

SAĞLIK HARCAMALARINDAKİ ARTIŞ VE TEMEL BAKIM HİZMETLERİ

Prof. Dr. Emine KILAVUZ

Erciyes Üniversitesi, İ.İ.B.F. İktisat Bölümü-Kayseri
ekilavuz@erciyes.edu.tr

Öz

Dünyada son yıllarda sağlık harcamalarındaki artış önemli bir konu olmaya devam etmektedir. Sağlık sistemleri ile ilgili tatminsizlik de artmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetleri sisteminde, performans ve finansman da dahil olmak üzere bazı önemli yeni düzenlemelerin yapılmasına neden olmuştur. 1978'deki Alma-Ata deklarasyonu, tüm ülkeler için kabul edilebilir, eşitlikçi, evrensel ve kapsamlı sağlık hizmetleri temin etmesi açısından, temel bakım hizmetlerini kabul etmiştir. Sağlık harcamalarındaki artışın arkasında sayılabilecek faktörler arasında, tıbbi teknoloji ve reçeteli ilaçlar, kronik hastalıklar ve nüfusun yaşlanması yer almaktadır. Sağlık sistemi ve ekonomik sistem birbirinden bağımsız değildir ve birçok yönden birbirleriyle bağlantılıdır. Ekonomik ve sosyal şartlar ve politikalar (gelir, eğitim, istihdam, sosyal destek, vergi ve transfer politikaları), sağlık üzerinde çok önemli sonuçlar ortaya çıkartmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarını kontrol etmek, etkili ve verimli olmasını teşvik etmek için, tüm bakanlıkların (sağlık, ekonomi, çevre, tarım ve maliye) işbirliği içinde olmaları ve koordineli çalışmalarını oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Temel Bakım Hizmetleri

RISING HEALTH CARE COSTS AND PRIMARY HEALTH CARE

Abstract

Rising health care costs over the last few decades have become an important issue in the world. Dissatisfaction with health care systems is also rising. That has caused some important reorganization in health care systems, including its funding and performance. The declaration of Alma-Ata (1978) formally adopted primary health care as the means for providing a comprehensive, universal, equitable and affordable health care service for all countries. Some of the major factors that are driving the growth in health care spending are medical technology and prescription drugs, chronic disease and aging of population. Health systems, health and economic systems are not independent. They are interrelated in several important ways. Economic and social conditions and policies (income, education, employment, social support, tax and transfer policies) have very important health consequences. In order to control health care expenditures and to promote efficient and effective care, coordination of policies and cooperation with all ministries (health, economics, environment, agricultural, finance,..) are very important.

Key Words: Health Care Expenditures, Primary Health Care

1. Giriş

Dünyada çoğu ülkenin son yıllarda yaşadığı önemli sorunlardan birisi de sağlık harcamalarında görülen artıştır. Özellikle kaynakların öncelikli yatırım alanlarından sağlık sektörüne aktarıldığı görülmektedir. Sağlık sektöründe tıbbi bakım hizmetlerinin maliyetli olması yanında, verimliliğin ikinci planda düşünülmesi de sağlık harcamalarını artıran sorunlar arasında gösterilebilir. Sağlık harcamalarındaki artışın önüne geçmek amacıyla politika yapımcılar ve sağlık iktisatçıları bir takım düzenlemeler ve reformlara başvurma gereği duymuşlardır. Bu doğrultuda son yıllarda yapılan çalışmaların çoğu, sağlık hizmetleri piyasası aktörlerinden kaynaklanan maliyetlere çözüm üretmeye dönüktür. Sağlık hizmetleri piyasasının kendine has özelliği ve toplumun sağlık problemlerinin tüm diğer kesimleri olumsuz etkileyebileceği gerçeği, bu piyasada düzenleme yapmayı zorlaştırmaktadır. Özellikle toplumların cari ve gelecekteki demografik yapısı, sağlık finansman politikasında önemlidir ve buna göre sistemde değişiklik yapılması gerekir.

Çalışmada, sağlık harcamalarındaki artışın nedenleri, seçilmiş bazı ülkelerdeki sağlıkla ilgili göstergeler ve sağlık hizmetlerinde maliyetlerin azaltılması ve kalitenin yükseltilmesi ile ilgili bilgiler ele alınmaktadır. Çalışma genel bir değerlendirme ve sonuç kısmıyla tamamlanmaktadır.

2. Sağlık Harcamalarındaki Artış

Son yıllarda sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcama ve toplam gelir içinde sağlık harcamaları oranı artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışın birçok nedeni bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şöyle sıralanabilir:

- *Ortalama yaşam süresinin artması ve buna bağlı kronik hastalıkların ve yetersizliklerin (fiziksel, ruhsal veya duygusal gelişim bozukluğu) artması,*
- *Sağlıkta yüksek maliyetli ileri teknoloji kullanımı,*
- *Emek yoğun bir sektör olması,*
- *Sağlık bilincinin artması,*
- *Gelir artışı ile birlikte sağlık harcamaları talebinin artması,*
- *Arzın talep yaratması ve*
- *Asimetrik bilgiye bağlı problemlerin (ters seçim, ahlaki tehlike) neden olduğu maliyetlerdir.*

Tıp alanında görülen gelişmeler ve nüfusun artan eğitim ve sağlık bilinci, ortalama yaşam süresini ve dolayısıyla da demografik yapıyı değiştirmiştir. Birçok ülkede nüfus artış hızının azalması ve demografik yapının yaşlı kesim lehine değişmesi, çalışmayan kesimin çalışan kesime bağımlılık oranını yükseltmektedir. İnsan ömrünün uzaması, kronik hastalık ve yetersizlik oranının artmasına neden olmakta ve toplumun sağlık hizmetlerine olan talebini artırmaktadır. Toplumun sağlık hizmetlerine olan talepleri doğal olarak gelirden sağlığa ayrılan payın artma-

sına neden olmaktadır. Bu durumun sürdürülebilir olmasında; ya sağlık hizmetlerinde verimliliğin artırılması ve yaşlıların bağımlılık oranlarının azaltılması, ya da onlara kamu finansman taahhütlerinin azaltılması, olguları tartışılmaktadır¹.

