSYİH oranı üyesi olduğu OECD ortalaması olan % 8,9'dan yaklaşık olarak yüzde seksen daha fazladır. Türkiye'de ise aynı yıl için sağlığa ayrılan payın OECD ortalamasının da altında yaklaşık olarak % 5,7 düzeyinde olduğu görülmektedir (OECD, 2008: 70).

Sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili tartışmaların temel kaynağını oluşturan harcamalardaki bu artış son yıllarda önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Bu yüzden ülkelerin sağlık politikalarını yeniden gözden geçirdiklerini ve buna bağlı olarak çeşitli reform önerilerini sunduklarını görmekteyiz. Ancak diğer yandan artan harcamalarla birlikte sosyo-ekonomik koşullardaki iyileşme, sağlık hizmetlerine ulaşmayı ve hizmetlerden yararlanmayı kolaylaştıran bazı düzenlemeler, daha iyi eğitim olanakları, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve ilaçların etkinliği konusunda kaydedilen ilerlemeler birçok ülkede hem yaşam süresinin uzamasına hem de yaşam kalitesinin artmasına neden olmuştur. OECD ülkelerine bakıldığında 1960 yılında 68,5 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2006 yılında 78,9 yıla çıkmıştır. 2006 yılında Japonya ise 82,4 yıl ile en yüksek ortalamaya sahip olup, onu İzlanda, İspanya, İsviçre, Avustralya ve İsveç gibi ülkeler izlemektedir (OECD, 2008: 18).

Bunların gerisinde kuşkusuz ekonomik ve sosyal koşullar kadar birey ve toplum sağlığını yakından ilgilendiren diğer gelişmeler de bulunmaktadır. Jack (1999: 28-31) bu gelişmeleri iki farklı dönüşüm süreciyle ilişkilendirmektedir.

Bu süreçlerden ilki demografik dönüşüm (*demographic transition*) olarak tanımlanmakta ve bu süreç büyük ölçüde toplumun daha sağlıklı olması ile nüfusun yaş yapısının değişmesine dayandırılmaktadır. Bu süreçte en belirgin gelişme doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve ölüm hızının azalması ile yaşlı kesimin toplam nüfus içerisindeki payının giderek artmasıdır. Nitekim son 30 yılda OECD ülkelerinde 65 yaşında beklenen yaşam süresi önemli oranda artmıştır. OECD 2008 raporuna göre 65 yaşından sonraki ortalama insan ömrü kadınlarda 19,3 yıl, erkeklerde 15,9 yıl olup, gerek kadınlar ve gerekse erkekler için 1970 yılından buyana ortalama 3,5 yıllık bir artış gerçekleşmiştir. Diğer yandan kadının çalışma yaşamında daha çok yer alması ve eğitim düzeyinin yükselmesi gibi etkilerle çoğu zaman doğum hızının azaldığı görülmektedir. Bu süreçte ortaya çıkan değişikliklerin sağlık hizmetlerine olan talebin/ihtiyacın biçimini, büyüklüğünü ve kaynak dağılımını etkilediğini belirtmek gerekmektedir.

Diğer değişim süreci ise hastalıkların yaygınlığı ve görülme sıklığında ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle epidemiyolojik dönüşüm (*epidemiological transition*) olarak adlandırılmaktadır. Bu süreç bazı hastalıkların ortadan kalkması/kaldırılması ve kontrol altına alınmasına bağlı olarak yine hem ölümlerin sayısının azalması hem de yaşam süresinin uzaması ile ilişkilendirilmektedir. Burada başlangıçta çoğunlukla bebek ve çocuk ölümlerinin başlıca nedenleri arasında yer alan ve çoğu az gelişmiş ülkede en önemli sağlık sorunlarının kaynağı sayılan enfeksiyona bağlı hastalıkların azaltılması yanında, kızamık ve çocuk felci gibi önlenabilir hastalıkların aşılama yoluyla ortadan kaldırılması önem kazanmıştır. Ancak bu olumlu gelişmelere karşın bu sürecin sağlık konusundaki risk faktörlerinin değiştiğini dikkate alarak yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü erken yaşlardaki ölümlerin başlıca nedeni sayılan tütün kullanımı, alkol tüketimi ve beslenme alışkanlıklarındaki değişmeye bağlı olarak ortaya çıkan fazla kilo ile aşırı şişmanlığın neden olduğu hastalıkların yaygınlaştığı görülmektedir.

Genel olarak bu iki süreç sağlık alanındaki ve sosyo-ekonomik yapıdaki gelişmelerle birlikte değerlendirildiğinde toplumun ölüm, hastalık ile doğurganlık yapısında ve bunların yansıması olarak ekonomik ve sosyal ilişkilerde değişikliklere neden olmakta ve bu ise sağlık hizmetlerine olan talebin/ihtiyacın değişmesine ve dolayısıyla harcama, finansman, maliyet gibi konuların ön plana çıkmasına neden olmaktadır.<sup>2</sup>

Bir bütün olarak ele alındığında bu süreç *sağlık ekonomisi*'nin iktisat biliminin ayrı bir uygulama alanı olarak ortaya çıkmasına ve giderek önem kazanmasına neden olmuştur. Genel olarak sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin teori, kavram ve metodolojisinin sağlık hizmeti ile ilgili tüm faaliyetlere ve kurumlara uygulanması olarak tanımlanabilir. Bu yüzden sağlık

hizmeti üretimi ile ilgili her türlü faaliyetin gerçekleştiği alanda kaynakların dağılımı ve yönetilmesi, sağlık hizmeti sunan kurumların organizasyonu, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık alanındaki yasal düzenlemeler, birey ve toplum sağlığını ilgilendiren düzenlemelerin iktisadi sonuçları, sağlık politikalarının oluşturulması ile sonuçlarının değerlendirilmesinin sağlık ekonomisinin başlıca ilgi alanlarını oluşturduğu söylenebilir.

Sağlık ekonomisinin ilgi alanının yukarıda belirtildiği gibi sağlık hizmeti olması sağlık hizmetlerinin üretimi, finansmanı, fiyatlandırılması ve son yıllarda giderek artan bir şekilde niteliği ile ilgili konuların önemini arttırmıştır. Bu noktada öncelikle sağlık hizmetleri piyasasının diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrıldığını belirtmek gerekmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin kendine özgü nitelikleri nedeniyle geleneksel iktisadi analiz araçlarının ve yöntemlerinin uygulanması önemli ölçüde kısıtlanmaktadır. Bu niteliksel farklılıklar sağlık hizmetleri piyasasında “piyasa başarısızlığı”nın ortaya çıkmasına neden olurken, bu hizmetler için genel olarak üretim, finansman ve dağılımında diğer mal ve hizmetlerden farklı değerlendirmeler yapılmasını zorunlu kılmaktadır.

Bu çerçevede çalışma iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık ekonomisinin kapsamı ve temel ilgi alanları kavramsal yönden yeniden analiz edilerek, literatürde yer alan ve sağlık ekonomisinin uygulama alanı ile ilgili çalışmalarla desteklenerek sunulmaktadır. İkinci bölümde ise sağlık ekonomisinin uygulama alanını sağlık hizmetleri oluşturduğundan bu hizmetlerine özgü niteliksel farklılıklara bağlı olarak piyasa başarısızlığına neden olan unsurlar değerlendirilmektedir.

