

SAĞLIK HARCAMALARI VE GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Kerem KARABULUT*

Özet: Bu çalışma ile, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık harcaması göstergeleri ve bunlara bağlı olarak sağlık göstergelerinin nasıl değiştiğine bakılmıştır. Ayrıca, düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerin genel yapıları kısaca belirtilmiş ve her gruptan örnek bir ülke ele alınmıştır.

I. Giriş

Ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel yapılarına bağlı olarak sağlık göstergeleri de farklılık arz etmektedir. Sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayıran, hastalık durumunda modern tıp tekniklerinden yararlanmayı tercih eden ve eğitime önem veren toplumların sağlık göstergelerinin de daha iyi olduğunu görmekteyiz. Diğer taraftan, sağlık göstergelerindeki iyileşme sonucu daha sağlıklı bir toplumla daha fazla üretim yapmak mümkün olmaktadır. Böylece, ekonomik durumun sağlığı sağlığın da ekonomik durumu etkilediği karşılıklı bir ilişki ortaya çıkmaktadır.

II. Nüfus ve Sağlık Harcaması Arasındaki Dengesizlikler

1990'lı yıllarda dünyada yaklaşık 200 ülkede 5 milyardan fazla insan yaşamaktadır. 1990 yılı itibarıyla bu 5 milyar insan için 1.702 milyar dolar sağlık harcaması yapılmıştır. Ancak, yapılan sağlık harcamasının nüfusa göre dağılımına bakıldığında oldukça orantısız bir durum ortaya çıkmaktadır. Örneğin ABD, dünya nüfusunun yaklaşık %5'ine sahip olmasına rağmen, toplam dünya sağlık harcamasının yaklaşık %40'ına sahiptir. Diğer taraftan, Çin 1,2 milyar nüfusuyla dünyanın en büyük ülkesi olmasına rağmen, sağlık harcaması açısından dünya toplamının yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. 1990 yılında ABD'de kişi başına yapılan sağlık harcaması, dünya ortalamasının yaklaşık 10 katı kadardır. Çin'de yapılan kişi başına sağlık harcamasının ise 250 katıdır (Getzen, 1997: 415).

Bütün bunlara rağmen, yapılan daha fazla sağlık harcamasıyla ne kadar ilave doktor, hastane, ilaç ve teknolojik olarak ileri düzeyde ekipman oluşturulmuşsa sağlık alanında o kadar çok ilerleme kaydedilecektir. Aksi takdirde, yapılan harcamaların sağlık düzeyinde hiçbir değişiklik yapmaması durumu ortaya çıkar. Daha açık ifadeyle, yapılan ekstra sağlık harcamalarının

* Yrd. Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi İİBF İktisat Bölümü.

yaşam yıllarını kaç yıl uzattığı, ölüm ve hastalık oranlarında ne kadar azalma yaptığı önemlidir.

Ülkeler arasındaki nüfus, ekonomik büyüme ve sağlık durumundaki büyük farklılıklar dikkat çekicidir. Mozambik, Tanzanya ve Etiyopya gibi ülkeler dünyanın en fakir ülkeleri arasındadırlar. Bu ülkeler istikrarsız hükümetleri, sermaye birikimi ya da yatırımların azlığı ve 200 dolardan daha az kişi başına gelirle açlık tehlikesiyle karşı karşıyadır. Diğer taraftan, nüfusları hızla artmakta ve nüfusun büyük bir bölümü kırsal alanlarda geçimlik tarımla uğraşmaktadır. Böyle bir yapıya sahip olan adı geçen ülkelerde, sağlık göstergeleri de son derece olumsuzdur. Doğan çocukların yarısı 5 yaşına ulaşmadan önce ölmekte ve doğumda yaşam beklentisi 50 yıldan daha azdır. Buna karşılık, İsviçre ve İsveç gibi ülkelerin durumu bu göstergelerin çok uzağındadır. Bu ülkelerde, kişi başına 30.000 dolardan daha çok gelir düşmektedir. Ölümlerin çoğu 75 yaştan sonra ve ortalama ömür 78 yılı aşmaktadır. Kalkınma ekonomistlerine göre, dünyada gelişmemiş iki dev, yaklaşık 1,2 milyar ve 900 milyon nüfuslarıyla Çin ve Hindistan'dır. Çin'in son yıllardaki kalkınması çok hızlı olmuştur. Eğer bu ilerleme devam ederse gelecek 20 yılda ekonomisini çok iyi yerlere getireceği tahmin edilmektedir (Getzen, 1997: 415).

Orta gelirli ülke olarak adlandırılan ve yaklaşık 1,5 milyar insanı bünyelerinde barındıran ülkelerde ise kişi başına 1000 dolarla 7000 dolar arasında değişen gelir düşmektedir. Yüksek gelirli ülkeler olarak adlandırılan grupta da kişi başına 10000 dolardan daha fazla gelir düşmektedir.

Aşağıdaki tablo 1'de OECD ülkelerinde kişi başına yapılan sağlık harcamaları dolar cinsinden görülmektedir.