Çoğu sağlık iktisatçıları, sağlık planlayıcıları ve sağlık hizmeti sunanlara göre, sağlık sektörünün GSMH içindeki artan payı, tıptaki teknolojik ilerleme nedeniyledir. Aslında teknolojik ilerleme, birçok sektörde daha ucuz ve daha iyi ürünler elde edilmesine neden olurken sağlık sektöründe, genellikle maliyetleri düşürmek yerine artırmaktadır. Sağlık hizmeti sunanlar kendilerini, tıptaki en son yenilikleri kullanma konusunda hem profesyonel (mesleki açıdan) hem de klinik (hasta memnuniyeti) olarak baskı altında hissetmektedirler. Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık sigortasının, hasta ve hekimi teknolojikten yararlanma konusunda, fiyata karşı daha az duyarlı kıldığı bilinmektedir. Bu gerçekten hareketle, tıptaki teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetleri maliyetinde yarattığı artış, kısmen, teknoloji geliştirenlerin sağlık hizmetini finanse eden kesimle olan ilişkisi oldukça önemli olmaktadır². Yüksek maliyetli teknolojilerin yaygın kullanımı ve bunların pazarlanması sürecinde tüketicilerin bu ürünlerin fiyatlarına olan duyarlılıklarının önemli olduğu bir gerçektir. Eğer bireyler fayda sağladıkları ürünlerin fiyatlarına karşı sigortalı olmaktan dolayı daha az duyarlı ise, maliyetlerin artması kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetleri piyasasında hastanın sağlık hizmetlerine olan talepleri herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurusuyla son bulur. Artık sağlık hizmetlerini ne kadar talep edeceği konusu hekime bağlıdır. Bu durum, sağlık ekonomisi literatüründe “arzın talep yaratması (ATY)” olarak adlandırılmaktadır. ATY, sağlık hizmetleri piyasasının arz cephesinde yer alan hekimin talep cephesinde yer alan hasta adına talebi belirlemesi, hastanın vekili gibi davranmasıdır. Hasta adına karar veren hekim, bu yetkisini sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesi şeklinde kullanabilir. Yani hekim, ilk talebi gerçekleştiren hastanın sağlık sigortasıyla elde ettiği satın alma gücünü kullanarak sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesine ve sağlık harcamalarının artmasına neden olabilir³.

Sağlık hizmetleri piyasasında hastaların sağlık giderlerinin üçüncü taraf olarak adlandırılan sigorta kuruluşları aracılığı ile finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesine neden olmaktadır. Ahlaki tehlike olarak ifade edilen bu durum iki temel soruna yol açmaktadır. Birincisi, hizmet talebinin hizmet ihtiyacını aşması, yani sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla tüketilmesidir. İkincisi, hizmet bedelini hastanın kendi cebinden ödememesi nedeniyle sigorta kuruluşunun hekimin davranışı üzerinde etkili olamamasıdır. Bu duruma çözüm olarak, kamuda

¹ David Mechanic and David A. Rochefort “*Comparative Medical Systems*” Annual Review of Sociology, Vol. 22 (1996), pp. 239-270.

² D. Andrew Austin, *Health Care and Markets*, <http://wikileaks.org/leak/crs/RL33759.pdf>, 2007.

³ Emine Bilgili ve Eyyup Ecevit, *Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 11, Sayı:2, 2008, ss:201-228.

kullanıcı katkıları, özeldede ise katkı payları gibi mekanizmalar kullanılarak ahlaki tehlikenin boyutları en aza indirilmeye çalışılmaktadır⁴.

1994’de Ontario’daki bir konferansta, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of Family Doctors-WONCA), sağlık hizmetlerine yapılan harcamalardaki artışın en önemli nedenleri olarak; uzman hekim sayısındaki artış, yeni tıbbi teknolojilerin varlığı, kamu tarafından desteklenen özel sigortalar ve hizmet başı ödeme yöntemini sıralamışlardır⁵.

Geçmişten günümüze sağlık hizmetlerinde görülen maliyet artışları üzerine ileri teknoloji kullanımı, asimetrik bilgiye bağlı problemler, sağlık sigortası veri iken arzın talep yaratması, ülkelerin yönetim biçimi ve sağlık sisteminden kaynaklanan problemler, bireylerin sağlık hizmetlerinden elde ettikleri faydaya ne ölçüde maddi destek sağladıkları konuları yanında bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalar da sayılabilir. Bu durum, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar göstermektedir.

3. Ülkelerin Gelişmişlik Düzeylerine Göre Hastalık ve Ölüm Nedenleri

Dünya geneli ve belirli gelir grupları sınıflandırmasına göre, hastalık ve yaralanma konusunda 136 kategori kullanılarak ilk 15 ölüm nedeni Tablo 1 ve Tablo 2’de gösterilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde, iskemik kalp rahatsızlığı ve beyin damarlarında tıkanma ya da yırtılmaya bağlı oluşan sendromların, en önemli ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer aldığı görülmektedir.

⁴ M. Montefiori, "Patient Behavior in the Market for Hospital Services", www.disefin.unige.it/finanza/WP%5Cn42003.pdf [12.08.2006].

⁵ G. Sjonell, "Organised Family Medicine: The Key Issue To Cost-Effective Healthcare", www.cfps.org.sg/sreenivasan/articles/1997.html, 1997.

	Hastalık veya Yaralanma	Ölüm (milyon)	Toplam ölümün yüzdesi %
1	İskemik kalp rahatsızlığı	7.2	12.2
2	Serebrovasküler hastalık*	5.7	9.7
3	Alt solunum yolu enfeksiyonu	4.2	7.1
4	COPD Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	3	5.1
5	İshal	2.2	3.7
6	HIV/AIDS	2	3.5
7	Tubeküloz	1.5	2.5
8	Soluk borusu, bronşit ciğer kanseri	1.3	2.3
9	Trafik kazası	1.3	2.2
10	Prematüre ve düşük ağırlıklı doğum	1.2	2
11	Yenidoğan hastalıkları	1.1	1.9
12	Şeker hastalığı	1.1	1.9
13	Hipertansif kalp hastalığı	1	1.7
14	Sıtma	0.9	1.5
15	Doğumda boğulma ve doğum travması	0.9	1.5

* Beyin damarlarıyla ilgili ya da onlardan kaynaklanan problem
Kaynak: WHO, 2006

Tablo 2, farklı gelir grupları arasında en fazla görülen ilk on ölüm nedenlerini sıralamaktadır. Düşük ve yüksek gelirli ülkeler arasında en fazla görülen ölüm nedenleri sıralamasında belirgin farklılıklar vardır. Düşük gelirli ülkelerde belli başlı ölüm nedenleri arasında bulaşıcı hastalıklar ağırlıkta iken, gelişmiş ülkelerde belli başlı on ölüm nedeninden dokuzu, bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyledir. Ayrıca orta gelirli ülkelerde de önemli ölüm nedenleri arasında bulaşıcı olmayan hastalıklar ön plandadır.

