

BİRİNCİ BÖLÜM (I)

A — İktisat Bilimi Hakkında	(I _a)
B — Makro İktisat	(I _{b1} , I _{b2})
C — Mikro İktisat	(I _c)

- A -

İKTİSAT BİLİMİNİN YENİ UYGULAMA ALANI: SAĞLIK EKONOMİSİ

(I_a)

Prof. Dr. Erdinç TOKGÖZ
Hacettepe Üniversitesi
Öğretim Üyesi

ANKARA

İktisat biliminin 1960'lı yıllarda spekülâtif dönemden uygulamalı döneme geçişinin hızlandığını görüyoruz. Ancak bu geçişin her alanda, her ülkede ve eş düzeyde olmadığı bir gerçektir. Örneğin bazı toplumlarda büyük ekonomik kaynak kullandığı halde «milli savunma» alanındaki tartışma ve araştırmalar sosyal bilimcilere özellikle iktisatçılara henüz açılmamıştır. Yakın zamana kadar hemen bütün toplumlarda hekimin ve hâkimin işine karışılmaz ve kararları tartışmasız kabul edilirdi.

Büyük Sanayi Devrimi'ni gerçekleştiren Batı Avrupa ülkeleri, değişen toplum yapısının gereği olarak «laik eğitim» ve «sosyal güvenlik» kurumlarının yaygınlaşmasına da öncülük ettiler. Ancak 1960'lı yıllara dek bu öncü ülkelerde, toplumsal refah dolayısıyla büyüme hızını artırmak için fizik yatırımlar yanında, doğrudan insana yapılacak yatırımların önemi ve etkinliği ihmal edildi. Bütün maddi araçların üretim ve dağıtımında temel amaç, bireyin dolayısıyla toplumun refahını artırmak ise, öncelikle insanların sağlıklı, eğitilmiş ve yeterli beslenme olanaklarına sahip olmaları gerektiği, hususu ancak son yıllarda açıklığa

kavuştu. Sağlık kurumları ve uygulayıcılarının toplumsal gereksinimleri zamanında gördüklerini ve gerekli önlemleri aldıklarını söylemek mümkün değildir. Uzun yıllar, hemen her ülkede her türlü denetimin dışında kalmış bulunan sağlık hizmetleri sorumlularına, son yıllarda, yöneltilen eleştiriler yoğunluk kazanmıştır.

Bu eleştirilerin, bir kısmı, iktisat biliminin bazı temel yöntem ve kavramlarını sağlık hizmetleri piyasasına uygulayarak çözümlenmelere girişen iktisatçılardan gelmektedir. İşte bu uğraş içinde bulunan iktisatçıların çalışma alanına «sağlık ekonomisi» adı veriliyor. Diğer bir deyişle «sağlık ekonomisi» iktisat biliminin yeni uygulama alanlarından biri durumundadır. Tıpkı «eğitim ekonomisi», «ulaştırma ekonomisi» ve son zamanlarda önem kazanan «enerji ekonomisi» gibi...

K. A. Frenzel ve D. J. Mc Cready, «Sağlık Ekonomisi: Bir Alt Disiplin midir?» başlıklı incelemelerinde, «sağlık ekonomisi»nin iktisat biliminin alt disiplini haline gelmesi sürecini şöyle açıklıyorlar: «Bir alt disiplinin doğması ve gelişmesi o konudaki talep artışına bağlıdır. Talep gelişmelerini yansıtan göstergelerin başında konunun araştırılması, tahsis edilen kaynak ile araştırma kapasiteleri gelmektedir.» Anılan araştırmacılara göre, «sağlık ekonomisi»nin bir alt disiplin olarak ortaya çıkışının 1960'ların bir ürünü olduğunu gözlemlerle doğrulamak mümkün olduğu gibi, American Economic Association'un «Index of Economic Journals»m verileri de bu hükmü doğrulamaktadır. Fransa'da 1970'li yılların başında bu alanda yoğun araştırma ve yayın yapılmaya başlandığını görüyoruz. Bu dönemde tüm Batı Avrupa ülkelerinde yıldan yıla ve hızla sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Toplum sağlık harcamalarının yıllık artış oranının ulusal gelirin yıllık artış oranından ortalama iki kez daha büyük bir hızla artmakta olması, tüm gelişmiş Batı Avrupa ülkeleri hükümetlerini zor durumda bırakmaktadır.