Tablodan görüleceği üzere, OECD ülkelerinde en fazla kişi başına sağlık harcaması yapan ülkeler ABD, İsviçre ve Almanya'dır. Her üç ülkedeki son yıllardaki kişi başına sağlık harcamasının 3000 doların üzerinde olduğu görülmektedir. Oysa Türkiye'de, kişi başına yapılan sağlık harcaması OECD ortalamasından yaklaşık 15 kat daha düşüktür ve 100 dolar civarında seyretmektedir. Bu rakam Çin, Nijerya, Kenya ve Hindistan gibi ülkelerde 10 dolarla 50 dolar arasında değişmektedir (The World Bank, World Development Report 1996).

Bu şekilde birbirlerinden çok farklı sağlık harcamalarında bulunan çeşitli ülkelerdeki sağlık göstergeleri de farklılık arz etmektedir. Tablo 2, Türkiye ile birlikte 27 ülkedeki temel sağlık göstergelerini göstermektedir.

Tablo 1. OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$)

Ülkeler	1992	1993	1994	1995	1996
Avusturalya	1.468	1.406	1.574	1.741	1.873
Avusturya	1.774	1.801	1.922	2.281	2.225
Belçika	1.783	1.725	1.845	2.126	2.049
Kanada	2.035	1.933	1.829	1.857	1.796
Çek Cumhuriyeti	-	243	292	366	-
Danimarka	1.820	1.763	1.845	2.108	2.130
Finlandiya	1.964	1.398	1.521	1.888	1.806
Fransa	2.164	2.133	2.235	2.616	2.550
Almanya	2.496	2.399	2.581	3.089	3.036
Yunanistan	425	442	514	632	693
Macaristan	-	254	295	306	-
İzlanda	2.170	1.906	1.891	2.131	2.053
İrlanda	1.041	980	1.147	1.160	953
İtalya	1.827	1.484	1.486	1.470	1.597
Japonya	1.894	2.259	2.576	2.952	-
Kore	273	322	394	535	-
Lüksemburg	2.121	2.176	2.350	2.978	-
Meksika	187	205	219	154	163
Hollanda	1.861	1.825	1.923	2.232	2.150
Yeni Zelanda	890	915	1.021	1.195	1.302
Norveç	2.429	2.172	2.270	2.691	2.848
Polonya	117	110	105	-	-
Portekiz	691	636	669	843	873
İspanya	1.069	893	900	1.079	1.134
İsveç	2.221	1.674	1.721	1.902	2.082
İsviçre	3.272	3.186	3.496	4.210	-
İngiltere	1.252	1.112	1.213	1.325	1.365
A.B.D.	3.147	3.329	3.462	3.644	3.708
Ortalama	1.630	1.453	1.546	1.834	1.828
Türkiye	103	112	77	91	108

Kaynak: OECD Health Data 97'den nakleden Mehmet Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık projesi Genel Koordinatörlüğü, s. 70.

Tablo 2: Seçilmiş Bazı Ülkelerdeki Temel Sağlık Göstergeleri

Ülkeler	1000 kişiye Düşen Hekim Sayısı (1990-95)	1000 kişiye Düşen Yatak Sayısı (1990-95)	Doğumda yaşam Beklentisi (Yıl)	Ortalama Bebek Ölüm Hızı (binde) (1995)
Belçika	3,7	7,6	77	13
Kanada (1994)	2,2	6,0	78	6
Danimarka (1994)	2,9	5,0	75	6
Finlandiya (1994)	0,6	-	76	5
Fransa (1994)	2,7	10,1	78	6
Almanya	3,3	9,7	76	6
Yunanistan (1993)	4,0	5,1	78	8
İtalya	1,7	6,7	78	7
Japonya (1994)	1,8	15,5	80	4
Portekiz	2,3	6,4	75	7
İspanya	4,1	4,2	77	7
İsviçre (1994)	3,1	8,7	79	4
İsveç (1994)	3,1	6,1	79	6
A.B.D.	2,5	4,4	77	8
Avusturya (1994)	2,2	8,9	77	6
Avustralya (1994)	2,6	9,3	77	6
Norveç (1994)	3,3	-	78	5
Hollanda	2,5	11,3	78	6
İngiltere (1994)	1,5	5,1	77	6
Macaristan (1994)	3,4	9,9	70	11
İzlanda	3,0	15,9	79	4
Kore (1992)	1,2	4,1	72	10
Lüksemburg (1993)	2,2	11,8	76	6
Meksika	0,8	1,3	71	33
Y. Zelanda	2,1	7,3	76	7
Polonya	2,3	6,4	72	14
Türkiye	1,1	2,5	68	44

Kaynak: Mehmet Tokat. a. g. e., s. 72

Gelişmiş ülkelerde, temel sağlık göstergeleri olarak kabul edilen ortalama ömür 77-78 yıla çıkarken; bebek ölüm hızı binde 6-11 gibi çok düşük değerlere inmiştir. Bu ülkelerde insan için en doğal haklardan olan sağlıklı ve uzun yaşama hakkı en üst düzeydedir.

Buna karşın, gelişmekte olan ülkelerde bu göstergeler son derece kötüdür. Örneğin, 1990 yılı itibarıyla Kenya'da 1000 nüfus başına 0.14 hekim düşmektedir. Bu ülkede bebek ölüm oranı binde 67 ve ortalama ömür 59 yıldır.