Nüfusun yaşlanması, aşırı sigara tüketimi, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümleri (kalp krizi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, çeşitli kanser türleri) artırmaktadır. Yaşlılık ile bulaşıcı olmayan hastalık riski arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar yüksek gelirli ülkelerin hastalık yükünde belirleyici rol oynamaktadır. Nüfusun yaşlanması ve risk faktörlerinin dağılımındaki değişimler birçok gelişmekte olan ülkede de toplam hastalık yükünün sorumluluğunda, bulaşıcı olmayan hastalıkların payını artırmaktadır. Kronik hastalıklara neden olan risk faktörleri arasında, aşırı kilo (obezite), egzersiz yapmama, yüksek tansiyon ve kolesterol sıralanabilir. Ancak bunlar, zamanında yapılan sağlık

müdahaleleri (erken teşhis-erken müdahale), düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslenme ve sigara kullanımının denetim altına alınması gibi yöntemlerle azaltılabilir. Düşük gelirli ülkelerde ise, bulaşıcı hastalıklar, düzensiz beslenmenin neden olduğu hastalıklar, doğuma bağlı ölümler ve yetersizlikler daha belirgindir.

Clevenger (2008) en fazla görülen hastalıkların, yaklaşık on önemli belirtiyeye sahip olduklarını ve bu hastalıkların uzman hekim yerine temel bakım hizmeti sunan hekimler tarafından takip edilebileceğini ifade etmiştir. Örneğin şeker hastalığının en önemli belirtileri, glikoz, kilo, HbA1C ve trigliseridlerdir. Temel bakım hizmeti sunan hekim bu belirtileri takip eder ve ona göre, diyet, eğitim ve ilaç tedavisini verir. Eğer bunlar işe yaramazsa uzmanlar devreye girerler. Uzman hekimler yerine temel bakım hizmeti sunan hekimlerin tercih edilmesinde amaçlanan şey, tedavinin daha düşük maliyetle gerçekleşebilecek olmasıdır.

Sağlık şartlarındaki bozulmaya bağlı olarak kaybedilen sağlıklı yıllar (Years Lived with Disability - YLD) ile prematüre ölüme bağlı kaybedilen yıllar (Years of Life Lost -YLL) toplamı, sağlıklı yaşamdan kaybedilen yılları (Disability Adjusted Life Year - DALY) gösterir. DALY, insan ömrünün bir yıllık kaybını göstermektedir.

Dünyada ağırlıklı olarak, orta ve yüksek seviyedeki yetersizliklerin %5'i, 0-15 yaş çocuklarda; %15'i, 15-59 yaş arasında ve %46'sı yetişkinlerde yani 60 yaş ve üzeri kesimde görülmektedir (WHO, 2006). Tüm yaş grupları ele alındığında yetersizlik oranları, düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek, yüksek gelirli ülkelerde ise azdır. Başka bir ifadeyle, gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus daha fazla olmasına rağmen yetersizlik oranları daha düşüktür.

Tablo 2: Gelir Grupları Açısından Önde Gelen Ölüm Nedenleri							
Hastalık veya Yaralanma		Ölüm (milyon)	Toplam Ölümün (%)	Hastalık veya Yaralanma		Ölüm (milyon)	Toplam Ölümün (%)
<i>Dünya</i>				<i>Düşük Gelirli Ülkeler</i>			
1	İskemik kalp rahatsızlığı	7.2	12.2	1	Alt solunum yolu enfeksiyonu	2.9	1.2
2	Serebrovasküler hastalık	5.7	9.7	2	İskemik kalp rahatsızlığı	2.5	9.4
3	Alt solunum yolu enfeksiyonu	4.2	7.1	3	İshal	1.8	6.9
4	COPD Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	3	5.1	4	HIV/AIDS	1.5	5.7
5	İshal	2.2	3.7	5	Serebrovasküler hastalık	1.5	5.6
6	HIV/AIDS	2	3.5	6	COPD Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	0.9	3.6
7	Tubeküloz	1.5	2.5	7	Tubeküloz	0.9	3.5
8	Soluk borusu, bronşi ciğer kanseri	1.3	2.3	8	Yenidoğan hastalıkları	0.9	3.4
9	Trafik kazası	1.3	2.2	9	Sıtma	0.9	3.3
10	Prematüre ve düşük ağırlıklı doğum	1.2	2	10	Prematüre ve düşük ağırlıklı doğum	0.8	3.2
Orta-Gelirli Ülkeler				Yüksek Gelirli Ülkeler			
1	Serebrovasküler hastalık	3.5	14.2	1	İskemik kalp rahatsızlığı	1.3	16.3
2	İskemik kalp rahatsızlığı	3.4	13.9	2	Serebrovasküler hastalık	0.8	9.3
3	COPD Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	1.8	7.4	3	Soluk borusu, bronşi ciğer kanseri	0.5	5.9
4	Alt solunum yolu enfeksiyonu	0.9	3.8	4	Alt solunum yolu enfeksiyonu	0.3	3.8
5	Soluk borusu, bronşi ciğer kanseri	0.7	2.9	5	COPD Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	0.3	3.5
6	Trafik kazası	0.7	2.8	6	Alzheimer ve diğer bunamalar	0.3	3.4
7	Hipertansif kalp hastalığı	0.6	2.5	7	Kolon ve kalınbağırsak kanserleri	0.3	3.3
8	Mide kanseri	0.5	2.2	8	Şeker hastalığı	0.2	2.8
9	Tüberküloz	0.5	2.2	9	Göğüs kanseri	0.2	2
10	Şeker hastalığı	0.5	2.1	10	Mide kanseri	0.1	1.8