Sağlık hizmetlerine bağlı harcamalarda 1960'lardan beri görülen artış, gıda malları harcamalarından çok daha büyük olmuştur. Diğer bir deyişle gelişmiş ülkelerde gıda mallarına olan talep yavaşlarken, sağlık hizmetlerine yönelik talep artmaktadır. Bu gelişme, merkezî planlamanın egemen olduğu ülkelerin başında gelen Sovyet Rusya'da da, kendini göstermektedir. Anılan ülkede bir sanayi işçisinin aile bütçesinde 1960 yılında sağlık harcamalarının payı %10, gıda mallarının payı %38 iken, 1972 yılında bu oranlar sırasıyla %14 ve %35'dir⁽¹⁾.

Tüm Batı Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin üretim ve dağıtımın ortaya çıkardığı sorunlarla hukukçular, iktisatçılar, sosyologlar,

(1) Hanri CHAMBRE, «Services en Union Soviétique», Economie Et Sociétés, I.S.E.A. No: 32, Paris 1974, s.

istatistikçiler, tıbbi mühendisler, kamu yönetimciler ve hekimler birlikte çözüm aramaktadırlar. Çünkü konu, 1980'li yılların ortasında ulusal düzeyde ve çok yönlü karmaşık bir sorun haline gelmiştir. Özgürlükçü ve çoğulcu demokrasilerin egemen olduğu ülkelerde, genel olarak kamu oyu, özel olarak siyasal partiler, sendikalar ve meslek kuruluşları konuyla ilgili tartışmalarda taraf durumuna gelmiştir. Anılan ülkelerde artık sağlık sorunu hasta ile hekim arasında bir mikro alış-veriş ilişkisi olmaktan çok, siyasal iktidarların veya kamunun planlamak üretmek, dağıtmak ve denetlemek zorunda olduğu, güncelliğini koruyan ulusal bir sorun durumundadır.

Toplumsal refaha, ekonomik verimliliğe ve kişinin mutluluğuna doğrudan katkıda bulunan sağlık hizmetleri sosyal güvenlik sistemi içinde yer almaktadır. Bu sistemin işleyişinin yol açtığı harcamalar içinde sağlık harcamaları yanında, gelişmiş ülkelerde işsizlik sigortası ödemeleri de son yıllarda büyük boyutlara ulaşmış bulunmaktadır. Ayrıca sakatlık ihtiyarlık ve iş kazaları ödemeleri de anılan sistem içinde yer alan giderlerdendir. Bazı ülkelerde genel planlama kapsamı içinde «sosyal güvenlik» dördüncü bir ekonomik sektör gibi ayrıca planlanmakta ve daha sonra genel ulusal planla bütünleştirilmektedir.⁽¹⁾

I — SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI

Tüketici durumunda olan hasta kendi eğilimine göre ve bağımsız olarak piyasadan mal ve hizmet satın alamıyor. Önce bir hekime başvurmak ve hekimin kendi adına karar vermesini beklemek zorundadır. Hekim bilgi ve deneyimlerine dayanarak, yasal ve bilimsel olarak tam yetkili, hastanın hangi çeşit sağlık hizmet ve araçlarından hangi miktarda ve ne kadar süreyle satın almak zorunda olduğuna karar vermektedir. Hekimin kararını maliyet, fiyat ve gelir gibi unsurlar değil; tıp biliminin ve hekimin içinde bulunduğu olanaklar birinci derecede etkilemektedir. Diğer mal ve hizmet piyasalarında öz çıkarma göre davranan tüketici ve üreticiyi karşılaştıran «piyasa fiyatı»dır. Oysa sağlık hizmetleri piyasasında fiyat, böyle bir etkinliğe sahip değildir. Tüketici yani hasta, önce hekim, sonra hastahane ve daha sonra da ilaç firması karşısında «mutlak bağımlı» durumunda üçlü bir ilişki içindedir. Herbirinin koşullarını ve fiyatını veri olarak kabul eden hasta gelir durumuna göre, önerilen sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağına kavuşacaktır. Eğer kişi bir sosyal güvenlik kurumunun desteğine sahip-

(1) Rys Vladimir, «Planification De La Sécurité Sociale» Rev. Int. De Sécurité Sociale, No: 2-3, 1974, Cenevre, s. 352

se, bu kez; ödemeyi yapacak kurumun tanıdığı olanaklar ve koşulları kabullenmek durumundadır.

Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar gösteriyorki sağlık hizmetleri piyasasında toplumsal yarar nedeniyle devletin müdahalesi kaçınılmazdır. Özellikle bulaşıcı hastalıklara yol açan etkenlerin ve bulaşma sürecinin belirlenmesi konusunda alman başarılı sonuçların, kişinin sağlığıyla toplumun sağlığı ve refahı arasındaki yakın ilişki açıklığa kavuşmuş bulunmaktadır. Bu önemli tesbitten sonra ödeme gücü sınırlı veya ödeme gücü olmayan hastaların bakımını, toplumun tümünün yararı düşünülerek, hayır kurumları ve kamu kuruluşları üstlenmiştir. Çağdaş toplumlarda kişinin gelirine bağlı olmaksızın, sağlık hizmetlerinden, asgari düzeyde de olsa, yararlanması kişinin yaşama hakkının bir parçası sayılmaktadır. Dünya Sağlık Teşkilatı'nın bu yönde yaptığı çalışmalar başarılı sonuçlar vermekte ve «kamu sağlığı»nın boyutları genişlemektedir. Bu kavram önceleri çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklara karşı korunmayı kapsarken, şimdi toplumun tümünü içine alan etkin ve adil bir sağlık sisteminin kurulmasını ve işletilmesini gerekli görmektedir⁽¹⁾.

II — GELİŞMİŞ ÜLKELERDE DURUM: SAĞLIK HARCAMALARI HIZLA ARTIYOR

Gelişmiş ülkelerde insanlar sağlıklı yaşamın önemini ve gereğini kavramıştır. İstek ve eylemlerinde bunun bilinçli izleyicisi durumundadır. Hemen hemen toplumun tümünün bilinçli ve sürekli istekleri karşısında, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin üretim ve dağıtımını hızla iyileştirmiştir. Sanayileşme süreci boyunca ortaya çıkan ve insan sağlığına zarar veren sonuçlar sağlık kesiminde gerçekleştirilen önemli yeniliklerle giderilmiştir. Özellikle bulaşıcı hastalıklar kurutulmuş, koruyucu hekimlik hizmetleri yaygınlaştırılmıştır.

Gelişmiş ülkelerde, işleyiş farklılıklarına rağmen, tüm bireylere asgari düzeyde sağlık hizmeti sunan bir altyapı yaratılmış ve işlemektedir. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri alanında iki güncel sorun önemini korumaktadır: Birincisi sağlık hizmetlerinin bölgesel dağılımında nitel ve nitel yönden ortaya çıkan dengesizliktir. İkinci temel sorun, sağlık harcamalarının yıllık artış hızının GSYİH'nin artış hızının iki katına ulaşmasıdır. Özellikle A.B.D. ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde görülen üçüncü önemli sorun ise, gelir dağılımındaki büyük dengesizliklerin, sağlık hizmetlerinden yararlanmaya olumsuz etkisidir.

(1) Organisation Mondiale de La Santé «Formation Supérieure En Santé Publique», Cenevre, 1973, No: 533, s. 7

Belirlediğimiz bu temel sorunların en önemlisi olan toplam sağlık harcamalarının artış eğiliminin hangi boyutlara ulaştığını bazı Avrupa Ülkelerinden örnekler vererek açıklamak istiyorum. Önce 1979 yılında yayınladığımız araştırmamızda Fransa ve B. Almanya için yapılan iki önemli tesbitten söz etmek istiyorum. Fransa'da 1965-85 dönemini kapsayan bir araştırmanın ortaya koyduğu verilere göre, toplam tüketim içinde gıda malları tüketiminin payı % 32'den % 17'e düşerken, sağlık harcamalarının payı % 12'den % 20'e çıkacağı hesaplanmıştır. Böylece sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının 1969'da % 6,2 iken 1985'de % 12'ye yükseleceği belirlenmiştir. Hemen belirtelim ki, bu ülkede halkın % 98'ini aşan kısmı, devlet denetiminde çalışan Sosyal Güvenlik rejimi içindedir⁽¹⁾.