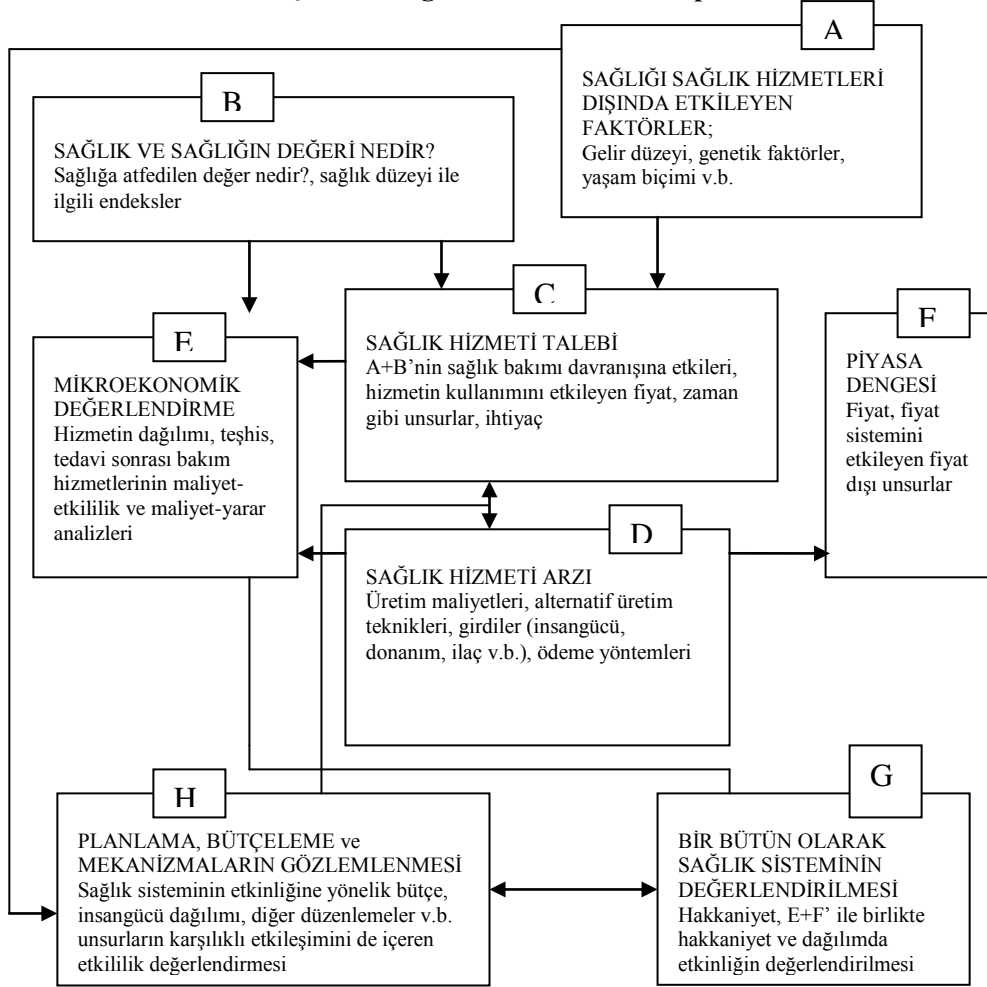
## 1. SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAPSAMI

Birçok alanda olduğu gibi sağlık ekonomisinin çalışma alanını da kesin sınırlarla belirlemek olanaksızdır. Sağlık ekonomisi önceki bölümde ekonomi biliminin temel kurallarının sağlık sektörüne uygulanması olarak tanımlanmakla beraber, hem kavramsal yönden anlamayı kolaylaştırmak hem de sağlık ekonomisinin başlıca uygulama alanlarını ortaya koyabilmek amacıyla Williams'ın (1987: 3) akım tablosu ile yeniden ve daha geniş bir çerçevede değerlendirilebilir.

Şekil 1'de görüldüğü gibi sağlık ekonomisinin temel ilgi alanları ve bunlar arasındaki ilişkiler sağlık kavramının ve buna bağlı olarak sağlık sektörünün çok boyutlu yapısını açıkça ortaya koymaktadır. Culyer ve Newhouse (2000: 4) tarafından makine dairesi olarak tanımlanan ilk dört alan – A,B,C,D – sağlık sektörünün bir bütün olarak dinamiğini anlamayı ve analiz

etmeyi sağlayan temel yapı taşlarını oluşturmaktadır. Dışarıya yayılmış bulunan diğer alanlar – E,F,G,H- ise büyük ölçüde sağlık ekonomisinin uygulama alanlarını oluşturmaktadır.

**Şekil 1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı**



**Kaynak:** Williams, 1973: 3

(A) alanı sağlık hizmetleri dışında sağlığı etkileyen unsurları içermektedir. Sağlık, bireylerin genetik yapılarının belirleyiciliği altında gelir düzeyi ve dağılımı, eğitim, beslenme ve barınma koşulları, yaşam biçimi gibi sağlık hizmetleri dışında çok sayıda faktörden etkilendiğinden hastalık ve sakatlık kötüye giden sosyo-ekonomik koşullarla doğrudan ilişkilidir. Üstelik hastalıkların ve sakatlıkların ortaya çıkışı ve süresi çoğu zaman sosyo-ekonomik açıdan toplumun zayıf gruplarını daha çok etkilemektedir. Bu yüzden son yıllarda sağlık düzeyinin belirleyicilerini ortaya koymaya yönelik olarak yapılan birçok çalışmada sağlık hizmetleri dışındaki faktörlere daha fazla önem verilmektedir. Bu büyük ölçüde söz konusu değişkenlere ilişkin verilerin daha kolay elde edilebilmesine ve gelişmiş ekonometrik tahmin yöntemlerine dayanmaktadır. Ancak az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için sağlık düzeyinin korunması ve yükseltilmesinde özellikle temel sağlık hizmetlerinin (sanitasyon, temiz su kullanımı, aşılama vb.) düzeyi ve kalitesinin yine de öncelik taşıdığını belirtmek gerekmektedir.

Bu yönde literatür incelendiğinde sağlığı etkileyen en önemli unsurlardan biri olan gelir düzeyi ile sağlık arasındaki ilişkiye yönelik olarak Anand ve Ravallion (1993: 138) tarafından yapılan çalışmada kişi başına düşen gelir ile beklenen yaşam süresi arasında pozitif yönlü oldukça güçlü bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Sen (1998: 5) ise bebek ölümlerinin yoksulluk ve ekonomik refah kayıplarından önemli ölçüde etkilendiğini belirtmektedir. Benzer şekilde Deaton (2003: 116-117) yoksulluğu azaltma yönünde gelirin yeniden dağılımının aynı zamanda bireylerin sağlık düzeyini olumlu etkilediğini göstermektedir. Ancak gelir ve sağlık arasındaki pozitif ilişki oldukça açık olmasına karşın ilişkinin yönü konusunda belirsizlikler bulunmaktadır. Çünkü yüksek gelir düzeyi sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanma ve beslenme, barınma ile yaşam biçimini değiştirmesiyle sağlık düzeyinin korunmasını ve iyileştirilmesini etkilerken, daha sağlıklı bireylerin de verimliliklerinin artmasına bağlı olarak daha fazla gelir elde edebildiği belirtilmektedir. Dolayısıyla gelir ve sağlık düzeyi arasındaki güçlü ilişki açık iken, aralarındaki ilişkinin yönü kesin olarak tanımlanamamaktadır.

Benzer şekilde ekonomik gelişme ve gelir düzeyindeki artış beraberinde sağlık üzerinde beklenmedik ya da arzu edilmeyen sonuçlara da neden olabilmektedir. Örneğin kentleşmeye bağlı olarak ya da çalışma yaşamında ortaya çıkan olumsuz koşullar, toksik atıklar, radyasyon, trafik kazaları, gürültü kirliliği ve stres gibi faktörler sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir. Dolayısıyla gelir düzeyi ile sağlık arasındaki ilişkinin tek yönlü olmayıp karşılıklı ve çok yönlü olduğunu belirtmek gerekmektedir.

(B) kutusu ise üzerine kesin bir görüş birliğinin olmadığı sağlığın tanımı ve ölçülmesi ile ilgilidir. Bilindiği gibi sağlık birçok unsurdan doğrudan ya da

dolaylı şekilde etkilenmektedir. Bu yüzden Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık "yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklindeki tanımlaması birçok unsuru içermesi bakımından geniş kabul görmüştür. Çünkü bu tanım bireyin sağlıklı olmasını yaşam koşulları ve standardı ile ilişkilendirerek çevresel, sosyal etkilerin sağlığın kaybedilmesinde önemli bir etken olduğunu vurgulamakta ve sağlığı etkileyen olumsuz koşulların yalnızca biyolojik süreçten kaynaklanmadığını ortaya koymaktadır.

Gerçekte sağlık düzeyi bireyin doğrudan doğruya DSÖ'nün tanımladığı çerçevede kendini açıkça nasıl hissettiği ile ilgili olsa da bu şekildeki bir tanımlama bütünüyle öznel bir içerik taşıdığından özellikle sağlığın ölçülmesi sırasında kısmen anlamını yitirmektedir. Bu yüzden literatürde değişik tanımlamalar da yer almaktadır. Nitekim Fuchs da (1993: 28) sağlığı çok yönlü bir kavram olarak değerlendirmekte ve sağlığı yaşam beklentisi, çalışma kapasitesi, sağlık bakım gereksinimi ya da kişisel ve sosyal fonksiyonları yerine getirebilme yeteneği gibi ölçütler kullanarak tanımlamaktadır. Baggott (1994: 1-2) ise sağlığı biri kişinin sahip olduğu kapasiteyi ya da varlığını gözeten pozitif yaklaşım diğeri de belirli hastalıklar ya da sakatlıkların varlığı üzerinde duran negatif yaklaşım olmak üzere iki ayrı yolla tanımlamaktadır. Burada DSÖ'nün yaptığı tanımın pozitif yaklaşımı yansıttığı söylenebilir.

