

Health Economics and Reasons for Government Intervention in Health Care¹

Hilmi Çoban^a,

^a Ankara Hacı Bayram Veli University, Ankara, Turkey

hilmi.coban@hbv.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0001-6351-6547>

ARTICLE INFO

Research Article

2019, Vol. 1(1), 4-27

e-ISSN 2667-5927

Article History:

Received: 28.01.2019

Accepted: 04.02.2019

Available Online: 11.02.2019

JEL Code: I11, H51

Keywords: Health Economics,
Market Failures

Health Economics and Reasons for Government Intervention in Health Care

Abstract

The first and most comprehensive study of health economics is Kenneth Arrow (1963) *Uncertainty and Medical Care*. One of the most fundamental issues of health economics is the market failures in the health market. Due to market failures, government's position and duties in the system are increasing. Because the government is forced to make regulatory actions to the market. The comparative analysis between the government and the private sector companies, which has increased its share in the system due to market failures, has widened the scope of health economics and increased its importance by including the financing dimension. In this study, concept of health economics will be evaluated in terms of definition and scope and the reasons for intervention of government to health services will be listed.

Sağlık Ekonomisi ve Devletin Sağlık Hizmetlerine Müdahale Gerekçeleri

Öz

Sağlık ekonomisinin ilk ve en geniş kapsamlı değerlendirmesini içeren çalışma, Kenneth Arrow (1963) "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" isimli çalışmadır. Sağlık ekonomisi çalışma alanı içindeki en temel konulardan birisi, sağlık piyasasında yaşanan piyasa aksaklıklarıdır. Piyasa aksaklıkları, ekonomik analiz ve tekniklerin yanı sıra, devletin sistemdeki etkinliğini arttırıcı sonuçlar ortaya koymaktadır. Piyasa aksaklıkları nedeniyle sistemdeki etkinliğini sürekli arttıran devlet ile özel sektör firmaları arasındaki karşılaştırmalı analizler, sağlık ekonomisinin kapsamını da genişletmiş ve finansman boyutunu da içine alarak önemini arttırmıştır. Bu çalışmada sağlık ekonomisi kavramı tanımı ve kapsamı açısından değerlendirilerek, devletin sağlık hizmetlerine müdahale gerekçeleri sıralanacak ve özel sektörün artan varlığına bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlar devletin varlığına ilişkin gerekçeler olarak belirtilecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık
Ekonomisi, Piyasa Aksaklıkları.

¹ Bu çalışma, "Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması" isimli Doktora tezinden türetilmiştir.

1. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Ekonomi, insanların sınırsız ihtiyaçlarının kıt kaynaklarla karşılanması sürecinde, bireylerin ve firmaların belli bir bütçe kısıtı altındaki ekonomik davranışlarını refah maksimizasyonu çerçevesinde analiz etmektedir. Ekonomi bilimi, kıtlık kavramı altında kaynakların alternatif kullanımı olarak ifade edilmektedir (Robbins, 1932: 13). Bu anlamda ekonomi, kaynakların kıt olmasına bağlı olarak, alternatif kullanım alanlarına ilişkin belli soruları cevaplamak durumunda kalmaktadır.

Esasen ekonomi bilimi açısından alternatif kullanım alanları beraberinde bu alternatif kullanım alanlarının seçimi, bu alanların büyüklüğü gibi sorunların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ekonomi açısından temelde dört soru bulunmaktadır (Wonderling, Gruen ve Black, 2005:8):

1. Ne üretilecek ve ne miktarda üretilecek?
2. Bu ürünler hangi metotla üretilecek?
3. Mal ve hizmetlerin toplumsal çıktıları, toplumun üyeleri arasında nasıl bölüşülecek?
4. Toplumun üyeleri arasında üretimde ve dağıtımda etkinlik nasıl sağlanacak?

Bu temel sorunlar irdelendiğinde ekonomi açısından “değer” kelimesinin öne çıktığı söylenebilir. Bütün bu sorulara cevap verebilmek için gerekli ve öncelikli kavram değer’dir. Kaynakların alternatif kullanımı her nasıl olursa olsun üretim süreci sonunda bir değer ortaya çıkacaktır. Bu değerın kullanımı sonucunda insanlar ihtiyaçlarını karşılayacak ve fayda elde edecektir.

Değer kelimesi, politik ekonomide yalın biçimde kullanıldığında her zaman değişim değeri (mübadele değeri) anlamında kullanılır. Politik ekonomide bir şeyin değeri, bir amaç veya bir arzuyu tatmin etme kapasitesi ile ifade edilir (Mill, 2001:504). Bu anlamda acaba “sağlık (health)” bir değer midir? Çünkü sağlık ticarete konu olamaz, piyasada alınıp satılamaz. Sağlık, sağlık hizmetleri, emniyet kemeri, kepekli ekmek vb. mal ve hizmetlerin bir niteliğidir, fakat sağlık bu mal ve hizmetler gibi satılamaz (McGuire, Henderson ve Money, 1988:32). Bu nedenle sağlık bir değişim değerine sahip değildir. Ekonomi açısından sağlık kelimesinin kullanım değeri olmakla birlikte değişim değeri olmadığı için, McGuire, Henderson ve Money (1988), sağlık ekonomisi yerine sağlık hizmetleri ekonomisi kavramının kullanımı daha uygun olacağını düşünmektedirler.

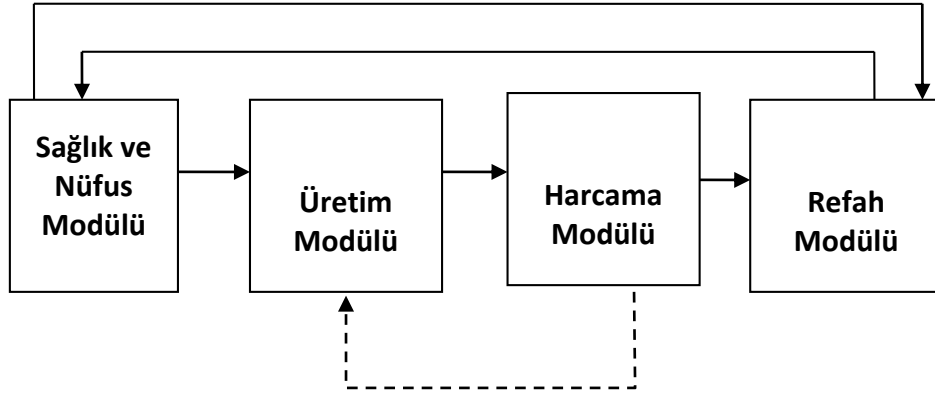
Ekonomide var olan dört temel soru etrafında sağlık ve ekonomi ilişkisi Şekil 1’de son derece basit bir şekilde anlatılmaktadır. Şekildeki her bir modül ulusal

ekonominin temel bileşenlerini göstermektedir. Oklar modüller arasındaki neden sonuç ilişkisini ortaya koymaktadır. Şekil 1’de düz çizgilerle gösterilen etkiler doğrudan, birincil etkileri ifade ederken, kesik çizgiler dolaylı etkileri ifade etmektedir (Over, 1991:10).

Buna göre sağlık, özellikle beşeri sermaye kavramının temel unsuru olması nedeniyle toplumsal refah üzerinde son derece etkilidir ve sağlık ile toplumsal refah düzeyi arasında, karşılıklı ve doğrudan bir etkileşim bulunmaktadır. Üretim faktörü olarak emeğin niceliksel ve niteliksel olarak üretim sürecindeki etkisi, üretim sürecini ve üretim süreci sonunda ortaya çıkan değerın toplumsal refaha katkısını doğrudan etkilemektedir. Ayrıca nüfus ve toplumun sağlık düzeyi, mal ve hizmet üretimindeki değişimlere bağlı olarak toplumsal refah üzerinde dolaylı etkiye bulunmaktadır.

