

Istanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi
Ord. Prof. Şükrü Baban'a Armağan
İstanbul - 1984

SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİK AÇIDAN İNCELENMESİ

Doç. Dr. Oktay Alpugan (*)

Bedensel ve ruhsal açılardan uzak bir yaşam sürdürübilmenin, başka bir deyimle sağlıklı olmanın, insan yaşamının en önemli varlığı olduğunu söylemekle yalnız bir yarıya varılmamış olunur. Sağlık; bireyleri olduğu kadar, onların ailelerini ve yaşadıkları toplumları da yakından ilgilendirir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin, istenildiği zaman, gereken nitelik ve nicelikte bulunabilmesi, finanse edilmiş biçimi, tüm toplumlarda bireyleri değişik ölçülerde ilgilendiren bir konudur.

Toplumların ekonomik ve sosyal yaşamlarındaki önemli yerlerine karşın, sağlık hizmetleri konusu özellikle 20.nci yüzyılın ikinci yarısından bu yana ekonomistlerin uğraş alanı içersine girmiştir. Bu nedenle, «Sağlık ekonomisi» literatürde oldukça yeni bir kavram niteliğini taşımaktadır. Gerçi, Batı ülkelerinin birçoğundaki tıp fakültelerinde «tabii ekonomi» adı altında bir disiplinin sağlık ekonomisi kavramının çok öncelerinden beri okutulduğundan görülmektedir. Söz konusu disiplin ve bu konudaki konferanslar hekim muayenehanesinin kuruluş yerinin seçimi, örgütlenmesi ve bir

(*) Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğretim üyesi.

iş yeri gibi yönetilmesi konularına yer vermesinin yanı sıra, sağlık endüstrisine ilişkin temel bilgi ve veriler, zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortası sistemleri, sağlık sisteminin finansmanı, tıp eğitimi ve tıbbi araştırma gibi konuları içermektedir (20, s. 2). Ancak, bu disiplin ve bu konuda yayımlanmış eserlerde, genellikle, ekonomistlerin sağlık üzerindeki düşüncelerine, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanı konularına, kamu politikası açısından konuya yaklaşımlara pek yer verilmediği gözlemlenmektedir (14, s. 5). Bu nedenle, sağlık ekonomisi, tıbbi ekonomiye oranla daha geniş sistem yaklaşımını ve bilimsel bilgi topluluğunu içerir. Bir anlamda sağlık ekonomisinde, ötekisinin oldukça dar olan sınırları aşılarak, sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan katkıları, sağlık endüstrisinin girdileri ve çıktıları, kaynakların dağılımı, hizmetlerin ekonomik kullanımı gibi konular incelenmeye çalışılır.

Sağlık hizmetleri konusunun çok yakın bir geçmişe kadar ekonomistlerin ilgi alanının dışında kalmasının en önemli nedenlerinden birisinin tıp biliminin ve sağlık hizmetleri sunan kurumların gelişmesiyle ilgili olduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra, yerine getirdikleri işlevler nedeniyle sosyal nitelikleri ağır basan bu kurumların, ekonomik işletmelerde olduğu üzere, işletme ekonomisinin kuramları ve ticari işletme biliminin ilkeleriyle yönetilemeyecekleri görüşünün uzun yıllar boyunca Dünya'nın birçok ülkesinde geçerliliğini koruması, bu kurumların çalışmalarının ekonomistlerin araştırma alanının dışında kalmasında etkili olmuştur, denebilir.

Kavram olarak ele alındığında, sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık hizmetleri alanına uygulanmasıdır. Ancak, daha önce de değinildiği üzere, konu uzun yıllar ekonominin geleneksel uğraş alanının dışında kaldığından, bu tanımın pek açıklayıcı olmadığı söylenebilir. Bu nedenle, sağlık ekonomisinin kapsamı ve ekonomistlerin bu alana olan katkılarının neler olabileceğinin açıklanması konu açısından önem taşımaktadır.

Sağlık ekonomisi konusundaki sistematik ve bilimsel bilgi topluluğunun daha çok «insan kaynakları kullanımı» üzerinde çalışmalarda bulunan ekonomistlerin katkılarıyla geliştirildiği söylenebilir. Ancak, günümüzde, sağlık hizmetlerinin ekonomi bilminin asılları içersinde incelenmesi konusunda ekonomistler iki ayrı görüşü savunmaktadırlar. Bunlardan birinci grubu oluşturanlar, pazarların işleyişini açıklayan ekonomi kuramlarının sağlık hizmetlerine uygulanamayacağını, bu nedenle konunun ekonomi bilminin inceleme alanı dışında tutulması gerektiği görüşündedirler. İkinci grup araştırmacılar ise, bilim olarak ekonominin insanların isteklerini ve gereksinmelerini karşılamak ve sağlamak amacıyla yaptıkları girişimler sonucu gelişen toplumsal olayları incelediğini, bu nedenle de, ekonomi bilminin sağlık hizmetlerinin yürütülmesiyle çok yakından ilişkisi bulunduğunu ileri sürmektedirler. Çünkü, herşeyden önce, insan gereksinmelerinden yalnızca biri olmasına karşın, sağlık hizmetleri onların içersinde en önemlilerinden birisi durumundadır¹⁹.

Ekonominin kuramlarını sağlık alanına uygulamadaki güçlüklerin bilim adamlarının konuyla yakından ilgilenmelerinde etken olduğu söylenebilir²⁵. Gerçekten de, sağlık hizmetlerinin kendisine özgü kimi niteliklerinin ekonomi bilminin bu alandaki araştırmalarına ve katkılarına sınırlamalar getirdiği gerçeği gözden uzak tutulamaz. Sağlık konusunun insancıl yönünün ağır basması bu niteliklerin en önemlilerinden birisidir, denebilir. Bu nedenle, konu oldukça subjektiftir. Günümüzde hemen hiçbir kimse kurtarılan bir hayatın, acılardan arındırılmış bir beden ve normal düşünüşebilme gücüne tekrar kavuşturulmuş bir aklın ekonomik değerini ölçemeyeceği gibi, onun değerinin ne olduğunu sormak cesaretini de kendisinde pek bulamaz.

«Gereksinmelerin sıra düzeni» kuramında, Maslow, insan gereksinmelerinin belli bir sıra düzeninde bulunduğunu, bu gereksinmelerden ancak öncelik taşıyanın yerine getirilmesi durumunda ikinci önceliği bulunanın birey için

amaç olabileceğini (18, s. 366-367) ileri sürmüştür. Bu kuramın asılları içersinde ele alındığında, sağlık, fizyolojik gereksinmelerin en önemlilerinden biri durumundadır.