Avrupa Ekonomik Topluluğu ülkeleri içinde sağlık harcamaları artış hızının en yüksek olduğu ülke Batı Almanya'dır. Ülkede 1965-75 döneminde yaşam düzeyi % 50 oranında yükselirken, sağlık harcamalarındaki artış % 200 olmuştur. 1960'da 9 milyar DM olan bu harcamalar 1975'de 50 milyar DM'ye çıkmıştır. Nüfusun % 95'inin sağlık sigortasından yararlandığı bu ülkede, yapılan tahminlere göre sağlık harcamalarındaki bu artış devam ederse, 2000 yılında ücretlerin tamamına yakınının sağlık sigortası aidatı olarak yatırılması gerekecektir.

Şimdi İsviçre'li sağlık ekonomisi uzmanı R. Dinkel'in bir araştırmasından yararlanarak 1975-1980 döneminde B. Almanya, Fransa, İngiltere ve Hollanda gibi AET ülkeleri yanında İsviçre gibi kendine özgü koşulları olan bir diğer Avrupa ülkesinde durumu karşılaştıralım⁽²⁾.

GSYİH İÇİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ PAYI
(% olarak)

Ülkeler	1975	1980
B. Almanya	8,9	9,1
Hollanda	8,1	8,4
Fransa	7,4	8,0
İsviçre	6,9	7,3
İngiltere	5,4	6,9

Hemen hemen nüfus artışının durduğu bu Avrupa ülkelerinde kişi başına ortalama sağlık harcamalarının hızla artması sonucu toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı da oran olarak yükselmektedir. Sadece cari harcamalar dikkate alınarak düzenlenen yukarıdaki tablo, beş ülkede de bu oranın büyüdüğünü göstermektedir.

(1) Erdiñ TOKGÖZ, «Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme», H. İ. İdari Bilimler Dergisi, Haziran 1979, s. 14

(2) Rolf DINKEL, La Santé Publique Est-elle malade?, Le Mois, Juin 1984

Konuyu İsviçre örneği olarak biraz daha açmak ve sağlık harcamalarının nasıl bir dağılım gösterdiğini belirlemek yararlı olacaktır. 1975 yılı sonunda 9,9 milyar Frank olan İsviçre'nin sağlık harcamaları 1980'de 12,3 milyar ve 1983'de 15,3 milyara yükselmiştir. Toplam sağlık giderleri içinde hastahanelerin payı % 45 civarındayken hekimlere yapılan ödemelerin payı % 18,5, ilaç firmalarının % 14,0, diş hekimlerinin % 9,7, tıp fakültelerinin % 5,4 ve diğerlerinin payı % 7,3'dür.

İsviçre'de 1975-1982 döneminde GSYİH'da meydana gelen artış % 39,9 iken aynı dönemde sağlık harcamalarındaki artış % 44,5 olmuştur. Bu gelişmeyi «İsviçre'de Kamu sağlığı hastadır.» şeklinde değerlendiren R. Dinkel kamununun hastalık sigortası primlerini sık sık yükseltmesini, hastalığın işareti saymaktadır. Bu hızla artan harcamaların hangi kaynaklardan hangi oranda karşılandığı hususundaki veriler şöyledir:

İSVİÇRE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN FİNANSMAN KAYNAKLARI
(% olarak)

Kaynaklar	1975	1980
Özel Fonlar	33,6	34,6
Sosyal Sigortalar	34,9	38,6
Kamu Kesimi	31,5	26,8
	100,0	100,0

Görülüyor ki sağlık harcamalarının finansmanında doğrudan kamu kaynaklarından karşılanan pay düşüktür ve 1975-80 döneminde azalmıştır. Benzer durumu Fransa'da da görmek mümkündür. Fransa'da 1981 mali yılı devlet bütçesi içinde Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 32 milyar frank iken, aynı yıl sosyal güvenlik kurumlarınca Millet Meclisi denetimi dışında harcanan sağlık harcamaları 200 milyar Ff'dir⁽¹⁾. Aynı yılda Fransa'da biomedikal araştırmalara 1,2 milyar ff tahsis edilmişken, silah sanayi araştırmalarına ayrılan 12 milyardır.

