



"İŞ, GÜÇ" ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ VE İNSAN KAYNAKLARI DERGİSİ  
"IS, GUC" INDUSTRIAL RELATIONS AND HUMAN RESOURCES JOURNAL

## Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler

*Health Services in the Light of Welfare State and the  
Health Sector Developments in Turkey*

**Orhan KOÇAK**

Yrd. Doç. Dr./Yalova Üniversitesi, İİBF, ÇEEİ Bölümü

Ekim/October 2011, Cilt/Vol: 13, Sayı/Num:4, Page: 61-82  
ISSN: 1303-2860, DOI: 10.4026/1303-2860.2011.189.x

**Makalenin on-line kopyasına erişmek için:**

<http://www.isguc.org/?p=article&id=472&vol=13&num=4&year=2011>

**To reach the on-line copy of article:**

<http://www.isguc.org/?p=article&id=472&vol=13&num=4&year=2011>

**Makale İçin İletişim/Correspondence to:**

© 2000- 2011

**“İşGüç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**  
**“İşGüç” Industrial Relations and Human Resources Journal**

Ekim/October 2011, Cilt/Vol: 13, Sayı/Num: 4

ISSN: 1303-2860, DOI: 10.4026/1303-2860.2011.189.x

**Editör/Editor-in-Chief**

Aşkın Keser (Uludağ University)

**Editör Yardımcıları/Co-Editors**

K.Ahmet Sevimli (Uludağ University)

Gözde Yılmaz (Marmara University)

**Uygulama/Design**

Yusuf Budak (Kocaeli University)

**Yayın Kurulu / Publishing Committee**

Dr.Zerrin Fırat (Uludağ University)

Doç.Dr.Aşkın Keser (Kocaeli University)

Yrd.Doç.Dr.Ahmet Selamoğlu (Kocaeli University)

Yrd.Doç.Dr.Ahmet Sevimli (Uludağ University)

Yrd.Doç.Dr.Abdulkadir Şenkal (Kocaeli University)

Yrd.Doç.Dr.Gözde Yılmaz (Kocaeli University)

Dr.Memet Zencirkıran (Uludağ University)

**Uluslararası Danışma Kurulu / International Advisory Board**

Prof.Dr.Ronald Burke (York University-Kanada)

Assoc.Prof.Dr.Glenn Dawes (James Cook University-Avustralya)

Prof.Dr.Jan Dul (Erasmus University-Hollanda)

Prof.Dr.Alev Efendioğlu (University of San Francisco-ABD)

Prof.Dr.Adrian Furnham (University College London-İngiltere)

Prof.Dr.Alan Geare (University of Otago- Yeni Zelandiya)

Prof.Dr. Ricky Griffin (TAMU-Texas A&M University-ABD)

Assoc. Prof. Dr. Diana Lipinskiene (Kaunos University-Litvanya)

Prof.Dr.George Manning (Northern Kentucky University-ABD)

Prof. Dr. William (L.) Murray (University of San Francisco-ABD)

Prof.Dr.Mustafa Özbilgin (University of East Anglia-UK)

Assoc. Prof. Owen Stanley (James Cook University-Avustralya)

Prof.Dr.İşık Urla Zeytinoglu (McMaster University-Kanada)

**Danışma Kurulu / National Advisory Board**

Prof.Dr.Yusuf Alper (Uludağ University)

Prof.Dr.Veyssel Bozkurt (Uludağ University)

Prof.Dr.Toker Dereli (Işık University)

Prof.Dr.Nihat Erdoğmuş (Kocaeli University)

Prof.Dr.Ahmet Makal (Ankara University)

Prof.Dr.Ahmet Selamoğlu (Kocaeli University)

Prof.Dr.Nadir Suğur (Anadolu University)

Prof.Dr.Nursel Telman (Maltepe University)

Prof.Dr.Cavide Uyargil (Istanbul University)

Prof.Dr.Engin Yıldırım (Sakarya University)

Doç.Dr.Arzu Wasti (Sabancı University)

*Dergide yayınlanan yazılardaki görüşler ve bu konudaki sorumluluk yazarlarına aittir.*

*Yayınlanan eserlerde yer alan tüm içerik kaynak gösterilmeden kullanılamaz.*

*All the opinions written in articles are under responsibilities of the outhors.*

*None of the contents published can't be used without being cited.*

## Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler\*

### *Health Services in the Light of Welfare State and the Health Sector Developments in Turkey*

**Orhan KOÇAK**

Yrd. Doç. Dr./Yalova Üniversitesi, İİBF, ÇEEİ Bölümü

#### **Özet**

Sosyal politikanın en önemli araçlarından biri olan sağlık hizmetleri, refah devleti uygulamalarında eğitim ve sosyal güvenlik gibi tüm vatandaşların ulaşması gereken temel bir hak olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, refah devletinin en önemli unsurlarından biri olan sağlık hizmetleri uygulamalarında, sosyal politika ve refah devleti ışığında hangi süreçlerden geçildiği ve bu uygulamalarda dünyada geline son durum değerlendirilecektir. Buna ilaveten, gelişmiş olan sosyal, liberal ve muhafazakâr refah devleti modellerinde sağlık harcamaları ve hizmetleri OECD ve Dünya Sağlık Örgütü verilerinden faydalanılarak yorumlanacak ve Türkiye'deki rakamlar ile karşılaştırmalar yapılacaktır. Bu çalışma sayesinde ve ortaya çıkan veriler doğrultusunda Türkiye'de son yıllarda gerek kamu gerekse özel sektör sağlık hizmetlerinde mevcut hükümetin yaptığı yaygınlaştırıcı politikaların durumu ve geleceği ile ilgili projeksiyonlar yapılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Refah, Sağlık, Refah Devleti, Sağlık Hizmetleri, Sosyal Politika

#### **Abstract**

Health care services, one of the most important elements on social policy, are evaluated as a basic right that accessible by all people such as education and social security in welfare state applications. People will be exposed to some difficulties if their basic health services and required cares are not met. Especially, the lack of preventive health services will increase health expenses and the number of patients who will not be able to have care easily in the future. In this study, health services, which are the most important factors in welfare state, are evaluated both in terms of welfare state and the current situation in the world. In addition, developed welfare states are studied to understand their approach to health services and expenditures as well as the data of OECD and WHO. In the last section, these data that explain health services and expenditures are compared with those of Turkey to evaluate the current situation and whether Turkey is on the right way in improving its health services.

**Keywords:** Welfare, Health, Welfare State, Health Services, Social Policy

---

\* Bu çalışma Anadolu Üniversitesi Ekonomi Konferans'ında (Econ Anadolu, 2009) sunulmuş olup, güncelleştirilip genişletilmiştir.

## GİRİŞ

Refah devleti, hükümetler tarafından ekonomiye müdahale ederek sosyal adalet, gelirin adil dağılımı ve ekonomik etkinlikleri (gelir elde edilmesi) çalıştırarak halkın refahını yükseltmek amacını taşımaktadır. Hükümetlerin müdahale ederken kullandığı sağlık hizmetleri, eğitim, sosyal sigorta ve kaynakların adil dağılımı en önemli araçlardır. Kaynakların adil dağılımı, ilk üç müdahale unsurunun aktif çalışması ile doğru orantılı olarak kendini gösterebilir. Eğitim, sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerinin, birbirlerinden bağımsız olarak düzenlenmesi yanında bazen de birbirleriyle uyumlu politikalar olmalıdırlar. Refah devletinde eğitim ve sosyal sigortalar ne kadar önemli ve temel haklardan sayılmakta ise, aynı şekilde sağlık, toplumda herkesin ihtiyacı olduğu, gerektiğinde kullanılabilirdiği ve rahatlıkla ulaşılabildiği en temel hizmetlerdendir. Şahısların ihtiyacı olan ve karşılanmayan temel sağlık hizmetleri ve gerekli tedavilerin olmaması neticesinde, toplumlar dikkate değer bir şekilde zorluklara maruz kalacaktır. Özellikle, önleyici sağlık hizmetlerinin eksikliği, gelecekte tedavisinin çok maliyetli veya ölüme yol açma ihtimali olan hastalıkların artışıyla sağlayarak toplumlar üzerinde yük oluşturacaktır. Bu çalışmayla dünyada farklı refah devleti uygulamalarına değinilmiş ve refah devletinin karşılaştığı süreçler ve artan rekabet ve yeni liberal politikalar neticesinde son gelinen süreçte uygulamaların nasıl bir değişime uğradığı konusuna özellikle vurgu yapılmıştır. Çalışmanın asıl öznesi olan sağlık politikalarına refah devletinin bir unsuru olarak bakılıp, sosyal devlet anlayışı içerisinde sağlık politikalarının önemi ve nasıl olması gerektiği üzerinde durulmuştur. Refah devleti sürecinde mesafe almış olan gelişmiş ülkelerin sağlık politikaları ve son gelinen süreçte yaşanan politika değişikliklerine değinilmiştir. Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile ulaşılan durumu, uluslararası kuruluşların verileri kullanılarak ülke incelemeleri yapılmış ve karşılaştırmaları değerlendirilmiştir. Çalışma içerisinde bazı dipnotlarda kaynağın web sayfası veya derleme olmasından dolayı

sayfa numarası verilmemiştir.

## 1. REFAH DEVLETİ DİZAYNI VE REJİMLERİ

Modern anlamda refah devletinin temelleri, 19. yüzyılın ortalarında İngiltere'de temel eğitimi sağlamak amacıyla yapılan düzenlemelere kadar götürülmektedir. Modern refah devleti için kabul edilen bir diğer başlangıç noktası ise, ilk defa 1883'te Bismark tarafından getirilen sosyal sigorta uygulamasıdır. Bunlardan önce de, yoksullara yönelik birtakım yasalar söz konusudur; ancak bunlar genelde refah devleti için bir başlangıç kabul edilmemektedir. İlkönce 19. Yüzyılda Almanya'da başlayan refah devleti uygulamaları, daha sonra Batı Avrupa ülkelerine, Kuzey Amerika'ya ve Avustralya'ya yayılmıştır (Özdemir, 2007: 17). 1930 ve 1940'lı yıllarda geliştirilen "refah devleti" kavramı, görece bir anlama sahip olup, ekonomik, politik ve kültürel miras ve tarihsel gelişim dikkate alındığında, zamana ve farklı ülkelere göre değişik şekillerde yorumlanabilir. Refah devleti, genellikle bir devlet ekonomiye ve vatandaşlarının refahına niye, nasıl ve hangi kurumlarla müdahale etmesi gerektiği üzerine odaklanmaktadır (Veit 2004: 4; Özdemir, 2007: 18).