Bu varsayımdan hareketle, kimi araştırmacılar, sağlığın «gereksinmelerin sıra düzeni» içersinde; önceliği bulunduğunu, sağlık ile başka bir gereksinim arasında yeğlemenin söz konusu olamayacağını, bu nedenle konunun ekonomistlerin araştırma alan dışında kalması gerektiğini savunmaktadırlar. Öte yandan, kimi araştırmacılar, yukarıdaki görüşün aksine, geciktirilemez (acil) durumlar dışında, insanların çoğunlukla sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek kararlar verdikleri ve bunları uyguladıkları görüşündedirler. Böylece, bireyler, dolaylı olarak, sağlıkları ile elde ettikleri başka tür yararlar arasında bir yeğleme yapmaktadırlar. Örneğin; bir adet fazla sigara içmeye karar veren kişinin, dolaylı olarak, bu davranışından sağladığı marjinal yarar, içilen sigaranın fiyatı ve kişinin iskonto edilmiş yaşam ümidi de dahil olmak üzere ortaya çıkan marjinal maliyetten daha çok olmaktadır. Öte yandan, ölüm, sakat kalmak, ya da en azından yaralanmak olasılığına karşın, bireylerin yaya veya üst geçit yerine, yine de trafiğin arasından, bir kaldırımdan diğerine, geçmeye çalışmaları sonucu olarak zamandan sağladıkları kazanım ve kolaylıktan elde edilen marjinal yararın bu kararın marjinal maliyetinden daha yüksek olduğu söylenebilir (9, s. 6-7). Yukarıda verilen örnekler, kişilerin sağlıklarına karşı belli riskleri göze aldıklarını, böylelikle de onların, dolaylı olarak, sağlıkları ile elde ettikleri başka tür yararlar arasında bir yeğleme yaptıklarını kanıtlar niteliktedir.

Aslında, çok az kişinin kendiliğinden sağlığını ve yaşam ümidini maksimum düzeyde tutmayı asıl amaç edindiği söylenebilir. Bunu yapabilmek, bireylerin eğlenmek, oyun oynamak, yemek, içki içmek, seyahat etmek, v.b. gibi birçok olanaklardan fedakarlık etmelerini gerektirmektedir. Bu gibi olanakların ise, bireylere, genellikle, ömürlerinin birkaç saat veya gün uzamasından daha çok marjinal yarar sağladığı

ileri sürülebilir. Bu nedenle, sağlıklı ve uzun bir yaşamın, insan hayatında erişilmesi arzulan en önemli amaçlardan ikisi olduğu söylenebilirse de, bireylerin bu iki amaca gereksinmelerinin sıra düzeni içerisinde bilinçli olarak yer verdikleri pek söylenemez (9, s. 7)

Bireylerin, birçok durumda, elde ettikleri başka tür yararları sağlıklarına yağ tutmaları, sağlık konusunun ekonomi biliminin ilkelerine bağlı kılınarak incelenebileceğini savunan araştırmacıların görüşlerini destekler niteliktedir. Öncelikle, bireylerin gereksinmeleri arasında yaptıkları yeğlemeler tüketim teorisinin hareket noktalarından birisini oluşturur. Öte yandan, sağlık ile başka tür mallar arasında bireylerin yaptıkları yeğleme sağlığın da ekonomik bir mal niteliğinde bulunduğunu gösterir.

V. Fuchs, ekonomistlerin oldukça subjektif, kendisine özgü teknolojisi ve terminolojisi bulunan sağlık konusunda yaptıkları araştırmalarda büyük ölçüde yanılıya düşmeleri veya tamamiyle konunun dışında kalmaları olasılığı içinde olabileceklerini ileri sürmektedir¹². Bu konuda çalışmalarda bulunan kimi ekonomistlerin araştırmaları da aynı görüşü destekler niteliktedir (8, s. 255; 28, s. 219-220). Böyle olmasına karşın, konu üzerinde yine de araştırmalarda bulunulmasını haklı çıkaracak, ya da mazur gösterecek neden nedir? Araştırmacıya göre, bunun asıl nedenlerinden birisi sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan katkısının ne olduğu sorusunun hemen her gün birçok kişi ve kuruluş tarafından sorulması ve yamtlandırılmasıdır. Bu soru, tüketiciler, hastaneler, hayır kurumları, üniversiteler, sağlık sigortaları, mevcut bulunan ve gelecekte olması gereken sağlık hizmetlerinin niceliği ve niteliği konusunda karar veren devlet kurumları ve yasama organları tarafından devamlı tartışılmaktadır. Bu durumda, şayet ekonomistler, konu üzerinde daha ussal ve açık karar verme yöntemlerinin geliştirilmesine yardımcı olabilirler, yararlı tanımlar, kavramlar ve analitik yöntemler oluşturabilirlerse, onlar sağlık konusuna ve ekonomiye katkıda bulunmuş sayılabileceklerdir¹².

Öte yandan, en basitiyle düşünülduğünde, günümüzde birçok toplumda, sağlık için kullanılması zorunlu mal ve hizmetler, başka ekonomik mal ve hizmetler gibi, pazarda alımı ve satımı yapılan mal ve hizmetler niteliğindedir. Sağlık hizmetlerinin tümüyle devlet yanından finanse edildiği toplumlarda ise, hizmetlerin kullanılması ve dağılımı sosyal politika ve kamu politikası açısından önemli sorunları içermektedir.

Bütün bunların yanı sıra, birçok toplumlarda yalnız başına bir sektör durumunda bulunan sağlık hizmetleri; toplumun tüm bireylerine hizmet sunan, milli gelirin önemli bir bölümünün harcamasını gerçekleştiren, yapılan giderler dolayısıyla ülkelerin gayri safi yurt içi hasıllarının % 7-8 gibi bir bölümünü oluşturan, oldukça önemli sayılacak nicelikte işgücü çalıştıran, yönetim açısından birçok karmaşık sorunları içeren, sosyal sigorta, eğitim, sağlık sigortası gibi başka sosyal sektörlerle çok yakından ve önemli ilişkileri bulunan bir sistemdir.

Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kendisine özgü niteliklerini ileri sürerek, onun ekonominin inceleme alanı dışında tutulması gerektiğini savunan görüşün, değişen ekonomik ve sosyal koşullar nedeniyle, günümüzde pek geçerli olmadığı söylenebilir. Ancak, sağlık hizmetlerinin ortaya konulmasının ekonomi bilimiyle yakından ilişkisi bulunmasına karşın, gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin sosyal ve ekonomik yönlerden değişik sorunlarının bulunduğu da göz önünde tutulmalıdır.

Toplumların sağlık düzeylerini karşılaştırmak amacıyla kullanılan veriler incelendiğinde, kişi başına düşen gayri safi milli hasıla ile toplumların sağlık düzeyleri arasında yakın bir ilişkinin bulunduğu gözlemlenir. Ancak, bu ilişki gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında farklı nitelikleri taşımaktadır. Kimi ülkelerin sağlık göstergelerine ilişkin veriler tablo 1. de verilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, gelişmekte olan ülkelerde, kişi başına düşen GSMH'

daki artışlara paralel olarak toplumların sağlık düzeylerinde olumlu bir gelişme gözlemlenmektedir. Buna karşın, özellikle gelişmiş ülkelerde, belli bir düzeyden sonra, kişi başına düşen GSMH toplumların sağlık düzeylerinin daha da geliş-

TABLO 1.