Kaynak: WHO, 2006

Yetersizliğe yol açan nedenler, düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerde farklılık göstermektedir. Genel olarak, en yaygın yetersizlik vakaları, yetişkinlerde işitme ve görme kayıplarıdır. Ayrıca, depresyon, alkol kullanımı ve psikolojik problemler de en sık görülen yetersizlikler arasında yer almaktadır. Düşük gelirli ülkelerde, birçok kişi istenmeyen yaralanmalar ile güvenli olmayan doğuma bağlı ortaya çıkan sorunlarla karşı karşıyadır. Gelişmekte olan ülkelerde insanlar, gelişmiş ülkelere göre sadece daha düşük yaşam beklentisine değil aynı zamanda daha kalitesiz sağlıklı yaşam yıllarına sahiptirler. Orta ve yüksek gelirli ülkelerde sigaraya bağlı rahatsızlıklar önemli bir orandadır. Gelişmiş ülkelerde belli başlı yetersizlik nedenleri arasında, bulaşıcı olmayan hastalıklar (depresyon, yetişkin işitme kaybı ve alkol kullanımına bağlı problemler) yer almaktadır.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde gelecekte, yüksek gelirli ülkeler gibi bulaşıcı olmayan hastalıklarda ve risk faktörlerinde (yüksek tansiyon, obezite, şeker, kalp ve felç gibi) bir artışla karşı karşıya kalmaları muhtemeldir. Temel bakım hizmetleri, ileride ortaya çıkacak sağlık problemlerini karşılayabilecek yeterlidir ancak kronik vakalarda etkili olabilmesi için ayrıca bazı teknik donanıma da gereksinim duyabilir⁶.

Macinko, Starfield and Shi (2003), yaptıkları ampirik çalışmalarında 18 sanayileşmiş ülke verisine, zaman serisi analizi uygulamışlar, ülkenin temel bakım hizmetleri ne kadar güçlü ise, tüm nedenlere bağlı (astım, bronşit, anfiyem ve zatüreye, kalp damar hastalıkları) ölüm oranlarının da o kadar düşük olacağı sonucuna ulaşmışlardır⁷.

4. Seçilmiş Bazı Ülkelerin Gelir Düzeylerine Göre Sağlık Göstergelerinin Değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) veri tabanı kullanılarak 30 gelişmiş (ağırlıklı olarak Avrupa Birliği ülkeleri) ve gelişmekte olan ülkelerin bazı sağlık göstergeleri aşağıdaki tablolarda sunulmuştur. Genellikle kişi başına gelir seviyesi yüksek olan ülkelerde sağlık göstergeleri nispeten daha iyi görünmektedir. Özellikle, iyi bir sağlık sistemi ile ortalama yaşam beklentisi arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Tablo 3'ten görüldüğü üzere, kişi başına düşen gelir seviyesi nispeten düşük ülkelerde bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı daha yüksektir. Ele alınan 30 ülke arasında bulaşıcı hastalıklar nedeniyle kaybedilen yaşam yılı açısından en yüksek

⁶ S. Gilliam, "The declaration of Alma Ata: still relevant after all these years?" <http://www.15by15.org/wp-content/uploads/2008/03/declaration-of-alma-ata-stephen-gilliam.pdf>, 2007.

⁷ Macinko, J., B. Starfield, and L. Shi. 2003. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970- 1998. *Health Services Research* 38, 2003, pp:831-65.

orana sahip ilk iki ülke sırasıyla Tayland (%43) ve Türkiye'dir (%31). Yaralanmalar nedeniyle kaybedilen yıllar itibariyle Rusya %28 ile ilk sırayı alırken Japonya, %21 ile ikinci sırada yer almaktadır. Diğer yandan bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle yaşam yılı kaybında ilk sıralarda, Danimarka, Almanya ve İtalya bulunmaktadır.

Tablo 3: Sağlık Göstergelerine Göre Kaybedilen Yaşam Yılı				
Ülkeler	Kişi başına gayri safi gelir (PPP \$), 2006	Bulaşıcı hastalıklardan kaybedilen yaşam yılı (%), 2002	Yaralanmalardan kaybedilen yaşam yılı (%), 2002	Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaybedilen yaşam yılı (%), 2002
Arjantin	11670	18	17	66
Brezilya	8700	30	20	50
Kanada	36280	6	15	80
Küba	-	10	17	73
USA	44070	9	17	75
Avusturya	36040	3	14	83
Belçika	33860	5	15	80
Danimarka	36190	4	10	86
Finlandiya	33170	5	20	76
Fransa	32240	6	16	78
Almanya	32680	5	10	86
Yunanistan	30870	4	13	83
Macaristan	16970	3	12	85
İrlanda	34730	8	14	78
İsrail	23840	9	14	76
İtalya	28970	5	10	86
Lüksemburg	60870	5	19	76
Hollanda	37940	7	8	85
Norveç	50070	5	12	83
Polonya	14250	4	15	81
Portekiz	19960	13	10	77
Romanya	10150	11	12	77
Rusya	12740	8	28	64
İspanya	28200	6	13	81
İsveç	34310	4	11	85
Türkiye	8410	31	13	56
İngiltere	33650	10	9	82
Tayland	7440	43	17	40
Çin	4660	23	21	56
Japonya	32840	8	16	76

Kaynak: WHO, 2006

Tablo 4’te, 2002 yılı itibariyle çeşitli hastalıklara ait 100 bin kişi başına düşen ölüm sayıları verilmiştir. İkinci ve üçüncü sütün sırasıyla kanser ve kalp hastalıkları nedeniyle ölüm sayılarını vermektedir. Kanser nedeniyle en fazla ölüm Macaristan’da görülürken, kalp rahatsızlıklarında Rusya ilk sırada yer almaktadır. Rusya aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölüm sıralamasında da ilk sıradadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle ölüm sayısı en düşük olan ülke Japonya’dır. Onu Fransa ve İsveç takip etmektedir.

Tablo 4: Çeşitli Hastalıklara Bağlı Ölüm Sayıları (100 000 kişi başına) 2002				
Ülkeler	Kanserden ölümler	Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler	Yaralanmalardan kaynaklanan ölümler	Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümler
Arjantin	142	212	52	521
Brezilya	142	341	81	712
Kanada	138	141	34	388
Küba	129	215	54	435
USA	134	188	47	460
Avusturya	127	204	38	406
Belçika	148	162	45	427
Danimarka	167	182	40	503
Finlandiya	115	201	60	422
Fransa	142	118	48	368
Almanya	141	211	29	444
Yunanistan	132	258	35	457
Macaristan	201	364	67	695
İrlanda	151	214	35	484
İsrail	133	136	30	399
İtalya	134	174	29	403
Lüksemburg	134	177	51	406
Hollanda	155	171	23	443
Norveç	137	181	35	416
Polonya	180	324	53	593
Portekiz	140	208	33	461
Romanya	141	479	56	728
Rusya	152	688	217	960
İspanya	131	137	31	395
İsveç	116	176	30	379
Türkiye	95	542	42	757
İngiltere	143	182	26	434
Tayland	129	199	74	559
Çin	148	291	79	665
Japonya	119	106	39	287

Kaynak: WHO, 2006

Tablo 5, 2006 yılı itibariyle çeşitli yaş gruplarında her bin kişi başına ölüm sayılarını göstermektedir.