İnsanlar, genel olarak dört temel kaynaktan refahı elde ederler. Bu kaynaklar; piyasalar, aileler, devletler ve sivil toplum kuruluşlarıdır. Piyasalar geliri sağlar ve sağlık sigortası gibi ticari refah girdileri satarlar. İnsanların çoğu için piyasalar, hayatlarının birçok bölümünde refahın en önemli kaynağı olmuştur. Aileler ise, aynı şekilde refah uygulamalarının yerleşmesinde önemli bir role sahiptir. Ailelerin çocukları için sağladığı hizmetler ve bakım, kısmen transfer ettikleri gelirler vasıtasıyla toplam sisteme katkıda bulunmaktadır. Ailelerin gelir havuzlarında biriktirdikleri tasarrufları, nesiller arası transfer vasıtasıyla genelde yaşlı olanlardan gençlere doğru aktarılmaktadır (Albertini, 2007: 325).

Devletler ise, piyasa tarafından ihmal edilen insanların ihtiyaçlarını refah devleti uygulamaları ile karşılamaktadır. Devletin

refah hizmetlerini yerine getirme esnasında karşılaştıkları zorluklar sonucu ve zaman içerisinde daha hantal hale gelmesi neticesinde birçok gelişmiş olan refah devletleri alternatif politikalar üretmeye başlamışlardır. Bir kısmı refah hizmetlerinin azaltılmasını tercih ederken, bir kısmı ise bu hizmetleri özelleştirmeyi tercih etmiş ya da sivil toplum kuruluşlarını devreye sokmuştur (Arts, 2002: 139). Örneğin, AB Üyesi ülkelerin büyük bir çoğunluğu refah hizmetlerinin sürdürülebilmesi için alternatif politikalara yönelmiştir. Bu anlamda, gelişmiş devletler politikalarını belirlerken ortaya çıkan yeni şartlara uyum sağlamaya çalışmakta ve ayrıca bu süreçte gelişmekte olan ülkeler ise mevcut refah politikalarını daha da iyileştirmeye çalışmaktadırlar (Noy, 2009: 5).

Sivil toplum kuruluşları ya da hizmetlerin özelleştirilmesi vasıtasıyla planlanan alternatif politikalar yeni aktörlerin çıkışını ve bu aktörlerin farklı uygulamalar ve yenilikler ortaya koymasını sağlamıştır (Halvorsen, 2004: 2). Sivil toplum kuruluşları, devlet ve vatandaşlar arasında bir köprü rolü üstlenerek tamamlayıcı görev üstlenirler. Sivil toplum kuruluşlarının ve devletin aynı hedefi ve dolayısıyla aynı görevi üstlendikleri göz önünde bulundurulur ve dikkate alınırsa, refah fonksiyonlarının vatandaşlar arasında daha etkin bir şekilde ve sorumluluk içerisinde yerine getirilmesi sağlanmış olmaktadır (Kim, 2004: 10).

Refah devletleri, ulus devletlerin ekonomik, kültürel ve tarihsel geleneklerine göre farklılıklar göstermektedir (Özdemir, 2007: 19). Dünya genelinde, Refah Devleti uygulamaları bazı yazarlar tarafından beş grupta incelenirken (Abrahamson, 2008: 2), birçok yazarın ortaya koyduğu ve hemfikir olduğu üç ayrı tipte de gruplandırılmaktadır. Anglo-Saxon olan ülkeler, devlet müdahalesinin en az olduğu ve halkın yeterli refahı mevcut piyasa şartlarından elde ettiği varsayımından dolayı daha çok liberal rejimleri temsil etmektedir. Devletin rolü, refah hizmetlerinin gerçekleştirilmesinden ziyade, kısmen genelde vergi indirimleri vasıtasıyla faaliyetleri desteklemek veya beslemek ya

da uygun atmosferi yaratmaktır. Amerika’da sosyal amaçlı vergi harcamaları milli gelirin % 2’sine, özel sosyal harcamalar ise % 9’una denk gelmektedir (Esping-Andersen, 2007: 220). İkinci olarak ise İskandinav ülkeleri, toplumsal unsurların geniş olarak tanımlandığı ve evrensele yönelme üzerine vurgu yapıldığı sosyal demokrat rejimlerdir. Vatandaşlar arasında yaşam şartlarının eşit hale getirilmesini, çocukları ve yaşlıları tamamen korunması gereken gruplar arasına alınmasını amaçlamaktadır. Bundan dolayı, refah hizmeti sağlayan özel kuruluşlara vurgu yapılmamaktadır. Üçüncü grup ülkeler, daha çok heterojen olan Kıta Avrupa’sı; Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda ve İspanya gibi ülkelerdir. Bu refah devletleri, muhafazakâr kökenlere sahip olan ülkelerdir. Temeller, dar tanımlanmış mesleki farklılıklar ile birlikte sosyal sigorta etrafında kurulmuştur. Sosyal korumada, erkek egemen anlayışın daha da sağlamlamasına destek sağlanmış ve yaşam boyu istihdama vurgu yapılmıştır (Esping-Andersen, 2007: 225). Ailenin önemi üzerine vurgu yapılarak, nispeten gelişmiş olan annelik ve kariyerin uyumlu hale gelmesine yardımcı olan politikalar desteklenmektedir. Abrahamson, Esping’in yapmış olduğu gruplandırmaya Doğu Avrupa ve Akdeniz ülkelerini ilave ederek beşli bir grup olarak refah devletlerini sınıflandırmayı tercih etmiştir (Abrahamson, 2008: 2).

## 2. REFAH DEVLETLERİNDE SAĞLIK UYGULAMALARI

Sağlık hizmetlerinin ihtiyaç temelli olarak evrensel ve eşit bir şekilde sağlanabilmesi için kamu desteği ve müdahalesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde devletin müdahalesi olmadığı takdirde, piyasalar ve bireylerin gelirleri belirleyici olacaktır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, gelire bağlı olarak değişecek ve toplum nüfusunun önemli bir kısmı bu gerekli hizmetleri almaktan mahrum veya hariç tutulmuş olacaktır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri modern refah devletlerinin önemli unsurlarından biri olmuş, ancak demografik ve finansal baskılar nedeniyle ülkelerin maliyet düşürme po-



litikalarına maruz kalmıştır. Bir diğer anlamda, yeni rekabetçi politikalar nedeniyle günümüz refah devleti politikaları ile sağlık hizmetleri, birbirleri ile uyumlu bir çalışma içerisinde olamamaktadır (Braun, 2011: 3).

Devletler ya doğrudan sağlık sistemini finanse etmekte ya da sağlık hizmetlerini özel sektör firmalarından satın almaktadır. Ancak, birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede bu iki sistemin karma olarak bir arada uygulandığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin tedarikine finansman açısından bakıldığında, üç farklı sağlık sisteminin devrede olduğu gözükmemektedir. İlk sistem, Almanya'da uygulanan "Bismarkçı Sağlık Sistemi" olarak adlandırılmakta, masraflar ücret bordrolarından kesilen vergilerle karşılanmaktadır. İkinci sistem ise İngiltere'de uygulanan "Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi" (NHS) finansmanı genel vergilerden karşılanmaktadır. Sağlık hizmetleri tamamen sosyalleştirilmiş olup, ülkedeki tüm insanları kapsamakta ve ücretsiz ya da düşük ücret karşılığı sunulmaktadır. Üçüncü sistem ise, Amerika'da sağlık hizmetleri "ticari amaçla çalışan sigorta piyasaları" tarafından karşılanmaktadır. Birçok ülkede, bu üç sağlık hizmet türünün karması uygulanırken, yine de bunlardan bir tanesi daha baskın olabilmektedir (Özdemir, 2007: 109).

Amerika'da bazı düzenlemeler ve gelir transferi şeklindeki ileri müdahale uygulamaları ile etkin piyasa fonksiyonu altındaki şartlarda (özellikle piyasa içerisinde kalanlar için) eşit tedavi sağlanmış olmakla birlikte, piyasa dışında ve yoksulluk sınırı altında kalan çok sayıda insan da bulunmaktadır. Ancak, Obama yönetiminin çıkardığı sağlık sigortası sayesinde sağlık hizmetlerinden faydalananların sayısında (belgesiz göçmenler hariç) fazlaca artış gerçekleşmiştir.

Devletin daha iyi yaşam ve çalışma şartlarının sağlanmasına yardım etme düşüncesi, sosyal demokrasi veya refah devletinin bir yansıması olarak görülebilir. Genel olarak refah devleti değerlerinden bakıldığında, hükümetler, sağlığı birey ve toplum için toplumsal ve hayati bir fayda olarak ta-

nımlarlar. Bununla birlikte, çözüm ve önerilere gelindiğinde ve bölgeler dikkate alındığında ülkeler arasında önemli farklılıkların varlığından söz edebilir. Örneğin İskandinav Ülkeleri'nde daha yoğun refah politikaları odaklı sağlık hizmetleri söz konusu iken, İngiltere ve Amerika daha liberal ve Almanya ise devletin kontrolünün fazla olduğu görülmektedir. Buna paralel olarak harcamalar da farklılıklar göstermiş ve 2006-2008 yılları arasında ABD'de %16 olan sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı, İskandinav Ülkeleri'nde % 9, Almanya'da %11, İngiltere'de ise %9 olarak farklı oranlarda gerçekleşmiştir (OECD, 2008-2010).

### 2.1. İskandinav Ülkeleri

Refah devletleri olarak nitelenen İskandinav ülkelerinin sağlık politikalarında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Bu politikalar nüfusun genel sağlık seviyesinin yükseltilmesini, ölümlerin ve sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin azaltılmasını hedeflemektedir. İskandinav refah ekonomileri, vatandaşlar için daha iyi yaşam standartlarını yaratmayı ve böylece toplumun ve devletin ekonomik durumunu güçlendirmeyi hedeflemektedir.

Danimarka, sağlık ve ekonomik ölçütlere vurgu yaparak Norveç ve İsveç'e göre, otonomiye, sorumluluğu ve kişisel davranışın önemini vurguladığı için daha liberal politikalar uygulamaktadır. Norveç'te sağlık hizmetleri, daha çok iyi bir yaşam elde etmek için yatırım olarak, hatta farklı bir anlamda ekonomik olarak görülmektedir. Fakat artan sağlık harcamaları neticesinde Norveç bu harcamaları azaltmayı hedeflemektedir (Siginild, 2007: 206).

Norveç, sağlık hizmetlerinin sosyal belirleyici faktörlerindeki eşitsizlikleri azaltmak amacıyla son yıllarda ciddi çalışmalar yapmıştır. Beyaz Kağıtlar (White Papers) olarak tanımlanan çalışmaların neticeleri Meclis'e sunulmuştur. Bunların bir tanesi; sağlıkta sosyal adaletsizlikler, diğeri; eğitim ve sonuncusu ise; emek, refah ve sosyal katılım ile ilgilidir. Norveç Sağlık Bakanlığı'na göre, güçlü bir refah devleti sağlıklı nesillerden geçmekte olduğundan sağlık hizmetleri dev-

let tarafından karşılanmalıdır. Sağlıkta eşitliğin yakalanması için önlemler ve teşviklerin tüm nüfusa yayılmış olması zorunludur. Dahası, bu hizmetlere “daha çok hangi grupların ihtiyacı fazla ise teşviklerin onlara ulaşmasının sağlanması hedef olarak” tespit edilmiştir (Aasrud, 2009: 87).