Nijerya ve Hindistan gibi ülkelerde de durum aynıdır(The World Bank, World Development Report 1993). Temel sağlık göstergeleri açısından Türkiye'nin durumu Yunanistan, Kore ve Polonya'dan daha kötüdür. Türkiye'de yetersiz kaynak tahsisi yanında bu kaynakların kötü ve verimsiz kullanımının sonucu olarak, yaklaşık 900 kişiye bir hekim, 10000 kişiye 24 hasta yatağı sunulabilmiştir. Eğer Türkiye gelişmiş toplumlar arasında yer almak istiyorsa, kalkınmanın hem gereği hem de sonucu olan sağlığa daha çok kaynak ayırmak ve bunları etkili kullanmak zorundadır.

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO), bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın ülke GSMH'nin en az %5'i kadar olması gerektiğini belirtmiştir. Türkiye'de de bu doğrultuda 2000 yılına kadar GSMH'dan sağlık harcamalarına ayrılan payın en az %5 olması hedeflenmektedir (Kurtulmuş, 1998: 67). Ancak, özellikle gelişmiş ülkeler açısından sağlığa ayrılan gereğinden fazla kaynaklar da önemli tartışma konularından birisidir. Dolayısıyla aşağıda bu konu aydınlatılmaya çalışılacaktır.

III. İlave Harcamanın Sağlık Üzerindeki Etkisi

Cevaplanması gereken, Yapılan her ilave sağlık harcaması mutlaka sağlığı olumlu yönde geliştirir mi? Sorusudur. Yüksek gelirli ülkelerin daha fazla sağlık harcaması yaptıkları üstteki kısımda belirtildi. Diğer mallarda olduğu gibi sağlık da lüks bir mal konumuna girebilmektedir. Bilindiği gibi lüks mallarda gelirdeki %1'lik bir artış, harcamada %1'den daha çok bir artışa sebep olur. Gelir esnekliği 1'den büyüktür. Eğer bir mala yapılan harcama gelirdeki artıştan daha çok artarsa, o zaman onun toplam tüketim içindeki payı artacaktır.

GSYİH'sının %12'sini sağlığa harcayan bir ülke, GSYİH'sının %8'ini sağlığa harcayan bir ülkeden kaynaklarının daha çoğunu kullanıyor demektir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri için gereğinden fazla kaynak ayıran uluslar, daha çok tıbbi ihtiyaçlarından değil, daha çok harcayacak paraya sahip oldukları için bunu yaparlar(Newhouse, 1991: 345-346 and Getzen, 1997: 418). Bu şartlarda yapılan ilave sağlık harcamasının sağlık durumunda ilave bir iyileşme yapacağı söylenemez. Konuyla ilgili yapılan pek çok araştırmada da daha iyi sağlık durumuna ulaşmak için mutlaka ilave harcama yapılmasının gerekli olmadığı belirtilmiştir. Örneğin, özellikle çocuk hastalık ve ölümlerini önlemede, anneye yönelik eğitim ve okuryazarlık durumunun iyileştirilmesinin daha etkili olacağı vurgulanmıştır (Getzen, 1997: 421). Bazı düşük ve orta gelirli ülkelerde nispi olarak yüksek ortalama ömürlerin başarılması fazla harcamayla alınan ilave tıbbi bakımın etkisinin az olduğuna kanıt olarak gösterilebilir. Örneğin, ortalama ömür Malezya'da 71, Sri Lanka'da 72, Şili'de 73'tür. Buna rağmen, bu rakamların da gelişmiş ülkelere düşük olduğuna dikkat etmek gerekir.

Netice olarak, gelir ve sağlık arasında karşılıklı bir ilişkinin olduğu hem uygulanmalı hem de teorik çalışmalar ile ispatlanmıştır (Strauss and Thomas,

1998: 813). Ancak, bu ilişkiyi ölçmenin son derece zor olduğu da belirtilmektedir. Çünkü, sağlığın kalıtımsam özellikler ile yakından ilişkili olması gibi gelir dışı pek çok faktör de sağlık üzerinde etkili olabilmektedir. Dolayısıyla, etkin bir harcama politikası ile en uygun sağlık harcaması seviyesini yakalamak, en verimli sonuç olacaktır. Ülkelerin ekonomik gelişmişlik seviyeleriyle sağlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi daha iyi görebilmek için farklı gelir grubundan olan ülkelerdeki sağlık sektörlerini incelemeye çalışmak faydalı olacaktır.

IV. Sağlık Hizmetleri Sistemlerinden Örnekler

Ülkeler genellikle düşük, orta ve yüksek gelirli olmak üzere üçlü bir tasnife tabi tutulmaktadır. Dolayısıyla, her gruptan örnek bir ülke seçilmesi yoluyla bu grupların sağlık sistemleri ile ilgili genel bilgi elde edilebilir. Ancak, her ülkenin kendine özgü farklı uygulamaları olabileceği unutulmamalıdır.