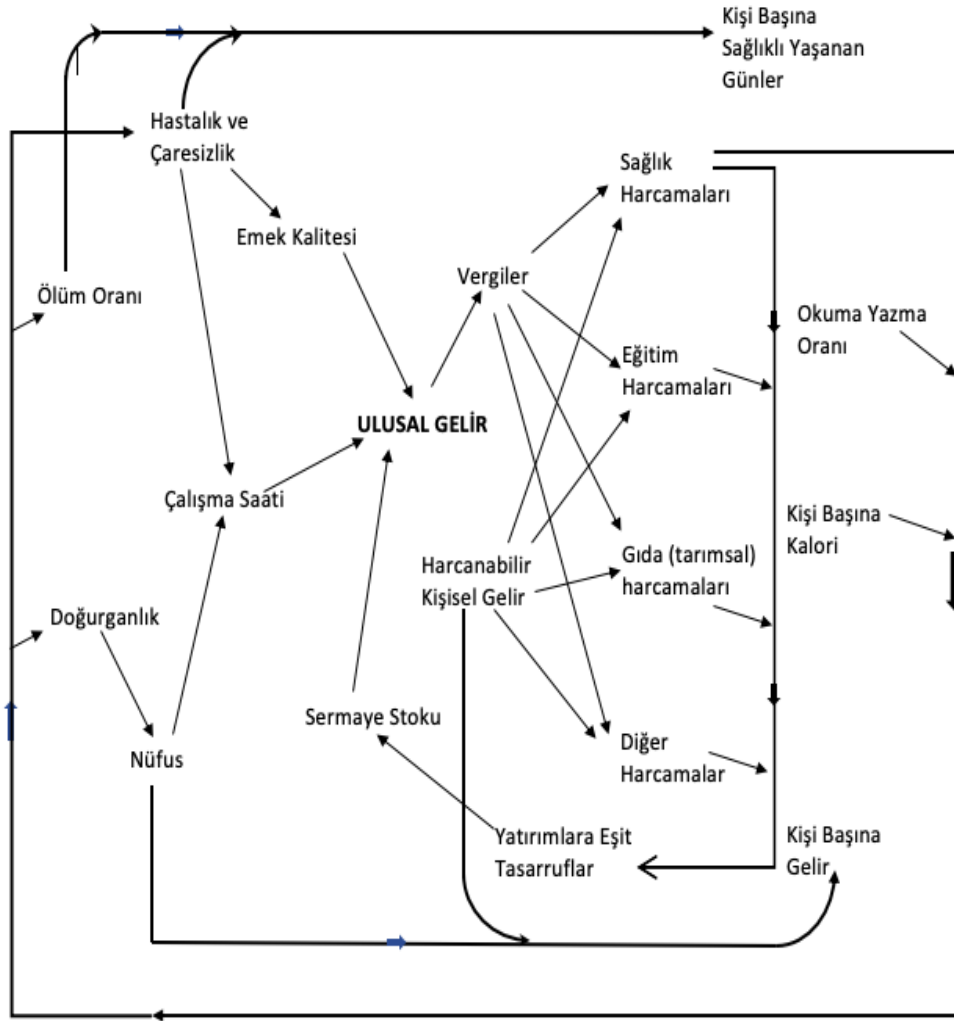
Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin en temel noktalarından birisi, toplumsal sağlık düzeyinde yaşanan gelişmelerin doğrudan ve dolaylı olarak toplumsal refah üzerinde etkide bulunmasıdır. Sağlığın üretim, harcama ve refah üzerindeki etkilerini gösteren zincir, esasen sağlık ekonomisinin temel konusunu oluşturmaktadır.

Şekil 1: Sağlık Sektörü ile Ekonominin Kalan Kısmı Arasındaki İlişki



Sağlık ve ekonomi arasındaki bu ilişki, çok daha geniş bir bakış açısıyla, şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2: Sağlık Ve Ekonomi Arasındaki İlişki



Kaynak: Over, 1991:11

Buna göre sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki esasen tek yönlü bir ilişki değildir. Karşılıklı etkileşim şeklinde ilerleyen bu süreçte harcanabilir gelir ve vergiler ile finanse edilen sağlık harcamalarının, özellikle hastalık vb. etkenlerle beşeri sermaye üzerindeki etkisi ulusal gelirin ve kişi başına gelirin elde edilmesinde oldukça etkilidir.

Sağlık ekonomisi bağlamında kıt kaynakların alternatif kullanımına ilişkin ekonominin var olan temel soruları dışında sağlık sektöründe üç temel problem

bulunmaktadır. Sağlık programlarındaki maliyet etkinliğin yetersizliğini ifade eden dağıtım, kalitesiz kamu programlarının savurganlığını ifade eden iç etkinsizlik ve sağlık hizmetlerinin faydalarının eşit olmayan dağılımını ifade eden adaletsizliktir(Akin, Birdsall ve Ferranti, 1987:17). Sağlık ekonomisi, sağlık sektöründe meydana gelen bu sorunlara, ekonomi biliminin kuralları, yöntemleri doğrultusunda çözüm arayan, ekonominin bir alt disiplini dir.

Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimine ilişkin kuralların, kullanılan yöntemlerin ve farklı analiz tekniklerinin sağlık sektörüne uyarlanması ile sağlık hizmetlerinin ekonomik analizini ortaya koyan, ekonominin uygulamalı bir alt dalı olarak tanımlanabilir(Tokat, 2008; Şenatalar, 2003:25; Çilingiroğlu, 2001:1594). Sağlık ekonomisi, ekonominin üretim, dağıtım, bölüşüm, arz, talep vb. kavramlarını ve bu kavramlara ilişkin genel kuralları ve yöntemleri kullanarak, kıt kaynakların bir değer olarak kabul edilebilen “sağlık” değerinin oluşturulabilmesi için alternatif kullanımını inceleyen ekonominin bir alt dalıdır.

Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak verilen hizmetin ve uygulanan tedavi sonuçlarının ve bu hizmet ve tedavilerle ilgili maliyetlerin değerlendirilmesi, sağlık ekonomisi olarak tanımlanır (DPT, 2001:95). Sağlık ekonomisi, ekonomideki en temel sektörlerden biri haline gelen sağlık sektöründe etkinliğin sağlanmasına yönelik alternatifleri ortaya koyarak, bu alternatiflerden düşük maliyet - yüksek fayda düzeyini sağlayan yöntemlerin kullanılabilirliğine katkı sağlamaktadır (Çilingiroğlu, 2001:1594). Sağlık değeri, son aşamada genellikle tıp bilimi tarafından oluşturulmaktadır. Ancak sağlık ekonomisi tıp biliminin ortaya koyduğu alternatif tedavileri ve bu tedavilerin sonuçlarını fayda maliyet analizleri çerçevesinde inceleyen ve en uygun yöntemin kullanılabilirliğini değerlendirmekte ve geliştirmektedir.

Sağlık ekonomisinin temel amacı, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların verimli ve etkin şekilde kullanımının sağlanmasıdır(Tokalaş, 2006:11). Sağlık ekonomisi, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için gerekli kaynakların optimum kullanımı sorunu ile ilgilenen bir araştırma alanıdır(Mushkin, 1958:790). Esasen sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin dağıtım, etkinlik ve adalete ilişkin temel sorunlarını sağlık sektörü için değerlendirerek, sağlık değerinin oluşturulması sürecinde kullanılan kaynakların verimliliğini ortaya koymaya çalışan ve kaynak kullanımında optimizasyona odaklanan bir alt disiplini dir.

Sağlık ekonomisi, hastalıkların tedavi edilmesi, hastalıklardan korunma sürecinde ortaya çıkan sağlık hizmetlerinin ve sağlıkla ilişkili diğer hizmetlerin fayda ve maliyetlerinin toplumdaki gruplar ve bireyler arasında dağılımını kapsayan, sağlığın

gelişimi ile ilgili olarak eldeki kıt kaynakların alternatif kullanımlar arasında nasıl dağıtılacağını inceleyen ekonominin uygulamalı bir alt dalıdır

2. Sağlık Ekonomisinin Önemi

Sağlık ekonomisine ilişkin olarak artan ilginin son zamanlarda yaşanan iki gelişme ile doğrudan bağlantısı vardır. Birincisi, dünyada çok ciddi ölümlere neden olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik olarak geliştirilen iyileştirici ürünlerdir. İkinci ise ortalama yaşam beklentisinin artmasıdır (Mushkin, 1958:785). İlaç ve tıbbi makine teçhizat konusunda ortaya çıkan hızlı gelişmelerin bu artış üzerindeki etkisi büyüktür. Yaşanan bu gelişmeler tedavi süreçlerine ilişkin alternatifleri arttırmış ve tesisleşme, tıp eğitiminde yeni eğitim yöntemleri vb. gelişmeler, sağlık hizmetleri piyasasındaki talebi de etkilemiştir. Sağlık hizmetlerinin arz ve talebindeki bu gelişim, sağlık hizmetlerinin bedellerinin ödenmesine ilişkin olarak ödeme yöntemlerinin de gelişmesine katkı sağlamıştır. Sağlık ekonomisi, sağlık hizmet talepleri, sağlık hizmet sunumları ve ödeme metotları ile ilgili olarak ortaya çıkan alternatifleri değerlendirerek, ekonomi biliminin araçları etrafında çözüm önerileri koymasından oldukça önemlidir.