Sağlık hizmetlerine olan talebin ise (C kutusu) sağlık talebi ile ilişkili olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü bireylerin nihai amacı sağlıklı olmak olduğundan doğrudan ve açıkça sağlık talep etmeleri kaçınılmazdır. Bireyin sağlık talebi ise Grossman'ın (1972: 225) belirttiği gibi iki farklı nedenle gerçekleşmektedir. Birincisi "tüketim malı" olarak diğeri mal ve hizmetlerde olduğu gibi fayda sağlaması ve diğeri ise "yatırım malı" olma niteliğinden kaynaklanmaktadır. Buna göre sağlık, bireyin gelecekte yeniden üretim ve diğeri yaşamsal faaliyetleri ile ilgili zamanını belirlemektedir. Strauss ve Thomas (1998: 784) bazı sağlık düzeyi göstergelerinin (boy uzunluğu gibi) belirli bir zamanda sabit kalması buna karşılık bazılarının değişmesinin sağlığın hem stok hem de akım yönlerinin varlığına işaret ettiğini belirterek, sağlık düzeyindeki değişikliklerin akım yönünü temsil ettiğini ve bunun bir tür yatırım olarak görülebileceğini belirtmektedir. Bu yüzden bireyin sağlık stokunda azalmaya neden olan herhangi bir gelişme söz konusu olmadığı sürece (hastalık, sakatlık vb.) bu kayıpları telafi edebilecek en önemli girdi olan sağlık hizmetleri talebinin de olamayacağı söylenebilir.

Bununla beraber sağlık hizmetleri talebini belirleyen bir başka faktör ise sistemin organizasyon ve finansman yapısıdır. Sağlık sistemini biçimlendiren finansman yapısı (vergiler ve/veya sigorta primleri ile finansman, cepten ödemelerin ağırlığı v.b.), sağlık sigortası uygulaması (gönüllü ya da zorunlu) ve

hizmet geri ödeme biçimleri talep üzerinde belirleyici olan yapısal düzenlemelerdir. Örneğin hizmet kullanımında geniş güvenceler sağlayan ve katkı paylarının en az düzeyde olduğu bir sağlık sistemi gereksiz hizmet talebi yaratarak öngörülme yen maliyet artışlarına neden olabilmektedir. Pauly (1986: 640) bireylerin sağlık sigortasına dayanarak hastalanmaya ya da sakatlanmaya neden olabilecek yaşam biçiminden (sigara içme, aşırı alkol tüketimi, emniyet kemeri kullanmama v.b.) kaçınmalarını nedeniyle de ahlaki tehlikenin ortaya çıkabileceğini belirtmektedir. Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerine olan talebin belirleyicileri oldukça geniş bir yapı sergilemekte ve bunlar daha önce belirtildiği gibi özellikle demografik ve epidemiyolojik yapıdaki değişmelere bağlı olarak zaman içinde yenilenmekte ya da ortadan kalkmaktadır.

(D) kutusu bir sağlık sisteminde sağlık hizmetleri üretimi ve üretim maliyetleri ile ilgilidir. Sektör düzeyinde ele alındığında sağlık hizmetleri koruyucu hizmetler, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirme hizmetleri olmak üzere dört farklı biçimde sunulmaktadır. Özellikle tedavi hizmetleri diğerlerine göre daha pahalı hizmetlerdir. Üstelik tedavi hizmetlerinin sunumunda alternatif müdahalelerin varlığı (cerrahi müdahale, ilaçla tedavi vb.) kaçınılmaz olarak hem farklı hizmet sunum biçimlerinin hem de farklı maliyetlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Her ne kadar emek yoğun üretim biçimi olarak değerlendirilse de teknoloji kullanımının son yıllarda giderek arttığı sağlık sektöründe bu iki temel girdi ile birlikte diğer sağlık personeli ve ilaçlar arasındaki ikâme olanaklarının da varlığı gözönünde bulundurulduğunda sağlık sektöründe hizmet arzı ve maliyetler daha da önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda geri ödeme sisteminin yapısı ise hizmetten yararlanan, hizmeti sunan ve hizmetin finansmanını sağlayanlar arasında ödeme akışını ve hizmet miktarını belirlediğinden üretim biçimini ve harcamaları etkileyen bir diğer unsurdur. Santerre ve Neun'un (1996: 136) belirttiği gibi, doktorlara sundukları hizmet karşılığı ödemelerin maaşla yapıldığı sabit ödeme yöntemi ile değişken ödeme biçimlerinden birisi olan hizmet başı (*fee-for-service*) ödeme sistemi karşılaştırıldığında hizmet miktarları ve maliyetlerin farklılaştığı görülmektedir.

Sağlık hizmetleri çevre sağlığı hizmetlerinden tedavi hizmetlerine kadar oldukça geniş bir alanda yürütüldüğünden ve sağlık alanına ayrılan kaynakların kıtlığı söz konusu iken bu alanında önceliklerin belirlenmesi kaçınılmazdır. (E) kutusu önceliklerin belirlenmesinde son yıllarda oldukça sık kullanılan araçları içermektedir. Bütün sağlık sistemlerinin nihai amacının bireyin ve toplumun sağlık düzeyini korumak ve yükseltmek olduğu gözönünde bulundurulursa, hangi faaliyetlerin ya da müdahalelerin öncelik taşıması gerektiği ve yapılmaya değer olup olmadığı önem taşımaktadır. Bu ise sağlık hizmetleri ile ilgili



faaliyetlerin ya da müdahalelerin hedeflenen sağlık getirisi ile katlanılan maliyetlerin bir arada değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin ekonomik yönden değerlendirilmesinde değişik yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler maliyet- minimizasyon (*cost-minimization*), maliyet-fayda (*cost-utility*), maliyet-yarar (*cost-benefit*) ve maliyet-etkililik (*cost-effectiveness*) olmakla beraber bunlar arasında en sık kullanılanlar maliyet-yarar ve maliyet-etkililik analizleridir (Drummond, vd. 2003: 10).

Maliyet-yarar analizi (MYA) klasik refah iktisadi yaklaşımından türetilmiştir (Hauck, Smith ve Goddard, 2004: 7). Bireysel yararın (yaşam süresinin ve/veya kalitesinin artması vb.) öneminin ortaya çıktığı MYA’inde hem yarar hem de maliyetler parasal birimlerle ölçülmektedir. Öncelikler belirlenirken alternatif uygulamalar net yararlarına göre sıralanmakta ve en yüksek net yarar içeren uygulama seçilmektedir. Ancak MYA’de en tartışmalı konu Hurley’in (2000: 98) belirttiği gibi, hangi yararların analize dahil edileceği ve daha da önemlisi nasıl ölçüleceği ile ilgilidir. Literatürde bir program ya da müdahaleden beklenen yararın ölçülmesinde iki farklı yaklaşım geliştirilmiştir (Folland, Goodman ve Stano, 2006: 573). Bunlardan ilki beşeri sermaye (*human capital*) yaklaşımı olarak tanımlanmakta ve beklenen yarar olarak bireyin gelecekteki gelirinin bugünkü değeri kullanılmaktadır. Beşeri sermaye yaklaşımının yüksek gelirliler ile düşük gelirliler, çalışanlar ile çalışmayanlar (yaşlı, çocuk vb.) arasında bir ayırımı içerdiği ve bireyin ölüm, yaralanma ve hastalık gibi sağlıkla doğrudan ilişkili riskleri gözönüne almadığı varsayıldığından diğer yaklaşım olan ödeme istekliliği (*willingness-to-pay*) yaklaşımı geliştirilmiştir. Ancak bu yeni yaklaşımda en önemli sorun ise bireylerin ölüm ya da yaralanma riski karşısında ödeme istekliliğini tam olarak ortaya koyacak güvenilir verilere dayandırılmamasıdır.