A. Düşük Gelirli Ülkeler

Düşük gelirli ülkeler, gelişmiş veya endüstrileşmiş ülkelere çok farklı sağlık problemleriyle karşı karşıyadır. Bu ülkelerin nüfuslarının büyük bir kısmı çocuktur ve çoğunluğu kırsal alanlarda yaşamaktadır. Ayrıca, kötü beslenmeden dolayı çocuklarda gelişim yetersizliği çok yaygındır. Çocuklar anormal derecede düşük ağırlık ve/veya kısa boyluluk ile enfeksiyon hastalıklarının ağır yükü altındadırlar. Örneğin, Kenya'da 1985-92 yılları arasında kötü beslenmeden dolayı normalin altında ağırlıkta doğan çocukların oranı %18, Bangladeş'te ise %67'dir. Oysa gelişmiş ülkelerde böyle bir problem yoktur (The World Bank Atlas, 1995). Diğer taraftan, düşük gelirli ülkelerdeki, çok az sayıdaki sermayedar ve hükümet görevlileri gelişmiş ülkelerdeki seviyede gelir, beslenme ve sağlık hizmetlerine sahip olabilmektedir. Bu durum, gelir dağılımındaki dengesizliğin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Dünya Bankası tarafından yapılan çalışmalar, düşük gelirli ülkelerdeki kadınların durumunun sağlığın en büyük belirleyicisi olduğunu tespit etmişlerdir (Getzen, 1997: 422). Bu ülkelerdeki kadınların büyük bir çoğunluğunun okula gitme olanağı olmamaktadır. Böylece, kadınlar arasındaki okur-yazarlık oranı son derece düşüktür. Diğer taraftan, çocukların enfeksiyonlardan korunması ve uygun beslenmesi yöntemleriyle ilgili olarak kadınlara hiçbir eğitim verilmemektedir. Oysa kadınlar, aile sağlığını korumak veya geliştirmek için çok daha önemlidirler.

Etiyopya gibi çok düşük gelire sahip olan ülkelerde ise günümüz teknolojik olanaklarına rağmen, büyük bir açlık problemi yaşanmaktadır. Dünya kaynakları açısından olaya bakıldığında, açlık probleminin sebebi, yiyecek arzı yetersizliği değil, arzın kötü dağılımıdır. Organizasyon düzensizliği, taşıma eksikliği, savaş ve politik karışıklıklardan dolayı ortaya çıkan bozukluklar ve

zayıf fonksiyon gören piyasalar, az gelişmiş ülkelere ihtiyaç duyulan pek çok yiyeceğin ulaştırılmasını zorlaştırmaktadır (Getzen, 1997: 422-423).

Fakir ülkelerdeki işçilerin sağlık, eğitim ve endüstriyel çalışmalarına yatırım amaçlı kaynaklar ayrılmadığı için, onlar aynı teknolojiyi kullanan zengin ülkelerdeki işçilerden verimsiz olmaktadır (Lee; Mills and Hoare, 1993: 4). Bu ülkelerde hükümet tarafından yapılan sağlık harcamalarının %70'i daha ziyade kent merkezlerindeki insanlar ve yüksek teknolojiye (dolayısıyla yüksek masrafa) sahip hastaneler için kullanılabilir. Eğer bu ülkelerde kullanılan kaynakların bir bölümü temel sağlık bakım hizmetleri için tahsis edilebilirse, pek çok hastalık daha az bir şiddet aşamasında düzeltilebilecek ve hatta tamamıyla önlenebilecektir (Karabulut, 1998: 43-44)

1. Kenya Sağlık Hizmetleri Sistemi

Kenya ekonomisi büyük ölçüde tarıma dayalıdır. En önemli ihracat ürünleri arasında kahve, çay ve çeşitli mineraller yer almaktadır. Hızlı bir nüfus artışı olan bu ülkede 1994 yılı verilerine göre 26 milyon insan yaşamaktadır. Kişi başına düşen gelir 1990 yılında 340 dolar iken, 1994 yılında 250 dolara düşmüştür. Kişi başına gelirin 1985-1990 arasındaki yıllık ortalama artış hızı 0.0'dır. Bu ülkedeki yetişkinlerde okuma-yazma oranı ise 1994 yılı itibarıyla %78'dir (The World Bank Atlas, 1996). Nüfus artış hızı 1980-1990 arasında %3.4 ve 1990-1994 arasında da yıllık ortalama %2.7 oranında olmuştur. Böyle bir ekonomik ve nüfus göstergelerine sahip olan Kenya'daki bazı sağlık göstergeleri ise şu şekildedir; 1994 yılı itibarıyla ortalama ömür 59 yıldır. 1992 yılında kadın başına doğurganlık oranı 5.1 ve bebek ölüm oranı binde 61'dir. Yetişkinlerdeki ölüm oranı ABD'dekinin yaklaşık üç katı kadardır (The World Bank Atlas, 1994).