Sağlık harcamalarında görülen hızlı artış eğiliminin yakın gelecekte de, tüm Batı Avrupa ülkelerinde devam edeceği hususu iki önemli faktörle açıklanabilir: Birincisi, yaşamın bilincine varmış uygar Batılı tüketicileri artan oranda kaliteli ve yaygın sağlık hizmetleri talep etmeleridir. İkincisiyle kişisel ve ulusal gelir düzeyine bağlı olarak sağlık hizmetleri arzının genişlemesidir. Bunun en ilginç örneği gelişmiş ileri ülkelerde, hızla büyüyen elektronik cihazlarla donatılmış sermaye yoğun teknoloji kullanan hastahanelerin yaygımlaşmasıdır.

(1) Dr. Escoffier-Lambiotte, «La Vie A-Elle Un Prix?», Le Monde, 21.1.1981

III — GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELER

Geri kalmış ülkelerin içten ve dıştan beslenen bütün gayretlere rağmen gelişmiş ülkelerle aralarındaki fark giderek büyümektedir. Dünya Sağlık Teşkilatı'nın bütün iyi niyetli çalışmalarına karşın sağlık alanındaki fark daha da büyüktür. OECD uzmanlarının tesbitlerinde yararlanarak bu durumu aşağıdaki tabloda görmek mümkündür.

ÜLKE GRUPLARINA GÖRE SAĞLIK GÖSTERGELERİ
(1980 yılına göre)

	Yaşam (Yıl)	1-4 Yaş Çocuk Ölümleri (% 0)
1 — OECD Ülkeleri	74	01
2 — Orta gelirli (23 Ülke)	61	08
3 — Düşük gelirli Ülk.	51	18

Kayn. OECD, Coopération Pour La Développement, Paris 1982, S. 17

Dünya ekonomisinin içinde bulunduğu çarpıklığı ve refah dağılımındaki büyük adaletsizliği şöyle de açıklamak mümkündür. Dünya nüfusunun yarısından fazlası herhangi bir sağlık hizmetinden sürekli yararlanma olanağına sahip değildir. Geri kalmış ülkelerin kadınlarının % 90'ı tıbbî yardım görmeden doğum yapmaktadır. Ve nihayet yarım milyara yakın insan açlık içindeyken 2 milyar insan içilebilir sudan mahrumdur⁽¹⁾. Kısaca söylemek gerekirse geri kalmış ülkelerde konut kıtlığı, yiyecek ve giyecek eksikliği ulaştırma ve haberleşme yetersizliği, insanları hastalıklara açık hale getiriyor. Koruyucu hekimlik hizmetlerinin yok edecek düzeyde olması, bu ülkelerde sağlık sorunlarının çözümünü güç ve pahalı kılmaktadır.

Dünya Sağlık Teşkilatı ve Dünya Bankası uzmanlarının tesbitleri gösteriyor ki çok az sayıda gelişmekte ve geri kalmış ülkede belli hedefleri ve belli araçları olan sağlık politikası izlemektedir. Bu nedenle anılan ülkelerde sağlık harcamalarından mümkün olabilecek yararlar yeterince ve zamanında elde edilemiyor. Dünya Sağlık Teşkilatının Sağlık sistemini ıslah edici genel tavsiyeleri yanında, son yıllarda Dünya Bankası da bu alanda kaynak tasarruf sağlayıcı ve etkinliği artırıcı araştırmalar yapmakta ve ilgili ülkelere yol gösterici hizmetler vermektedir. İki uluslararası kuruluş uzmanlarının birleştiği ortak öneri şöyle ifade edilmektedir: «Sağlık hizmetlerini ülke düzeyinde yaymak ve ı-

(1) Claire Brisset, «La Santé Dans Le Tiers-Monde», Le Monde/Dossiers et Doc. Numérox Spécial, Février 1984

lah etmek, büyük halk çoğunluğunun yoksun olduğu bu hizmetten yararlanmaları için gereklidir» (1).