Bunun yanı sıra hemen hemen tüm dünyada artan ortalama yaşam beklentisi, sağlık hizmetlerinde etkinliği sağlayacak alternatif yöntemler konusundaki araştırmayı genişletmiştir (Mushkin, 1958:785). Doğumda yaşam beklentisi başta Avrupa ülkeleri ve ABD olmak üzere sürekli artış göstermektedir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre; Almanya ve Danimarka'da 1990'da 75 olan doğumda yaşam beklentisi, 2006 yılında Almanya'da 80, Danimarka'da ise 79 olarak gerçekleşmiştir. Benzer şekilde 1990 yılında ABD'de 75 olan yaşam beklentisi, 2006 yılında 78 olarak hesaplanmıştır. Dünya Bankası sağlık istatistiklerine göre 1960 yılında dünya genelinde 52.5 yıl olan ortalama yaşam beklentisi, 2016 yılında 72 yılın üzerine çıkmıştır. Yaşam beklentisindeki artış, sağlık kaynakları ve nüfus arasında dengenin kurulması, sağlık kaynaklarının kullanımında ve dağılımında optimumu sağlayacak en iyi alternatiflerin ortaya konması sürecinin ve beraberinde sağlık ekonomisinin önemini arttırmıştır.

Hükümetlerin ve sağlıkla ilgili diğer kurumlarının sağlık politikasına ilişkin temel iki amacı bulunmaktadır; nüfusun *sağlık durumunun geliştirilmesi ve adalet veya eşitlik* (McPake, Kumaranayake ve Normand, 2002:7). Bu iki amacın aynı anda gerçekleşmesi çoğu kez mümkün olmamaktadır ve ikisi arasında fırsat maliyetine bağlı olarak belli noktalara kadar seçim yapmak zorunludur. Sağlık ekonomisi, ekonominin kullandığı araçlar yardımı ile yaptığı analizler ile kurumlara sağlık politikası amaçlarının optimum düzeyde gerçekleşmesi konusunda yardımcı

olmaktadır. Ekonomik analizler sağlığın geliştirilmesi ve adaletin sağlanması ile ilgili olarak ortaya çıkan seçeneklerin irdelenmesi ve en iyi çözümün ortaya konması açısından oldukça önemlidir.

Sağlık ekonomisi, sağlık politikası amaçlarının geliştirilmesi ile ilgili olarak uygulayıcılara sağladığı faydalar açısından oldukça önemli bir alt disiplindir. Bunun yanı sıra ilaç ve tıbbi makine teçhizat konusunda yaşanan teknolojik ilerlemeler, sağlığın finansmanına ilişkin farklı yaklaşımlar, sağlık piyasasında özel sektörün giderek artan varlığı, sağlık hizmetlerinin fayda maliyet analizleri yoluyla etkin ve adaletli sunumunun gerekliliğini arttırmış ve sağlık ekonomisinin önemi her geçen gün daha da belirginleşmiştir.

Şekil 2’de görüldüğü gibi, sağlık ekonomisi ile ulusal gelir arasındaki karşılıklı etkileşim, ortalama yaşam beklentisinin artması, ilaç, tıbbi makine ve teçhizat konusundaki gelişmeler sağlık ekonomisinin önemini ve kapsamının genişletmiştir.

Sağlık ekonomisinin görevi, sağlık hizmetleri organizasyonunun etkinliğini değerlendirmek ve organizasyonun geliştirilmesi için öneriler sunmaktır. Sağlığın geliştirilmesi sağlık uzmanlarının hizmetlerinden çok daha fazlasını içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi yiyecek, barınma, istirahat ve giyinme gibi birçok faktörü içine alır, ancak bu faktörler sağlık için oldukça önemli olmasına rağmen sağlık ekonomisi kapsamının dışında tutulmalıdır (Mushkin, 1958:790). Belirtilen hususların sağlık ekonomisi kapsamı içine dahil edilmesi, ekonominin alt disiplini olmasına rağmen, sağlık ekonomisinin kapsamının tüm ekonomiyi içine almasına neden olmaktadır.

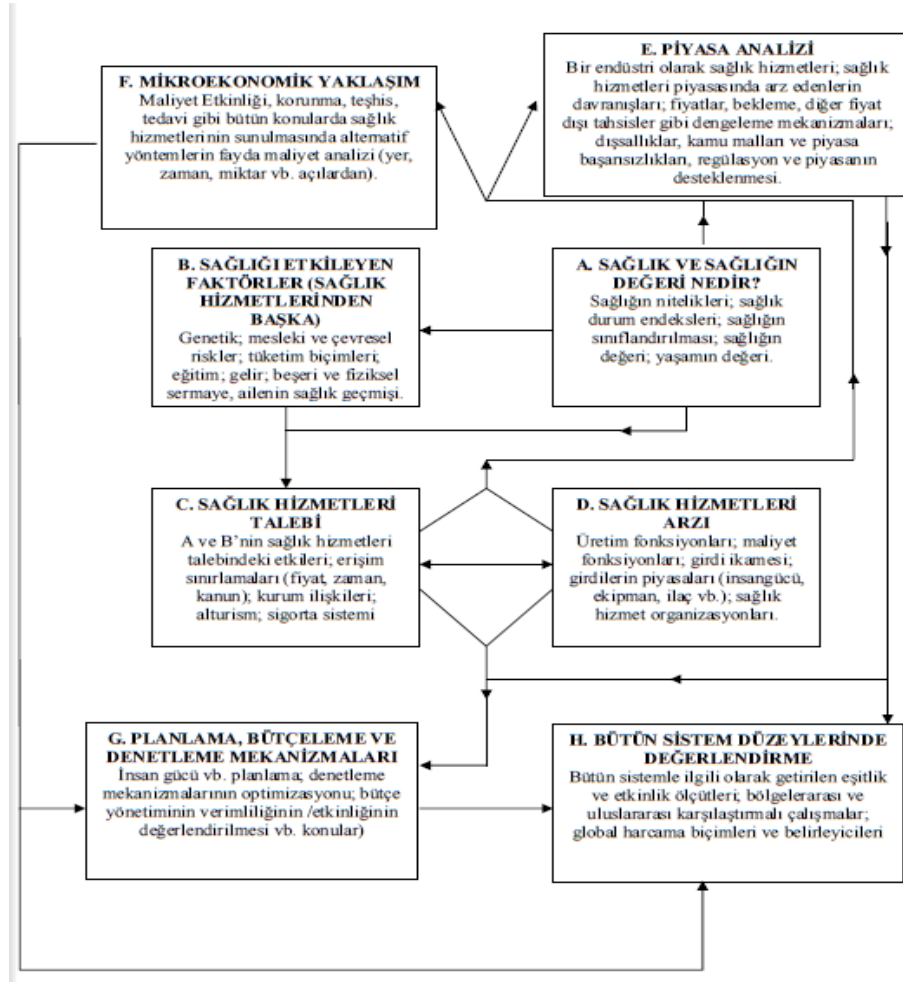
Sağlık hizmetleri alanında kaynakların etkin kullanımının sağlanması, hizmette yaygınlık ve sürekliliğin oluşturulması, tüketicilerin elde ettiği faydanın artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansman, arz ve talebinin; yönetim, organizasyon ve insan gücü boyutlarıyla yeniden yapılandırılması ile ilgili faaliyetlerin tümü sağlık ekonomisinin kapsamında yer almaktadır(Baloğlu, 2006:123). Anthony John Culyer sağlık ekonomisinin kapsamına ilişkin çok daha ayrıntılı bir analiz ortaya koymuştur. Şekil 3, sağlık ekonomisinin kapsamını ayrıntılı biçimde ortaya koymaktadır. Şekil 3’te sağlık ve sağlığın değerinin tanımlanması ve bu tanımlar etrafında sağlığı etkileyen faktörler sağlık ekonomisinin kapsamına dahil edilen ilk başlıklardır. Sağlık talebi ve sağlık arzının kapsama dahil olması ile birlikte makroekonomik bakış açısını ortaya koyan piyasa analizi ve mikro ekonomik yaklaşım, sağlık hizmetleri arz ve talebine ilişkin harcamaların planlanması, bütçelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesine öncülük etmekte ve katkı sağlamaktadır.

Sağlık ekonomisi, geniş anlamda kamu yönetimini de içine alan sosyal bilimleri kapsayacak şekilde ele alınmış, dar anlamda ise sağlık hizmetlerinin organizasyon yapıları ve ödeme sistemlerindeki alternatif metotlarla ilgili olarak ele alınmıştır

(Mushkin, 1958:786). Sağlık ekonomisinin kapsamı, dar anlamda sağlık hizmetleri sunan birimlerin organizasyon şeması ve sunulan hizmetlerin finansmanına ilişkin ortaya çıkan alternatif ödeme sistemlerinin geliştirilmesi ile sınırlıdır.