Kenya'da sağlık hizmetleri, kamu ve özel sektör arasında hemen hemen eşit olarak paylaşılmaktadır. Bu ülkede sağlık bakanlığının yanı sıra dini cemiyetler de sağlık sisteminin önemli unsurlardır. Ancak bu kuruluşlar yönetim ve köken itibarıyla dini olmalarına rağmen, fon kaynaklarının %60'ı hasta ücretlerinden, %25'i hükümet sübvansiyonlarından, %15'i ise bağış ve yardımlardan elde edilmektedir. Bu yüzden bu cemiyetlere ait kuruluşlar özel sektörün bir bölümü olarak dikkate alınmaktadırlar. Kenya'daki sağlık harcamalarının %22 kadarını dış yardımlar oluşturmaktadır. Hükümet aktif olarak özel sektör sağlık hizmetlerini teşvik etmektedir. Tam gün özel sektörde çalışan doktorların oranı %70'dir. Geriye kalan %30'luk hükümet doktorları da mesai saatleri dışında özel çalışma yapabilmektedirler. Uzman doktorların yaklaşık yarısı Nairobi'de toplanmıştır. Oysa Nairobi, Kenya nüfusunun yaklaşık %7'sine sahiptir. Bu nedenle de kırsal alanlarda çoğunlukla geleneksel iyileştiriciler ve şifalı bitki satanlar revaçta olmaktadır. Tıbbi bakım için yapılan özel harcamaların yaklaşık yarısını büyük kentlerde yaşayan %2-3'lük bir zengin kesim yapmaktadır. Özel harcamaların yaklaşık %30'unu da nüfusun %10'unu oluşturan orta gelirli kent sakinleri yapmaktadır. Nüfusun kırsal

kesimlerde yaşayan yaklaşık %75'lik kesimi ise özel sağlık harcamalarının sadece %17'sini yapmaktadır (Getzen, 1997: 424). Bu durum, Kırsal alanlardaki insanların sağlık hizmetlerinden yararlanamadıklarının göstergesi olarak kabul edilebilir.

Üstte de belirtildiği gibi çiftçi olarak yaşayan geniş bir kırsal nüfus mevcuttur. Bu kesim ile zengin kesim arasındaki eşitsizlik sağlık sektörüne de yansımaktadır. Bu nedenle, Kenya'nın en büyük problemlerinden birisinin sağlık sektöründeki dengesizlik olduğu söylenebilir.

B. Orta Gelirli Ülkeler

Orta gelirli ülkelerde de tarım önemini korumakta ve yoksulluk problemi özellikle kırsal kesimlerde görülmektedir. Türkiye, Meksika, Tayland gibi endüstrileşme sürecinde olan ülkeler bu gruba girmektedirler.

Bu ülkelerde nüfusun büyük bir bölümü kent merkezlerine gitmiş veya gitme sürecindedir. Dolayısıyla, kırsal tarımsal emekten kentsel ücretli emeğe geçiş, problemler doğurabilmektedir. İstanbul'daki yoğun kentleşme sonucu ortaya çıkan gecekondulaşma, sağlık, eğitim, kanalizasyon ve çevre sağlığı sorunları bunun en açık örneklerindendirler.

Günümüz itibarıyla her orta gelirli veya gelişmekte olan ülkede ya sağlık sigortası sistemine geçilmiş ya da geçilmeye çalışılmaktadır. Türkiye'de son yıllarda üzerinde yoğunlaşan ancak henüz uygulamaya geçirilemeyen genel sağlık sigortası çalışmaları örnek gösterilebilir. Bu ülkelerdeki sağlık hizmetleri sisteminde dengesizlikler henüz tam giderilememiştir. Bu doğrultuda, Meksika sağlık hizmetleri sistemi aşağıda kısaca incelenmektedir.

1. Meksika Sağlık Hizmetleri Sistemi

1994 yılı itibarıyla 88.5 milyon nüfusa sahip olan Meksika'da, aynı yıl için kişi başına 4180 dolar düşmektedir. Ortalama ömrün 71 yıl olduğu bu ülke oldukça genç bir nüfusa sahiptir. Nüfusun yaklaşık %35'i 15 yaşın altındadır. Okur-yazar olmayan yetişkin nüfus oranı ise %10 civarındadır (The World Bank, World Development Report, 1996: 189).

Meksika hükümeti 1942'de kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemini (IMSS) kanunlaştırmıştır. Ancak, bu sosyal güvenlik sistemi sadece endüstri işçileri ile onların bağlamlarını kapsamıştır. IMSS'nin sağlık merkezleri, poliklinikleri ve hastanelerinin ulusal bir ağı inşa edilmiştir. Ancak, yararlanacak kimselerin hepsini bu sistemden faydalandırmak için özel doktor ve hastanelerle de bağlantı kurmak gerekmiştir. 1960'da ise bir hükümet işçi planı, ISSSTE oluşturulmuştur. Bununla da yararlananlar için daha modern ve teknolojik olarak daha ileri hizmet sunumu arzulandı. ISSSTE ve IMSS Meksika'da başlıca iki tür sağlık sigortası olmuşlar ve nüfusun yaklaşık yarısını kapsamışlardır. Nüfusun büyük bir çoğunluğu da kamu hastanesi olarak görev

yapan SSA'lardan yararlanmaktadır. Meksika'daki sağlık sigortası cinsleri ve kapsadıkları nüfus oranı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 3: *Meksikada'ki Sağlık Sigortası Çeşitleri*

Kurum	Kapsanan Nüfus (%)
Meksika Sosyal güvenlik kurumu (IMSS)	39
Hükümet işçileri kurumu (ISSSTE)	8
Diğer federal kurum sağlık planları	2
Sağlık ve refah sekreterliği	21
Marjinal aileler programı	13
Özel tıbbi bakım	5
Korumasız nüfus	12

Kaynak: Getzen, a.g.e., s.425.