Kimi Ülkelerin Sağlık Göstergelerine İlişkin Veriler

ÜLKE	Kişi başına GSMH (U.S.S.)	Doğuşta yaşam ümidi	Bebek ölüm oranı	Çocuk ölüm oranı	Kaba doğum oranı	Kaba ölüm oranı
	(1979)	(1979)	+ (1978)	+ (1979)	+ (1979)	+ (1979)
Etopya	130	40	172a	36	50	24
Afganistan	170	41	237	29	47	23
Nijer	270	43	200a	31	52	22
Endonezya	370	53	120	14	36	13
Kenya	380	55	91	15	51	13
Mısır	480	57	85	15	37	12
Filipinler	600	62	65	6	34	8
Peru	730	58	86	14	38	11
Kolombiya	1010	63	65	8	30	8
Tunus	1120	58	90	13	31	11
Türkiye	1330	62	194a	9	34	10
Şili	1600	67	55	6	23	7
Romanya	1900	71	31	1	18	10
Yugoslavya	2430	70	34	2	18	9
Polonya	3830	72	22	1	19	9
İspanya	4380	73	15	1	18	9
İngiltere	6320	73	14	1	12	12
Finlandiya	8160	73	9	1	14	10
Fransa	9950	74	11	1	14	11
U.S.A.	10630	74	14	1	17	9
Norveç	10700	75	9	(.)	13	11
İsveç	11930	76	8	(.)	12	12
İsviçre	13920	75	10	(.)	12	10

(+) Oranlar 'binde' olarak verilmiştir. (a) 1960. (.) 1'den az.

Kaynak : World Development Report 1981. Tablo. 1, 18 ve 21.

mesinde pek etkili olamamaktadır. Örneğin; Etopya ya da Filipinler'e ilişkin sağlık verileri İngiltere ile karşılaştırıldığında, bu toplumların sağlık düzeylerinin olumlu yönde geliştirilmesinde kişi başına düşen GSMH'nin önemli bir rolü bulunduğu söylenebilir. Öte yandan, kişi başına düşen GSMH yönünden aralarında iki katından çok fark bulunan İngiltere ile İsviçre'nin sağlık göstergeleri arasında önemli sayılabilecek ayrımlar bulunmamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin, günümüzün tıp bilmi ve tıbbi teknolojisine bağımlı olarak, belli bir düzeyden sonra insan sağlığı üzerindeki olumlu etkisinin sınırlı kaldığını göstermektedir. Bu nedenle, ekonomistlerin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemleri konusunda yaptıkları araştırmaları, dolayısıyla da bu alana yapmayı planladıkları ve gerçekleştirdikleri katkıları da amaç açısından değişik niteliklere sahip bulunmaktadır.

Sağlık Hizmetleri

Toplumların bedenlen ve ruhen sağlıklı yaşamalarında ve sağlıklarına kavuşmalarında çok önemli rolü bulunan sağlık hizmetleri günümüzde oldukça karmaşık yapıda olan bir sistemdir. İnsan sağlığı üzerindeki olumlu etkileri tartışılmayacak kadar açık olmasına karşın, yine de sağlık hizmetlerinin sağlık düzeyinin korunmasında ve sağlık düzeyinde ortaya çıkan olumsuz değişikliklerin düzeltilmesinde tek başına etkili olmadığı gerçeği de göz önünde tutulmalıdır. Çünkü, genetik, çevresel, sosyal ve ekonomik faktörler de sağlık düzeyinin korunmasında ve ortaya çıkan dengesizliklerin düzeltilmesinde etkili olmaktadır. Çevresel ve sosyal faktörlerin çoğunluğu da ekonomik niteliktedirler.

Sağlık hizmetleri;

a) Emek : Doktorlar, dişçiler, hemşireler gibi profesyonel meslek grupları ile onların denetiminde işlevlerini sürdüren sağlık teknisyenleri, hemşire yardımcıları, hastabakıcı ve benzeri gibi başka sağlık personeli,

b) Fiziksel kapital: Yukarıda sözü edilen personel tarafından kullanılan binalar, donatım ve araçları ve gereçleri (örneğin; hastaneler, sağlık merkezleri, röntgen aracı ve benzeri gibi),

c) Ara mallar ve hizmetler: İlaçlar, tıbbi materyal (şırınga, sargı bezi, v.b. gibi) ve destek hizmetleri, yanından sunulan hizmetlerin tümü biçiminde tanımlanabilir¹¹.

Yukarıda açıklık getirilen tanımda, emek, kapital, ara mallar ve hizmetler için yapılan harcamalar sağlık giderlerinin saptanmasında asıl tutulduklarından, tanımlamanın ekonomistlerin kullandıkları «sağlık endüstrisi» kavramının açıklanmasına oldukça yaklaşım durumunda olduğu görülmüştür¹¹.

Sağlık hizmetleri a) toplum sağlığı hizmetleri ve b) kişisel sağlık hizmetleri olmak üzere iki temel gruba ayrılabilir. Bunlardan toplum sağlığı hizmetlerinde; kişisel sağlık hizmetlerinden çok, toplum sağlığını genelde ilgilendiren hizmetlere önem verilir (örneğin; bulaşıcı hastalıklar, aşular, gıda tuzukleri, içecek su, kanalizasyon sistemi, v.b. gibi). Kişilerin bu hizmetlerden yararlanabilmeleri, onların çoğu durumda, bireysel olarak girişimde bulunmalarını gerektirmez. Kişisel sağlık hizmetleri ise, bireylerin özel kullanımları için yönlendirilmiş sağlık işlevleridir ve bunlardan yararlanma, bireylerin kişisel girişimlerini gerektirir (29, s. 132-133). Kişisel sağlık hizmetleri de kendi alt bölümlerinde;

- a) Yataklı tedavi kurumları hizmetleri,
- b) Doktorluk hizmetleri,
- c) Dişçilik hizmetleri,
- d) Başka sağlık personeli hizmetleri (hemşire, sağlık teknisyeni, sağlık memuru, laborant, c.b. gibi),
- e) İlaçlar,

- f) Bakım evleri hizmetleri (nursing home services),
- g) Başka sağlık hizmetleri (özel hemşirelik hizmeti, ev bakımı, tıbbi malzeme-ortopedik ayakkabı, korse-, v.b. gibi),

gibi gruplara ayrılabilir².

Tıpta uzmanlık dallarının çoğunda olduğu üzere, sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü de kişilerin özel kullanımı için yönlendirilmiş hizmetler durumundadırlar. Onun için, sağlık hizmetleri konusunda yapılan araştırmaların çoğunluğu da kişisel sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerine kurulmuştur (29, s. 133).

Sağlık hizmetleri üzerine yapılan ekonomik araştırmalarda; hizmetlerden toplumun ne ölçüde yararlandığı, mevcut hizmetlerin ne oranlarda kullanıldığı (kapasite kullanımı), hizmetlerin maliyetleri, kaynakların dağılımı, sağlık hizmetlerinin ekonomik ve sosyal kalkınmaya olan katkıları ve bu hizmetlerin gereğince yerine getirilmesini etkileyen faktörler (sosyal, ekonomik, politik, demografik), hizmet sunucusu ve tüketici yanından inceleme konusu yapılır.

Sağlık Hizmetlerinin Karakteristikleri

Daha önce de değinildiği üzere, ticaret yarışmasına ilişkin pazarlarda çalışmalarını sürdüren endüstrilerle karşılaştırıldığında, sağlık endüstrisinin kendine özgü kimi karakteristiklerinin bulunduğu görülür. Pek azı dışında, başka endüstrilerde rastlanmayan bu karakteristikleri araştırmacılar aşağıdaki biçimde özetlemektedirler (20, s. 10-19; s. 33-42; 27, s. 4-8; 3; 10; 12).