Geniş anlamda ise sağlık ekonomisi, arz ve talep yapıları, üretim, tüketim ve maliyet fonksiyonları, sağlığı etkileyen faktörler vb. göz önünde tutularak alternatif hizmet sunum yöntemlerinin ve ödeme sistemlerinin etkinlik/verimlilik, eşitlik amaçları doğrultusunda geliştirilmesini ve bu amaca yönelik olarak planlama, bütçeleme ve denetim mekanizmalarının işletilmesini kapsamaktadır.

Şekil 3: Sağlık Ekonomisinin Kapsamı



Kaynak: Culyer, 1991:X.

3.Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Kenneth Arrow'un, sağlık ekonomisinin bilimsel bir disiplin olarak ortaya çıkmasına öncülük ettiği kabul edilmektedir. Arrow'un "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" isimli çalışması sağlık ekonomisi konusunda referans kaynaklardan biri olmuştur. Savedoff(2004), Arrow'un makalesini² sağlık ekonomisi disiplinini oluşturan, meydana getiren ilk çalışma yerine, sağlık ekonomisi alanında yazılmış en geniş çalışmalardan biri ve diğer alanlar için referans kaynak olarak görmektedir. Arrow'un çalışması, sağlık hizmetlerinden insanların mahrum bırakılmayacağını ve piyasa mekanizmasının diğer ekonomik faaliyetlerde olduğu gibi sağlık faaliyetlerinde de etkili bir rol oynayabileceğine değinmiş, buna karşın sağlık piyasasında oluşan piyasa aksaklıklarının piyasa dışı önlemler ile düzenlenebileceğini belirtmiştir(Savedoff, 2004:139). Elbette ki Arrow'un 1963 yılındaki çalışmasından önce sağlık ekonomisi alanına dahil edilebilecek çalışmalar mevcuttur.

Ray Lyman Wilbur, 1932 yılındaki çalışmasında, Amerika'da uygulanmakta olan sağlık hizmetleri sunum metotlarının ve ödeme sistemlerinin etkinliği ve yeterliliği üzerine çalışmalar yapmıştır (Wilbur, 1932). Wilbur, hizmet sunum ve finansman yöntemlerinin yetersizliğini dört farklı temele dayandırmaktadır. Birincisi ve en önemlisi bütün insanlar, gerçekten ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerinin tümünü nitelik veya nicelik olarak elde edememektedirler. İkincisi, maliyetlerin insanlar arasında eşit olmayan biçimde dağıtılmasıdır ve orta halli veya çok az gelirli kişiler bu eşitsizliğin etkilerini kendi sahip oldukları gelirleri ile gideremezler. Üçüncü olarak sağlık uzmanlarının gelirleri belirsiz, düzensiz ve düşüktür. Son olarak sağlık hizmetlerine ilişkin olarak uygulanan sunum yöntemleri ve finansman yöntemleri savurgan, etkinsiz ve iktisadilikten çok uzaktır(Wilbur, 1932:189-190).

1930'lu yıllarda Milton Friedman ve Simon Kuznets Ulusal Ekonomik Araştırmalar Bürosu'nda (National Bureau of Economic Research-NBER) uzmanlık gelirlerine ilişkin çalışmalar yapmışlardır³. Uzmanlık dalındaki bireylerin gelirlerinin karşılaştırmalı analizlerini yaptıkları çalışmalarda seçtikleri beş temel alandan ikisi hekimler ve diş hekimleridir.(Friedman ve Kuznets, 1954:3). Çalışmalarında hekimler ve diş hekimlerinin gelirleri arasında karşılaştırmalı analize yer vermişlerdir.

² Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 53(5):941-973.

³ Friedman ve Kuznets tarafından yapılan bu çalışma için bkz. "Friedman, M., Kuznets S. (1954). *Income from Independent Professional Practice*. National Bureau of Economic Research- NBER Book. http://www.nber.org/authors/milton_friedman"

1940'lı yıllara gelindiğinde, İkinci Dünya savaşından sonra Seymour Harris, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yapılan kamu harcamaları üzerine analizler yapmıştır (Klarman, 1979:372). Harris özellikle yeni İngiliz Sağlık Hizmetleri Programı'nın ilk iki yıllık sonuçları üzerine çalışmalar yapmış ve değerlendirmiştir⁴. Harris, uygun vergi ve fiyat politikaları doğrultusunda, sağlık hizmetlerinin sağlanmasına yönelik ve içki, sigara vb. maddelerin zararlarının giderilmesine yönelik harcamaların düzenlemesi gerektiğini belirtmiştir (Harris, 1951:665).

1950'li yıllarda Eli Ginzberg, özellikle finansman boyutu olmak üzere hastane hizmetlerinin ekonomik çerçevesi üzerine araştırmalar yapmıştır (Ginzberg, 1954). Daha sonraki yıllarda özellikle sağlık hizmetleri sektöründe rekabet artırıcı politikaları, Arrow'un rekabetçi piyasalar ile sağlık piyasaları arasında yapmış olduğu analizler⁵ ışığında değerlendirdiği çalışmalar (Ginzberg, 1982) ve Amerika'daki sağlık politikasının geleceğine ilişkin yaptığı çalışmalar (Ginzberg, 1975) sağlık ekonomisinin gelişiminde önemli bir yer tutmaktadır.

Arrow'un 1963 yılındaki çalışmasından önce, sağlık ekonomisi ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu sağlık hizmeti sunan kurumlar tarafından ve daha çok mevcut durumdaki sorunları irdelemektedir. Bu çalışmalar sağlık ekonomisi için genel bir bakış açısından çok, spesifik bir bakış açısında sahiptir.

4. Sağlık Sektörünün Tanımı

4.1. Sağlık ve Hastalık

Bireyler açısından hasta olmama hali sağlık kelimesini tanımlanmakta iken, hekimler açısından durum farklıdır. Sağlık durumundaki en küçük bir sapma hastalık olarak kabul edilmekte ve bireyin sağlıklı olmadığı belirtilmektedir (Öztek, 2001:294). Bu sapsmaları çoğu zaman bireyin kendisinin belirleyebilmesi mümkün değildir.

Sağlığa ilişkin Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlama, kabul edilen en geniş tanımlamadır. Bu tanım 19-22 Haziran 1946 yılında New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı tarafından benimsenen DSÖ Anayasası'nın giriş kısmında yapılan tanımlamadır. Bu Anayasa 22 Temmuz 1946 yılında 61 ülke

⁴ Ayrıntılı bilgi için bkz. "Harris, S. E. (1951). The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Insurance (N. H. I.). *Journal of the American Association of University Teachers of Insurance*. 18(1):73-87, Harris, S. E. (1951). The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Service. *The American Economic Review*. 1(2):652-666."

⁵ Arrow için bkz. "Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 53(5):941-973."

tarafından imzalanmış ve 7 Nisan 1948’de yürürlüğe girmiştir (WHO, 2006:1, UN, 1947:4 ve UN,1948:186). Buna göre DSÖ sağlığı, yalnızca herhangi bir hastalık veya sakatlığın olmaması olarak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal refah açısından bir bütün olarak iyi olma hali biçiminde tanımlamaktadır(WHO, 2006:1). DSÖ Anayasası olarak kabul edilen metnin ilk maddesinde belirtilen bu tanımlama, yürürlüğe girdiği 1948 yılından günümüze değişmeden gelmiştir.

DSÖ sağlığı, vücudun tüm fonksiyonlarının optimum kapasitede ve birbirleri ile mükemmel bir uyum içinde çalışması olarak görmemiş, çok daha geniş bir bakış açısı ile bireyin iyi olma haline odaklanmıştır. Sağlığın korunup geliştirilmesi yalnızca tıbbi yöntemlerin uygulanması ile değil, ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasını da kapsamaktadır (Yıldırım, 1994:10). DSÖ tarafından yapılan tanımlamada özellikle hastalık veya sakatlık olmaması halinin tek başına sağlığı ifade etmesi durumuna karşı çıkarak, bir insanın yaşam kalitesini etkileyen temel değişkenlere vurgu yapmıştır. Bu vurgu esasen sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlere yönelik harcamaların kapsamını arttırırken, söz konusu harcamaların etkinliğine yönelik vurguyu belirginleştirmiştir.

Sağlık kavramının çok geniş bir şekilde ele alınması, sağlığın sağlanması ve korunması ile ilgili olarak yapılan sağlık hizmetlerinin de kapsamını genişletmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlamada belirtilen fiziksel ve ruhsal olarak iyi olma halinin sağlanmasına yönelik yapılan sağlık hizmetlerinin sahip olduğu özellikler, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin ilgiyi arttırırken, aynı zamanda bu hizmetlerin sunumu ile ortaya çıkan finansman boyutunun da daha önemli ve kapsayıcı hale gelmesine neden olmuştur.