İsveç ise, sürekli büyümeyi yakalama, ileri seviyede sürdürülebilir sosyal refah ve çevrenin var olmasını hedeflemektedir. İsveç’in kamu sağlığı politikaları, refah devleti politikaları ile doğrudan ilgilidir. İsveç hükümeti açısından toplumun sağlık durumu, toplumsal refahın en önemli göstergesi ve asıl yakalanması gereken bir hedefidir. Refah devleti politikaları, İsveç’te politikaların oluşturulmasında en önemli siyasi referans kaynağı olarak asli bir rol oynamaktadır (Signild, 2007: 207). İnsan sağlığı, refah devletinin karşılaştığı olduğu en önemli meselelerden birisidir. Aslında İskandinav ülkelerinde sağlık politikaları yönü ile tek bir model görülmemektedir. Danimarka başlıca liberal politikalara dayanırken, Norveç belli bir süreliğine sosyal liberal ve İsveç ise sosyal demokrat politikalar uygulamaktadır.

## 2.2. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika, 1960’lı yıllarda sosyal refah politikalarına daha çok önem vermiş ve 1960-67 arasında refah hizmetleri iki katına kadar çıkması refah patlamasına (welfare explosion) yol açmıştır. 1963-73 yılları arasında Viyetnam Savaşı’na katılan Amerika, savaş masraflarını ve halkın da daha fazla emek piyasasında olması gerektiğini öne sürerek refah hizmetlerini kısımaya başlamıştır (Everts, 2010: 18). 1980, 1990 ve 2000’li yılların başlangıcında Amerika hükümetleri (Clinton haricinde) muhafazakar bir anlayış ile sağlık politikalarını şekillendirmiştir. Bu dönemde sigortasız insanların sayısı artmış, sağlık hizmetleri masrafları yükselmiş ve refah politikaları zayıflamıştır (Everts, 2010: 37). Amerika refah devleti politikalarında Avrupa ile karşılaştırıldığında oldukça gerilerde görülmektedir. 1980’li yılların ortalarında tek ebeveynli ailelerin %54’ü şiddetli

fakirlik (ortalama gelirin yarısından az gelire sahip olanlar) altında yaşarken, bu oran aynı yıllarda Hollanda’da % 6 ve İsveç’te % 7 gerçekleşmiştir (Rothstein, 2001: 214).

Amerika, nüfusun büyük bir çoğunluğunun işyeri vasıtasıyla sigorta yapılan liberal bir sağlık sistemine sahiptir. Devlet programları, nüfusun belli tabakalarını kapsamakta ve devletin, devlet-özel (karma) ve piyasa aktörlerinin var olduğu karmaşık ve pek istikrarlı olmayan bir sistemi yansıtmaktadır (Giaino, 1999: 960). Amerika refah sistemi konusunda araştırmacıların genelde hemfikir olduğu gibi, hem geciktirilmiş (refah politikalarına diğer gelişmiş ülkelere göre geç başlamış) hem de kurumsallaşmamış bir yapıyı yansıtmaktadır. Avrupa’nın kendi refah programını geliştirdiği dönemlerde ABD, iç savaş sonrasında mağdur ve sakat durumda olanların temel ihtiyaçlarını sağlamaya çalışırken, maruz kalınan toplumsal sorunlar göz ardı edilmiştir. ABD, gelişmiş sanayi ülkeleri içerisinde devletin sağlık harcamalarına katkısına uzun yıllar direnmiş olmakla birlikte, Obama yönetiminin getirmiş olduğu herkese sağlık sigortası (belgesiz göçmenleri kapsamamakta) sayesinde sağlık hizmetlerini alanların sayısında büyük bir artış olmuştur.

Amerika’da refah harcamalarının ve destek ödemelerinin birçoğu şirketlerin sağlanmış olduğu katkılardan elde edilmektedir. Ancak bu katkılar da, uluslararası rekabet, mali denetimin zayıflaması ve işçi sendikalarının güç kaybetmesi ile azalmaktadır. Ayrıca, Amerika da İskandinav ülkeleri ve İngiltere gibi sağlıkta hükümet harcamalarını azaltmaya çalıştıysa da, sağlık harcamalarında beklenmedik artışlara maruz kalmıştır. Sağlık hizmetlerini ve harcamalarını birleştirmek hususunda Clinton döneminde başlayan gayretler pek bir sonuç vermemiş ve Amerika’da sağlık hizmetleri ve devletin etkisi hâlâ (Obama yönetiminin son düzenlemelerine rağmen) bir sorun olarak devam etmektedir (Krislov, 2006: 59). Obama’nın ve diğer başkan adaylarının seçim öncesinde karşılaştıkları soru ve sorunların başında sağlık hizmetleri gelmek-

teydi. Gerçi, Obama ve yönetiminin genel yaklaşımı; sağlıkta önleyici tedbirleri öne çıkarmak ve daha az hastalık ve dolayısıyla daha az harcama ile masrafları azaltmak olmuştur (Whitehouse, 2009). Ancak, Obama'nın seçilmesinden sonra yaşanan ekonomik kriz, mali sektörün çökmesi ve işsizliğin hızla artışı sonucunda, ortaya çıkan sağlık ile ilgili beklentilerin 2010 yılı Mart ayında yapılan yeni Sağlık Reformu ile kısmen karşılandığı görülmektedir. Bu reformla, daha geniş sağlık sigortası, düşük sağlık maliyetleri, sağlık arz eden firmaların sorumluluklarının artması ve sağlıkta kalitenin artırılması hedeflenmiştir (Whitehouse, 2011).

### 2.3. İngiltere ve Almanya

İngiltere, genel olarak liberal refah devleti olarak ifade edilmesine rağmen, Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin (NHS) varlığı, sistemi toplanan vergiler ile finanse etmesi, devletin tedarik boyutunda olması ve sosyal vatandaşlığa vurgu yaparak topluma faydalar sunması ile sosyal demokratik modele yakın bir görünümündedir (Giaino, 1999: 967). Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin en çok dikkat çeken yanı tüm vatandaşların kapsam altında olmasının yanında, ülkeyi geçici olarak ziyaret edenlerin ve geçici olarak oturma alanların da kapsama alınması, sosyal devlet yaklaşımı adına önemli bir adım olmuştur (Rivett, 2011). İngiltere'deki muhafazakâr hükümetler sağlık hizmetleri harcamalarını devlet tarafından yönlendirilen piyasa stratejisi ile denetim altında tutmaya çalıştılar. Fakat muhafazakâr hükümetler Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin (NHS) devamı adına sağlık harcamalarını kontrol etmek için genel devlet bütçesine dayanmaya devam etmişlerdir. Coyle'ye göre, İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemi sağlıkta ilerlemelerin olmasından daha ziyade, hastaların ödeme yapmamlarını sağlamak ve sağlık yöneticilerini, doktorları ve eczacıları finanse etmektedir (Coyle, 2008: 1). Almanya'da ise, sosyal sigortalar sistemi istihdam temelli olarak kurulmuştur. Çalışanlar ve işverenler eşit oranlarda sigorta sistemine katkı sağlamaktadır. Sağlık hiz-

metlerinde, mesleki ya da statü gruplarına göre sigorta fonları (hastalık fonları), organize olmuş sağlıkçıların var olduğu kurumlar, işveren birlikleri ve sosyal sigorta kurumlarının yönetimlerine katılan işçi sendikaları önemli aktörlerdendir. Hem sigorta kurumları hem de sağlık profesyonellerinin kurdukları birlikler, devlet tarafından tanınan statüleri sayesinde refah hizmetleri içerisinde neredeyse monopole (tekel) yakın bir şekilde imtiyazlara sahip ve hizmet alanları daha önceden tanımlandığı için yeni proje ve uygulamalara dayalı olan bazı faaliyetlerini gerçekleştirirdevlet tarafından sınırlamalar ile karşılaşabilmektedirler (Giaino, 1999: 976).

Almanya'da sağlık hizmetlerinde maliyetleri azaltma çalışmalarına rağmen, hasta başına düşen maliyetlerde (özellikle son sağlık hizmetleri reformları ile) belirgin yükselişlere neden olmuştur. Aslında hükümetler, İngiltere ve Almanya'da oldukça dinamik bir şekilde sağlık hizmetleri sektörüne müdahale etmişlerdir. Bu müdahale, sağlık hizmetlerinde reformlara ve sektör aktörlerinin aktif olarak şekillenmesine yol açmıştır. Özellikle İngiltere, Ulusal Sağlık Hizmetleri içerisindeki piyasa aktörlerinin ve devlet yönetiminin yapısından dolayı reform sürecinde dirençle karşılaşmıştır. Almanya ve İngiltere'de sağlık sektörüne devlet müdahalesi, her ne kadar devlet harcamalarını artırsa da, toplumsal kabul edilemeyen piyasa hatalarını engellemek ve rekabetin kabul edilebilir sınırlara çekilmesini sağlamak amacıyla yapılmaktadır.

### 3. REFAH DEVLETİ ÜZERİNDE BASKILAR ve SAĞLIK HİZMETLERİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ

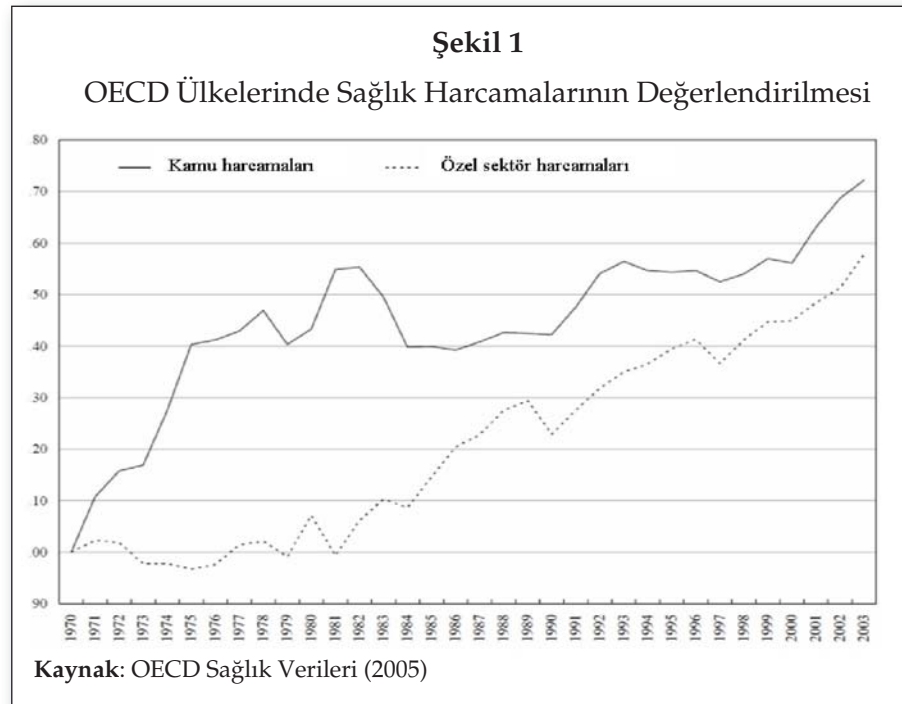
Refah devleti kapsamında sağlık uygulamaları öne çıkarken, sağlık harcamaları da beraberinde artmaktadır. Hatta sağlık hizmetlerinin öneminden dolayı, OECD ülkelerinde yapılan projeksiyonlarda, 2005 ve 2050 yılları arasındaki dönemde sağlık ve uzun süreli tedavi üzerindeki kamu harcamalarını ortalama olarak GSMH'nın %2'si kadar yükseltmek için demografik etkenler üzerinde