Maliyet-etkililik analizi (MEA) ise MYA analizinin uygulamada karşı karşıya kaldığı sorunları gözönüne alarak geliştirilen bir diğer yöntemdir. Sektörel bakımdan (koruyucu ve tedavi edici hizmetler gibi) karşılaştırmalara doğrudan yer vermeyen MEA, çoğunlukla tıbbi müdahalelerin mevcut durum ve alternatif uygulamalar ya da alternatifler arasında karşılaştırmalarına dayanarak müdahaleler sonucunda beklenen sağlık düzeyini maliyetlerle birlikte değerlendiren bir yöntemdir (Baltussen, 2003: 3). Sağlık müdahalelerinin sonuçlarının ödeme istekliliği gibi parasal değerler ile ölçülmediği bu yaklaşımda bunun yerine maliyet-etkililik oranı (*cost-effectiveness ratio*) kullanılmaktadır. Bu oran alternatif program uygulamaları ya da sağlık müdahalelerinin sağlık çıktılarına olan etkilerine göre öncelikleri belirlemeye olanak sağlamaktadır. Ancak en uygun sağlık çıktısının tanımlanmasında karşılaşılan sorunun giderilmesi konusunda Drummond vd. (2003: 98-99) sağlık çıktılarının ara ve nihai çıktılar olarak ayrı ayrı ele alınması gerektiğini belirtmektedirler. Buna göre kan basıncının düşürülmesi,

astıma bağlı nöbetlerin azaltılması gibi sonuçlar ara çıktılar ve kurtarılan yaşam (önlenen ölüm sayısı), hastalıktan korunan kişi sayısı ve yaşam süresinin uzamasını yaşam kalitesi ile birlikte değerlendiren kaliteye göre ayarlanmış yaşam süresi (quality adjusted life years-QALYs), sakatlığa göre ayarlanmış yaşam süresi (disabled adjusted life years-DALYs) gibi ölçütler nihai çıktılar olarak değerlendirilmektedir. Bu yöntemle ilgili olarak maliyetlerin ve sağlık çıktılarının tanımlanma sorunları yanında, Garber ve Phelps (1997: 3-4) sağlık müdahalesi nedeniyle yaşam süresinin uzaması ve buna bağlı olarak gelecekte karşı karşıya kalınabilecek sağlık harcamalarının maliyet-etkililik oranını önemli ölçüde etkileyebileceğini belirtmektedirler.

(F) kutusu büyük ölçüde iktisadın temel kurgusu olan kıt kaynak yönetimi ile yakından ilgilidir. Bu hem sağlık alanına ayrılan kaynaklar hem de bu alandaki kaynakların dağılımı hangi düzeyde olmalıdır sorusuna yanıt aramayı gerektirir. Geleneksel iktisadi görüşün piyasa fiyatlarının kaynak dağılımında etkinliği sağladığı varsayımı sağlık hizmetleri piyasasında, daha sonraki bölümde nedenleri ile görüleceği gibi geçerliliğini yitirmektedir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin üretim sürecinde büyük ölçüde fiyat dışı mekanizmaların rol oynaması kaçınılmazdır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunumunda pozitif analiz büyük ölçüde yerini normatif değerlendirmelere bırakmakta ve sağlık hizmetlerinin ihtiyaç olarak tanımlanıp tanımlanamayacağı tartışmalarına kadar uzanan yeni bir süreç ortaya çıkmaktadır.

Bir bütün olarak sağlık sisteminin değerlendirilmesi (G kutusu), sağlık sisteminin amaçlarının tanımlanması ve performans değerlendirmesinin yapılması anlamına gelmektedir (Maynard ve Kanavos, 2000: 185). Bu, ulusal düzeyde ve uluslararası karşılaştırmaların yapılmasını gerektirmekle beraber verilerin niceliksel ve niteliksel yönden farklılıkları en önemli sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle benzer sosyo-ekonomik yapıya sahip ülkeler (OECD, azgelişmiş ülke grupları, Afrika ülkeleri vb.) arasında karşılaştırmalar yapmak homojenliği sağlamaya yönelik önemli bir düzenleme sayılabilir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi bu noktada en önemli sorun uygun sağlık çıktısının belirlenmesidir. Ampirik çalışmalara bakıldığında sağlık harcamaları, doktor başına düşen kişi sayısı, yatak sayısı, ameliyat sayısı ya da yatak işgal oranı gibi sağlık sisteminin önemli unsurları karşılaştırılmalarında kullanılmakla beraber temel metodolojik yaklaşım sağlık üretim fonksiyonuna dayandığından bunlar daha çok sağlık çıktıları için birer girdi olarak kabul edilmektedirler. Dolayısıyla doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı gibi sağlık çıktıları sağlık iktisatçıları tarafından sağlık sisteminin performansını ölçmek amacıyla geniş kabul gören ölçütlerdir. Ancak özellikle bebek ölüm hızı diğerlerine göre sağlık sisteminin düzeyini ve niteliğini daha iyi yansıtan çıktılar olarak geniş kabul görmektedir (Nixon ve Ulmann, 2006: 15). Çünkü

bebek ölüm hızı değerlendirilmesi biyolojik ve epidemiyolojik bakımdan iki farklı sürece (neonatal ve post-neonatal dönem) indirgenmekte, bu süreçlerde yani annenin gebelik öncesi, gebelik sırasındaki ve bebeğin doğum sonrası bakımının temel sağlık hizmetlerinin düzeyi ile yakından ilişkili olduğu ve sonraki yaşamsal faaliyetlerini önemli derecede belirlediği düşünülmektedir.

Diğer yandan sağlık sisteminin performansı yalnızca sağlık çıktıları yönünden değil, aynı zamanda bütçe, çalışma koşulları ve bununla ilgili düzenlemeler, sağlık insangücü dağılımı gibi sistemin arz koşullarının etkinliğini ortaya koymaya yönelik olarak da değerlendirilmektedir. (H) kutusu bunları içermektedir. Sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe düzeyi/dağılımı ve sistemin organizasyon yapısı hizmeti sunanlar bakımından değerlendirildiğinde etkinliği sağlayıp sağlayamadığı ve hizmet sunucuları için isteklilik yaratıp yaratmadığı önem taşımaktadır. Bir başka açıdan değerlendirildiğinde sistemin performansını etkilediği düşünülen bir durumda temel sorun kalp ve damar hastalıkları ile mücadelenin cerrahi müdahale ya da ilaçla tedavi arasındaki etkililik değil, bu ikisinden etkililiği yüksek olanın uygulanıp uygulanmadığı ile ilgilidir. Maynard ve Kavanos'a göre (2000: 185) bunun için sağlık sisteminin temel politikasının açıkça tanımlanması gerekmektedir.

## **2. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI VE PİYASA BAŞARISIZLIĞI**

Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farklı nitelikte olduğu ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinde piyasa mekanizmasının kaynak dağılımında etkinliği sağlayamayacağı yani piyasa başarısızlığının varlığı sağlık iktisatçılarının ortak görüşüdür. Piyasa başarısızlığı ise genel olarak bir piyasanın ya da piyasa sisteminin mal ve hizmetleri ya bütünüyle ya da ekonomik olarak etkin bir biçimde sağlamadaki yetersizliği olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu noktada piyasa ve özellikle etkinlik kavramlarının tanımlanması gerekmektedir.

Neo-klasik iktisadi görüşe göre, tam rekabet koşullarının olduğu bir piyasada fiyat mekanizması optimal kaynak dağılımını sağlamaktadır. Tam rekabet piyasasında fiyatların hem kıtlıkları hem de fayda ve maliyetleri tam olarak içerdiği varsayıldığından, iktisadi birimlerin karar alma süreçlerinde ve kaynak dağılımında etkinlik yerine getirilmiş olmaktadır. Teoride etkinlik ölçütü olarak ise Pareto ölçütü kullanılmaktadır. Bu ölçüte göre en azından bir bireyin durumunu iyileştirirken diğerlerinin durumunun kötüleşmesine neden olmayan bir değişim sosyal refahın artmasını sağlayacaktır. Pareto etkin durum olarak adlandırılan ve görüldüğü gibi sosyal refahın maksimizasyonunu amaçlayan bu yaklaşıma göre etkinliğin sağlanabilmesi için üç koşul tanımlanmıştır: *i*) tüketiciler arasında mal dağılımında (değişimde) etkinlik,