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri temel insani haklardan biridir. 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. Maddesi’nde sağlık, bir hak olarak güvence altına alınmıştır (UN, 1948:1).

“Herkes, kendisi ve ailesinin sağlığı ve refahı için beslenme, giyinme, barınma, sağlık hizmetleri ve gerekli sosyal hizmetleri kapsayan yeterli yaşam standartlarına yeteri kadar ulaşma hakkına sahiptir.” Bu madde esas itibariyle sağlık hakkını pozitif statü hakkı çerçevesinde değerlendirmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. maddesi sağlık hakkını düzenlemiş ve sağlık kuruluşlarının hizmeti şeklini düzenleyerek sağlık hakkının pozitif statü hakkı olmasının yanı sıra, sosyal bir hak olması durumuna vurgu yapmıştır. Sağlık bozulduğu zaman düzeltilmesi gereken bir değerdir ve sağlık hakkıyla

korunmaktadır. Ancak sağlık aynı zamanda korunması ve saygı gösterilmesi gereken bir değerdir ve bu durum sağlık hakkının negatif boyutunu ortaya koymaktadır(Temiz, 2014:169). Kişilerin sağlığına zarar verici faaliyetlerin engellenmesine yönelik her türlü faaliyetin sağlık hakkı çerçevesinde değerlendirilmesi, devletin sağlık hizmetlerine yönelik faaliyet alanlarını ve bu yöndeki harcamalarını genişletici yönde etkilemektedir. Aynı madde içinde devlete, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla ilgili görev açıkça belirtilmektedir. Bu açıdan bu maddenin özü itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında belirtilen sağlığın tanımına uygun bir yaklaşımdır.

Sağlık hakkının negatif statü hakkı olarak ele alınmasının sonucu, bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik yapılacak her türlü faaliyet sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Bu faaliyetler yalnızca ulusal sınırlar içindeki sağlık hizmetlerini kapsamamakta, sağlığın global kamusal mal olma niteliği nedeniyle uluslararası boyutta ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu rekabet edilebilirlik ve dışlanabilirlik özelliğinin yanı sıra, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve sağlığın ekonomik dışsal etkileri nedeniyle sağlık hizmetleri global kamusal mal niteliğinde kabul edilmektedir(Mutlu, 2006:58). Ekonomik dışsallıklar, hastalık halinin başta üretim ve gelir olmak üzere, ekonomik değişkenler üzerinde ortaya çıkardığı etkileri ifade etmektedir. Bu etkiler ulusal veya bölgesel sınırların dışına taşabilmekte ve ortaya çıkan sorunun çözümü çoğu zaman uluslararası işbirliğini gerekli kılmaktadır. Genel bir istatistiki veri olarak bir ülkede doğumda yaşam beklentisinde % 10'luk bir artışın sağlanabilmesi, ekonomik büyümede % 0,3'lük bir artışın sağlanabilmesini gerekli kılmaktadır(Sachs, 2001:24). Ekonomik büyüme ile sağlığın iyileştirilmesi arasındaki bu ilişki, ekonomik büyümenin sahip olduğu global etkiler göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetlerinin ulusal boyutunu genişletmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ekonomi ile olan karşılıklı etkileşimi, sağlık hizmetlerinde var olan eksik rekabet ilişkisini de daha fazla öne çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinde var olan belirsizliklerin yanı sıra, hekimlerin hizmeti arz edenler ve hizmeti talep edenler açısından oynadığı ikili rol, ekonomi ve sağlık etkileşiminin önemli odak noktalarından biridir(Newhouse, 1987:269). Sağlık hizmetlerinin belirsizliği ve soyut yapısı, tüketicilerin satın aldıkları sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliğinin derecesini arttırmakta ve rasyonel karar almalarını zorlaştırmaktadır(Mushkin, 1958:787). Bu durum devletin sağlık hizmetlerine yönelik devletin müdahale gerekçelerinden birisidir ve bu müdahale alanının genişlemesine bağlı olarak, sağlık harcamaları da beraberinde artmaktadır. Eksik rekabet şartlarının getirdiği olumsuzlukları ortadan kaldırmak için kamunun sağlık harcamalarının yanı sıra, özel harcamaların da arttığı gerçeği göz ardı edilmemelidir. Bireylerin eksik rekabet

şartları ve bilgi eksikliği nedeniyle yaşadıkları olumsuzlukları azaltmak için yaptıkları özel harcamaların toplam bütçeleri içindeki payları, genel olarak sağlık harcamalarının lüks bir mal olması nedeniyle sürekli olarak artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ikame edilmesinin mümkün olmaması, hem kamu hem de özel sağlık harcamalarının artmasının nedenlerinden biridir. Bireyler mal ve hizmet taleplerini, talebi etkileyen birçok faktörü göz önünde bulundurarak ortaya koymaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin ikame edilemez özelliği, sağlık hizmetlerine ilişkin talebin rasyonel seçimler doğrultusunda yapılmasını engellemektedir ve bir sosyal sorumluluk çerçevesinde, ayrıca bireyin bir hakkı olarak sağlık hizmetlerinin sunulmasında kamu sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu söz konusu özelliklerin tümünde vurgulandığı gibi, kamu sağlık hizmetlerine ilişkin harcamalar kaçınılmaz olarak artmaktadır. Sağlık hakkının hem pozitif, hem de negatif statü hakkı olarak değerlendirilmesi, sağlık hizmetleri piyasasının aksak rekabet şartları ve sağlık hizmetlerinin sahip olduğu pozitif dışsallıklar tüm ülkelerde sağlık harcamalarının seyrini etkilemektedir.

5.Devletin Müdahale Gerekçesi Olarak Sağlıkta Piyasa Aksaklıkları

Piyananın (serbest piyasa) en temel özelliği fiyat mekanizmasıdır. Tüketici açısından fiyat, bir mala sahip olabilmek için gelirinden ne kadar fedakârlık etmesi gerektiğini belirleyen bir faktördür. Arz açısından ise fiyatlar, tüketicilerin mala atfettikleri değere bağlı olarak üreticiler için gösterge oluşturan bir faktördür. Fiyat, üreticiye hem malın alternatif maliyetini, hem de üreticinin verimliliğini yansıtarak hangi malın satılacağı konusunda önermede bulunabilir (Mills ve Gilson, 1988:24). Adam Smith'in modelinde fiyat mekanizması ve rekabetin oluşturulması ile en makul fiyat ve kalite seviyelerinde kaynakların en iyi dağılımının sağlanması beklenmektedir. Toplumsal açıdan birinci en iyiyi ifade eden bu duruma teorik olarak her bir kimsenin kendi menfaatlerinin peşinde koşması sonucu ulaşılabilecektir. Sosyal faydayı ortaya çıkaran bu süreç belli endüstriler için çok iyi sosyal faydalar sağlayabilir, ancak sağlık hizmetleri için aynı sosyal faydaları sağlamak oldukça zordur (Roemer, 1982:426). Piyasanın kalbini oluşturan fiyat mekanizması, herhangi bir müdahaleye gerek kalmaksızın arz ve talebin dengesinin sağlanmasında en etkin faktördür. Piyasa mekanizmasının serbest bir şekilde işlemesine izin verilmesi halinde dağıtım, bölüşüm ve değişim konularında optimalitenin sağlanacağı iddia edilmektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında ise, sağlık hizmetlerinin sahip olduğu niteliklerden dolayı yalnızca serbest piyasa ekonomisi dağıtım, bölüşüm ve değişim konularında

optimaliteyi sağlamaktan çok uzaktır. Piyasada oluşan bazı aksaklıklar sebebiyle devlet başta sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı olmak üzere ilgili tüm alanlarda müdahalede bulunmakta ve aksaklıkları gidermeye çalışmaktadır. Piyasa aksaklıkları birçok faktöre bağlıdır. Ancak temelde pazar gücü, bilgi problemleri ve dışsallıklar ve kamu malları olmak üzere 3 grup halinde incelenebilir.