Tablo 5: Çeşitli Yaş Gruplarında Ölüm Oranları ve Kişi Başına Gayri Safi Milli Hasıla (2006)				
Ülkeler	Kişi Başına GSMH (PPP \$)	Yetişkin Ölümleri (1000 kişi başına 15 ve 60 yaşları arası)	Bebek Ölümleri (her iki cinsiyette her 1000 doğumda)	5 yaş altı ölüm oranları (iki cinsiyette 1000 çocukta)
Arjantin	11670	124	14	17
Brezilya	8700	176	19	20
Kanada	36280	72	5	6
Küba	-	104	5	7
USA	44070	109	7	8
Avusturya	36040	79	4	4
Belçika	33860	86	4	5
Danimarka	36190	88	3	4
Finlandiya	33170	96	3	3
Fransa	32240	91	4	5
Almanya	32680	81	4	5
Yunanistan	30870	76	4	4
Macaristan	16970	177	6	7
İrlanda	34730	72	4	4
İsrail	23840	68	4	5
İtalya	28970	64	3	4
Lüksemburg	60870	83	3	4
Hollanda	37940	70	4	5
Norveç	50070	70	3	4
Polonya	14250	145	6	7
Portekiz	19960	93	3	4
Romanya	10150	157	14	16
Rusya	12740	300	10	13
İspanya	28200	75	4	4
İsveç	34310	64	3	4
Türkiye	8410	123	24	26
İngiltere	33650	80	5	6
Tayland	7440	210	7	8
Çin	4660	116	20	24
Japonya	32840	67	3	4

Kaynak: WHO, 2006

İkinci sütün dolar bazında satın alma gücü itibariyle kişi başına gelir rakamlarını vermektedir. Genellikle kişi başına gelir seviyesi düşük olan ülkelerde, beş yaş altı ve yeni doğan bebek ölümleri daha fazladır. Bu durum ülkelerin sadece gelir seviyesinin değil, sosyal, kültürel ve sağlık sisteminin performansının da

olumsuz bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. 15–60 yaş arası yetişkin ölümleri itibariyle de en fazla ölüm yine gelir seviyesi düşük ülkelerde görülmektedir.

Tablo 6, doğumda yaşam beklentisi ile sağlıklı yaşam beklentisi rakamlarını göstermektedir.

Tablo 6: Her iki Cinsiyette Yaşam Beklentileri (Yıl)					
Ülkeler	Doğumda yaşam beklentisi 2006	Doğumda sağlıklı yaşam beklentisi 2003	Ülkeler	Doğumda yaşam beklentisi 2006	Doğumda sağlıklı yaşam beklentisi 2003
Arjantin	75	65	İtalya	81	73
Brezilya	72	60	Lüksemburg	80	72
Kanada	81	72	Hollanda	80	71
Küba	78	68	Norveç	80	72
USA	78	69	Polonya	75	66
Avusturya	80	71	Portekiz	79	69
Belçika	79	71	Romanya	73	63
Danimarka	79	70	Rusya	66	58
Finlandiya	79	71	İspanya	81	73
Fransa	81	72	İsveç	81	73
Almanya	80	72	Türkiye	73	62
Yunanistan	80	71	İngiltere	79	71
Macaristan	73	65	Tayland	72	60
İrlanda	80	70	Çin	73	64
İsrail	81	71	Japonya	83	75
Kaynak: WHO, 2006					

Kişi başına sağlık harcamalarındaki artış yanında bu kaynakların etkin kullanımını da, hem doğumda yaşam beklentisini hem de sağlıklı yaşam beklentisini artırabilir. Japonya hem doğumda yaşam beklentisi açısından hem de sağlıklı yaşam beklentisi açısından ilk sırada yer alırken, Rusya her iki kıstas açısından otuz ülke arasında son sırada yer almaktadır. Mohan and Mirmirani, (2007) OECD ülkeleri verilerini kullanarak yaptıkları panel veri analiz sonuçlarına göre, yaşam beklentisi ve bebek ölümlerini etkileyen, bazı ekonomik, sosyal ve kurumsal faktörleri incelemişlerdir. Medikal teknoloji, hekim sayısındaki artış, koruyucu önlemler, kişi başına sağlık harcaması ve yüksek eğitim seviyesi gibi faktörleri ile yaşam beklen-

tisi arasında pozitif ilişki bulurken, hastanede yatan hasta sayısındaki artış ve alkol tüketimi ile yaşam beklentisi arasında negatif ilişki bulmuşlardır⁸.

Tablo 7’de 2006 yılı itibariyle değişik kriterlere göre sağlık harcamaları ele alınmıştır.

Ülkeler	Hükümet harcamaları (Toplam sağlık harcamalarının %si)	Cepten harcama (Sağlığa yapılan özel harcamaların %si)	Kişi başına toplam harcama (PPP \$)	Toplam harcama (GSMH’nın %si)
Arjantin	45.5	43.8	1665	10.1
Brezilya	47.9	64	765	7.5
Kanada	70.4	49	3672	10
Küba	90.7	93.6	363	7.1
USA	45.8	23.5	6714	15.3
Avusturya	77	72.2	3545	9.9
Belçika	71.1	78.7	3183	9.5
Danimarka	84	90.1	3349	9.5
Finlandiya	78.5	79.9	2472	7.6
Fransa	79.7	33.2	3554	11.1
Almanya	76.6	56.7	3328	10.4
Yunanistan	42.5	62.5	3101	9.9
Macaristan	70.8	86.8	1382	7.6
İrlanda	78.3	57.2	3082	7.5
İsrail	65.3	69.2	2263	7.8
İtalya	77.1	86.2	2623	9
Lüksemburg	90.6	70.5	5773	7.2
Hollanda	81.8	33	3383	9.3
Norveç	83.6	95.2	4521	8.7
Polonya	69.9	85	910	6.2
Portekiz	71.8	80.2	2080	10
Romanya	71	85.2	610	5.7
Rusya	63.2	81.5	638	5.3
İspanya	72.5	76.4	2388	8.1
İsveç	81.2	87.9	3119	8.9
Türkiye	71.5	70.3	645	5.6
İngiltere	87.4	92.2	2784	8.4
Tayland	64.4	76.6	346	3.5
Çin	42	92.9	342	4.5
Japonya	82.2	82.4	2514	7.9

Kaynak: WHO, 2006

⁸ Mohan, Ramesh and Sam Mirmirani, “An Assessment of OECD Health Care System Using Panel Data Analysis”, *MPRA Paper*, <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6122/>, [ET. 22/04/2009], 2007.