*ii*) firmalar arasında girdi dağılımında etkinlik ve *iii*) girdilerin mallar arasındaki dağılımında etkinlik (Koutsoyiannis 1984: 504). Ancak Pareto anlamda etkinlik için rekabetçi koşulların varlığı ve fiyatların yol göstericiliği bir zorunluluk olduğundan rekabetçi ortamdan uzaklaşmaya neden olan her türlü ortam, etkinliğin sağlanamaması için yeterli bir koşul olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla belirsizlik, asimetrik bilgi, dışsallıklar gibi rekabetçi piyasaların oluşmasına engel, etkinsizliğe yol açan ve fiyat sistemini karar vericilere yol göstermede işlevsizleştiren bu gibi durumlarda etkinlik sağlanamamaktadır. Bu durum piyasa başarısızlığı olarak adlandırılmaktadır. Zerbe ve McCurdy'ye göre (1999: 563) fiyatlandırılmayan her türlü iktisadi faaliyetin olduğu bir durum kaçınılmaz olarak piyasa başarısızlığına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasası da yukarıdaki anlamda fiyat mekanizmasının etkinliği sağlamada yetersiz olduğu piyasalardan biridir. Piyasa başarısızlığının ortaya çıkardığı sonuçlar nedeniyle en önemli çözüm yöntemi olarak bu tür piyasalara kamu müdahalesinin gerekliliği gösterilmektedir. Bu yüzden her ülkede farklı düzeylerde de olsa sağlık hizmetlerinin sağlanması, finansmanı ve sağlık sigortası gibi alanlarda kamunun yer alması bir zorunluluk olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin farklılaşmasına neden olan ve kamu müdahalesinin gerekliliğini zorunlu kılan en temel özellikler ise Phelps (2003: 2) ve Hurley (2000: 67) gibi sağlık iktisatçıları tarafından *i*) belirsizlik (*uncertainty*), *ii*) asimetrik bilgi (*asymmetric information*) *iii*) dışsallıklar (*externalities*) ve *iv*) arzın talep yaratması (*supply-induced demand- SID*) olarak belirtilmektedir.

### **i) Belirsizlik**

Neo-klasik iktisat teorisinin en temel varsayımı tam bilgi ve buna bağlı olarak belirsizliğin olmadığı piyasalardır. Piyasada tüm taraflar mal ve hizmetlerle ilgili olarak hem kaliteleri hem de fiyatları konusunda tam bilgiye sahiptirler. Dolayısıyla talep yönlü bir değerlendirme yapılırsa istekler ve bunların nasıl, ne zaman ve ne kadar karşılandığı konusunda bir kesinlik vardır. Ancak gerçek yaşamda hiçbir piyasa için bu biçimde bir kesinlik yoktur ve şiddeti değişse de belirsizlik vardır.

Belirsizlik olgusu bu şekilde birçok alanda geçerli olmasına karşın sağlık hizmetleri sözkonusu olduğunda daha farklı ele alınması gerekmektedir. Belirsizliğin temel nedeni tam bilginin olmaması (*imperfect information*) iken, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak belirsizlik iki farklı biçimde ortaya çıkmaktadır. Birincisi bireyin ve toplumun ne zaman, nerede ve ne şiddete sağlık sorunları (hastalık/sakatlık) ile yüzyüze kalacağına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Arrow'a (1963: 948) göre sağlık hizmetlerinin tüketiminde diğer

mal ve hizmetlerde olduğu gibi bir süreklilik yoktur ve üstelik koruyucu hizmetler hariç, sağlık hizmetleri yalnızca hastalık durumunda bir tatmin sağlamaktadır. Dolayısıyla belirsizlik altında herhangi bir yerde ve zamanda sağlık sorunları ile karşılaşıldığında, ne kadar ve ne süre ile sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulacağı da kesin değildir. Yani sağlık hizmetlerinin kullanımı rassal olaylara bağlı olarak belirecektir. Bu yüzden belirsizlik altında bireyler sağlık hizmetleri ile ilgili harcamalarını kendileri karşılamak zorunda kalıyorlarsa hem hizmetlerin yetersiz talep edilmesi hem de bireylerin kendi finansal güçlerini aşan bir durum ortaya çıkacaktır.

Bu yüzden hemen hemen her toplumda sağlık sigortası uygulaması vardır. Çünkü sağlık sigortası bireyleri hastalık ya da sakatlık riskine ve bu yüzden karşı karşıya kalacakları harcamalara karşı korumaktadır. Sağlık sigortasına sahip olamayan ya da sağlık sigortası kapsamında olmayan bir bireyin beklenmedik sağlık sorunları karşısında yapacağı harcamaları karşılaması güçtür. Dolayısıyla sağlık sigortasının en önemli özelliği hastalık ya da sakatlık nedeniyle karşılaşılan ekonomik riskleri azaltmasıdır. Nitekim Arrow (1963: 949) hastalığın kendi riski yanında maliyet riski de yaratan bir sorun olduğunu belirtmektedir.

İkinci olarak herhangi bir sağlık sorununu ortadan kaldırmaya yönelik olarak uygulanan tedavilerin etkililiği ile ilgili olarak da belirsizlik ortaya çıkabilmektedir. Klinik araştırmalar her ne kadar her bir hastalık için bir iyileşme süreci öngörse de hastalık durumundan iyileşme durumuna geçiş tam olarak kestirilemeyen bir süreçtir. Birçok tedavi seçeneğinin varlığı, tedavi sürelerinin hastalar arasında farklılaşması ve hizmet kalitesinin tam olarak ölçülememesi belirsizliğin boyutlarını genişletmektedir. Çünkü bireyler çoğunlukla diğer malları/hizmetleri daha önceden hem de birden fazla tüketmeleri nedeniyle belirsizlik nispeten azalmaktadır.

Görüldüğü gibi sağlık hizmetleri piyasasında belirsizlik yoğunudur. Dolayısıyla belirsizlik gerek bireylerin davranışlarını gerekse de hizmet sunucularının davranışlarını piyasanın öngördüğü anlamda rasyonel olmaktan alıkoyan kararlar alınmasına neden olabilmektedir.

## **ii) Asimetrik Bilgi**

Neo-klasik iktisadın diğer bir varsayımı ekonomik birimlerin mal ve hizmetler hakkında tam bilgiye sahip olduğudur. Bilgiye ulaşmak ise bütünüyle maliyetsizdir. Dolayısıyla bu varsayım bütün ekonomik birimlerin simetrik bilgiye sahip olduğunu içermektedir. Ancak gerçek yaşamda bilgi bu anlamda tam değildir ve bilgiye ulaşmanın da bir maliyeti vardır. Üstelik gerçek yaşamda ekonomik birimlerin bir kısmı diğerlerine göre farklı bilgi düzeyine

sahiptir. Taraflar arasında bu bilgi düzeyi farklılığı ise asimetrik bilgi olarak adlandırılmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasının kavramsal çerçevesinin sunulduğu çalışmalarda asimetrik bilginin varlığına bağlı olarak ortaya çıkan piyasa başarısızlığı ve etkileri, özellikle sağlık sigortası yönüyle değerlendirildiğinde, iktisat literatüründe asimetrik bilgi konusundaki araştırmaların başlangıcı olarak kabul edilen Akerlof'un (1970) kullanılmış araba piyasaları için yapmış olduğu çalışma ile açıklanmaktadır. Bu çalışmada farklı kalitedeki arabalar ile bilgi düzeyindeki farklılık nedeniyle ortaya çıkan sonuçlar sunulmaktadır. Akerlof (1970) araba pazarında "limonlar" olarak tanımladığı ve ancak satın alındıktan sonra farkedilebilecek bazı kusurları olan arabaların (daha düşük kalitede) olduğunu ama bu durumu potansiyel alıcıların bilmediğini varsaymaktadır. Bu yüzden potansiyel alıcıların ödemeye istekli olduğu fiyat ortalama kalitedeki bir araba içindir. Eğer araba limonsa satıcılar bu ortalama fiyattan arabalarını hemen satacaklardır. Yani düşük kaliteli araba sahipleri kazançlı çıkacaktır. Ancak eğer araba limon değilse kaliteli araba satıcıları bu arabaları düşük fiyattan satmak yerine ellerinde tutmaya karar verebilirler. Dolayısıyla piyasada düşük kaliteli arabalar kalırken fiyatlar da düşecektir (Kreps 1990: 626).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda sigortanın varlığı (özel ya da kamu) ve işleyişi değerlendirildiğinde, sağlık sigortasına sahip olanların davranışları ile sigortalayanların (karşı taraf) beklentileri, asimetrik bilginin varlığı nedeniyle Akerlof'un (1970) ifade ettiği biçimde sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık sigortasına sahip olanlar kendi sağlık düzeyleri ve sağlıklı olma yönündeki çabaları ile ilgili olarak karşı tarafa göre daha fazla bilgiye ve kontrol gücüne sahiptirler. Bazı bireyler daha sağlıklı olma amacıyla riskli ve sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyen davranışlardan kaçınırken bazıları ise sağlık sigortası güvencesiyle tam tersi biçimde davranarak bu durumdan (sağlık sigortasında riskli davranışların doğuracağı maliyetlerin ortak paylaşılması nedeniyle) yararlanmak isteyeceklerdir. Diğer yandan bu durumun farkında olan sigortalayanlar (sigorta şirketleri) sağlık sigortası risk primini daha yüksek tutmaya ya da risk teminatı kapsamını daraltmaya çalışacaklardır. Bu ise bir sağlık sigortası kapsamına dahil olmak amacı taşıyan, daha sağlıklı olan ve riskli yaşam biçiminden kaçınan bireyler için primlerin yüksek olmasına ya da riskleri içeren teminatların yetersiz olmasına neden olacaktır. Sonuçta bu gruptaki bireyler varolan şekildeki bir sigorta kapsamında yer almak istemeyecek, çoğu zaman daha yüksek hastalık riski taşıyan bireylerin çoğunlukta olduğu bir sigortalananlar grubu oluşacak ve gerekenden daha yüksek sigorta prim fiyatları ortaya çıkacaktır (Nicholson 1995: 296-297). Literatürde ters seçim (*adverse selection*) olarak adlandırılan bu durumda asimetrik bilginin varlığına bağlı olarak piyasa kuralları düzgün bir biçimde çalışmamış olacaktır.