Pazar gücü, bir firmanın veya birkaç firmanın bir araya gelmesiyle oluşan bir grubun piyasadaki rekabet şartlarını ve fiyatları takdir etme, etkileme derecesini ifade etmektedir (Bourdet, 1992:4). Tam rekabet şartlarında bir firma fiyat kabullenen (price taker) konumundadır ve piyasada asıl egemen olan piyasa fiyatıdır (Salvatore ve Diulio, 2003:111). Tam rekabet şartlarında firmalar fiyatı etkileyen, yönlendiren değil, fiyatı kabullenen bir davranış göstermektedirler. Fiyat, tüketicilerin tercihleri ve bu tercihlerin ağırlığına ilişkin bilgileri göstermesinin yanı sıra, kaynak maliyetleri, kıtlık, etkinlik ve üretimin alternatif maliyetlerine ilişkin bilgiyi de aksettirmektedir (Mills ve Gilson, 1988:24-25). Tam rekabet şartları altında fiyat mekanizması pazar gücünü sağlamaktadır, ancak söz konusu güç sağlık hizmetleri piyasasında mevcut değildir. Sağlık hizmetleri piyasasında bir veya birkaç firmanın fiyatları etkileyebilme gücüne sahip olması, tam rekabet piyasasına ilişkin em temel şartlardan birini ortadan kaldırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ölçek ekonomisi kapsamında yer alması ve bunun sonucunda tekelleşme eğilimlerinin ortaya çıkması, bunun yanı sıra sağlık hizmeti sunanların piyasaya girişine yönelik her türlü sınırlandırma⁶ faaliyetleri emek piyasasında monopson eğilimlerin artması, fiyat mekanizmasının pazar gücünü azaltmakta ve piyasa aksaklıkları oluşturmaktadır.

Monopol, hem üretimi hem de fiyatları kontrol edebilme gücünün birkaç firma üzerinde yoğunlaşmasından dolayı pazar gücünün söz konusu firmalara ait olması durumunda gerçekleşmektedir (Penner, 2003:21). Monopol piyasasında tek satıcı konumunda olan monopolcü firmanın, maliyetleri minimize etme yönünde bir piyasa baskısı hissetmemesinin sonucu olarak “X etkisizlik” kavramı ortaya çıkmaktadır (Aktan, 2006a:138). Sağlık hizmetlerinin ikamesinin mümkün olmaması ve bu nedenle sağlık hizmetleri kullanıcılarının ödemeye razı olduğu fiyatın yüksek olması X etkisizlik faktörünü daha çok belirginleştirmektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında monopolün yanı sıra, monopson şartlarının da varlığı kabul edilmektedir. Özellikle üçüncü derece sağlık kuruluşları sağlık hizmetleri

⁶ Buradaki sınırlandırma ile kast edilen yalnızca sağlık hizmetleri piyasasında hizmet vermek için gerekli lisans belgelerine yönelik sınırlandırmalar değildir. Sağlık piyasasında hekim, hemşire, teknisyen vb. uzmanlık alanlarında faaliyette bulunmak isteyenlere yönelik eğitim, sertifika, mesleki örgütlere üyelik vb. her türlü kısıtlamayı da içine almaktadır.

piyasasında monopol olmalarının yanı sıra, monopson özelliklerini de taşımaktadırlar. Monopson, satıcı sayısının çok fazla, alıcı sayısının ise sınırlı olması sebebiyle alıcıların fiyatları kontrol edebildikleri durumu ifade etmektedir (Penner, 2003:22). Çok sayıda alıcı ve satıcının olduğu tam rekabet şartlarında alıcıların tek başına fiyatları etkilemesi mümkün değildir. Çift taraflı monopol gücüne sahip olan sağlık kuruluşları, hem sundukları hizmetlerin fiyatını, hem de kendi bünyelerinde çalışan işgücünün fiyatını belirleyebilme veya etkileyebilme gücüne sahiptir.

Monopson gücüne sahip firmaların girdi maliyetlerinin (sağlık çalışanlarına ödenen ücretler) düşük olması sebebiyle rekabet kanunlarını ihlal etmeyeceği düşünülse de (ABA, 2004:95), monopson güce sahip firmaların sosyal refah kaybına neden oldukları açıktır (Herndon, 2002:198). Rekabetçi bir piyasada bir firma tarafından ücretlerin aşağıya çekilmesi, emek arzını oluşturan çalışanların o firmayı terk etmesi sonucunu doğurmaktadır. Ancak sağlık hizmetleri emek piyasasının monopson durumu nedeniyle benzer bir tepkinin gerçekleşmesi mümkün değildir (Manning, 2003:3). Sağlık hizmetlerinde monopson firmanın ücretleri piyasa ücretinin altına çekmesi tam rekabet piyasası kadar olmasa da işgücünün de azalmasına yol açacaktır ve bu durum sağlık hizmetlerinin toplum için önemi de göz önünde bulundurulduğunda oldukça önemli bir refah kaybına neden olacaktır.

Sağlık hizmetleri piyasasında piyasa aksaklığına neden olan faktörlerden biri olan ölçek ekonomileri ise, işletme büyüklüğü veya üretim ölçeğindeki artış nedeniyle firmalar üzerinde olumlu ve olumsuz etkiler ortaya çıkarmaktadır (Aktan, 2006b:16). Ölçek ekonomisinin var olduğu piyasada, marjinal maliyetlerin çok düşük olması sebebiyle, ürün miktarı arttıkça ortalama maliyetler azalmakta (Penner, 2003:21) ve doğal tekelci eğilimleri arttırmaktadır (Yıldırım, 1999:133). Esasen ölçek ekonomilerinin anahtar unsuru sabit maliyetlerdir. Sabit maliyetlerin büyüklüğü piyasaya girişi zorlaştırmakta, bunun yanı sıra bazen sifıra yaklaşan marjinal maliyetler nedeniyle de tekelci davranış eğilimleri artmaktadır. Düşük maliyetli girdilerin yanı sıra uzmanlık gerektiren girdiler, teknoloji ve organizasyon gerektiren girdiler ve bilgi girdiler nedeniyle ölçek ekonomileri ortaya çıkabilmektedir (Heikal, 2008). Sağlık sektöründe hastaneler ve ilaç firmaları ölçek ekonomisi sebebiyle tekelleşme eğilimleri taşımaktadırlar. Söz konusu tekelleşme eğilimi sebebiyle rekabet oluşturulamamakta ve bu durum sosyal refah kaybına neden olmaktadır.

Optimum karar alma mekanizmasının çalışması ancak tam rekabet şartlarında mümkün olabilmektedir. Tam rekabet şartları altında bir birey, bütçe kısıtları ile ihtiyaçlarını ortak bir noktada buluşturmak için çeşitli mal ve hizmetler arasında fiyat karşılaştırmaları yapabilir ve kendisi için en iyi kalite ve miktarda mal ve hizmeti seçebilir (Penner, 2003:22). Bu şartlar altında tüketiciler en az satıcılar kadar bilgi

sahibidir. Sağlık hizmetleri ise uzmanlık gerektiren alanlardır ve uzmanlık bir gereklilik olmasının yanı sıra bir beklenti de içermektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu uzmanlık gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyal ve ekonomik açıdan sahip olduğu etkiler nedeniyle, sağlık piyasasında hizmet üreten olarak faaliyette bulunanların bilgi, beceri, eğitim vb. nitelikler açısından tam donanımlı olmaları beklenir. Bunun yanı sıra ilaç ve teçhizat konusunda yaşanan teknolojik gelişmeler, uzmanlığa sahip olanların sürekli kendilerini geliştirmelerini zorunlu kılmaktadır.

Ancak tüketiciler (hastalar) açısından, benzer bilgiye sahip olmak neredeyse imkânsızdır. Sağlık hizmetleri piyasasında tüketiciler, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yeterli bilgiye veya bilgiye ulaşma kapasitesine sahip değildirler (Penner, 2003:27). Bu kapasite eğitim, gelir vb. birçok değişken ile ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ise tüketicilerin eğitim, gelir gibi faktörler ile bilgi eksikliklerini gidermeleri çok mümkün değildir.

Etkin bilgi paylaşımı fiyat mekanizmasının işlerliğini sağlayacak faktörlerden birisidir. Sağlık hizmetleri piyasasında üretici ve tüketiciler arasında bilgi paylaşımı olmadığı gibi, sağlık hizmetleri arz edenler lehine bilgi asimetrisi de bulunmaktadır. Tam rekabet piyasasında alıcılar ve satıcılar, mal ve hizmetlerin özellikleri ve kalitesi ile ilgili olarak, birbirlerinden etkilenmeksizin fayda fonksiyonlarını maksimize edecek gerekli bilgiye sahiptirler (Uz, 1997:74; Yıldırım, 1999:127)

Sağlık hizmetleri sistemindeki anahtar ilişki hasta ve hekim arasındaki ilişkidir. Sağlık sektörüne ilişkin yapılan çoğu çalışmada hekimlerin sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak avantaja sahip oldukları belirtilmektedir (Shneider, 2003:1). Sağlık biliminin ve sağlık hizmetlerinin sahip olduğu kompleks yapı nedeniyle, tüketiciler açısından rekabetçi bir piyasa düzeyinde bilgiye ulaşmak mümkün değildir (Roomer, 427:1982). Sağlık piyasasında maliyetler, harcamalar, ve elde edilen sonuçlar ile ilgili olarak yeterli veri bulunmamaktadır. Bu değişkenlere ilişkin verilerin eksikliği veya yanlışlığı, sağlık hizmetlerinin etkinlik, eşitlik vb. açılardan değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (Maynard, 1991:1277). Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, maliyet ve çıktılara ilişkin yeterli ve doğru veri setlerinin oluşturulamaması bilgi asimetrisini ortaya çıkarmakta ve rekabetçi piyasada aksaklıklara neden olmaktadır.

Sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan asimetrik bilgi ve bilgi eksikliği, rekabetçi piyasada fiyat mekanizmasının işlemlerini engellemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine ilişkin talep belirsiz bir fiyat ile karşılaşmaktadır.

Sağlık hizmetleri için bireysel talebe ilişkin belirtilen en önemli nitelik düzensizlik ve öngörülemezlik(Arrow, 1963:949). Talebe ilişkin düzensizlik ve öngörülemezlik, sağlık hizmetlerinin maliyetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan bireylerin gelirlerindeki

azalmanın da düzensiz olması sonucunu doğurmaktadır. Bu düzensizlik, bireylerin gelirlerinin sağlık sigortası, sosyal sigorta vb. uygulamalar ile olası şoklardan korunmasını zorunlu kılmaktadır (Koç, 2004:41). Sağlık ve sosyal sigorta uygulamalarına ilişkin maliyetlerin tümünün rekabetçi piyasa sistemi içinde karşılanması mümkün değildir. Sigorta sistemi risk üzerine çalışmaktadır, ancak sağlık hizmetlerine ilişkin tüm risklerin fiyatlandırılması durumunda ortaya çıkacak fiyat çok az sayıda tüketici tarafından karşılanabilecektir. Sağlık hizmetlerinin yeterince arz edilmemesine ve birim başına maliyetlerin daha çok artmasına neden olabilecek bu durum, devletin sağlık hizmetleri piyasasına hem hizmet sunucu, hem de finansman sağlayıcı olarak girmesinin en temel gerekçelerinden birisidir.

Rekabetçi piyasalarda piyasa dengesi piyasa arz ve talep eğrilerinin kesiştiği, marjinal maliyet ve marjinal gelirin eşitlendiği noktada dengeye gelmekte ve firma karını maksimize etmektedir. Ancak talepteki belirsizlik ve düzensizlik rekabetçi piyasadaki firma açısından maksimum karı verecek denge noktasının sürekli değişmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasındaki sabit üretim maliyetlerinin büyüklüğü ve tekelleşme eğilimi nedeniyle, değişen talebe karşı esnekliğin sağlanabilmesi mümkün değildir. Rekabetçi piyasadaki firma dengesi, maksimum kar, bilgi asimetrisi vb. unsurlar belirsiz ve düzensiz talebin karşılanmasına ilişkin sorunlar ortaya çıkarmakta, rekabetçi piyasa çözümleri ise yetersiz kalmaktadır.

Dışsallık yalnızca sağlık hizmetlerine ilişkin olarak değil, genel olarak bireysel düzeyi aşan her türlü fayda ve maliyet taşmalarının piyasa mekanizması içinde fiyatlandırılmaması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal niteliğine ilişkin en önemli gerekçe, sağlık hizmetlerinin sahip olduğu pozitif dışsallıklardır. Başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin yeterince karşılanmaması, bu kez negatif dışsallıklara neden olmaktadır ve her iki tür dışsallık türü de devletin sağlık sektörüne müdahale gerekçesini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri ile ortaya çıkan en önemli dışsallık, bir bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanması ile ortaya çıkan sosyal faydadır. Salgın veya bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sağlık hizmetlerinin satın alınması, toplumun tamamı için bir fayda sağlayacaktır. İyileştirici tedavilerde dahi, bireyin kendi tedavisi için sağlık hizmeti satın alması, bireyin yakınlarına da fayda sağlayacaktır. Hastalıkların önlenmesindeki bu önemli dışsal fayda, kişisel talebin ve piyasa fiyatının oluşmasında elde edilen marjinal fayda ve toplam faydanın eksik tahmin edilmesine neden olmaktadır. Piyasaya devlet veya kar amacı gütmeyen kuruluşlar girmediği sürece koruyucu sağlık hizmetleri eksik değerlendirilmiş, eksik fiyatlanmış ve eksik üretilmiş olabilmektedir (Mushkin, 1958:786-787). Sağlık hizmetinin fiyatı gerçek

maliyeti yansıtmaktan çok uzaktır. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı toplumsal yarar ve dışsallık özelliği nedeniyle fiyatın gerçek maliyeti yansıtması güçtür (Aktan ve Işık, 2007:13). Aşılama ve koruyucu hizmetler gibi sağlık hizmetleri, hizmetten yararlanan bireye sağladığı faydalar yanında diğer insanların da hastalıklara yakalanma olasılıklarını azaltması bakımından pozitif dışsallık ortaya çıkarmaktadır. Toplumda aşılama ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince geniş bir alanda sunulamıyor olması, etkinsizliğin başlıca sebeplerini oluşturmaktadır.

Son olarak sağlık hizmetlerindeki dışsallığa örnek olarak antibiyotiklerin kullanımı gösterilebilir. İlaç sektöründeki hızlı gelişmeler antibiyotiklerin çeşitliliğini ve etkinliğini arttırmıştır. Çeşitlilik ve etkinlik ile beraber düşen fiyatlar toplumda genel olarak antibiyotik kullanımını arttırmıştır (Jack, 1999:168). Ancak artan kullanım ile beraber antibiyotiklerin sahip olduğu yan etkilerin dikkate alınmaması, vücudun doğal işleyişine tesir etmekte ve aşırı kullanımının olumsuz sonuçları ortaya koyabilmektedir. Genel olarak ilaç endüstrisindeki gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkan antibiyotiklerin kötü ve aşırı kullanımına ilişkin negatif dışsallıklar devlet müdahalesi ile engellenebilmektedir.

Rekabetçi piyasada, bireylerin rasyonel oldukları ve tam enformasyona sahip oldukları kabul edilmektedir. Oysa gerçek hayatta birey, çoğunlukla eksik bilgi sebebiyle uygun olmayan tüketim kararları verebilmektedir (Cooke, 1994:113). Merit (erdemli) mallar, bireylerin malın tüketiminden elde edilecek faydadan habersiz olmaları sebebiyle devletin kullanımını zorunlu kıldığı veya teşvik ettiği mallardır (Lipseş ve Harbury, 1993:86). Merit mallar genellikle, tüketicilerin potansiyel faydasını tam olarak ölçemedikleri sağlık ve eğitim hizmetleri ile ilişkilendirilir (Small ve Carruthers, 1991:28). Merit mallar pozitif dışsallığı nedeniyle bireylerin rasyonel karar vermelerini zorlaştıran ve sonuçta eksik tüketime neden olan mallardır.

Merit mallar ve pozitif dışsallıklar piyasa başarısızlığına neden olması bakımından birbirleri ile aynı görülebilmektedir. Pozitif dışsallıklarda temel sorun üretim maliyetlerinin değerlendirilememesi iken, merit mallardaki temel sorun eksik tüketimdir.

Tüketicilerin, koruyucu sağlık hizmetleri gibi hizmetlerin olası fayda etkilerini bilgi eksikliğinden dolayı değerlendirememeleri sebebiyle sağlık hizmetleri merit mallar için iyi bir örnek oluşturmaktadır (Munday, 2000:40). Koruyucu sağlık hizmetleri benzeri hizmetlerin merit mal niteliği nedeniyle rekabetçi piyasa şartları altında etkinlik sağlanamamakta ve oluşan piyasa aksaklığına ilişkin devletin müdahale gereçlerinin kullanımını zorunlu kılmaktadır.

Son olarak sağlık hizmetlerinin özellikle koruyucu sağlık hizmetleri bakımından kamusal mal olma niteliği, devletin sağlık hizmetlerindeki temel gerekçelerinden birisidir. Sağlık hizmetlerinin bütün türleri itibariyle pür kamusal mal niteliğine sahip olmadığı aşıkardır. Koruyucu sağlık hizmetleri pür kamusal malın özelliklerini taşımakta iken, tedavi edici sağlık hizmetleri pür kamusal mal niteliği taşımaktan uzaktır. Sağlık hizmet türlerinin kamusalılık derecelerinin farklı olması, devletin sözü hizmetlere ilişkin müdahalelerini de farklılaştırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde devletin yoğun ve bazen tek başına varlığı görülmekte iken, tedavi edici sağlık hizmetlerinin daha fazla rekabete açık olduğu görülebilmektedir.