Tüketicilerin Yeterli Bilgiye Sahip Olmamaları

Tüketicilerin sağlık hizmetleri için yaptıkları harcamalar toplam bireysel harcamaların küçük bir bölümünü oluşturmalarına karşın, tüketicilerin büyük bir bölümünün sa-

tın aldıkları sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları söylenebilir. Sağlık için satın almak zorunluğunda buldukları mal ve hizmetlerin gerek niteliği, gerekse niceliği konusunda, tüketiciler, büyük ölçüde üreticinin (hekim) bilgisine kendilerini bağımlı görürler. Kullanılması gereken (satın alınan) mal ve hizmetler konusunda verilen kararda ise, üretici asıl olarak fiyat yönünden ve finansal etkiler bakımından bağımsız olarak hareket eder. Bu duruma, sağlık hizmetleri dışında, başka endüstrilerde pek ender rastlanır.

Tüketici bilinçsizliğinin nedenlerinin birisinin hizmetlerin etkisi konusundaki doğal belirsizlik olduğu söylenebilir. Tıbbi yetkililerin doğruluğu ve etkinliği üzerinde anlaşamadıkları tıbbi bir yöntem veya tedavi biçiminin değerini bu konuda hiçbir bilgisi bulunmayan tüketicilerin saptayabilmeleri oldukça güçtür.

Öte yandan, sağlık için gerekli olan mal ve hizmetler düzensiz olarak tüketilirler. Bu nedenle, tüketicilerin sağlık hizmetlerinin alımı konusunda zamanla deneyim kazanabilme olasılıkları da oldukça güçtür. Bunun yanı sıra, kendisinin veya aile bireylerinden birisinin hasta olması durumunda, tüketici satın aldığı hizmetler konusunda serinkanlı ve rasyonel karar verme durumunda değildir.

Tıbbi yetkilinin, çoğunlukla, tüketiciye satın alınabilecek (kullanılabilecek) alternatif sağlık hizmetleri konusunda çok az veya hiç bilgi vermemesi tüketici bilinçsizliğine yol açan başka bir nedendir.

Dışsal Etkenler

Dışsal etkenler bir kişinin veya kurumun bireysel olarak yaptıkları herhangi bir eylemin toplum üzerinde ortaya çıkardığı olumlu (pozitif) veya olumsuz (negatif) sonuçları olarak tanımlanabilir (4, s. 470). Bireyler veya kurumlar dışsal etkenlere neden olabilecek konularda karar verirken,

genellikle, hukuki zorunluluk, finansal çıkarlar veya başka tür yararlar mevcut değilse, dışsal etkenlerin yaratabileceği olumlu veya olumsuz sonuçları pek dikkate almazlar. Böylece, dışsal etkenler, kimi durumlarda, topluma ya gerekenden az yarar sağlarlar, ya da gereğinden daha çok zarara yol açarlar.

Dışsal etkenler kimi sağlık hizmetlerinde de söz konusudur. Örneğin; bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama sonucu elde edilen yarar, yalnızca bir kişinin hastalıktan kurtulmasından sağlanacak yarardan daha büyüktür. Aşılama sağlanan yarar, toplumdaki bireylerin tümünün hastalığa yakalanma olasılığının önemli ölçüde azaltılmasıdır. Bu durumda, elde edilen toplumsal marjinal fayda, bireysel marjinal faydadan daha büyüktür. Ancak, bireyler aşılama işleminden sağlanacak toplumsal faydayı pek göz önünde tutmayacaklarından, bu tür hizmeti tüketmeyi arzu etmeyebilirler. Bu durumda, devletin söz konusu hizmeti yerine getirmesi zorunluluğu ortaya çıkar.

Kazanç Amacının Bulunmaması

Sağlık hizmetlerinin çoğunluğunda, özellikle hayır kurumları, yardım dernekleri ve kamu kurumları tarafından sunulan hizmetlerde, kazanç asıl amaç yapılamaz. Bu nedenle, kazanç güdüsü pazarın davranışlarını açıklamada bir temeli oluşturmaz.

Rekabetin de bulunmadığı bir ortamda, asıl amacın kazanç olmaması sağlık hizmetleri sunan kurumların, özellikle hastanelerin, rasyonel biçimde yönetilmemelerine (ekonomik olmayan yönetim) yol açabilir.

Tekellik

Pazarların işleyişlerini açıklayan kuramlar tekelin çeşitli nedenlere bağımlı olarak oluştuğunu açıklar. Buna göre, pazarda bir firmanın belli haklara sahip bulunması (patent,

işletme imtiyazı gibi) tekelin oluşmasına neden olduğu gibi, pazarın büyüklüğünün yalnızca bir üreticinin çalışmasına yeterli olması da tekel pazarının (yerel veya coğrafik tekel) oluşmasına neden olabilir. Yerel monopol, kimi durumlarda, sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Belirli bir bölgede yalnız bir hekimin veya hastanenin bulunması, çeşitli nedenlerle (ulaşım güçlükleri, tüketicilerin zaman kaybını önlemeyi arzulamaları gibi), söz konusu hizmet sunucuların hizmet sunusunun kolaylıkla ikame edilememesine yol açacağından yerel tekel oluşabilir.

Başka bir tekel de pazar güçlerine bağımlı olarak oluşan doğal tekeldir. Bu tür tekel, ölçüye göre getiri (economics of scale) kuramının varsayımlarına dayandırılarak açıklanabilir. Hastaneler, genellikle, bu tür tekele sahip bulunurlar.

Tekelin sağlık hizmetlerinde mevcut olması, bu endüstride fiyatların saptanması, sağlık kurumlarının sunacakları hizmetlerin türlerinin belirlenmesi, bu kurumların kuruluş yerlerinin seçimi ve kapasite saptanması gibi konularda devletin müdahalesini gerektirebilir, kimi durumlarda da müdahaleyi zorunlu kılar.

Rekabet Konusundaki Kısıtlamalar

Tüketici bilinçsizliğinin önemli bir öge olduğu başka endüstrilerde, rekabet olgusunun, kimi durumlarda, tüketicileri belirli ölçülerde koruduğu söylenebilir. Şayet bu endüstrilerde, üreticiler birbirleriyle rekabet içinde bulunuyorlarsa, bunlardan bir kısmı rakiplerine oranla kendi sundukları hizmetlerin üstünlükleri konusunda tüketiciyi aydınlatma yoluna gidebilirler.

Sağlık hizmetlerinde ise, genellikle, bu durumun tersi söz konusudur. Hekimlerin, meslektaşlarının hizmetleri konusunda tüketicileri aydınlatmaları, ya da onların hizmetlerini kötülemeleri profesyonel ahlak kurallarına aykırı sa-

yılmaktadır. Reklam konusu oldukça sınırlıdır. Tıp fakülte-lerine girebilme ve mezuniyetten sonra uzmanlaşma olanak-ları kısıtlanmıştır. Hekimlerin hastalarından alabilecekleri minimum muayene ücretlerini meslek odaları saptayabil-mektedir.

Bu durumun, hekimlerin rekabetin mevcut bulunması durumunda elde edebilecekleri gelirin çok üstünde bir kazanç sağlamalarına neden olduğu söylenebilir.