Genellikle gelişmiş ülkelerde (Amerika hariç) toplam sağlık harcamaları içinde hükümetin payı yüksektir. Kişi başına sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla, Amerika (6714\$), Lüksemburg (5773\$) ve İsveç'tir (4521\$). Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı itibariyle ABD %15,3 ile birinci sırada yer alırken, Fransa % 11,1 ile ikinci ve Almanya %10,4 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Cylus, and Anderson'a (2007) göre, Amerika'daki sağlık harcamalarının bu kadar yüksek olmasının belli başlı üç nedeni vardır: Akut bakımda günlük hastane masrafları, hekimlerin hizmetleri karşılığı yapılan ödemeler ve ilaç fiyatları. Amerika, ayrıca dolaşım, solunum ve şekerle bağlı hastalıklar nedeniyle en fazla yaşam yılı kaybı olan ülkedir⁹.

Çin 342\$ ile kişi başına en düşük sağlık harcamasına sahipken, sağlık harcamalarına yapılan özel harcamaların yüzdesi olarak cepten yapılan harcamalarda ilk üç sırayı %95.2 ile İsveç, %93.6 ile Küba ve %92.9 ile Çin almaktadır.

5. Sağlık Hizmetleri Maliyetlerinin Kontrol Edilmesi ve Kalitenin Yükseltilmesi

Yukarıdaki bölümlerde görüldüğü gibi, gelişmiş ülkelerde sağlığa yapılan harcamalar yanında yaşam beklentileri de diğer gelişmekte olan ülkelere göre oldukça yüksektir. Gelişmiş ülkelerde, ölümlerde bulaşıcı olmayan hastalıklar temel neden olarak görülürken, gelişmekte olan ülkelerde yaşanan ölümlerde etkin olan unsur, bulaşıcı hastalıklardır. Tablolar bir bütün olarak incelendiğinde, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının yüksek olduğu ve bu harcamaların gelecekte de artmaya devam edeceği söylenebilir.

Dünyada birçok ülkede farklı sağlık sistemleri krizdedir. Maliyet artışları ya da kalitenin düşük olması en sık tartışılan konuların başında gelmektedir. Maliyet artışları karşısında ya tüketiciler daha az tüketmeli ya da sağlık harcamalarına bütçe içinde ayrılan pay artırılmalıdır. Yukarıdaki bölümde de belirtildiği üzere, dünyada sağlık harcamaların GSMH içindeki payının giderek artması, birçok ülkeyi bazı önlemler almaya zorlamakta ve sağlık sisteminin maliyet-etkin olmasına çalışılmaktadır. Hem mevcut durum hem de tüm ülkelerin gelecekte karşılaşılabileceği mali baskılar, sağlık sistemlerinin kaynak kullanımında etkinliğini artırmaya yönelik tedbirler almayı zorunlu kılmaktadır. Diğer yandan sağlık hizmetleri piyasasının özelliği ve toplumun sağlık problemleri, tüm diğer kesimleri olumsuz etkileyebileceği için, bu piyasalarda düzenleme yapmak da oldukça zordur. Özellikle toplumların cari ve gelecekteki demografik yapısı, sağlık finansman politikasında önemlidir ve buna göre sistemde değişiklik yapılması gerekmektedir.

⁹ Jonathan Cylus and Gerard F. Anderson, *Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2006*, The Commonwealth Fund, Vol.24. Department of Family and Preventive Medicine, Vol:24, 2007.

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. 1978 Alma-Ata konferansı sonucunda tüm ülkelerde temel sağlık hizmetleri yaklaşımı olarak karmaşık ve uzmanlık gerektiren hizmetlerden ziyade ulaşılabilir, yani daha ucuz ve rasyonel olan verimli bir sisteme yönelmeleri önerilmiştir. Alma-Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorununun %85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir¹⁰.

Temel sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerini kapsayan birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmeti anlamında kullanılmaktadır. Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı hemşireleri ana görev üstlenmektedirler.

Birçok araştırmacı, sağlıktaki ödeme sisteminde, daha fazla hizmet talebi eğilimini artıran hizmet başına ödeme yönteminden (her işlem için ayrı ödeme/ fee-for service basis) vazgeçilmesini, bunun yerine, maliyetleri kontrol etme isteğini teşvik edici, ödüllendirici veya her ikisini de uygulayıcı yöntemlerin kabul edilmesini önermektedirler¹¹. Bu yöntemler, hekimler için aylık ödeme, hasta başına sabit ödeme, performansa ödül verilmesi ve düşük verime ceza uygulaması olabilir. Fakat bu uygulamaların sağlık üzerindeki etkileri belirsizdir. Örneğin, bu uygulamalar bazı bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sorunlara neden olabilir.

Bazı araştırmacılara göre, hangi tedavinin hasta için daha iyi olacağı, farklı hekim, hastane ve bakım hizmeti sunanların kalitesinin ne olduğu konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır. Hastaların tedavilerinde birçok yöntem ve birçok ilaç söz konusu olabilir. Ancak bunların nispi etkinlikleri hakkında çok fazla bilgi olmayabilir. Sağlık bilgi teknolojisi ve elektronik tıbbi kayıtların kullanımındaki artış yukarıdaki amaçlara hizmet edebilir, fakat tek başına maliyetlerinin kontrol edilmesi yada kalitenin yükseltilmesine yardımcı olmaları sınırlı kalabilir. Ancak mukayeseli etkinlik analiz sonuçlarına göre zaman içinde hasta ve hekimin davranışı daha etkin, daha az yoğun ve ucuz hizmete yönelik olarak değişirse, sağlık harcamaları azalabilir¹².