Sağlık ekonomisi uzmanı F.L. Golladay'ın araştırmalarına göre gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetleri sistemi aşağıdaki temel özellikleri taşımaktadır (2):

- Kamu sağlık harcamaları en yoksul ülkelerde çok azdır ve GSMH'nin % 2'si civarındadır.
- Modern sağlık hizmetleri tesislerinden halkın büyük çoğunluğunun yararlanması mümkün değildir.
- Harcamalar büyük çapta koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici hizmetlere gitmektedir.
- Yüksek maliyetle çalışan hastahanelere ve uzman hekimlere büyük ödemeler yapılmaktadır.
- Yürürlükte olan sağlık programları, insan gücünü ve mali kaynakları etkin kullanmak yerine israf etmektedir.
- Gelişmekte olan 86 ülkenin sadece yarısından elde edilen istatistiklere göre bu ülkelerde kişi başına sağlık harcamaları miktarı yılda, ortalama 2 dolar civarındadır. En yoksul 22 ülkede ise bu miktar bir dolar kadardır. Buna karşılık İsveç'de 550 dolardır.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetler sisteminin işleyişinin temel ve ortak darboğazlarını tesbit eden Dünya Bankası uzmanları, bu eksikleri dikkate alarak, aşağıda sıralanan önlemleri içeren yeni programların yürürlüğe konmasını önermektedirler.

- 1 — Bölge veya il düzeyinde sağlık hizmetleri programları uygulanmalı;
- 2 — Halkın sağlık tesis ve personeline ilgisini artıracak güven verecek «yöneltme programları» hazırlanmalıdır. Bu amaçla televizyon, video, radyo ve gazeteler gibi modern iletişim araçlarından yararlanılmalı;
- 3 — İlaç tüketiminde, denetimi sağlamak için, doktorların reçete yazmalarıyla ilgili kurallar tanımlanmalı;
- 4 — Sağlık sektörüne kaynak tahsis edilirken öncelik koruyucu hekimlik hizmetlerine, özellikle bulaşıcı hastalıkla mücadeleye verilmeli;
- 5 — Çocukların zamanında ve gerekli düzeyde aşılmasının sağlanması ikinci önceliği almalıdır.

(1) Fredrich L. Golladay; «Soins Médicaux Et Communautés de Base Dans Le Pays En Developpement», Finances/Developpement, Eylül 1980, s. 35

(2) A.g.m., s. 35

SONUÇ

Bireyin yaşatılması için yapılmış veya yapılacak sağlık harcamalarının, piyasa koşulları dışında tutulup sosyal güvenlik kurumlarınca karşılanması çağdaş ve sosyal adaletçi toplum olmanın gereği sayılmaktadır. Bu uygulama ekonomik düzenin işleyişi sonucu ortaya çıkan gelir dağılımındaki adaletsizliğin olumsuz sonuçlarının kısmen de olsa giderilmesi mümkün olmaktadır.

İleri sağlık sistemine geçmiş bulunan Batı Avrupa ülkelerinde, sağlık hizmetleri piyasasında ilaç ve tıbbi malzeme üretimi genellikle özel kesime bırakılmış bulunmaktadır. Buna karşılık sağlık hizmetlerinin üretim ve dağıtımında kamunun yönlendirmesine ve denetimine önem verilmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşamın bilincine varmış eğitim görmüş kişi ve aileler, toplumun büyük çoğunluğunu oluşturduğundan, sağlık hizmetlerine talep hızla artmakta fakat arz aynı hızla artırılmamaktadır. Ortaya çıkan bu arz yetersizliği, daha çok modern cihazlarla donatılmış hastahane ve ileri düzeyde uzman hekimlerin hizmetlerinde görülmektedir. Bu iki ileri sağlık hizmetinin arzı, büyük kentler dışında esnekliğini kaybetmektedir.

Gelişmiş Batı Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı yıldan yıla hızla artmaktadır. Bu durum hükümetleri büyük finansman sorunuyla karşı karşıya getirmiştir. Bu yüzden kamu, sağlık sektörüne tahsis edilen kaynakların etkin kullanımını sağlayıcı önlemler araştırmakta ve almaktadır.

Özellikle kalkınma yolunda olan Türkiye gibi ülkelerde tüm ulusal kaynakların etkin kullanımını sağlayacak yönde ulusal veya bölgesel planlar hazırlanırken; sağlık yatırımlarının kalkınmayı hızlandırıcı ve yayıcı etkisi nedeniyle, bu alana öncelik verilmelidir. Ancak sağlık kesiminin örgütlenmesi, hizmet üretimi ve dağıtımını piyasa koşullarına bırakılmayıp devlet öncülüğünde ve denetiminde planlanıp yürütülmelidir.