planlama hedeflenmiştir (OECD, 2009: 120). Ayrıca, diğer taraftan artan sağlık harcamalarının, refah devletlerinin bütçelerini giderek sarsması bir çelişki ortaya çıkarmaktadır. Bu gelişmeler, refah devletinde yeniden yapılanmalara sebep olmaktadır. Sanayileşmiş ve gelişmiş olan toplumlardaki refah devleti uygulamalarında, halkın yaşlanmasından ekonominin küreselleşmesine kadar birçok konuda ortaya çıkan sorunlar karşısında mağdur olanların devletten taleplerini artırmakta ve finansal kaynakları zor durumda bırakarak sistem üzerinde çok fazla baskı oluşturmaktadır. Ortaya çıkan genel kanı; bu gelişme ve baskıların mevcut seviyelerdeki sosyal desteklerin sürdürülebilir olmayacağını açığa çıkarmış olduğu yönündedir. Bu nedenle, refah devletlerinin tamamı hem refah devleti sorumluluklarını devam ettirmeye gayret etmekte, hem de bütçelerinde tasarruf sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu konuda farklı gözlemler olsa da, genelde toplumsal risklerin özelleşmesine doğru ve piyasada rekabet eden aktörlerin sosyal hizmetlerin sağlanması için refah hizmetlerinin üretimine çekilmesi ve piyasaların oluşturduğu eşitsizliklerin garantisi olan devlet korumaları ve düzenlemelerinin kaldırılması yönünde bir süreç olduğu açıktır (Giaino, 1999: 968).

Mevcut politik kanı, özellikle sanayileşmiş olan toplumlardaki refah hizmetlerinin, devletler için yavaşlayan ekonomik büyümede yükselen uluslararası rekabet ve beklenmeyen demografik eğilimlerin olduğu bir ortamda oldukça yüksek maliyetli olduğu yönündedir. Gelişmiş olan ve refah hizmetlerinde ileri seviyede olan bu ülkelerin tüm harcamaları kısması ya da

uygulamaları terk etmesi gibi bir seçenekleri pek görünmemektedir. Ancak, devlet üzerindeki sosyal hizmetleri azaltmak, piyasa aktörlerini işin içine katmak ya da sosyal riskleri özelleştirmek gibi refah devleti dayanışması anlayışını kısmen zayıflatacak uygulamaları başlatmış olmaları veya başlatacakları ihtimali söz konusudur. Son yirmi yıl, Avrupa refah devletleri, vatandaşlarını özel sağlık hizmetlerinden yararlanma yönünde teşvik etmesine rağmen, bu amaç gerçekleştirilemediği, özel sağlık sektörünün çok küçük bir ölçeğe sahip olduğu görülmektedir (Özdemir, 2007: 110). Bu konuda yapılan uygulamalara bakıldığında, özellikle gelişmiş olan Almanya, İngiltere ve Amerika’da oldukça basit çözümler ortaya konulmuştur (Giaino, 1999: 968). Bu ülkeler, oturmuş sistemlerine rağmen sağlık reformlarında çok yönlü olarak piyasanın rekabet unsurlarını ve diğer maliyet kontrol unsurlarını sistemin içine çekmek gibi gayretler göstermektedirler. Şekil 1’de OECD ülkelerinin yıllar itibari ile kamu ve özel sektör sağlık harcamaları gösterilmektedir. Özellikle 1980’li yıllardan itibaren kamu sağlık harcamalarında azalma görülürken, özel sektör harcamalarında ise halen devam eden ciddi bir yükseliş trendi başlamıştır.



Bir diğer önemli baskı ise, toplumların son yıllarda daha fazla hastalıklara maruz kalması ve bu hastalıkların çok hızla dünya genelinde yayılıyor olmasıdır. Böyle bir süreç, gelişmiş olan ülkelerin halklarının sağlıkları için sağlık hizmetleri üretmelerini ve Ar-Ge çalışmalarına daha fazla yatırım yapmalarını sağlamaktadır. Özellikle kısa sürede dünyaya yayılabilen bulaşıcı hastalıklar nedeniyle yapılacak düzenlemelerin uluslararası alanda uygulanabilmesi gereklidir. 2006 yılında 2,1 milyar insanın hava yolu ile seyahat etmesinden yola çıkılırsa, muhtemel bir salgın hastalığın hızla başka bölgelere yayılabileceğini hesaplamak zor olmayacaktır (WHO, 2006: 31). Özellikle gelişmiş refah devletlerinin bulaşıcı hastalıklar için yaptığı Ar-Ge çalışmaları da sağlık harcamalarını oldukça artırmakta ve bütçeleri üzerinde yük oluşturmaktadır.

#### 4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMİ

Sağlık sektörü, toplumların geleceğini doğrudan etkilemesi nedeniyle tüm dünya ülkelerinde özellikle 1960'lı yıllardan sonra üzerinde yoğun çalışmalar yapılan önemli bir sektör olmuştur. Dünya'nın birçok ülkesinde sağlık sektörünü geliştirmek için yeni uygulamalar ve sistem değişiklikleri yapılmaktadır. Artık ülkelerin kalkınma endekslerinin içinde sağlığın ayrı bir yeri vardır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin hem ulusal hem de uluslararası olarak geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına önem verilmektedir (Ersöz, 2008: 103).

Beşeri sermayenin asıl kaynağını eğitim oluşturmakla birlikte, toplumun sağlık düzeyi de beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine önemli katkıda bulunan faktördür. Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi vardır. Sağlık hizmetleri ve eğitim, refah devleti uygulamaları altında birbirlerini desteklemekte ve sosyal koruma anlamında tamamlayıcı unsurlar (integral components) olarak görülmektedir (Noy, 2009: 10). Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık

bilinci de yükselmektedir. Bununla birlikte, sağlık düzeyinin gelişimi de artan verimlilik yoluyla ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır (Taban, 2006: 31 )

Toplumun tüm bireylerinin temel ihtiyaç olan sağlık hizmetinden faydalanabilmeleri gerekmektedir. Toplumun bir bireyi, gerekli olan tedaviyi alamaz ve temel olan ihtiyaçları karşılanmazsa, hem birey hem de toplum zorluklara maruz kalacaktır. Öncelikle ve özellikle önleyici sağlık hizmetlerinin eksik olması ve sağlanan sağlık hizmetlerinin yetersiz olması durumunda, bireyler toplum üzerine yük olacaktır. Önleyici sağlık hizmetleri olmadan toplumlar muhtemelen daha maliyetli veya ölümcül olabilecek ciddi hastalıklara maruz kalacaktır. Hasta bir insan, daha az verimli olacak ve hasta olan birey ile ilişkisi olan kişiler hem duygusal hem de fiziksel sıkıntılar ile aynı acıyı hissedebilecektir. Toplumun bir bireyinin sağlığı, diğerlerini etkileyeceği gibi her bir bireyin etkilendiği hastalık genelde tüm topluma zarar verir. Ayrıca, sorunların yaşandığı Dünya'da farklı sosyal ve ekonomik yapıların ve sağlık hizmetlerinde farklı kalitenin var oluşu, ortaya çıkan zorlukları daha da artırmaktadır.

Sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün kontrolü dışındaki sosyal belirleyici faktörlere rağmen, desteklenmesi gereken önemli bir role sahiptir. Sağlıktaki sosyal eşitsizlikler, karmaşık bir şekilde ülkelerin diğer farklı bölgelerinde ve hatta farklı sektörlerinde toplumsal eşitsizliklere sebep olmaktadır. Bu nedenle, kaynakların adil bir şekilde dağılımı, sağlık politikalarını etkileyen faktörlerin sosyal dağılımını da beraberinde getirmektedir (Aasrud, 2009: 87). Şayet, ekonomik statüleri farklı olan bireylerin almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesinin uyumlaştırılması ile ilgili çabalar yapılmaz ise, fırsat eşitliğinin yakalanması da zor olacaktır. Bireyin hedeflerini başarmadaki isabeti ya da hatası geçmişten gelen birikimine (eğitim seviyesi, tecrübe, bilgi birikim) bağlı olacaktır. Bu nedenle, eğitim seviyesi düşük olan Güney ve Doğu Avrupa ülkelerinde sağlık sorunlarının, Anglo-Sakson ülkelerine

göre daha yaygın olduğu görülmektedir (Abrahamson, 2008: 30). Bu anlamda, hükümetler tüm halkın eğitim hizmetleri ile birlikte sağlık hizmetlerinden bireylerin sosyo-ekonomik durumlarından bağımsız olarak gerekli tedaviyi gerekli kalite ile almalarını sağlamalıdır. Sağlık hizmetleri, ilk ve en önemli olması gereken, reddedilemeyen ve hariç tutulamayan özellikleri ile kamu hizmetlerinin bir parçasıdır. Bir diğer anlamda, iyi olmayan insan sağlığı yeni maliyetler ortaya çıkarırken, sağlıklı insanlardan oluşan bir toplumda ise daha fazla ekonomik ve sosyal ve zihinsel gelişme sağlanacaktır.

Aslında, insanlığın sağlığını tehdit eden unsurlar ve hastalıklarla sadece ulusal politikalar ile birlikte mücadele etmek yetmez, ayrıca uluslararası kuruluşların da koordinasyonu gerekmektedir. Küresel işbirliği, birlikte çalışma ve yatırımlar daha güvenli ve sağlıklı bir gelecek için gereklidir. Bunun anlamı, küresel ya da yerel sağlık hizmetlerinden ve güvenliğinden sorumlu olan sivil toplum, uluslararası organizasyonlar, akademi, kamu ve özel finansörler, endüstri ve hükümetler işbirliği içerisinde insan sağlığını tehdit eden felaketlerden kurtulmak için daha fazla çok sektörlü yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir (WHO, 2007: 7).