Hastalığın Dengesiz ve Öngörümlenemeyen Niteliğe Sa-hip Bulunması

Aşı ve periodik sağlık kontrolleri dışında sağlık hizmet-lerine olan gereksinim herhangi bir hastalığın veya bedeni bir yaralanmanın ortaya çıkmasına bağımlı bulunur. Geç-miştaki verilere dayanılarak, herhangi bir toplumun gelecek dönemde karşılaşılabileceği hastalıkların olasılıkları belli bir yanılığ payı ile öngörümlenebilir. Ancak, söz konusu öngö-rümlemenin bireyler için yapılabilmesi olanaklı değildir. Bu nedenle, aşılama ve periodik sağlık kontrolleri dışında birey-lerin sağlık hizmetleri için yapacakları harcamaların tuta-rını önceden öngörümleyebilmeleri hemen hemen olanaksız-dır.

Hastalık olasılığının belirsizliği, bireylerin sağlık gider-lerini karşılamak amacıyla birikimde bulunmalarını da ge-çersiz kılar. Çünkü, belirsizlik altında yapılacak birikimler ya çok uzun süre kullanılmayacaktır, ya da kullanılması du-rumunda yetersiz kalabilecektir. Öngörümlenemeyen riskle-re karşı bireylerin kendilerini finansal yönden koruyabilme-leri ancak ön ödeme sistemiyle (sağlık sigortası), ya da dev-letin hizmetlerin finansmanını üstlenmesiyle sağlanabilir.

«Gereksinim» Kavramının Rolü

Günümüzde birçok düşünür, sağlık hizmetlerini insanın, yiyecek, içecek ve barınmadan sonra gelen dördüncü temel

gereksinimi olarak kabul etmektedirler¹⁶. Konuya bu görüşten yaklaşımda bulunarak «gereksinim» kavramını kullananlar, sağlık hizmetlerinin planlanmasının ve kullanılmasının, isteme değil, toplumların tıbbi otoritelerinin gerekli gördüklerine göre yapılmasının uygun olduğunu savunurlar. Bu araştırmacılara göre, fiyatların isteme bağımlı olarak normal sayılan yükselmeler gösterdiği ekonomilerde, toplum bireylerinin istemde buldukları sağlık hizmetleri ile gereksinimleri olan sağlık hizmetleri arasında, nitelik ve nicelik yönünden büyük farklar bulunmakta ve bu durum toplumların sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir.

«Gereksinim» ölçütünün sağlık hizmetlerinin sunulmasında tek kriter olması, bu hizmetlerin karşılığı olan giderlerin büyük ölçüde üçüncü kişiler (sağlık sigortası, devlet) tarafından finanse edilmesini gerektirmektedir. Ancak, hizmetlerin maliyetinin sıfır olması durumunda, tüketicilerin gereksinimlerinden çok hizmet kullanımında bulunmaları söz konusudur.

Sağlık Hizmetlerinin Tüketim ve Yatırım Öğelerinin Karışımından Oluşması

Sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların çoğunluğu yalnızca şüpheyi, acıyı veya ızdırabı azaltmak amacıyla yapılan harcamalardır. Bu tür harcamalar tüketim harcamaları olarak kabul edilirler. Söz konusu harcamalardan şüpheyi gidermeye yönelik olanlar, genellikle, yaşam standartlarındaki yükselmelere bağımlı olarak artarlar.

Öte yandan, prodüktif işgücünün sağlığının korunması, ya da toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi veya korunması amacıyla geliştirilen sağlık programları ise ileriye yönelik olarak yapılan harcamalardır. Bu tür harcamalar yatırım harcamaları olarak kabul edilebilirler.

Hizmetlerin Yerine Getirilmesinde Emek Öğesinin Rolü

Sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde emek ögesi- nin önemli bir rolü bulunur. Ücret artışlarının maliyet gi- derleri üzerindeki olumsuz etkileri başka endüstrilerde, ge- nellikle, emeğin verimliliğinde sağlanan artışlarla dengele- nebilirken, bu durum sağlık endüstrisi için pek geçerli ola- maz. Ücret artışlarındaki yükselmelere paralel olarak eme- ğin verimliliğinin artırılmaması bu sektördeki hızlı fiyat ar- tışlarının en önemli nedenlerinden birisi olarak kabul edile- bilir.

Tıbbi Bakım, Tıp Eğitimi ve Tıbbi Araştırmanın Sağlık Hizmetlerinin Ortak Ürünü Olması

Kimi sağlık kuruluşlarında, özellikle tıp fakülteleri ile ihtisas hastanelerinde, tıbbi bakım, tıp eğitimi ve tıbbi araş- tırmanın birlikte yürütülmesi, bu hizmetler için yapılan gi- derlerin ayrı ayrı saptanabilmesini oldukça güçleştirir. Öte yandan, bu tür kurumlardaki giderlerin başka hastanelere oranla yüksek olması, kişileri ortaya konulan hizmetlerin maliyetleri konusunda yanılığa düşürebilir.

Sağlık Hizmetlerinin Ürünü

Ekonomik amaçlarla tanımlandığında, ürün; fiziksel bo- yutları bulunan, belirli biçimlerde ölçülebilen ve tüketilme- si sonucu bireylere belirli bir yarar sağlayan madde biçi- minde tanımlanabilir. Ancak, bu tanımın hizmet endüstri- leri yanından ortaya konulan ürünler için kullanılabilmesi oldukça güçtür. Hizmet endüstrilerinden birisi olan sağlık hizmetleri yanından ortaya konulan ürün de (sağlık), fizik- sel boyutları içermediği gibi, belirli standartlarla ölçüleme- yen bir maldır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri yanından or- taya konulan ürünün (hizmet) tanımlanabilmesi de oldukça güçtür, denilebilir.

Pazarda alımı ve satımı yapılan mallar ile hizmetler ara- sında belirli ayrıcalıkların bulunduğunu savunan Lancaster, kimi ürünlerin fiziksel boyutlar içersinde ölçülemeyeceğini,

ancak onların kendilerine özgü karakteristikleri bulunduğu ve tüketicilerin onların bu niteliklerini kendilerine yarar sağlayacak biçimde kullandıkları görüşündedir. Araştırmacıya göre, fiziksel boyutları ve ölçütleri olmamasına karşın, özel karakteristikleri nedeniyle tüketici tarafından aranılan ve istemde bulunan mallar (commodities) hizmetlerin sonucunda ortaya konulan ürünlerdir²². Böylece, her türlü «hizmet», maddesel bir değeri kapsayıp, kapsamamasına bağlı olmadan pazara sunulan, satın alındıktan sonra genellikle değiştirilemeyen veya geri verilemeyen ve maddesel olmayan bir maldır (5, s. 9), biçiminde tanımlanabilir. Bu tür ürünlerin niteliklerindeki değişikliklere bağımlı olarak, tüketicilerin elde edecekleri yarar dereceleri de değişiklikler göstereceğinden, olmaları ölçümü olanak kazanmış bulunur²¹.