Diğer yandan sigortalama işlemi gerçekleştikten sonra asimetrik bilgiye bağlı olarak ortaya çıkan diğer bir sorun ise sorun ahlaki tehlike (*moral hazard*) olarak ifade edilmekte ve sigortalananların karşı tarafa belirlenemeyecek ve tazmin edilemeyecek şekilde zarar verme tehlikesi ile açıklanmaktadır. Bu tehlikenin gerçekleşmesi zarara yol açan tarafın dikkatsizliğinden veya açıkça kurallara aykırı bir şekilde davranmasından kaynaklanmaktadır (Nicholson 1995: 290). Yine bu nedenle ortaya çıkan maliyetler fiyatlandırılmamakta ve piyasa koşulları çerçevesinde değerlendirilememektedir.

Asimetrik bilgi Akerlof'un (1970) ortaya koyduğu biçimden farklı olarak sağlık hizmetleri piyasasında taraflar arasında (doktor-hasta) özellikle hizmetin arz ve talep düzeyi ve dolaylı olarak harcamalar üzerinde de etkilidir. Her ne kadar doktor-hasta arasındaki ilişkide hastalığı tedavi etmeye ya da hastalığın etkilerini azaltmaya yönelik işlemler ön planda olsa da, gerçekte tarafların bir araya gelmesine neden olan bilgidir. Ancak son yüzyılda tıp bilimindeki ve teknoloji kullanımındaki hızlı gelişmeler (aşuların yaygın olarak kullanımı, penisilinle tedavi, MR kullanımının yaygınlaşması vb.) ve özellikle hizmet sunucularına yapılan ödemelerin yapılan işlem miktarı ile ilişkilendirilmesi bilginin zaman zaman geri planda kalmasına neden olmuştur. Buna karşın Smith'in (2003: 4) belirttiği gibi hastalıkların değişen yapısı (enfeksiyona bağlı hastalıklardan daha yaygın olarak görülen kalp, şeker, romatizmal vb. kronik hastalığa geçiş) ve genişleyen tedavi seçenekleri bilginin önemini yeniden arttırmıştır. Nitekim Kelkel (1990: 587) sağlık bilgisinin tüketicinin en iyi sağlık bakım kararını verebilmesinde önemli olduğunu, zayıf bilgilenmiş bireylerin sağlık bakımının marjinal ürününü küçümseme eğiliminde olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla bilgi düzeyi arttıkça bireylerin sağlık hizmetine başvurma ve kullanma sıklığı da artmaktadır. Aşağıda Smith (2003: 7) tarafından tanımlanan şekile göre doktor-hasta arasındaki bilgi düzeyi farklılığının asimetrik bilgi düzeyini de etkilediği görülmektedir.

**Şekil 2. Doktor ve Hasta Arasındaki Bilgi İlişkisi ve Asimetrik Bilgi**

	İkâme	Tamamlayıcı
Teşhis	Alışıldık belirtiler	Alışılmadık ya da alışılmadık sıklıktaki belirtiler
Tedavi	Klinik olmayan/düşük teknoloji kullanılan az sayıda seçenek	Klinik/yüksek teknoloji kullanılan çok sayıda seçenek

Asimetrik Bilgi Düşük      Asimetrik Bilgi Yüksek

Sağlık hizmetleri hem niceliksel hem de niteliksel yönden dışsal olarak (doktorlar tarafından) belirlense de, hastaların eğitim düzeyi, deneyimleri ve yakınlarından edindikleri bilgilerle kısmen de olsa bir bilgi birikimi oluşmaktadır. Bu yüzden, sağlık hizmetlerinin sunum süreci teşhis ve tedavi olarak ele alındığında, hastanın bilgi düzeyi sağlık hizmetleri talebinin miktarını ve sıklığını etkileyebilmektedir. Örneğin soğuk algınlığı gibi sık yaşanan bir sağlık sorununda geçmiş dönem deneyimleri bu durumun teşhis edilmesinde doktora başvurmayı gerektirmeyecek bir bilgi sağlamaktadır. Hasta çoğunlukla doktora başvurma gereği duymadan teşhiste bulunabilir ve hatta tedaviyi de başlatabilir. Dolayısıyla hastanın karar verme aşamasında doktor yerine geçerek (bilginin ikâme edilmesi) teşhis koyması ve basit bir tedaviye (klinik düzeyde desteğe ihtiyaç duyulmayan ve nispeten düşük teknoloji gerektiren) başlaması asimetrik bilginin şiddetini azaltmaktadır. Ancak alışılmadık ya da daha ciddi sağlık sorunları karşısında doktor ile hasta arasında asimetrik bilgi tam anlamıyla ortaya çıkmaktadır. Çünkü bu gibi durumlarda teşhis koyabilecek tek kişi doktordur. Hasta belirtilerin ciddiyetinin farkında olsa da bu belirtilerin ne anlama geldiği ve hangi tedavinin uygulanacağı konusunda tek karar verici doktordur. Mooney (1992: 28) bu durumu hastanın kendisi hakkında karar verebilme yeteneğinin zayıflaması ve sunulan tedavi konusunda doktora bağımlı kalması ile açıklamaktadır.

### iii) Dışsallıklar

Piyasa aksaklığına neden olan diğer bir durum ise sağlık hizmetlerinin üretiminde ve tüketiminde dışsallıkların ortaya çıkmasıdır. Dışsallıklar genel olarak ekonomik birimlerin üretim ya da tüketim faaliyetleri sonucunda ortaya çıkan etkilere bağlı olarak, başka ekonomik birimlerin üretim ya da tüketimlerinin etkilenmesi olarak ifade edilmektedir. Dışsallık durumunda ortaya çıkan bu etkiler için bir piyasa oluşturulamamakta, bir fiyatlandırma yapılamamakta ve bu nedenle piyasa fiyatları üretime ya da tüketime konu olan bu hizmetlerin marjinal sosyal maliyetini ya da faydasını yansıtamamaktadır (Hyman 1990: 89). Dışsal maliyet durumunda sosyal optimumdan fazla ve dışsal fayda halinde ise sosyal optimumun altında üretim ve tüketim gerçekleşmektedir. Dolayısıyla iktisadi karar verme sürecinde ve kaynak dağılımında bir etkinsizlik ortaya çıkmaktadır.