## 5. ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI VE KARŞILAŞTIRMALARI<sup>1</sup>

### 5.1. Amerika Birleşik Devletleri’nde Sağlık Harcamaları

Amerika’da toplam sağlık harcamaları GSMH’nin %15,3’ü (2007) ve %16 (2008) oranı ile OECD’nin ortalaması olan %8,9 (2007), %9 (2008) oranını 6,4-7 puan geçerek OECD ülkeleri içerisinde en yüksek orana sahip olmuştur. Sağlık harcamalarında Amerika’yı sırasıyla İsviçre, Fransa ve Almanya %11,3-10,7, %11,1-11,2 ve %10,6-10,5<sup>2</sup>

GSMH’ye oranları ile takip etmektedirler. Amerika, kişi başına düşen 6,714 (2007), 7,538 (2008) USD olan toplam sağlık harcamaları yönü ile diğer OECD ülkelerinin oldukça önünde gitmektedir. 2006 yılında 6,714 USD olan bu fark OECD ortalaması olan 2,824 USD’ın iki katından daha fazladır. Norveç kişi başına toplam sağlık harcamalarında 4,501 USD ile ikinci ve Lüksemburg 4,495 USD ile üçüncü ve İsviçre ise 4,150 USD ile dördüncü sıradadırlar. Ülkeler arasındaki sağlık harcamalarındaki farklılıklar, tüketilen sağlık hizmetleri ve ürünlerinin kalitesi, hacmi ve fiyatlarında farklılıkları yansıtabilmektedir. Amerika’da sağlık harcamaları 2000 ve 2006 arasında yıllık ortalama % 5 oranında artış göstererek OECD ortalaması ile aynı büyümeyi gerçekleştirmiştir.

Son on yılda, Amerika’da ilaçlar için yapılan harcamaların oranı 1995 yılında toplam sağlık harcamaları içerisinde % 8,9 iken, bu oran 2006 yılında % 12,6’ya yükselmiştir. Bu oran % 17,6 olan OECD ortalamasının altında kalmıştır. Yine de Amerika, 2006 yılında kişi başına düşen ilaç harcamalarında 843 USD ile en üstte kalmış ve arkasından Kanada, Belçika ve Fransa gelmiştir.

Amerika ve Meksika haricinde diğer tüm OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının ana kaynağı kamu kaynaklarıdır. Amerika’da sadece sağlık harcamalarının % 46’sı hükümet gelirleri ile finanse edilmektedir. Bu oran, OECD ortalaması olan % 73’ün oldukça altındadır. Diğer yandan Amerika’daki toplam sağlık harcamalarının % 36’sı olan özel sağlık sigortaları harcamaları ile OECD ülkelerinin içerisinde en yüksek oranı yansıtmaktadır. Amerika’dan sonra, Kanada ve Fransa % 12’den fazla oran ile özel sağlık sigortaları tarafından ödenen sağlık harcamalarına sahiptir.

Amerika’daki sağlık harcamalarının yüksek seviyelerine rağmen kişi başına düşen

1 Bu başlık altında kullanılan bilgiler, daha çok OECD, WHO ve TC. Sağlık Bakanlığı verileri kullanılarak yazılmıştır.

2 Çalışma güncelleştirildiğinden dolayı eski veriler korunmuş ve 2006 yılı verilerine 2008 verileri eklenmiştir. Bundan sonra arada (-) işareti olan veriler sırasıyla 2006 ve 2008 yıllarını yansıtmaktadır.

doktor sayısı diğer OECD ülkelerinden daha azdır. Amerika'da 2006 yılında her 1000 kişiye 2,4 pratisyen doktor düşerken, bu oran OECD ülkelerinde 3,1 olmuştur. Yine aynı yılda her 1000 kişiye 10,5 hemşire düşerken (OECD ortalamasından biraz yüksek), bu rakam OECD ülkelerinde ortalama 9,7 olarak gerçekleşmiştir. Amerika'da 2006 yılında hastanelerde bulunan yatak sayısı her 1000 kişiye 2,7 adetle, OECD ülkelerinin ortalaması olan 3,9'un oldukça altında kalmıştır. Diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi, Amerika'da kişi başına düşen hastanelerdeki yatak sayısı son 25 yılda 1980 yılındaki 1000 kişiye düşen 4,4 sayısından 2006 yılında 2,7 sayısına düşmüştür. Aşağı düşen bu sayı, hastanelerde hastaların ortalama kalış sürelerinde azalma ve hastanelerde ayaküstü tedavi gören hastaların sayısının artışı ile tutarlı görünmektedir.

OECD ülkelerini sağlık harcamalarına göre sınıflandırdığımız takdirde, Amerika GSMH içerisinde kişi başına % 16 ile en fazla sağlık harcamasına sahip olurken, orta seviyede harcayanlar Fransa %11, Almanya %10, Avustralya % 9 ve düşük seviyede harcayanlar ise Türkiye % 6, Macaristan %7 ve

Finlandiya % 8 oranlarına sahiptir (Abrahamson, 2008: 7). Avrupa ülkeleri orta ve düşük seviyede harcarken Amerika'nın en fazla sağlık harcamalarına sahip olan ülke olduğunu belirtebiliriz.

## 5.2. Almanya Sağlık Harcamaları

Almanya'da toplam sağlık harcamaları 2006 yılında GSMH'nin % 10,6'sı ve 2008 yılında ise % 10,5'ine denk gelmektedir. Bu oran, % 8,9-9 (2007-2008) olan OECD ortalamasının 1,7-1,5 puan üzerindedir. Sadece Amerika (%15,3-16), İsviçre (%11,3-10,7) ve Fransa (%11,1-11,2) GSMH oranları ile Almanya'dan fazla sağlık harcamalarına tahsisat yapmışlardır. Bununla birlikte, Almanya 2006 yılında kişi başına düşen sağlık harcamalarında OECD ülkeleri içerisinde 3,371 USD ile onuncu sırayı almıştır. 2006 yılında sağlık harcamalarında OECD ortalaması olan 2,824 USD'nin de üstünde kaldığı görülmektedir.

Almanya'da sağlık harcamaları 2000 ve 2006 yılları arasında yıllık ortalama % 1,4'lük bir artış göstermiştir. Bu oran ile Almanya, OECD ülkeleri arasında 2000 ve 2006 arasında en az artış oranına sahip olan ülke un-

**Tablo 1**

Ülkelerin Sağlık Harcamalarının Oranları, %

	Toplam Harcamalar % GSMH, 2006-2008	Toplam Kamu Harcamaları % GSMH	Toplam Özel Sek. Harcamaları % GSMH
ABD	15.3\16	7.0	8.3
Fransa	11.1\11.2	8.9	2.3
Almanya	10.6\10.5	8.1	2.4
Danimarka	9.5\9.7	7.6	1.5
Hollanda	9.3\9.9	7.6	1.7
İsveç	9.2\9.4	7.5	1.7
Yunanistan	9.1\9.7	5.6	3.5
OECD	8.9\9.0	6.8	2.5
Avustralya	8.8\8.5	5.9	2.9
Norveç	8.7\8.5	7.3	1.4
İngiltere	8.4\8.7	7.3	1.1
Macaristan	8.3\7.3	5.9	2.4
Finlandiya	8.2\8.4	6.2	2.0
Türkiye	5.7\6.0*	4.1	1.6

Kaynak: OECD'nin 2008 ve 2010 Yılı Sağlık Sektörü Verilerinden Derlenmiştir

\* 2007 yılına ait oranı yansıtmaktadır



vanını almıştır. Sağlık harcamalarında OECD ülkeleri içerisinde ortalama büyüme oranı 2000 ve 2006 arasında % 5 olmuştur. Almanya’daki sağlık harcamalarında nispeten düşük olan büyüme oranının sebebi, kısmen sağlık reformları bağlamında sunulan maliyet azaltma önlemleri olmaktadır.

Almanya’da 2006 yılında ilaçlar için yapılan harcamaların oranı, OECD ülkelerinin ortalama oranı olan % 17,6’nın altında kalarak toplam sağlık harcamalarının % 14,8’ine denk gelmiştir. Birçok OECD ülkesinde olduğu gibi, ilaç harcamaları için tahsis edilmiş olan sağlık harcamaları içindeki oran son 10 yılda Almanya’da az da olsa bir artış göstermiştir.

Almanya’da 2006 yılında sağlık harcamalarının % 77’si devlet tarafından karşılanmıştır. Bu oran % 73 olan OECD ülkelerinin ortalamasının biraz üzerinde kalmayı başarmıştır. Kamu harcamalarında % 91 ile Lüksemburg en yüksek orana ve İskandinav (Danimarka, Norveç, İzlanda ve İsveç) ülkeleriyle beraber Çek Cumhuriyeti, İngiltere ve Japonya ise ortalama olarak % 80 ile nispeten yüksek oranlara sahiptir.

Almanya’da 2006 yılında her 1000 kişiye 3,5 pratisyen doktor düşerken, bu sayı aynı yıl OECD ülkelerinde ortalama 3,1 olmuştur. Almanya, her 1000 kişiye düşen 9,8 hemşire ile OECD ortalaması olan 9,7’nin biraz üstündedir. Hastanelerde bulunan yatak sayısı 2006 yılında her 1000 kişiye 6,2 iken OECD ortalaması olan 3,9’un oldukça üstündedir. Diğer OECD ülkelerinin çoğunda olduğu gibi, kişi başına düşen hastanelerdeki yatak sayıları zaman içerisinde düşmüş ve bu durum hastanelerde hastaların ortalama kalma sürelerinin azalması ile kendini göstermektedir.

### 5.3. İsveç Sağlık Harcamaları

İsveç’te toplam sağlık harcamaları 2006 yılında GSMH’nin % 9,2’sine ve 2008 yılında % 9,4’üne denk gelirken, bu oran OECD ortalaması olan % 8,9-9’un (2006-2008) biraz üzerinde kalmıştır. İsveç, 2006 ve 2008 yıllarında OECD ülkeleri içerisinde 3,202-3,470 USD ile kişi başına düşen sağlık harcamala-

rında 2,824-3,060 (OECD Irdes, 2010) USD olan OECD ortalamasının üzerinde kalmıştır. İsveç’te sağlık harcamaları 2000 ve 2006 yılları arasında yıllık ortalama % 4,7 artış göstermiştir. Bu artış oranı % 5 olan OECD ortalamasının biraz altında kalmıştır.

Son yıllarda meydana gelen ilaç harcamalarındaki artış, birçok OECD ülkesinde toplam sağlık harcamalarındaki artışa neden olan faktörlerden biri olmuştur. 2006 yılında İsveç’in toplam sağlık harcamaları içerisindeki ilaç harcamalarının oranı olan % 13,3 ile OECD ortalaması olan % 17,6’nın kısmen altında kalmıştır.

İsveç’te 2006 yılında sağlık harcamalarının % 81,7’si devlet tarafından karşılanmıştır. Bu oran OECD ortalaması olan % 73’ün üzerinde gerçekleşmiştir. Mevcut oranın yüksek olmasının en önemli nedeni, İsveç’in bir İskandinav ülkesi olarak refah devleti uygulamalarına önem vermesi neticesinde devletin sağlık harcamalarındaki ve uygulamalarındaki rolünü artırmıştır.