Meksika'da hizmete ulaşılabilirlik katı bir şekilde ayrılmıştır. Bazı kesimler sağlık bakım ihtiyaçlarını hem düşük kalite hem de sınırlı bir şekilde karşılamaktadırlar. Fakir kesimlerin sadece ikinci derecedeki SSA olanaklarını kullanmalarına izin verilmektedir. Bu hastanelerin kapasite kullanım oranları %50'nin altındadır. Meksika'da doktor başına düşen nüfus sayısı ABD'dekinin çok altında olmasına rağmen, bu ülkedeki mevcut doktorların birçoğu iş bulamamaktadırlar. Tüm doktorların %15-25'i bu durumdadır. Tüm bunlara karşın, Meksika'daki sağlık hizmetleri sistemi, diğer geçiş sürecindeki ekonomilere nispetle daha iyi işliyor gözükmektedir. Ancak temel sorun, aşırı hükümet müdahalesinden dolayı ortaya çıkan organizasyon bozukluğudur (Getzen, 1997: 426).

C. Yüksek Gelirli Ülkeler

Yüksek gelirli ülkeler ile hem düşük ve orta gelirli ülkeler arasında hem de bu ülkelerin kendi aralarındaki sağlık ve sağlık harcaması göstergeleri oldukça farklıdır. Bu ülkelerde, 10000 nüfusa düşen doktor sayısı 1.4 doktorla 4.3 doktor arasında, hastane sayısı 3.9 hastaneyle 16.1 hastane arasında değişmektedir. Kişi başına sağlık harcamalarına bakıldığında da 350 dolarla 3000 dolar arasında değişen rakamlar ortaya çıkmaktadır. Doktor, hastane ve kişi başına sağlık harcaması açısından mevcut bu farklılıklar, sağlık göstergelerine yansımamaktadır. 22 yüksek gelirli ülke için ortalama ömür 74 ile 79 yıl arasında, bebek ölüm oranı ise 1000 doğum başına 5 ile 9 arasında değişmektedir. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri maliyetlerinin hızlı bir şekilde yükselmesi mali zorluklar ortaya çıkarmaktadır. GSYİH'larının %6 ile %10'u arasında sağlık bakımına harcama yapmaktadırlar. Ancak, ABD 1994 yılı itibarıyla GSYİH'nin %14'ünü sağlık hizmetlerine harcamıştır. Diğer taraftan, yüksek gelirli ülkelerde hizmet, doktor, hastane sayısındaki artış ve sigorta kapsamının genişlemesi gibi maliyet artışına sebep olduğu düşünülen

faktörlerin bu ülkeler için böyle bir etkiye sahip olmadıkları belirtilmektedir (Getzen, 1997: 427). Maliyet artışına asıl sebep olan unsurların ise teknolojik yenilikler, ödeme sistemleri ve yönetimdeki eksiklikler olduğu vurgulanmaktadır. Bütün bunlara rağmen yüksek gelirli ülkelerdeki nüfusun daha yüksek sağlık olanaklarına ve dolayısıyla daha iyi sağlık göstergelerine sahip oldukları bir gerçektir.

1. ABD Sağlık Hizmetleri Sistemi

Dünyanın en fazla sağlık harcaması yapan ülkesi olan ABD kişi başına 1990 yılında 2763 dolar harcama yapmıştır. Bu harcamanın %22'si yönetim maliyetlerine gitmiştir. Bu ülkenin 2000 yılında 1.7 trilyon dolar sağlık harcaması yapması beklenmektedir. Sağlık sektörünün ulusal gelir içindeki payı, 1994'deki %14'lük seviyesinden 2000 yılı için %18'e yükselecektir. Yine 2000 yılında ulusal gelirdeki artış oranının %5.8, buna karşılık sağlık harcamaları artışının %9.6 olacağı tahmin edilmektedir (Belek, 1994: 102).

ABD'de özel muayenehanelerde hastalardan ücret alarak çalışan doktorlar tıp hayatının temelini oluşturmaktadırlar. Doktorların çoğu bulunduğu kentte bir ya da daha fazla hastane ile mukavele yapabilmektedirler. Kendilerine gelen hastalarını bu hastanelere gönderirler ve hastanelerde hastanın kaldığı gün sayısına, ameliyat durumuna, testlere ve kullandığı ilaçlara göre bir fatura çıkarırlar. Hastanelerin bazıları kilise tarafından ya da kar amacı gütmeyen başka gruplar vasıtasıyla işletilirken, bir kısmı kar amacına yönelik, geriye kalanı da hükümet kuruluşları olarak faaliyet gösterirler (Atak, 1996: 30).