Sağlık ekonomisi literatüründe, sağlık hizmetleri pazarında asıl istemin «sağlık», hekimlere, hastanelere ve başka sağlık hizmetlerine olan istemin ise, sağlıklı olmak istemi sonunda gelişen «dolaylı bir istem» olduğunu varsayan yaklaşım oldukça yaygın olarak kullanılır. Bu görüşten hareketle kimi araştırmacılar, sağlık hizmetlerince üretimi yapılan ve tüketici tarafından istemde bulunan asıl ürünü «sağlık» veya «tıbbi bakım», ya da başka bir deyimle herhangi bir hastalığın veya tıbbi dengesizliğin önlenmesi, kontrol edilmesi veya yönetilmesi (1, s. 21-24) biçiminde kabul etmektedirler.

Kimi araştırmacılar ise, sağlık hizmetlerinin topluma bir paket biçiminde sunulduğunu, bu nedenle de, çeşitli aşamalarda harcaması yapılan hekim, hastane, ilaç ve benzeri giderlerin yerine, hastalığın toplam maliyetinin tüketici için asıl olduğunu (17, s. 25-29) savunmaktadırlar. Sağlık hizmetleri için istemde bulunan hasta (tüketici) aslında, iki röntgen filmi, bir laboratuvar testi veya birkaç doktorun hizmetini satın almak için pazara girmez. Onun için önemli olan, sağlığındaki önemli değişikliklerdir (6, s. 32). Böylece, sağlık hizmetleri tarafından ortaya konulan ürün, tüketicile-

riii sağlıklarında meydana gelen olumlu değişiklikler sonunda sağlanan yarar⁷ biçiminde tanımlanabilir.

Yukarıdaki açıklamalardan da görüleceği üzere, sağlık hizmetlerinin en önemli ürününün «sağlık» kavramı olduğu söylenebilir. Ancak, sağlık hizmetleri, «sağlık» dışında, başka tür hizmetlerin ortaya konulmasına da yol açar. Onaylayıcı sağlık hizmetleri, başka tüketici hizmetleri, eğitim hizmetleri ve teknoloji oluşturulması, sağlık hizmetlerinin başka ürünleri olarak kabul edilebilirler.

Onaylayıcı Sağlık Hizmetleri

Onaylayıcı hizmetler (validation services) doğrudan sağlığın korunması, ya da düzeltilmesiyle ilişkisi bulunmayan hizmetlerdir. Yalnızca hekimin kişilerin sağlıkları konusunda verdikleri kararların üçüncü kişiler tarafından büyük ölçüde kabul edilmesi bu tür hizmetlerin ortaya çıkmasında etken olmuştur. Hekimin ölüm raporu vermesi, mahkemelerde bilirkişi olarak görev yapması (adli tıp), kişilerin sağlık nedenleriyle görevlerinden istirahatlı sayılabilmeleri için genellikle hekim raporu istenmesi, kimi durumlarda işe girebilmek için sağlık raporuna gereksinme duyulması, onaylayıcı sağlık hizmetlerine örnek olarak gösterilebilir. Görevlendirilmek amacıyla kişinin sağlık kontrolundan geçirilmesi bireyin sağlığı konusunda kendisine belirli bilgileri verirse de, bu hizmet aslında onun sağlıklı olduğunu üçüncü kişiye (işveren) karşı onaylamak amacıyla yerine getirilen bir hizmet niteliğindedir¹³.

Başka Tüketici Hizmetleri

Bu tür hizmetlerin en önemlisi hastanelerin sundukları «otel» tipi hizmetlerdir. Hastanelerin doğrudan sağlığın üretilmesiyle ilişkisi bulunan hizmetlerini otel tipi hizmetlerden ayırmak oldukça güçtür, denilebilir. Ancak, hastanelerde görevli destek hizmetleri personelinin (aşçı, temizlikçi, çamaşırcı, v.b. gibi) sağlıktan çok başka tüketici hizmetlerinin

ortaya konulmasında görev aldıkları söylenebilir. Özellikle, uzun kalış süreli özel dal hastaneleri (psikiyatri, göğüs hastalıkları, v.b. gibi) ile rehabilitasyon merkezlerindeki hizmetlerin çoğunluğunu bu tip hizmetler oluşturmaktadır. Sağlığın üretilmesiyle doğrudan ilişkisi bulunmayan bu hizmetlerin en önemli özelliği ise, hastaneler yanından sunulmasalar da, yine de özel olarak, ya da kamu yanından yerine getirilmesi zorunluluğunun bulunmasıdır. Öte yandan, kimi otel tipi hizmetler, dışa oranla, hastanelerde daha az giderle yerine getirilebilmektedir¹².

Hastaneler dışında yerine getirilen özel hemşirelik hizmetleri de başka tüketici hizmetleri olarak kabul edilebilirler. Bu tür hizmetin sağlığın ortaya konulmasıyla yakından ilişkisi olmamasına karşın, tüketicilere değeri bulunan bir hizmetdir¹².

Eğitim Hizmetleri

Tıbbi bakımın gerçekleştirilmesi amacıyla yapılan çalışmalarda dolaylı olarak ortaya konulan hizmetlerden birisi de eğitim hizmetleridir. Sağlık kurumları, özellikle genel hastaneler, profesyonel meslek grupları ile yardımcı sağlık personelinin eğitimlerine önemli katkılarda bulunurlar. Tıp eğitiminin gerçekleştirilmesi eğitim hastanelerinin asıl amacı olmasına karşın, doğrudan hasta bakımı hizmetlerini gerçekleştirilmeden bu amaca ulaşamayacağı da bir gerçektir.

Eğitim hastanelerinin dışında kalan başka sağlık kurumlarının mevcut olanaklarından yararlanılarak gerçekleştirilen eğitime ilişkin programların eğitim hizmetlerinin daha az giderle yerine getirilebilmesine önemli katkılarda bulunduğu söylenebilir.

Bunun yanı sıra, tıp bilimi ve tıbbi teknolojideki gelişmeleri ve yenilikleri izleyebilmeleri amacıyla sağlık kurumlarının, özellikle genel hastanelerin, kendi personeli için dü-

zenledikleri hizmet içi eğitim programları da bu tür hizmetlere örnek olarak gösterilebilirler.

Tıbbi Teknoloji Oluşturulması

Sağlık hizmetlerinin ortaya konulmasıyla ilişkili olarak oluşan bir başka tür hizmet de teknoloji oluşumdur. Bu tür hizmetler bir bakıma teknoloji üretimi olarak da kabul edilebilir. Bilinen tıbbi ve cerrahi yöntemlerin geliştirilmesi, bu konularda yeni tedavi tekniklerinin bulunması, tıbbi bakım için yeni araç ve gereçlerin geliştirilmesi, bu tür hizmetlere örnek olarak gösterilebilirler.

Sağlık Hizmetlerinin Ekonomiye Katkısı

Bireylerin sağlık hizmetlerini tüketmeleri sonucu elde ettikleri yararlar;

- a) ekonomik olmayan yararlar,
- b) ekonomik yararlar,

olmak üzere iki temel grup altında toplanabilirler.

Sağlık hizmetlerinin tüketilmesi sonucu sağlanan «ekonomik olmayan yararlar», maddesel veya fiziksel yararlar olarak da tanımlanabilir. Hizmetlerin tüketilmesi sonucu bireylerin, şüphelerinden, acılarından, ızdıraplarından kurtulmalarına ilişkin olarak sağladıkları yararlar ekonomik olmayan yararlardır.