6.Sonuç

Sağlık ekonomisi genel olarak ekonomi biliminin kullandığı analizlerin sağlık sektörüne uygulanması olarak ifade edilmektedir. Sağlık ekonomisi, etkilediği alanlar itibariye geniş olmasının yanı sıra birçok farklı alandan etkilenmektedir ve bu etkileşim içinde piyasa mekanizmasının işleyişine ilişkin rekabete aykırı bir çok durum ortaya çıkmaktadır. Genel olarak devletin sağlık sektörüne müdahale gerekçelerini oluşturan bu aksaklıklar, piyasa başarısızlıklarını kapsamakla birlikte, sağlık sektörüne has aksaklıkları da içermektedir. Sağlık sektöründe var olan pazar gücü, bilgi, karar alma sorunları ve dışsallıklara ilişkin negatif ve pozitif yönde yaşanan durumlar, devletin sağlık hizmetleri alanındaki varlığını güçlendiren temel etkenlerdir. Sağlık sistemin BM tarafından yapılan sağlık tanımlamasına uygun şekilde kurulması ve işleyişinin sağlanabilmesi devletin sağlık sisteminde piyasa aksaklıklarını giderici yönde varlığı ile doğru orantılıdır.

Şehir hastaneleri, özel sağlık sigortaları başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında yaşanan gelişmeler özel sektörün varlığını arttırırken, devletin piyasa aksaklıklarını giderici rolü de önemini giderek arttırmaktadır.

Kaynaklar

ABA (2004). *Antitrust Health Care Handbook, Third Edition*. USA: Defending Liberty Pursuing Justice.

Akin, J., Birdsall, N. ve Ferranti, D. (1987). *Financing Health Services In Developing Countries*. Washington D.C.: The World Bank.

Aktan, C. C. (2006a). Devlet mi? Piyasa mı? Kamu Ekonomisi ve Piyasa Ekonomisinin Etkinlik Yönünden Karşılaştırılması. *Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası* (ss. 135-158). Derleyen C. Can Aktan, Dilek Dileyici ve İstiklal Y. Vural. Ankara: Seçkin Yayınevi.

Aktan, C. C. (2006b). Piyasa Başarısızlığının Anatomisi ve Kamu Ekonomisi Rasyoneli. *Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası* (ss. 9-36). Derleyen C. Can Aktan, Dilek Dileyici ve İstiklal Y. Vural. Ankara: Seçkin Yayınevi.

Aktan, C.C. ve Işık, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* (ss. 10-21). Derleyen C. Can Aktan ve Ulvi Saran. İstanbul: Aura Kitapları.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 53(5):941-973.

Baloğlu, B. (2006). *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*. İstanbul: Der Yayınevi.

Bourdet, Y. (1992). Market Power and Consumer Welfare in Open Economies. *Internationalization, Market Power and Consumer Welfare* (ss. 3-54). Derleyen Yves Bourdet. London: Routledge.

Cooke, A. (1994). *The Economics of Leisure and Sport*. London and Newyork: Routledge.

Culyer, A. J. (1991). *The Economics of Health-Volume 1 (The International Library Writings in Economics)*. USA: Edgward Elgar Publishing Company.

Çilingiroğlu, N. (2001). Ekonomik Gelişme ve Sağlık Ekonomisi. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II*. 40: 1594-1613.

DPT (2001). Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Ankara: DPT Yayınları. Yayın No: DPT: 2561-ÖİK:577.

DPT (2001). *Yerel Yönetimler Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Ankara:DPT.

Friedman, M. ve Kuznets, S. (1954). *Income from Independent Professional Practice*. New York: National Bureau of Economic Research- NBER Book.

Ginzberg, E. (1954). What Every Economist Should Know About Health and Medicine. *The American Economic Review*. 44(1): 104-119.

Ginzberg, E. (1975). What Next in Health Policy?. *New Series*. 188(4194): 1184-1186.

Ginzberg, E. (1982). Procompetition in Health Care: Policy or Fantasy?. *The Milbank Memorial Fund Quarterly-Health and Society*. 60(3): 386-398.

Harris, S. E. (1951). The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Insurance (N. H. I.). *Journal of the American Association of University Teachers of Insurance*. 18(1): 73-87.

Harris, S. E. (1951). The British Health Experiment: The First Two Years of the National Health Service. *The American Economic Review*. 1(2): 652-666.

Herndon, J. B. (2002). Health Insurer Monopsony Power: The All-or-None Model. *Journal of Health Economics*. 21: 197-206.

Hülür, Ünal (2008). *Türkiye Sağlık Sisteminin Gelişimine İlişkin Konu Başlıkları*. Sağlık Bakanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. www.tusak.saglik.gov.tr/dosyalar_sps3/1_2.pdf (02.04.2008).

Jack, W. (1999). *Principles of Health Economics for Development Countries*. WBI Development Studies. Washington D.C.: The World Bank.

Klarman, H. E. (1979). Health Economics and Health Economics Research. *The Milbank Fund Quarterly - Health and Society*. 57(3): 371-379.

Koç, Ç. (2004). The Effects of Uncertainty on The Demand For Health Insurance. *The Journal of Risk And Insurance*. 71(1): 41-61.

Lipsey, R.G. ve Harbury, C.D. (1993). *First Principles of Economics*. United Kingdom: Oxford University Pres.

Maynard, A. (1991). Developing the Health Care Market. *The Economic Journal*. 101(408): 1277-1286.

McGuire, A., Henderson, J. ve Mooney, G. (1988). *The Economics of Health Care: An Introductory Text*. London and Newyork: Routledge.

McPake, B., Kumaranayake, L. ve Normand, C. (2002). *Health Economics an International Perspective*. London and Newyork: Routledge.

Mill, J. S. (2001). *Principles of Political Economy*. Canada: Batoche Books.

Mills, A. ve Gilson, L. (1988). *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*. HEFP Working Paper 01/88. LSHTM.

Munday, S. (2000). *Studies in Economics and Business-Markets and Market Failures*. United Kingdom: Heinemann Educational Publishers.

Mushkin, J. S. (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*. 73(9): 785-794.

Newhouse, J. P. (1987). Health Economics and Econometrics. *The American Economic Review*. 77(2): 269-274.

Over, M. (1991). *Economics for Health Sector Analysis*. Washington D.C.: The World Bank.

Öztek, Z. (2001). Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 1, 39: 294-299.

Penner, S. (2003). *Introduction to Health Care Economics and Financial Management: Fundamental Concepts with Practical Application*. Philadelphia: Lippincolt Williams and Wilkins, A Wolters Kluwer Company.

Robbins L. (1935). *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*. London: MacMillan and Co

Roemer, M. I. (1982). Market Failure and Health Care Policy. *Journal of Public Health Policy*. 3(4): 419-431.

Sachs, J. D. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing on Health for Economic Development*. Report of The Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550X.pdf> (21.08.2008).

Salvatore, D. ve Diulio, E. A. (2003). *Schaums's Easy Outline of Principles of Economics*. USA: The McGraw-Hill Companies.

Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and The Birth of Health Economics. *Bulletin of The World Health Organization*. 82(2): 139-140.

Schneider, U. (2003). *Asymmetric Information and the Demand for Health Care the Case of Double Moral Hazard*. Universität Bayreuth Rechts und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere. Diskussionspapier 02-03. Germany.

Small, E. L. ve Carruthers, I. (1991). *Farmer-Financed Irrigation: The Economics of Reform*. United Kingdom: Cambridge University Pres.

Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 25(4) Özel Ek: 25-30.

Temiz, Ö. (2014) "Türk Hukukunda Temel Bir Hak Olarak Sağlık Hakkı", Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 69-1:165-188.

Tokalaş, S. (2006). *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tokat, M. (2008). *Sağlık Ekonomisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜSEP). <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (10.01.2008).

UN (1948) United Nations Treaty Series Vol.14, <https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/Volume%2014/v14.pdf> (19.05.2017)

UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights Article 25*. <http://www.un.org/Overview/rights.html> (08.05.2008).

UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights Article 25*. <http://www.un.org/Overview/rights.html> (08.05.2008).

UN(1947) United Nations Treaty Series Vol.9, <https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/Volume%209/v9.pdf> (16.05.

Uz, M. H. (1997). *Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamalar: Hastane Yöneticiliği*. Derleyen: Osman Hayran ve Haydar Sur. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi.

WHO (2006). *Basic Documents*. Forty-fifth Edition, Supplement. World Health Organization. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (10.05.2008).

WHO (2006). *Basic Documents*. Forty-fifth Edition, Supplement. World Health Organization. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf(10.06.2017).

Wilbur, R. L. (1932). The Economics of Public Health and Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin*. 10(3): 169-190.

Wonderling, D., Reinhold, G. ve Black, N. (2005). *Introduction to Health Economics*. Newyork: McGrawHill Education.

Yıldırım, H. H. (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. *Amme İdaresi Dergisi*. 32(1): 123-134.

Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*. Yayın No: 2350. Ankara: DPT Yayınları.