Ödemeler ya sigorta tarafından ya da doğrudan yapılmaktadır. Şu anda sektörün %10'unu oluşturan kar amaçlı hastaneler hızla yaygınlaşmaktadır. Hastanelerin %70'i ise kar amacı taşımayan özel kuruluşlardır. ABD'deki sosyal güvenlik programlarının tipleri ve kapsadıkları nüfus oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 4: ABD Sosyal güvenlik Programları ve Kapsadıkları Nüfus (1990)

Sigorta Tipi	Yaşlı Olmayan		Yaşlı	
	Nüfus	%	Nüfus	%
Toplam nüfus	215.9	100	30.1	100
Özel sigortacılık	158.3	73	20.6	68
Patron sigortası *	138.7	64	10.0	33
Diğer özel sigortalar	19.7	9	10.6	35
Toplam kamu sigortaları	29.2	14	28.9	96
Medicare	3.5	2	28.8	96
Medicaid	21.6	10	2.6	9
CHAMPUS/CHAMPVA	5.9	3	1.1	4
Sigortasız	35.7	17	0.3	1

*: İşyeri düzeyinde, o iş yerine özel olarak ve tamamen işyeri sahibi tarafından finanse edilen sigorta çeşidi

Kaynak: Ilker Belek; a.g.e., s.103.

ABD, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için özel ve kamu katkılarının birleştiği bir karma yöntem benimsemiş bulunmaktadır. Nüfusun büyük bir çoğunluğu sigorta kapsamında olmasına rağmen, sigorta dışı kalan nüfus oranı da küçümsenmeyecek orandadır.

Bu sigorta tiplerinden Medicare, 65 yaşın üzerindeki nüfusu kapsayan bir sigorta türüdür. 1965 yılında kabul edilen "The Medicare Act" sosyal güvenlik sistemi içinde bütün yaşlılara sağlık sigortası getirmektedir. İki bileşene sahiptir; birinci kısım, hastane bakımı içindir. İkinci kısım ise hastane dışı hizmetleri kapsamaktadır. Birinci kısım sosyal güvenlik vergisinden, ikinci kısım ise genel vergilerle finanse edilmektedir. Dolayısıyla yaşlılar otomatik olarak birinci kısmın kapsamına girmekte ve bunun için herhangi bir ödeme yapmamaktadırlar. Ancak, hizmetten yararlanma anında ödeme yapılmaktadır. İkinci kısım isteğe bağlıdır ve maliyetlerin %25'i yaşlının kendisi tarafından karşılanır (Belek, 1994: 103).

Medicare gittikçe yükselmekte olan fiyatların baskısından etkilenmiştir. Bunu çözmek için hükümet iki önlem almıştır. Birinci olarak, Medicare, hastaların sigortadan sağlanan yardımların başlamasından önce ödedikleri para miktarı yükseltilmiş, ikinci olarak da hastanelere yapılan ödemelerin yönteminde değişiklikler yapılmıştır. Adına "makul giderler" denilen karmaşık bir sistem yerine hastaya konan teşhise göre ödeme yapma sistemine geçilmiştir. Bu yolla, hastane masraflarının düşük tutulmasına çalışılmıştır (Atak, 1996: 35).

Medicaid ortak bir federal-eyalet programıdır ve fakir insanlara tıbbi bakım sağlamaktadır. Federal devletin eyaletlerin medicaid sistemlerine katkısı, zenginlik derecelerine göre giderlerinin %50'si ile %78'i arasında değişmektedir. Giderlerin kalan kısmı eyalet ve yerel yönetim kaynaklarından karşılanmaktadır. Halen fakirlik düzeyinin altında olanların ancak %40'ı medicaid'den yararlanabilmektedir (Atak, 1996: 36).

Champus ve Champva, askeri hizmetlerde çalışanları kapsayan bir sigorta türüdür.

ABD'deki özel sigorta şirketleri, Blue Cross/Blue Shield, HMO, PPO ve EPO Amerikan toplumunun büyük bir bölümünü kapsamaktadırlar.

Bunlardan Blue Cross hastaneleri ve Blue Shield hekim hizmeti ağı ABD'deki özel sağlık sektörünün %40'ını kapsamaktadır. Tüm organizasyon değişik derecelerde hekimlerin denetimindedir. Bu nedenle, diğer özel sigorta şirketlerine göre daha geniş kapsamlı hizmet sunmaktadırlar. Kimi eyaletlerdeki Pazar payları %70'lere çıkabilmektedir. Masrafın belli bir kısmını sigorta, kalanını ise sigortalı karşılamaktadır (Belek, 1994: 104).

Birçok işçi için uygulanan diğer bir yöntem ise Sağlık Hizmetleri Teşkilatı (HMO) adı verilen uygulamadır. Daha çok büyük şirketlerin kendi işçileri için kurdukları HMO'larda sigorta değil üyelik satın alınmaktadır. Üye belli bir yıllık prim karşılığında kendisi ve ailesi için ihtiyaç olduğu ölçüde tıbbi bakım temin etmektedir. Nüfusun yaklaşık %11'i HMO'lara bağlıdır. HMO'da

bir grup doktor, kişiden peşin olarak aldıkları bir ücret karşılığında o kişinin tüm sağlık masrafını üstlenmeyi kabul ederler. HMO doktorları koruyucu hekimliğe büyük önem verirler. Çünkü, ferdin hastalanıp hastaneye düşmesi ve bakımı için harcanacak para, avans olarak alınan kazançların çok üstüne çıkabilir (Atak, 1996: 39).

Diğer bir özel sigorta uygulaması Tercihli Hizmet Sağlayan Organizasyon (PPO)'dur.