Sağlık ve hastalık kavramlarının algılanan birer olgu olmaları, onların arasında kesin bir çizgi çizilmesini oldukça güçleştirmesine karşın, yine de belirli bir bilinç düzeyinde olan her birey, yaşamı boyunca, kendine özgü koşullar içerisinde normal olduğuna inandığı bir sağlık düzeyine sahip bulunur ve onu bu düzeyde tutmayı ve korumayı amaçlar. Bu nedenle, bireylerin normal olduğuna inandıkları sağ-

lık düzeyinde ortaya çıkan değişiklikleri gidermek amacıyla tüketilen sağlık hizmetleri bireyleri şüphelerden, acılardan, ızdıraplardan kurtarır. Bireyin kendisini tekrar normal kabul ettiği sağlık düzeyinde olduğunu hissetmesi, başka bir deyimle kendisini sağlıklı hissetmesi, hizmetlerin tüketilmesinin sağladığı ekonomik olmayan yararlardır.

Sağlık hizmetlerinin tüketilmesinin sağladığı ekonomik yararlar ise, üretim ve tüketime ilişkindir. Öncelikle, sağlıklı olmaları bireylerin daha fazla tüketimde bulunmalarında etkili olur. Bunun yanı sıra, sağlıklı olmanın sonucu elde edilen üretim artışının hem bireylere, hem de yaşadıkları toplumun ekonomisine katkısı bulunur.

Konu üzerinde çalışmalarda bulunan Schultz ve Mushkin, sağlığın, insan kapitalinin (human capital) bir bölümünü oluşturduğu görüşündedirler. Onlara göre, sağlık konusunda harcaması yapılan giderler, eğitimde olduğu üzere, bir yatırım niteliği taşır (24; 26). En basit biçimiyle, sağlık hizmetlerine kullanılan kaynakları (emek ve mallar) sağlık için yapılan bir yatırım biçiminde değerlendiren Mushkin, bu yatırımdan elde edilen kazancı; a) bireylerin üretici güçlerini koruyabilmeleri, b) ileride artan oran ve nicelikte yapılması gereken sağlık giderlerini önlemesi biçiminde açıklamaktadır. Sağlıklı olmaları, bireylerin üretici güçlerini koruyabilmelerini sağlayacağından, bu durum, ileride kendilerine ücret biçiminde dönüşür²⁴.

Sağlık hizmetlerinden sağlanan ekonomik yararları «parasal yararlar» biçiminde tanımlayan Cullis ve West, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi sonucu elde edilebilecek yararları tablo 2'de gösterilen şekilde özetlemektedirler (9, s. 31)

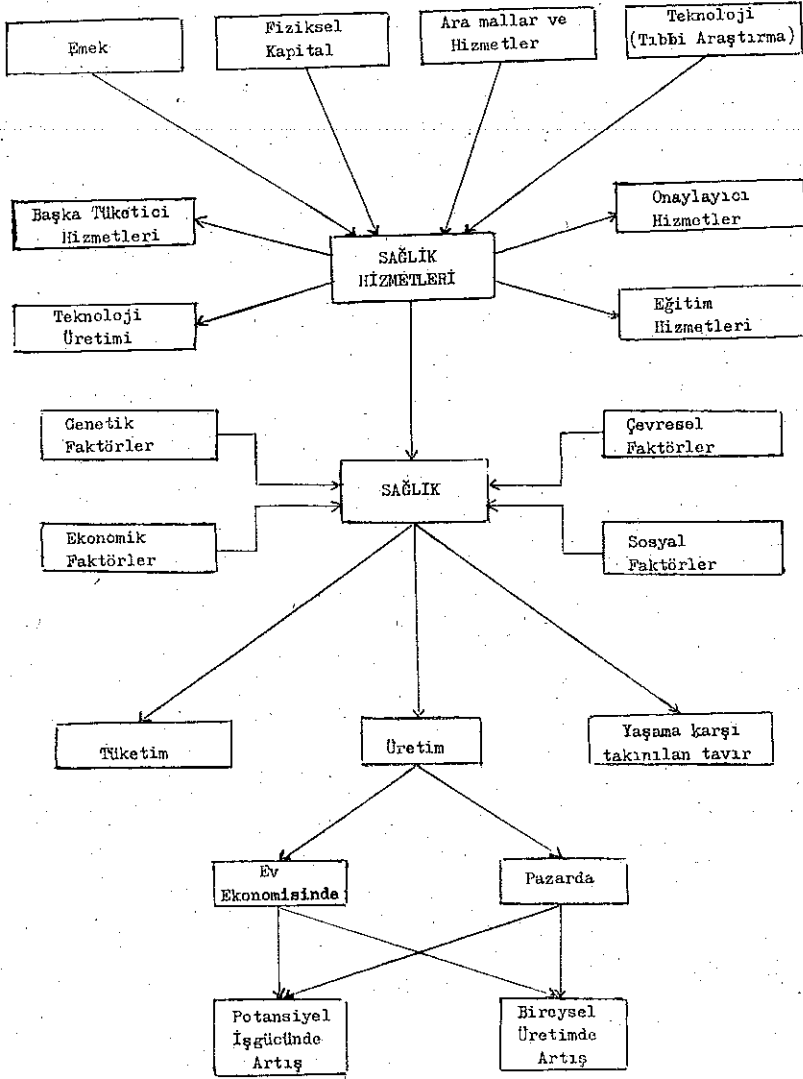
Sağlığı öteki mal ve hizmetler gibi kabul eden kimi araştırmacılar ise, sağlık için tüketimi yapılan hizmetlerin; a) tüketim, b) yatırım açısından incelenmesi gerektiği görüşündedirler (16; 23, s. 39). Buna göre, bireylerin şüphelerinden,

Tanım (a)	Ekonomik etkisi (b)	Yarar (c)
1) Bebek ve çocuk ölüm oranlarının azalması	İşgücünde artış	Niceliksel olarak işgücü sunusunda artış
2) Toplumdaki hastalıkların ve malüliyetlerin azaltılması	İşgücünde görelî artış	—
3) Bedensel rahatsızlıkların azaltılması	Bireysel üretim kapasitesinde artış	Niteliksel olarak bireysel üretimde artış

Tablo 2. Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükseltilmesinden Sağlanan Potansiyel Parasal Yararlar (ekonomik yararlar).

acılarından, ızdıraplardan kurtulmak amacıyla kullandıkları sağlık hizmetleri tüketime yönelik harcamalardır. Öte yandan, bedensel bir malüliyeti gidermek, ileride ortaya çıkması umulan hastalıkları minimum düzeyde tutabilmek amacıyla yapılan harcamalar yatırıma yöneliktirler. Örneğin; estetik ameliyatlar için yapılan harcamalar tüketime, 20 yaşındaki bir kişinin fitik ameliyatı için yapılan giderler ise yatırıma yönelik harcamalardır.