Dışsallık diğer ekonomik birimlerin durumunu olumlu yönde etkiliyorsa pozitif, olumsuz yönde etkiliyorsa negatif olmak üzere iki farklı durum için tanımlanmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar ve bunların kontrolüne yönelik faaliyetler sağlık hizmetlerinde pozitif dışsallıkları ifade etmede kullanılan en yaygın örnektir. Bulaşıcı hastalıklara karşı yapılacak olan aşılama, aşılamanın yapıldığı birey yanında toplumdaki diğer bireylerin de bu hastalıklardan korunmasını beraberinde getirecek ve pozitif dışsallıklar ortaya çıkacaktır. Bu şekilde bir



malın tüketimi ile ortaya çıkan pozitif dışsallık söz konusu olduğunda ekonomide oluşan marjinal sosyal fayda piyasada oluşan marjinal özel faydadan yüksek olacaktır. Bu durumda mal/hizmet için oluşan piyasa fiyatı üreticiler için sosyal optimum düzeydeki fiyatın altında kalırken tüketiciler için bu fiyatın üstünde gerçekleşecektir (Pindyck ve Rubinfeld 1998: 650). Bu ise hizmetin olması gereken (etkin) miktardan daha az üretilmesine neden olacaktır.

Sağlık ile ilgili negatif dışsallık ise aşırı alkol tüketimi, trafikte dikkatsiz araç kullanımı, sigara tüketimi vb. görünürde bireysel faaliyetler nedeniyle başka bireylerin etkilendiği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Örneğin birçok araştırma sigara içmeyenlerin de sigara içilen bir ortamda bulunması nedeniyle kanser, kalp hastalıkları gibi sağlık sorunları ile karşı karşıya olduğunu ortaya koymaktadır. Negatif dışsal etkinin başka bireylere bu şekilde verdiği zarar piyasa tarafından dikkate alınmayacaktır ve marjinal özel maliyet marjinal sosyal maliyetten küçük olacaktır. Üretici firmanın malın fiyatını marjinal sosyal maliyet yerine marjinal özel maliyete eşitlemesi nedeniyle, mal olması gereken miktardan daha fazla üretilecektir. Negatif dışsallık durumunda da piyasa fiyatı dışsallığı yansıtmayacağından optimum kaynak dağılımı gerçekleşmeyecek ve yine etkin olmayan sonuçlar ortaya çıkacaktır. Bunun nedeni piyasa fiyatlarının ne kadar üretilmesi ve ne kadar tüketilmesi gerektiği konusunda doğru sinyaller verememesidir. Diğer bir anlatımla dışsallıklar piyasa fiyatlarının içinde yer almamakta ve piyasa fiyatları tarafından yansıtılmamaktadır.

#### **iv) Arzın Talep Yaratması**

Sağlık hizmetleri piyasasında başarısızlığa ve etkinsizliğe neden olan bir diğer unsur ise arzın talep yaratması sorunudur. Arzın talep yaratmasının sorun olarak nitelendirilmesinin bir nedeni sağlık harcamalarındaki artışın kaynağı olarak gösterilmesi ve bunun da hizmet sunucularının gereksiz talep yaratması ile ortaya çıkmasıdır. Nitekim Reinhardt (1989: 339) arzın talep yaratması sorununun sağlık harcamaları sözkonusu iken talebi ya da arzı etkileyen unsurların hangisinin kontrol edilmesi gerektiği konusundaki tartışmalara kaynaklık ettiğini belirterek, harcama ve kaynak dağılımında bu konunun önemli olduğunu vurgulamaktadır. Diğer yandan sorunun başka bir kaynağı olarak ise gerek hizmet fiyatlarının gerekse de üretim düzeyinin belirlenmesinde talebin tüketim tercihlerini yansıtmaktan uzak olması gösterilmektedir.

Geleneksel talep teorisinde tüketicilerin tercihlerinde tutarlı ve tam bilgiye sahip olduğu, kısıtlı geliri ve zamanı ile faydasını en üst düzeye çıkarmak amacı taşıdığı varsayılmaktadır. Bunu gerçekleştirebilmek için çeşitli mal ve hizmetler arasında tercih yapmak zorundadır. Ancak sağlık bakım piyasalarında tüketicinin böyle bir davranışı sergilemesi, yani veri koşullar

altında bir tercihte bulunabilmesi birçok durumda oldukça kısıtlıdır. Bunun temel nedeni bireyin hissettiği rahatsızlıklara ait bulgulara dayanarak bir sağlık kurumuna başvurduğunda kendisine sunulabilecek teşhis ve tedavi hizmetleri konusunda eskik bilgiye sahip olmasıdır. Çünkü diğer mal ve hizmetlerin önceden tüketilmiş olmaları nedeniyle elde edilen deneyimler bu mal ve hizmetlere olan talebi etkilerken, sağlık bakım ürünlerinde bu durum geçerli değildir. Üstelik sağlık hizmetlerine sık sık harcama yapılmadığından, tüketicinin rasyonel değerlendirme yapabilme olanağı sınırlıdır. Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri dışındaki mal ve hizmet piyasalarında “*tüketici egemenliği*” (*consumer sovereignty*) geçerli iken bu durum sağlık hizmetlerinde geçerli değildir.

Tüketici egemenliğinin olmadığı bir ortamda arzın talep yaratması, asimetric bilginin olduğu durumla birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmeti sunucularının çoğunlukla kendi çıkarları doğrultusunda yarattıkları gereksiz talep olarak tanımlanmaktadır. Hastanın hizmet talep düzeyi, hizmeti sunanların davranışları ile biçimlenmektedir. Sağlık hizmetlerinde arzın talep yaratması, hastaların (*principal*) teşhis ve tedavi kararlarının belirlenmesinde bir anlamda doktorları vekil (*agent*) olarak tayin etmeleri ile işlev kazanmaktadır. Hasta bunu yaparken doktorun kendisi adına faydasını maksimize edeceği beklentisine sahiptir. Dolayısıyla vekil olarak atanan doktor, hasta yararından daha fazla kendi çıkarını gözeterek tedavi protokolünde yer almasa bile, bazı işlemlerin yapılması gerekliliğini hastalarına kabul ettirebilmektedir. Bu nedenle gerek hizmetlerin fiyatlandırılmasında gerekse de hizmet üretim miktarının belirlenmesinde, piyasa koşullarının kendiliğinden düzenleyiciliği ortadan kalkmaktadır. Çünkü arz edenler talebi etkilemektedirler. Donaldson ve Gerard (1993: 87) bunu bir anlamda üreticilerin neden olduğu ahlaki tehlikenin ortaya çıkması olarak nitelendirmektedir.

Özellikle doktorlara hizmet başı ödemenin (*fee-for-service*) yapıldığı ve döner sermaye uygulamalarının yaygın olduğu sağlık sistemlerinde doktorların gereksiz talep yaratma eğilimlerinin ortaya çıkabildiği görülmektedir. Diğer yandan eğer sağlık sisteminin finansmanında üçüncü taraf bir ödeyici varsa, yani doktorların teşhis ve tedavi kararlarının hizmet sunum maliyetlerinden bağımsız olması sözkonusu ise, bu durumda da gereksiz ve aşırı talep ortaya çıkabilmektedir. Bunu ampirik olarak ortaya koymak zor olsa da Hurley’ye (2000: 78) göre sağlık iktisatçılarının yaklaşık olarak % 80’i doktorların ekonomik çıkarları adına uyarılmış talebe neden olduğunu düşünmektedirler. Dranove’ye (1988: 291) göre belirli koşullar altında doktorlar, katlamalı maliyetleri elde edilen yararlardan fazla olan tedavileri hastalarına önerebilmektedirler.

Arzın talep yaratmasının etkilerini ortaya koymaya yönelik çalışmalara bakıldığında iki grupta toplandığı görülmektedir. Bir grup çalışma, doktor/hasta oranı ile kişi başına ya da toplam hizmet miktarı arasındaki ilişkiyi kurmaya yöneliktir. Nitekim Brich (1988) İngiltere’de diş cerrahisinde uyarılmış talebin önemli düzeyde olduğu sonucuna varmıştır. Diğer çalışmalar ise doktor/nüfus oranı ile doktor ücretleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yöneliktir. Ancak burada elde edilen sonuçlara göre doktor sayısında bir artış hastaların hizmete ulaşma sürelerini kolaylaştırdığından talep kaçınılmaz olarak artarken, diğer bir görüşe göre doktor sayısındaki artış ücretlerin azalmasına ve bu da eski gelir düzeyine ulaşmayı sağlayacak miktarda talep yaratılmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla bu konuda yapılan çalışmalar, metodolojik yönden birçok sorun taşıdığından elde edilen sonuçların çeşitlilik gösterdiği ve belirli bir ortak görüş oluşturulamadığı görülmektedir.