Sağlık harcamalarını kontrol etme zorunluluğu, hükümetleri ödeme reformları yoluyla sağlık hizmetlerinde talebi, etkinliği ve kaliteyi dengeleme gibi bir durumla karşı karşıya bırakmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite, etkinlik ve talep yönetimi ile sağlık hizmetleri ödeme sistemi arasında güçlü bir bağ vardır. Dolayısıyla iyi işleyen bir sağlık sistemi, iyi işleyen bir ödeme sistemine bağlıdır. Ülkeler

¹⁰ WHO, *Declaration of Alma-Ata*, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

¹¹ Douglas W. Elmendorf, "Options for Controlling the Cost and Increasing the Efficiency of Health Care", http://www.cbo.gov/ftpdocs/100xx/doc10016/03-10-Health_Care.pdf, 2009.

¹² Elmendorf, a.g.e.

bu anlamda, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olmasını sağlamak için ödeme sistemlerinde düzenlemelere gitmektedirler¹³.

Maliyetleri kontrol etmek için, vaka başına ödeme (case-based prospective payment) 20'den fazla ülke tarafından ya da OECD ülkelerinin %70'i tarafından kabul görmüştür. Bu yöntem, hastane ödemeleri için bir standart oluşturmuştur, ancak temel bakım hizmeti sunan hekim ile genel pratisyene yapılan ödeme yöntemleri çok daha değişkendir¹⁴.

“Pricewaterhouse Coopers Sağlık Araştırmaları Enstitüsü sağlık hizmetleri raporuna göre, finansal teşvikler ile sağlık hizmetleri kalitesi arasında güçlü bir ilişki vardır. Finansal teşvikler aynı zamanda sağlık hizmetlerinde koordinasyonu teşvik etmektedir. Rapor aynı zamanda birçok sanayileşmiş ülkede, talebi kontrol etmede, hastanın doğru tedaviyi almasında ve aşırı kullanımın azaltılmasında aile hekimlerinin kullanıldığını belirtmektedir¹⁵. New Jersey Aile Hekimleri Akademisi'ne (NJAFP)¹⁶ göre aşağıdaki ilkeler maliyet etkinliğinde oldukça önemlidir:

- Ayakta bakımın kalitesi: Ayakta tedavi hizmeti sunacak kişilerin çok iyi eğitilmesi, teşvik edilmesi gerekir.
- Elektronik tıbbi kayıtların teşvik edilmesi: Bu kayıt sisteminin ortaya koyduğu faydalar şunlardır: Tıbbi hataların azalması, gelişmiş fatura sistemi, artan tarama ve koruyucu bakım, gelişmiş dokümantasyon, azalan komplikasyonlar ve daha iyi sağlık alışkanlıklarının kazandırılması. Bu sistemin başarısı, temel bakım hizmetleri sunan hekimlerin muayenehanelerinde bu sistemi kurmaları ile başlar.
- Performansa dayalı ödeme: Bu sistem, etkin sağlık hizmeti sunan kişileri ödüllendirerek düşük maliyet ve yüksek kaliteyi teşvik edecektir.
- Kalite kontrol, maliyetlerin düşürülmesini sağlayabilir.
- Vergiden düşülecek miktar ve sağlık hizmeti primi çok iyi belirlenmelidir.
- Sağlık geliştirilmesi ve hastalıktan korunma, sağlık planlarında önemle vurgulanmalıdır.
- Sağlık programları, maliyet etkinliği için sağlık hizmeti sunanlar ile sağlık hizmetinden faydalananların katılımı ile taramadan geçirilmeli ve denetlenmelidir.
- Sağlık eğitimi ve fiziksel uygunluk, eğitim programlarında yer almalıdır. Yetişkinler için sağlıklı yaşam, hastalıktan korunma, fiziksel egzersiz ve sağlık eğitimine yönelik olmalıdır.

¹³ Thomas Wong “A check for healthcare payment systems” ; <http://www.camagazine.com/4/6/6/1/0/index1.shtml>, 2008.

¹⁴ Wong, a.g.e.

¹⁵ Wong, a.g.e.

¹⁶ NJAFP, http://www.njafp.org/documents/Cost%20Effective%20Delivery%20of%20Health%20Care_20080604120234_20090120110514.pdf.

- Tıp eğitiminin her aşamasında ve daha sonraki iş hayatında da maliyet etkinlik ve maliyet duyarlılık konusu vurgulanmalıdır.

- Bireylerin sağlıklı yaşam tarzları ve maliyet etkin tıbbi bakım için kişisel sorumluluklarını belirten bilgilendirici programlar yapılmalıdır. Alkol, madde ve sigara bağımlılığı, şişmanlığın zararları ile spor ve düzenli beslenmenin faydaları hakkında kampanyalar düzenlenmelidir.

Ülkeler arası karşılaştırmalarda kapsamlı bir aile hekimliği, düşük toplam maliyetle bağlantılı bulunsa da tüm sağlık sisteminin organizasyonu oldukça önemlidir. Belçika, Fransa, İsviçre ve ABD gibi ülkelerde, genel pratisyen hekim oranı yüksek olmasına rağmen toplam maliyet hala çok yüksektir¹⁷. Gulliford (2002), Gulliford ve diğerleri (2004) ile Starfield, Shi and Macinko (2005) çalışmalarında temel bakım hizmetleri ile daha iyi sağlık göstergelerine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin uzun vadede medikal harcamalarda azalış ortaya çıkarabileceği de belirtilebilir. Alma-Ata bildirgesinde birinci basamak sağlık hizmeti, temel sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyet-etkinliği en yüksek sistem olarak tanımlanmıştır.

6. Sonuç ve Genel Değerlendirme

Dünya genelinde sağlık sektörü, sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği konusundaki tartışmalar, politika arayışları güncelliğini korumaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışta birçok faktörün etkisi bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları, nüfusun yaşlanması, iler teknolojilerin tıpta kullanılması, reçeteli ilaçlar, ahlaki tehlike şeklinde sıralanabilir. Günümüzde gelişmiş ülkelerde en fazla görülen hastalıklar arasında bulaşıcı olmayan hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır. Ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde de bulaşıcı olmayan hastalık oranları artış göstermektedir. Temel bakım hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, maliyet etkin sağlık politikaları açısından da çok önemlidir. Hastalanmadan önlem alınması ve sağlığın sürekli kontrolü, sağlıkta etkin sonuçların alınmasına ve uzun vadede maliyet etkinliğe neden olacaktır.