Yukarıdaki bölümlerde yapılan açıklamaların ışığında sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan değerlendirilmesi, V. Fuchs tarafından gerçekleştirilen şematik açıklamanın aslına bağlı alınarak şekil 1. deki biçimde özetlenebilir. Şekilden de görüleceği üzere, sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan en önemli katkısının üretimde niteliksel ve niceliksel olarak sağlanan yararlar olduğu söylenebilir. Bununla beraber, daha önce de değinildiği üzere, sağlık hizmetleri tek başına sağlık düzeyinin korunmasında ve ortaya çıkan dengesizliklerin düzeltilmesinde etken değildir. Genetik, çevresel, ekonomik ve sosyal faktörler de sağlık düzeyinin korunmasında ve ortaya çıkan dengesizliklerin düzeltilmesinde etkili olmakta-



Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan Değerlendirilmesi.

dır. Örneğin; dengeli beslenme, eğitim düzeyi, barınma koşulları, alt yapı hizmetleri (su, kanalizasyon), çevre kirlenmesi gibi sağlığı etkilediği kabul edilen faktörlerin çoğu ekonomik niteliktedirler.

Özet

Günümüzde toplumların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmelerinde sağlık hizmetlerinin katkısı tartışılmayacak kadar önemlidir. Bu nedenle, insancıl yönünü ve sosyal niteliklerini ileriye sürerek, konunun ekonomi biliminin inceleme alanı dışında bırakılması pek gerçekçi bir yaklaşım sayılmaz. Kuşkusuz ki, sağlık hizmetlerinin kendisine özgü kimi karakteristikleri konunun ekonominin kuralları içerisinde incelenmesini güçleştirmektedir. Bununla beraber, sağlık hizmetlerinin ortaya konulması ile ekonomi bilmi arasında yakın ilişkiler mevcuttur. Öncelikle, sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar sosyal kapital niteliğindedir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri için ayırımı yapılan kaynakların optimum kullanımı hem hizmet sunucuları, hem de tüketiciler açısından önem taşımaktadır. Özellikle, gelişmekte olan ülkelerde sosyal ve ekonomik gelişmeyi sağlayabilmek amacıyla ayırımı yapılan kaynakların sınırlı olması, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların rasyonellik ve etkinlik ilkeleri içerisinde kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise, sağlık için ayrılan kaynakların her geçen gün hızla artması ve toplumun ödeme gücünü zorlaması, soruna ekonomi biliminin asılları içerisinde çözümler aranmasını gerektirmektedir.

Öte yandan, sağlık hizmetlerinin sunusunu ve kullanımını etkilediği kabul edilen faktörlerin çoğunluğunun ekonomik nitelikte bulunması onların istem ve sunu kuramının asılları içerisinde incelenmesini olanaklı kılar. Böylece, ekonomi bilmi, hizmetlerin ortaya konulması ve karşılaşılan sorunlara çözümler bulunması konularına önemli katkılarda bulunabilir.

Sağlık sistemi içersinde yer alan hizmet sunucularının asıl amacı, en az giderle, maksimum nicelik ve nitelikte hizmeti topluma sunmaktır, denebilir. Bu amaca ise ancak ekonomik ilkelere bağlı kalınarak ulaşılabilir. Bu nedenle, günümüzde sağlık hizmetlerinin ortaya konulmasının ekonomi bilminin asılları içersinde incelenmesinin küçümsenemeyecek yararlarının bulunduğu söylenebilir.

KAYNAKÇA

- 1) The Cost of Medical Care, I. American Medical Association. Chicago 1964.
- 2) Ronald ANDERSEN ve Odin W. ANDERSON., «Trends in the use of health services». Howard E. FREEMAN, S. LEVINE ve L.G. REEDER. Handbook of Medical Sociology, içinde. Prencite-Hall, Inc. s. 371-391.
- 3) Kenneth J. ARROW., «Uncertainty and the welfare economics of medical care». American Economic Review. Vol. 53 1963 s. 1963.
- 4) George Leland BACH., Economics. Prencite-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey 1968 6. baskı.
- 5) Clifford M. BAUMBACK, K. LAWYER ve P. KELLEY., How to Organize and Operate a Small Business. Prencite-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.J. 1973.
- 6) Sylvester E. BERKL, Hospital Economics. Lexington Books: Lexington, Mass. 1972.
- 7) Max BROWN., «An economic analysis of hospital operations». Hospital Administration. Vol. 15, No. 2 Spring 1970 s. 60-74.
- 8) Kenneth E. BOULDING., Principles of Economic Policy. Prencite Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1958.
- 9) John G. CULLIS ve Peter A. WEST., The Economics of Health. New York University Press, New York 1979.
- 10) Anthony J. CULYER., «Is medical care different » M.H. COOPER ve A.J. CULYER. Health Economics, içinde. Penguin Books, England 1973 s. 49-74.

- 11) V. FUCHS, «The output of the health industry». M.H. COOPER ve A.J. CULYER. Health Economics, içinde. Penguin Books, England 1973, s. 135-171.
- 12) V. FUCHS, «The contribution of health services to the American Economy». V. FUCHS. Essays in the Economics of Health Care, içinde. National Bureau of Economic Research, New York 1972 s. 3-38.
- 13) V. FUCHS, «The contribution of health services to the American economy». Milbank Memorial Fund Quaterly. Vol. 44, part 2. October 1966 s. 65-101.
- 14) Joseph W. GARBARINO., Health Plans and Collective Bargaining. University of California Press: Berkeley, California 1960.
- 15) Alan GREGG., Challenges to Contemporary Medicine. Columbia University Press. New York 1956.
- 16) Michael GROSSMAN., The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. National Bureau of Economic Research, New York 1972.
- 17) P.R. HARWEY., «Socio-economic problems confronting medicine». Readings in Medical Care, içinde. University of North Coraline Press: North Coraline 1958.
- 18) Herbert G. HICKS., Örgütlerin Yönetimi: Sistemler ve Beşeri Kaynaklar Açısından. Çev. O. TEKOK, B. AYTEK, B. BUMİN. Turan Kitapevi; İstanbul 1979.
- 19) Arthur KEMP., «Economics and the practice of medicine». R.B. ROBINS. The Enviroment of Medical Practice, içinde. Year Book of Medical Publishers, Inc. Chicago 1963 s. 261-293.
- 20) Herbert E. KLARMAN., The Economics of Health. Columbia University Press, New York 1965.
- 21) I. B. KRAVIS., «Discussion». Victor R. FUCHS. Production and Productivity in the Servie Industries, içinde. National Bureau of Economic Research: New York 1969 s. 84-93.
- 22) Kelvin J. LANCASTER., «A new approach to consumer theory». Journal of Political Economy. Vol. 78, No. 2 1970 s. 132-157.
- 23) Samuel LEVEL ve N. Paul LOOMBA., Health Care Administration. A Managerial Perspective. J.B. Lppincott Company: Philadephia, 1973.
- 24) Selma J. MUSHKIN., «Health as an investment». Journal of Political Economy. Vol. 70, No. 5, 1962, s. 129-157.

- 25) Selma J. MUSHKIN., «Toward a definition of health economics». Public Health Reports. Vol. 73, No. 9 September 1958 s. 785-793.
- 26) Theodore W. SCHULTZ., «Investment in human capital». The American Economic Review. Vol. 51, No. 1 1961 s. 1-17.
- 27) Alan SORKIN., Health Economics. Lexington Books: Lexington, Mass. 1975.
- 28) George J. STIGLER., The Theory of Price. MacMillan: New York 1952 2. baskı.
- 29) Frederic D. WOLINSKY., The Sociology of Health. Little, Brown and Company. Boston 1980.
- 30) World Development Report 1981. World Bank. Washington, D.C. August 1981.