İsveç, sağlık sektöründe diğer OECD ülkelerine göre daha fazla sağlık profesyoneli istihdam etmektedir. İsveç’te 2005 yılında her 1000 kişiye 3,5 pratisyen doktor düşerken bu oran OECD ülkelerinde ortalama 3,1 olmuştur. Ayrıca İsveç’te, her 1000 kişiye 10,7 hemşire düşerken OECD ülkelerinde sayı 9,7 olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, hastanelerdeki yatak sayısı 2006 yılında her 1000 kişiye 2,2 sayısında kalırken, OECD ülkelerinde ortalama sayı olan 3,9 sayısı, İsveç’in ortalama sayısına göre oldukça yüksek çıkmaktadır. Diğer OECD ülkelerindeki gibi İsveç’te de hastanelerde hastaların yatılı kalma süreleri zaman içerisinde oldukça azalmıştır.

### 5.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Harcamaları

Türkiye’deki sağlık politikalarında son yıllarda değişim yaşanmıştır. Sağlık reformu çalışmaları 1990’lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı ve paralel biçimde, ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün finansal, ideolojik, teknik

Tablo 2

## Ülkelerin Hastane Durumları

	Doktor sayısı/1000 kişi	Hemşire sayısı/1000 kişi	Yatak sayısı/1000 kişi
ABD	2,4	10,5	2,7
Almanya	3,5	9,8	6,2
Danimarka	3,6	15,3	3,1
İsveç	3,5	10,7	2,2
OECD	3,1	9,7	3,9
İngiltere	2,5	11,9	2,2
Yunanistan	5,0	3,3	3,9
Finlandiya	2,7	8,3	3,1
Türkiye	1,6	2,1	2,5

Kaynak: OECD'nin 2008 Yılı Sağlık Sektörü Verilerinden Derlenmiştir

katkıları ve belirleyiciliğinde başlatılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile SSK, Bağkur ve Emekli Sandığı Kurumları Sosyal Güvenli Kurumu (SGK) adı altında tek bir şemsiye altında birleştirilmiştir. Aynı zamanda devlet hastaneleri ve SSK hastaneleri birleştirilmiş ve özel hastanelerden faydalanma imkânı sağlanmıştır. Sigortalıların tüm eczanelerden ilaç edinebilmesi sağlanmış ve aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Bilgi ve iletişim teknolojilerine yatırım yapılarak kırsal alana ulaşabilme, ortak veritabanı kullanma ve kurumlar arası uyum ve eş zamanlı bilgi akışı sağlanmıştır (Koçak, 2011, 56). Böylece, bilgi akışının hızlı ve güvenilirliği gibi imkânlar sayesinde sağlık hizmetleri hem hizmet alan hem de veren tarafında düzenlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile ilk önce sağlık hizmetlerinin tüm halka sosyal politika ve refah devleti anlayışı ile ulaştırılması ve bir sonraki aşamada ise sağlık hizmetlerinde rekabetçi bir yapıya sahip olarak uluslararası alanda döviz girdisi sağlamak hedeflenmiştir (Akdağ, 2009: 8). Bu yatırımlar sayesinde, önceki dönemlere kıyasla sağlık harcamalarında dikkat çekici artışlar gerçekleşmiştir. Bu yatırımlar ile halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin artışı beklenirken, ayrıca performansa dayalı ücret sistemine geçilmesi neticesinde sağlık personelinin de performansının artırılması hedeflenmiştir (OECD, WB, 2008: 47). İlave olarak, toplam içinde özel hastanelerin ora-

nının %20,21'den %24,3 çıkması, rekabet ve kalitenin artması, beraberinde halkın sağlık hizmetlerine ulaşımını ve memnuniyetini artırmıştır (Sulku, 2011: 2). Halkın sağlık hizmetlerindeki gelişmelerden (Sağlıkta Dönüşüm Projesi) memnuniyeti % 85 civarında gerçekleşirken, sağlık çalışanlarının memnuniyetleri ise % 45 civarında gerçekleşmektedir (Koçak, 2011: 81). Özellikle yardımcı sağlık çalışanlarının (hemşire, laborant v.d.) doktorlar ile aralarındaki ücret farklılıkları ve çalışma şartlarından ve doktorların ise yoğun çalışmalarından dolayı SDP'den memnun olmadıkları görülmektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının önemli bir kısmı ise SDP'nin kamu yararı, toplumsal süreklilik ve bütünlüğü amaçlaması yerine sağlık hizmetlerinin "ekonomik bir süreç" içerisinde olduğu yaklaşımını sergilemektedir. Bu anlamda, yeni liberal politikaların, önemli bir insan hakkı olan sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi sürecinde etkisine de vurgu yapılmaktadır (Eskiocak, 2010: 107).

2003 yılında başlayan ve 2013 yılına kadar sürmesi öngörülen Sağlıkta Dönüşüm Projesi Türk sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan aşağıdaki sorunlarını ele almak için düzenlenmiştir (OECD, 2008):

- i) Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları,
- ii) Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakka-

niyetsizlikler,

iii) Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı,

iv) Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirliktir.

2000–2008 arasında sağlık harcamalarında kişi başı oran yıllık ortalama % 6,5 artarken, kişi başı milli gelir % 3,5 artmıştır. OECD ortalaması ise sırasıyla % 4,2 ve % 2,2 gerçekleşmiştir. Ancak bu gelişmelere rağmen 2008 yılı itibariyle OECD’de sağlık harcamalarının milli gelire oranı % 9 iken, Türkiye’de bu oran % 6 olmuştur (Koçak, 2011: 56). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın bütçesinin GSMH’ya oranı 1999’da (% 0,77), 2000’de (% 0,68), 2003’de (% 0,81), 2006’da (% 1,13) ve 2008 yılında ise (% 1,18) olarak gerçekleşmesi, Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin bütçeye getirdiği artan yükü yansıtmaktadır (SB, 2010: 119). Üstte yer alan Grafik 1’de, sağlık politikalarında yapılan düzenlemeler ve politikaların bebek ölüm oranlarına hızla yansıdığı görülmekle birlikte, daha az da olsa düşme sürecinin 1998 yılında başladığı belirtilebilir. Birey ve toplum sağlığını ilgilendiren diğer bir konu olan sigara içme oranları, son yıllarda yapılan yasal düzenlemeler sayesinde erkeklerde

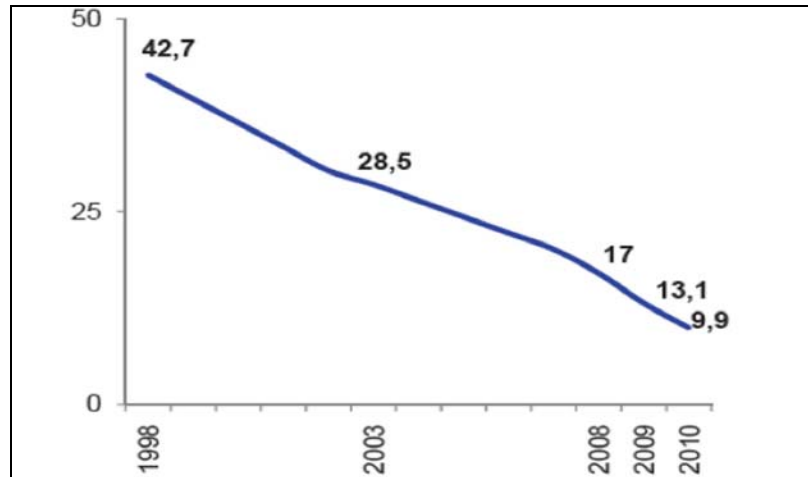
% 35, kadınlarda ise % 57 oranında azalmıştır (Eurostat, 2010). Ayrıca Grafik 2’de görüldüğü gibi 1995 ile 2010 yılları arasında önleyici ve birincil sağlık hizmetlerine dönük Sağlık Bakanlığı bütçesinden yapılan tahsisatlar üç katına yakın bir artış göstermiştir.

AB’ne tam üyeliğe aday olan Türkiye’nin sağlık göstergeleri ile AB ülkelerinin sağlık düzeyi ölçütlerinin incelenmesi konusunda sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması için milli gelirden sağlığa ayrılan payın yükseltilmesi gereklidir (Ersöz, 2008, 103). 2005 yılında toplam sağlık harcamaları Şekil 2’de görüldüğü gibi GSMH’nın % 5,7’sine tekabül ederken, bu oran 2007 yılında % 6’ya karşılık gelmektedir. 2007 oranı OECD ülkelerinin ortalaması olan % 9’un oldukça altında kalmaktadır. Ekonomide 2006 yılı GSMH’nın % 15,3 ve % 16’sı (2008) oranında bir rakamı sağlık harcamaları için tahsis eden Amerika ile karşılaştırıldığında aradaki farkın oldukça fazla olduğu görülmektedir. Amerika’yı İsviçre % 11,3-10,7, Fransa % 11,1-11,2 ve Almanya ise % 10,6-10,5 ile takip etmektedir.

Sağlık harcamaları gelirin artması ile doğru orantılı olarak artış göstermektedir. OECD ülkeleri kişi başına düşen milli gelir oranları ile doğru orantılı olarak sağlıkta

**Grafik 1**

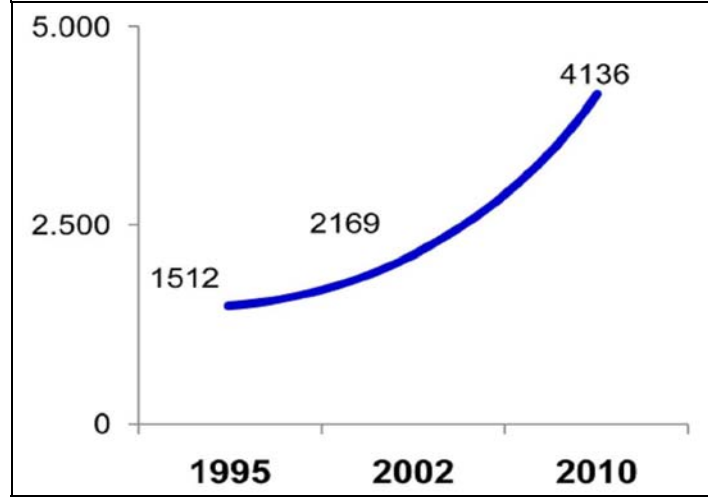
Yıllara Göre Bebek Ölüm Oranları, (Binde)



**Kaynak:** Ekmen, 2011: 12

Grafik 2

Önleyici ve Birincil Sağlık Hizmetlerine Bütçeden Tahsis, (Milyon TL)