## SONUÇ

Sağlık ekonomisine olan ilgi giderek artmaktadır. Bu ilginin gerisinde birçok unsur bulunmakla beraber bunlar arasında en önemlisinin artan sağlık harcamaları ve maliyetler olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış bir taraftan sağlık hizmetlerinin sunumunda yüksek teknolojinin yoğun olarak kullanılması, artan ilaç harcamaları, pahalı tedavi yöntemlerinin kullanılması gibi arz yönlü, diğer yandan ise gelir artışı, demografik değişim, yaşam biçimindeki gelişmeler gibi talep yönlü olmak üzere birçok değişken tarafından belirlenmektedir. Bütün bu unsurlar özellikle sağlık hizmetlerini ilgilendiren çeşitli düzenlemelerin yapılmasına neden olmaktadır. Ancak sağlık ekonomisinin ayrı bir alan olarak ortaya çıkmasından bu yana tüm gelişmelerin çoğu zaman çözülmesi gereken sorunlar olarak algılanmasının temel nedeninin sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak kamu tarafından mı yoksa özel sektör tarafından mı sunulması, finansmanının sağlanması ve organize edilmesi ile ilişkili olduğunu belirtmek gerekmektedir. Bu ise geri planda sağlık ekonomisinin pozitif mi yoksa normatif temelde mi değerlendirilmesi gerektiğini konu eden tartışmaları içermektedir. Her ne kadar sağlık hizmetleri de diğer mal ve hizmetler gibi birçok girdinin kullanıldığı bir üretim süreci gibi değerlendirilse de, farklılaşan özellikleri nedeniyle bütünüyle piyasa koşullarına bırakılamayacağı görülmektedir. Üstelik sağlık düzeyinin sosyo-ekonomik koşullarla olan ilişkisi bir çok ampirik çalışma tarafından da desteklenirken ve yoksulluk gibi bir ekonomik-toplumsal sorunla karşı karşıya iken sağlık hizmetleri piyasasında kamunun yer alması kaçınılmazdır. Bu yüzden etkinlik, verimlilik gibi özellikle neo-klasik iktisadın sıklıkla kullandığı kavramlar ve bunları ortaya koymaya yönelik araçlar sağlık hizmetlerinin ve sağlık sistemlerinin değerlendirilmesinde yoğun olarak kullanılsa da sağlık ekonomisine normatif yaklaşım kaçınılmazdır.

## NOTLAR

<sup>1</sup> Harcamaların finansman kaynaklarına göre fonksiyonel dağılımına bakıldığında genel vergilerin oranı % 31, özel harcamaların % 25, sosyal sigorta kapsamında % 24 ve cepten harcamaların ise yaklaşık olarak % 16 oranında olduğu görülmektedir (Pollier J. P. vd. 2003: 199).

<sup>2</sup> Gerçekte sağlıkta yaşanan bu yapısal değişiklikler bütün ülkeler için bu alanda reform(lar) yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Ancak bu çalışmanın konusu reform gerekliliğinin nedenleri ve bu yönde yürütülen araştırmalar olmadığından bu konu başka bir çalışmaya bırakılmıştır.

## KAYNAKÇA

- Akerlof, G. (1970) "The Market for Lemons Quality Uncertainty and the Market Mechanism", **The Quarterly Journal of Economics**, 84 (3), 488-500.
- Anand, S. and M. Ravallion (1993) "Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services", **The Journal of Economic Perspectives**, 7(1), 133-150.
- Arrow, K. J. (1963) "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", **The American Economic Review**, 53(5), 941-973.
- Baggott, R. (1994) **Health and Health Care in Britain**, London, The MacMillan Press Ltd.
- Baltussen, R. vd. (2003) "Methods for Generalized Cost-effectiveness Analysis" in T. T. Edejer vd. (ed) **Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-effectiveness Analysis**, Geneva, WHO, 3-97.
- Brich, S. (1988) "The Identification of Supplied-Inducement in a Fixed Price System of Health Care Provision-The Case of Dentistry in the United Kingdom", **Journal of Health Economics**, 7, 129-150.
- Culyer, A. J. and J. P. Newhouse (2000) "Introduction: The State and Scope of Health Economics", in Culyer, A. J. and J. P. Newhouse (ed.) **Handbook of Health Economics**, Amsterdam, Elsevier, 1-7.
- Deaton, A. (2003) "Health, Inequality, and Economic Development", **The Journal of Economic Literature**, XLI No: 1, 113-158.
- Donaldson, C. and K. Gerard (1993) **Economics of Health Care Financing: The Visible Hand**, London, MacMillan.

- Dranove, D. (1988) "Demand Inducement and the Physician/Patient Relationship", **Economic Inquiry**, 26, 281-298.
- Drummond, M. F. vd. (2003) **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**, New York, Oxford Medical Publications.
- Folland, S., A.C. Goodman and M. Stano (2006) **The Economics of Health and Health Care**, New York, Pearson Prentice Hall.
- Fuchs, V.R. (1993) **The Future of Health Policy**, London, Harvard University Press.
- Garber, A. M. and C.E. Phelps (1997) "Economic Foundations of Cost-Effectiveness Analysis", **Journal of Health Economics**, 16, 1-31.
- Grossman, M. (1972) "On the Concept of Health Capital and Demand for Health", **The Journal of Political Economy**, 80(2), 223-255.
- Hauck, K. vd. (2004) "The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review", **HNP Discussion Paper**, The World Bank.
- Hurley, J. (2000) "An Overview of the Normative Economics of the Health Sector", in Culyer, A. J. and J. P. Newhouse (ed.) **Handbook of Health Economics**, Amsterdam, Elsevier, 55-110.
- Hyman, D.N. (1990) **Public Finance: A Contemporary Application of Theory Policy, Policy**, Chicago, The Dryden Press.
- Jack, W. (1999) **Principles of Health Economics for Developing Countries**, WBI Development Studies, Washington, Word Bank.
- Kenkel, D. (1990) "Consumer Health Information and the Demand for Medical Care", **The Review of Economics and Statistics**, 72(4), 587-95.
- Koutsoyiannis, A. (1984) **Modern Microeconomics**, Hong Kong, Macmillan Press.
- Kreps, M.D. (1990) **A Course in Microeconomic Theory**, New Jersey, Princeton University Press.
- Maynard, A. and P. Kavanos (2000) "Health Economics: An Evolving Paradigm", **Health Economics**, 9, 183-190.
- Mooney, G. (1992) **Economics and Health Care**, New York, Harvester Wheatsheaf.
- Nicholson, W. (1995) **Microeconomic Theory Basic Principle and Extensions**, Orlando, The Dryden Press.

- Nixon, J. and P. Ulmann (2006) "The Relationship Between Health Care Expenditure And Health Outcomes. Evidence and Caveats for A Causal Link", **The European Journal of Health Economics**, 7(1), 7-18.
- OECD (2008), **Health a Glance OECD Indicators**, Geneva, OECD.
- Pauly, M.V. (1986) "Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy", **The Journal of Economic Literature**, XXIV, 629-675.
- Phelps, C. (2003) **Health Economics**, New York, Addison Wesley.
- Pindyck, R.S. and D.L. Rubinfeld (1998) **Microeconomics**, New Jersey, Prentice Hall.
- Pollier J. P. vd. (2003) "National Health Accounts: Concepts, Data Sources, and Methodology", in Murray, C. J. L. ve D. B. Evans (ed.) **Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism**, Geneva, WHO, 195-203.
- Reinhardt, U. (1989) "Economists in Health Care: Saviors, or Elephants in a Porcelain Shop?", **The American Economic Review**, 79(2), 337-342.
- Santerre, R.E. and S.P. Neun (1996) **Health Economics: Theories, Insights, and Industries Studies**, Boston, Irwin.
- Sen, A. (1998) "Mortality as An Indicators of Economic Success and Failure", **The Economic Journal**, 108, 1-25.
- Smith, B. R. (2003) **The Influence of Patient Knowledge in The Physician Services Market: An Alternative Perspective on Information Asymmetry**, [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=441](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=441)
- Strauss, J. and D. Thomas (1998) "Health, Nutrition, and Economic Development", **Journal of Economic Literature**, 36(2), 766-817.
- WHO (2008) **World Health Statistics 2008**, Geneva, WHO.
- Williams, A. (1987) "Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science?", in A. Williams (ed.), **Health and Economics**, London, MacMillan, 1-11.
- Zerbe Jr, R.O. and H.E. McCurdy (1999) "The Failure of Market Failure", **Journal of Policy Analysis and Management**, 18(4), 558-578.