Ancak sağlık sektörünün tek başına organizasyonu yeterli değildir. Sağlık sistemi ve ekonomik sistem arasında karmaşık bir ilişki vardır. Sağlık sektörü yanında tarım-hayvancılık, sanayi, çevre, finans ve hizmet sektörlerinin de daha iyi bir sağlık açısından organize edilmesi gerekir. Maliye bakanının vergi ile ilgili bir kararı kişisel geliri ve sağlık hizmetleri alımını doğrudan etkileyecektir. Çevrenin kirletilmemesi, hem sağlıklı su temini açısından hem de sağlıklı tarım ve hayvancılık ürünleri açısından önemlidir. Diğer yandan sanayide üretilen ürünlerin, kimyasal açısından çevreye ve insan sağlığına zarar vermemesi için gerekli önlemlerin alınması gerekir. Sağlığın bozulmasında yukarıda sayılan olumsuz dışsal koşullar çok önemlidir ve dolayısıyla çok yüksek sağlık harcamaları yapılmasına neden

¹⁷ Sjonell.

olmaktadır. Örneğin, sağlıksız kentleşme ve yeşil alanların azalması dünyada en fazla görülen solunum yolları hastalıklarını tetiklemektedir. Dolayısıyla, sağlık harcamalarının azaltılmasında ve sağlık sektöründe etkinliğin artırılmasında tek başına sağlık sektörü ve sağlık sisteminde düzenleme yapmak yetersiz kalacaktır. Sağlık harcamalarında artışa neden olabilecek tüm faktörler ortaya konularak, tüm bakanlıkların politikalarının sağlık üzerine etkilerini yeniden gözden geçirmeleri çok önemlidir. Daha sağlıklı bir toplum aynı zamanda daha üretken toplum demektir.

KAYNAKÇA

- Austin, D. Andrew, Health Care and Markets, <http://wikileaks.org/leak/crs/RL33759.pdf>, [ET.13/04/2009], 2007.
- Bilgili, Emine ve Eyyup Ecevit, “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 2, 2008, ss: 201-228.
- Care, Income Inequality, and Mortality in the United States, 1980-1995”. *Journal of the American Board of Family Practice* 16, 2003, pp. 412-22.
- Clevenger, Ernest, “How Primary Care, America’s Best- Kept Secret, Can Reduce Health Care Costs for Self-Funded Employers” *HealthWatch*, Issue: 59, 2008.
- Cylus, Jonathan and Gerard F. Anderson, “Multinational Comparisons of Health Systems Data”, 2006, “The Commonwealth Fund”, Vol.24. *Department of Family and Preventive Medicine*, 2007.
- Elmendorf, Douglas W. “Options for Controlling the Cost and Increasing the Efficiency of Health Care”, http://www.cbo.gov/ftpdocs/100xx/doc10016/03-10-Health_Care.pdf, [ET. 22/04/2009], 2009.
- Gilliam, S., “The declaration of Alma Ata: still relevant after all these years?”
- Gulliford, M.C. “Availability of Primary Care Doctors and Population Health in England: Is There an Association?”, *Journal of Public Health Medicine* 24, 2002, pp: 252-4.
- Gulliford, M.C., R.H. Jack, G. Adams, and O.C. Ukoumunne, “Availability and Structure of Primary Medical Care Services and Population Health Care Indicators in England”, *BMC Health Services Research*, Vol. 4, No: 12, 2004.
- Gutierrez, Cecilia and Peter Scheid, “The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery” University of California San Diego in Developing Countries” *Annals of Family Medicine* www.annfammed.org_Vol.2,Supplement2_May/June2004.

- Health” *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, pp. 457-502
<http://www.jstor.org/stable/30045625> [ET.05/06/2009], 2005.
<http://www.15by15.org/wp-content/uploads/2008/03/declaration-of-alma-ata-stephen-gillam.pdf> [ET. 22/04/2009], 2007.
- Macinko, J., B. Starfield, and L. Shi. 2003. “The Contribution of Pri-mary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970- 1998”. *Health Services Research* 38, 2003, pp: 831-65.
- Mechanic, David and David A. Rochefort “Comparative Medical Systems” *Annual Review of Sociology*, Vol. 22 (1996), pp. 239-270 <http://www.jstor.org/stable/2083431> [ET: 08/06/2009]
- Mohan, Ramesh and Sam Mirmirani, “An Assessment of OECD Health Care System Using Panel Data Analysis”, *MPRA Paper*, <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/6122/>, [ET. 22/04/2009], 2007.
- Montefiori, M., “Patient Behavior in the Market for Hospital Services”,
NJAFP,http://www.njafp.org/documents/Cost%20Effective%20Delivery%20of%20Health%20Care_20080604120234_20090120110514.pdf: [ET. 19/05/2009].
- Sans-Corrales, Mireia, Enriqueta Pujol-Ribera, Joan Gene-Badia, Maria Isabel Pazarin-Rua, Begona Iglesias-Perez and Josep Casajuana-Brunet “Family Medicine attributes related to satisfaction, health and costs” *Family Practice*, Vol. 23, No. 3, 2006, pp: 308-316.
- Shi, L., J. Macinko, B. Starfield, J. Wulu, J. Regan, and R. Politzer. ”The Relationship between Primary
- Sips, Fons, “A common basis for general practice/family medicine in Europe-Editorial”http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_n1_v41/ai_17376310/[ET. 23/12/2008], 1995.
- Sjonell, G., “Organised Family Medicine:The Key Issue To Cost-Effective Healthcare”, <http://www.cfps.org.sg/sreenivasan/articles/1997.html>, [ET. 22/04/2009], 1997.
- Starfield, Barbara, Leiyu Shi, and James Macinko, “Contribution of Primary Care to Health Systems and
- Stewart, Moira “The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes”, *The Journal of Family Practice*; Vol: 49, 2004, pp: 796-804.
- WHO, “A Summary of the 2008 World Health Report : “Primary Health Care: Now More Than Ever”, <http://www.who.int/whr/2008/summary.pdf>, 2008.

- WHO, Declaration of Alma-Ata, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- WHO, European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies Summary <http://www.euro.who.int/document/obs/sumhecareform.pdf>, [24/03/2009], 1996.
- WHO, <http://www.who.int/en/>
- WHO, What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? <http://www.euro.who.int/Document/E82997.pdf>, [24/03/2009]
- Wong, Thomas, “A check for healthcare payment systems”, <http://www.camagazine.com/4/6/6/1/0/index1.shtml>, [ET. 24/03/2009], 2008.
www.disefin.unige.it/finanza/WP%5Cn42003.pdf [ET.12.08.2006].
- Zwanziger, Jack and Glenn A. Melnick, “Can Managed Care Plans Control Health Care Costs? *Health Affairs*, Vol. 15, No. 2, 1996, pp: 185-199.