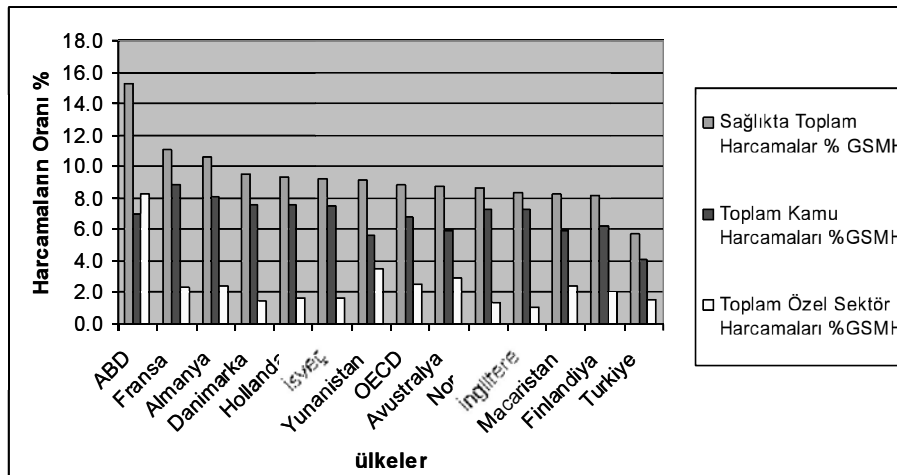
Kaynak: Ekmen, 2011: 5

fazla harcama yapma eğilimindedirler. Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisinde en düşük kişi başına düşen milli gelire sahip olduğu göz önünde bulundurulursa, 2005 yılında 591 USD ve 2007 yılında 767 USD ile OECD ülkeleri arasında kişi başına düşen en düşük sağlık harcamalarına sahip olması hiç şaşırtıcı olmamaktadır. Ancak, bu harcamanın 1992 yılında 176 USD, 1996 yılında 215 USD,

1997 yılında 250 USD, 1998 yılında da 295 USD olarak gerçekleşen rakamların, 2007 yılındaki 767 USD ve 2008 yılındaki 818 USD ile karşılaştırılınca arada ciddi bir farkın ve yükselişin olduğu görülmektedir (TÜBİTAK, 2009; OECD Turkey, 2010). Ancak, kişi başına düşen sağlık harcaması OECD ülkelerinde ortalama olarak 2,824 USD (2006 yılı), 3,060 USD (2008 yılı) ve Amerika'nın

Şekil 2

Ülkelerin Sağlık Harcamalarının GSMH Oranları, 2008

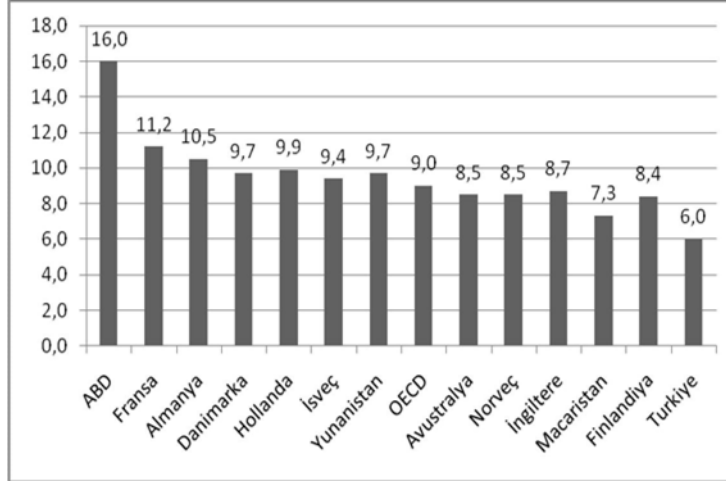


Kaynak: OECD'nin 2008 Yılı Sağlık Sektörü Verilerinden Derlenmiştir



Şekil 3

Ülkelerin Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH Oranları, 2010



Kaynak: OECD'nin 2010 Yılı Sağlık Sektörü Verilerinden Derlenmiştir

kişi başı sağlık harcaması olan 6,714 (2006 yılı), 7,538 (2008 yılı) USD göz önünde bulundurulursa, Türkiye ile arada büyük bir farkın varlığından bahsedebiliriz.

Bununla birlikte, Türkiye’de sağlık harcamaları 2000 ve 2006 yılları arasında yıllık ortalama % 7,6 büyüme oranı ile OECD ülkeleri arasında en hızlı büyüyen ülke unvanını almıştır. Bu oran, OECD’nin aynı yıllarda büyüme oranı olan yıllık % 5’ten önemli bir biçimde yüksektir. Ancak, 2007-2008 yılları arasında ise sağlık harcamalarındaki artış % 1,6 olurken, aynı dönemde OECD ortalama artışı % 4,81 gerçekleşmiştir (OECD İrdes, 2010). Türkiye’de 2005 yılında sağlık harcamalarının % 71’i devlet tarafından finanse edilmiştir. Bu oran % 73 olan OECD ortalamasının çok az altındadır. Her ne kadar ortalamanın altında bile olsa, Türkiye’nin sahip olduğu bu oran son beş yılda önemli oranda artış göstermiştir. 2000 yılında % 63 olan sağlık harcamalarındaki devlet katkısı, 2005 yılında % 71’e çıkmıştır. Türkiye ile kıyaslandığında, Meksika % 44 ve Amerika % 46 oranları ile sağlık harcamalarında devletin en düşük katkısının olduğu ülkelerdir. İskandinav ülkeleri, İngiltere ve Japonya % 80 oranları ile nispe-

ten yüksek devlet katkısına sahiptirler.

Özel sağlık harcamaları bölgelere göre farklılıklar arz etmektedir. Batı bölgelerinde toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamaları oranı % 27,56 iken, bu oran doğuda % 40,58 ve güneyde ise % 43,81’dir. Bu durum, Batı Bölgelerinde nüfusun büyük kısmının sosyal sigortalar kapsamında olması ve bu bölgelerdeki halkın eğitilmiş ve sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda daha bilinçli olması ile açıklanabilir. Doğu’da nüfusun büyük kısmının işsiz ve eğitimsiz olması sosyal sigortalar kapsamı dışında kalmalarına yol açmakta ve sağlık hizmetlerini özel kurumlardan elde etmelerine neden olmaktadır. Bununla birlikte, kamunun Doğu’ya yeterli sağlık hizmetlerini ulaştırmaması da bir diğer neden olmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nun hane halkı araştırmasından elde ettiği verilere göre, kentsel alanda nüfusun % 34,1’i, kırsal alanda ise % 42’sinin sağlıkla ilgili sosyal güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir. Türkiye’de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı % 35,5 olarak gerçekleşirken, OECD ülkelerinde bu oran % 20’nin altında ve AB ülkelerinde ise % 16 olarak gerçekleşmiştir (Pala, 2007: 36). İlaç

harcamalarının yüksek olması, Türkiye koruyucu hekimlik uygulamasının ne kadar önemli olduğunu ve halk sağlığımızı mutlaka gelişmiş ülkelerin seviyelerine çıkaramamız gerektiğini göstermektedir.

Türkiye, son yıllarda artan doktor sayısına rağmen, OECD ülkeleri arasında kişi

başına düşen en düşük sayıda doktor sayısına sahip ülkedir. 2006 yılında, Türkiye her 1000 kişiye düşen 1,6 doktor sayısı ile OECD ortalaması olan 3,1'in yarısına yakın bir ortalamaya sahip olmuştur. Benzer bir şekilde, 2006 yılında her 1000 kişiye düşen 2,1 hemşire sayısında da OECD'nin ortalama sayısı

Tablo 3

## OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Yıllık Büyüme Oranı (%)

OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Yıllık Büyüme Oranı (%)							GSMH'YE Oranı (%)			Kişi Başı Har.(USD)
	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2000	2005	2006/2007	2006/2007
Avustralya	5.7	5.5	3.6	5.7	2.2	..	8.3	8.8	8.8\8.5	2999\3353
Avusturya	1.3	1.6	2.4	3.3	2.2	1.5	9.9	10.3	10.1	3606
Belçika	2.0	4.2	17.7	5.0	1.7	0.3	8.6	10.7	10.4	3488
Kanada	7.3	6.3	3.9	3.1	3.7	4.1	8.8	9.9	10.0	3678
Çek Cum.	4.6	7.9	8.8	0.9	5.5	0.9	6.5	7.1	6.8	1490
Danimarka	4.3	2.8	6.2	3.4	3.3	4.6	8.3	9.4	9.5\9.7	3349\3540
Finlandiya	5.3	7.3	7.2	4.9	5.7	3.3	7.0	8.3	8.2\8.4	2668\3008
Fransa	3.2	4.1	10.0	3.5	3.1	1.6	9.6	11.2	11.1\11.2	3449\3696
Almanya	2.7	1.9	1.3	-1.2	1.8	1.8	10.3	10.7	10.6\10.5	3371\3737
Yunanistan	12.7	2.3	8.8	1.1	12.7	6.0	7.8	9.0	9.1\9.7	2483\2687
Macaristan	7.3	10.2	15.4	2.1	8.0	1.7	6.9	8.5	8.3\7.3	1504\1437
İzlanda	2.2	8.9	4.7	2.6	2.4	1.1	9.5	9.4	9.1	3340
İrlanda	17.3	9.3	6.6	6.9	16.3	-2.5	6.3	8.2	7.5	3082
İtalya	3.7	2.0	0.1	5.3	3.3	2.7	8.1	8.9	9.0	2614
Japonya	3.6	0.5	2.9	2.2	3.4	..	7.7	8.2	8.2	2474
Kore	18.6	4.6	9.3	6.1	13.5	12.8	4.6	6.0	6.4	1480
Lüksemburg	11.6	11.2	13.9	12.4	0.2	-0.5	5.8	7.8	7.3	4303
Meksika	7.3	4.1	4.4	6.1	2.0	7.3	5.6	6.4	6.6	794
Hollanda	6.3	7.0	6.5	3.1	-1.7	4.0	8.0	9.2	9.3\9.9	3391\4063
Y. Zelanda	5.1	9.4	1.4	10.8	7.7	6.3	7.7	8.9	9.3	2448
Norveç	6.6	12.9	3.3	0.1	-3.2	-2.2	8.4	9.1	8.7\8.5	4520\5003
Polonya	7.4	9.7	2.3	4.7	3.8	6.0	5.5	6.2	6.2	910
Portekiz	1.7	2.8	7.0	4.4	2.9	1.3	8.8	10.2	10.2	2120
Slovakya	3.6	6.2	8.9	30.0	4.2	..	5.5	7.1	7.1	1130
İspanya	4.0	2.9	15.9	3.8	4.8	4.9	7.2	8.3	8.4	2458
İsveç	10.1	6.5	3.1	1.8	2.8	4.0	8.2	9.2	9.2\9.4	3202\3470
İsviçre	5.5	3.5	2.9	3.0	1.7	2.7	10.3	11.4	11.3	4311
Türkiye	5.8	12.0	7.8	8.5	4.0	..	4.9	5.7	5.7\6.0	591\767
İngiltere	5.7	4.5	3.7	7.3	3.9	5.4	7.2	8.2	8.4\8.7	2760\3129
Amerika	6.1	7.2	5.8	3.9	3.2	3.5	13.2	15.2	15.3\16	6714\7538
<b>Ortalama</b>	<b>7.2</b>	<b>5.8</b>	<b>5.5</b>	<b>3.3</b>	<b>4.5</b>	<b>3.1</b>	<b>7.8</b>	<b>8.9</b>	<b>8.9\9.0</b>	<b>2824\3060</b>

Kaynak: OECD'nin 2008 ve 2010 Yılı Sağlık Sektörü Verilerinden Derlenmiştir

olan 9,7'nin çok fazla altında kalmaktadır. Dünya’da gelişmiş refah devletlerinde hemşire sayısının doktor sayısının en az 2-3 katı olduğu (Pala, 2007: 35) ortaya konulursa, yardımcı sağlık personeli açığının çok fazla olduğu görülmektedir. Yine bu paralelde, Türkiye’de 2006 yılı itibari ile her 1000 kişiye düşen hastane yatak sayısı 2,5 iken bu oran OECD ortalaması olan 3,4 adet ile yatak sayısının oldukça altında kalmıştır.

Tablo 3’te OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının yıllık büyüme ve GSMH’ya oranları ve kişi başına düşen harcamalar ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir. Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcamaları, diğer ülkelere göre dikkat çekici bir oranda artış göstermiştir. Bu harcamalar OECD ortalamasının altında kalsa da, artış oranları hem OECD ortalamasının hem de önemli refah devletlerinin üzerinde gerçekleşmiştir.

## Sonuç

II. Dünya Savaşı’ndan sonra dünyada ortaya çıkan refah devletleri, vatandaşlarının ekonomik, sosyal ve kültürel taleplerine olumlu karşılık vermişlerdir. Toplumların sosyal, ekonomik ve kültürel faaliyetlerin içerisinde bulunabilmesi için mutlaka sağlıklı ve iyi eğitilmiş olması gerektiğinden, refah devletleri bu alanlara milli gelirlerinin önemli oranlarını tahsis etmişlerdir. 1970’li yıllarda başlayan yeni liberal politikalar ve küreselleşme ile ortaya çıkan rekabet edebilme olgusu neticesinde ülkeler refah harcamalarını yük olarak görmeye başlamıştır. Fakat özellikle sağlık hizmetleri, ülkelerin geleceğini tayin eden bir unsur olduğu için hem bu hizmetlerden vazgeçememek, hem de ortaya çıkan sağlık harcamalarının bütçe üzerinde getirdiği yükü azaltmaya çalışmak, 1970’li yıllardan sonra paradoksal bir durum olarak karşılına çıkmıştır. Amerika’da sağlık harcamalarında devletin ve özel sektörün ağırlığı aşağı yukarı birbirine eşit durumda olmasına rağmen, gelişmekte olan Türkiye ve gelişmiş olan diğer refah devletlerinde devletin ağırlığı özel sektörün birkaç katı büyüklüğündedir. Ülkelerin sağlık harcamalarında devletin ağırlığını azaltmak ve riskleri

paylaşmak için bu süreçte karşılaşacakları üç yol vardır. Birincisi, devletin özel sektörden sağlık hizmetlerini satın alması, ikincisi ise devletin sağlık hizmetleri veren özel sektör kuruluşlarını gerek vergi gerekse yatırım indirimleri ile teşvik etmesidir. Üçüncü yol ise, her iki uygulamanın bir arada gerçekleştirilmesidir. Bunlara ilave olarak, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, ilerlemenin kaynağının sağlıklı nesiller olduğunu iyi bildiklerinden, sağlıklı yaşamın gerektirdiği mevcut şartları daha da iyileştireceklerdir. Bu anlamda hükümetler hem kamu hem de özel sektör aracılığıyla koruyucu hekimlik ve önleyici sağlık çalışmalarına daha fazla önem vererek, hastalıkların azaltılması yoluyla sağlık harcamalarının azalmasını sağlayacaklardır.

Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülkede, sağlıklı toplum yetiştirme adına hem devletin hem de özel sağlık kuruluşlarının sağlık hizmetlerine yaptıkları yatırımların artırılması ve 767 (2007) USD ve 818 (2008) USD olan kişi başına düşen sağlık harcaması miktarının gelişmiş ülkelerin düzeylerine çıkarılması ile daha sağlıklı kuşakların yetişmesi mümkün olacaktır. 2000’li yıllardan sonra sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen yatırımlar ve yapılan satın almalar ile özel sektörün bu hizmetlere doğru çekilmesi süreci devam ettiği sürece sağlık sektöründe var olan büyüme ivmesi devam edecektir. Ancak, bu süreçte özel sağlık kuruluşlarından alınan vergilerin azaltılması ve yatırımların teşvik edilmesi uygulamaları ile birlikte devletin sağlık hizmetlerini hem düzenlemesi ve sunması ve hem de satın almasına paralel bir şekilde sürdürülmesi, özel sektörde olabilecek risklere karşı vatandaşlarının korunabilmesi amacıyla daha anlamlı olacaktır.

**Kaynakça**

- Aasrud, Rigmor, (2009), "Health systems' impact on social determinants of health", Sage Publications, Global Health Promotion 2009; 16; 88.
- Abrahamson, Peter (2008) *Welfare States and Public Health: An International Comparison*, University of Copenhagen.
- Akdağ, Recep, (2009), *Health Transformation Program in Turkey, Progress Report*, Ministry of Health, MoH Publication No: 749
- Albertini, M., Kohli, M. and Vogel, C., (2007) "Intergenerational transfers of time and money in European families". *Journal of European Social Policy*, v.17, ss. 319-334
- Arts, Wil and John Gelissen, (2002), *Three worlds of welfare capitalism or more ? (Esping-Andersen, G.) A state-of-the-art report*, *Journal of European Social Policy*, pp. 137-159
- Braun, Dietmar and Fabrizio Gilardi, (2011), "The diffusion of health care reforms in OECD countries", [http://www.unil.ch/webdav/site/iep/users/epibiri1/public/projet\\_sante.pdf](http://www.unil.ch/webdav/site/iep/users/epibiri1/public/projet_sante.pdf), Çevrimiçi 22.06.2011.
- Coyle, Eddie, (2008), *The NHS and Public health, Welfare State*
- Ekmen, Azmi, (2011), *Reducing Health Inequalities in Turkey within the Scope of Health Transformation Program, Meeting of Expert Group on Social Determinant and Health Inequalities, Luxembourg*
- Ersöz, Filiz, (2008), "Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi", *İstatistikçiler Dergisi*, 2, ss. 95-104
- Eskiocak, Muzaffer, (2010), "Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Geldiği Durum", 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Sağlıkta Eşitsizlikler, 18-22 Ekim 2010, Konuşma Metinleri Kitabı
- Esping-Andersen, G., (2007a), "More inequality and fewer opportunities? Structural determinants and human agency in the dynamics of income distribution". pp. 216-251 in D. Held and A. Kaya, eds. *Global Inequality*. Cambridge: Polity Press
- Eurostat, Eurostat Statistic Databases, (2010), *OECD Health Data 2010 ve Dünya Sağlık Örgütü 2010 yılı verilerinden derlenmiştir*
- Everts-Wagenaar, Saskia,, (2010 ), *The American Health Care System at a crossroads: The American health care debate since FDR*, MA Thesis, American Studies Program, Utrecht University.
- Gaiimo, Susan ve Philip Manow, (1999), "Adapting the Welfare State: The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States", Sage Publications, *Comparative Political Studies*, Vol. 32 No. 8, pp. 967-1000
- Halvorsen, Rune, (2004), "The Role of NGOs in the New Social Europe", Department of Sociology and Political Science, NTNU, Norway, p. 2.
- Kim, Hyeyoung, "Discuss the impact of non-governmental organizations (NGOs) and their limits and opportunities in relation to social development and civil society, making particular reference to examples from a selected country or countries", *Social Policy Analysis, SLSP 5112*, South Korea, pp. 16-22.



- Koçak, Orhan, Davut Tiryaki, (2011), “Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği”, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Yıl:10, Sayı:19, ss.51-84
- Krislov, Samuel, (2006), “Can the Welfare State Survive in a Globalized Legal Order”, The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, pp. 54-79
- Noy, Shiri (2009) The Welfare State and Health Spending: A Comparative Analysis of Social Spending and Public Health Expenditure in Latin America and the OECD.
- OECD, (2005), Health Data 2005
- OECD, (2009), OECD Economic Outlook Interim Report 2009
- OECD, (2008), OECD Health Data 2008, www.oecd.org/health, Çevrimiçi 21.04.2009
- OECD, (2010), OECD Health Data 2010, How Does Turkey Compare, www.oecd.org/health, Çevrimiçi 20.04.2011
- OECD Irdes, (2010), Health Data 2010, OECD Health Data 2010 - Frequently Requested Data, Updated version
- OECD, WB, (2008), OECD Türkiye Sağlık Sistemi İncelemeleri, OECD, World Bank, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri-OECD ve IBRD/Dünya Bankası
- Özdemir, Süleyman, (2007), Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, Genişletilmiş 2. Baskı, Yayın No: 2007-57, İstanbul
- Pala, Kayıhan, (2007), “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?”, Bursa, Bursa Nilüfer Belediyesi
- Rivett, Geoffrey, (2011), National Health Service History, <http://www.nhshistory.com/shorthistory.htm>, Çevrimiçi 22.06.2011
- Rothstein, Bo, (2001), “The Universal Welfare State As A Social Dilemma”, Rationality and Society, 2001; 13; 213
- Sağlık Bakanlığı (SB), (2010), Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Başkanlığı, Yayın No:790- SB-HM-2010-23
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Kurumları Yıllık İstatistikleri, (2009), <http://www.saglik.gov.tr>, Çevrimiçi 25.04.2009
- Signild, Vallgarda, (2007), “Public health policies: A Scandinavian model?”, Scandinavian Journal of Public Health, v. 35, pp. 205–211
- Sulku, Seher Nur, (2011), “The impacts of health care reforms on the efficiency of the Turkish public hospitals: Provincial markets”, MPRA Paper No. 29598
- Taban, Sami, (2006), “Türkiye’de Sağlık Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”, Sosyo Ekonomi, Temmuz – Aralık, 2006-2, 060202, ss. 31-46
- Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), (2009 ), “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı”, [http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/EK-18.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-18.pdf), Çevrimiçi 20.04.2009
- Veit, John, Wilson, (2000), “States of Welfare: A Conceptual Challenge”, Social Policy & Administration, Vol. 34, No. 1, March 2000, pp, 1-25
- Whitehouse, (2009), President Obama Addresses Joint Session of Congress Tuesday, February 24, 2009, [http://www.whitehouse.gov/the\\_press\\_office](http://www.whitehouse.gov/the_press_office), Çevrimiçi 30.04.2009

Whitehouse, (2011), Healthcare, Health Reform in Action, About the Law, <http://www.whitehouse.gov/health-reform/healthcare-overview#healthcare-menu>, Çevrimiçi, 17.05.2011

World Health Organization (WHO), (2007), A Safer Future Global Public Health Security in the 21st Century, World Health Report 2007

World Health Organization (WHO) (2006) Working Together For Health, World Health Report

---