Bu da diğer üçüncü el sigorta şirketlerinin bir benzeridir. Tek farkı, PPO'nun anlaşma yaptığı hastane ve hekimlerden belli bir indirim üzerinden hizmet sağlanabilmesidir. Ancak, burada da hizmet sınırlaması vardır. Acil müdahaleler ve hastane tedavileri ancak PPO'nun izni ile mümkündür.

Özellikle son zamanlarda yaygınlaşmaya başlayan diğer bir program da Belirlenmiş Üretici Organizasyonu (EPO)'dur. Bu program çerçevesinde sigorta şirketleri ve patronlar, sigortalıları kendilerinin belirlediği sağlık kurumlarını kullanmaya zorunlu kılarlar. Aksi halde, kendi ceplerinden ödeme yapmak zorunda kalırlar (Belek, 1994: 105).

Sonuç olarak, oldukça yükselen sağlık harcamaları ABD'deki sağlık sisteminin temel sorununu oluşturmaktadır. Hatta artan sağlık harcamaları sonucu olarak, ABD'de sağlığın lüks bir mal haline geldiği belirtilmektedir. Çünkü, sağlık malının gelir esnekliğinin genellikle 1'in üzerinde olduğu tahmin edilmiştir. Bunun en önemli sebebi olarak, fertlerin maliyetlere katkısının çok düşük olması gösterilmektedir. Örneğin, 1993 yılında bu katkı yaklaşık %17.8 kadardır (Santerre and Neun, 1996: 71). 1972 yılında kişi başına 387 dolar olan sağlık harcaması, 1992 yılında 3098 dolara yükselmiştir. 1972-1992 yılları arasında sağlık harcamalarının ABD GSYİH'sı içindeki payı %7.7'den %13.6'ya çıkmıştır. 1990'ların sonunda bu oranın %16.4 ve kişi başına sağlık harcamasının da 5712 dolar olacağı Amerikan Sağlık Finansmanı İdaresi'nce tahmin edilmektedir (Atak, 1996: 38).

Yüksek sağlık harcamalarına rağmen, 1992 yılında ABD'deki ortalama ömrün 77 ve bebek ölüm oranının binde 9 olduğu dikkate alınır, diğer gelişmiş ülkelerden çok yüksek sağlık göstergelerine sahip olmadığı anlaşılacaktır. Kişi başına düşen GSMH'nın 30 bin dolar civarında olması, bu ülkede sağlık harcamalarına daha fazla kaynak aktarılmasına sebep olan önemli bir unsurdur. Ancak, etkinlik açısından çok iyi olduğu söylenemez. Çünkü, göstergeleri diğer gelişmiş ülkelerle aynı düzeydedir. Oysa sağlık sektörüne ayırdığı kaynaklar onlardan daha çoktur.

V. Sonuç

Yaptığımız bu çalışmayla, gelişmiş ve gelişmekte olan çeşitli ülkelerin sağlık sektörleriyle ilgili göstergeleri ve sağlık sistemleri hakkında bilgi vermeye çalıştık. Kalkınma ekonomistlerinin düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeler sınıflandırmasına bağlı kalarak analiz yapılıpma özen gösterildi.

Ulaşılan verilere göre, bu grupların ekonomik durumları birbirlerinden çok farklıdır. Buna bağlı olarak da sağlık sektörüne ayrılan ekonomik kaynaklar ve böylece sağlık göstergeleri değişmektedir. Diğer taraftan, yapılan sağlık harcaması, kişi başına düşen hastane ve doktor sayısı gibi göstergeler çok dengesiz dağılmıştır.

Ancak, gelişmiş ülkelerde kişi başına yapılan sağlık harcaması miktarının ihtiyaç duyulanın üzerinde olduğu söylenebilir. Yani, bu ülkelerde harcanacak para olduğu için daha fazla para harcanmıştır denilebilir. Örneğin, ABD’de kişi başına 3000 dolar civarında kişi başına sağlık harcaması yapılırken, İngiltere’de 1100 dolar civarında harcama yapılmaktadır. Oysa bu ülkelerin sağlık göstergeleri hemen hemen aynıdır.

Gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasındaki sağlık göstergeleri farklılığı, gelişmiş ülkelerin birbirleri ile olan farklılıktan çok uzaktır. Gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölüm oranı binde 35 ile binde 90 arasında değişirken, bu oran gelişmiş ülkelerde binde 5 ile binde 9 arasında değişmektedir.

Kısacası, gelişmiş toplumların ekonomik durumları iyi olduğu için daha fazla sağlık harcaması yapmaktadırlar. Böylece, sağlık göstergeleri diğer ülkelerden çok daha iyi olmaktadır. Ancak, buna dayanak yapılarak her ilave sağlık harcamasının mutlaka sağlıkta iyileşme yapacağı söylenemez. Gelişmiş ülkelerin kendi aralarındaki farklı sağlık harcamaları seviyelerine karşılık, yakın sağlık göstergelerine sahip olmaları bunun kanıtı olarak gösterilebilir. Diğer taraftan, gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalı seviyelerinin ise yetersiz kaldığı söylenebilir.

Summary: In this study, firstly, it has been examined health expenditure indicators of some developed and developing countries. Secondly, it has been analyzed whether health indicators based on those countries' expenditure indicators. Moreover, it has been determined the general structure of the countries that have low, middle and high income, and a sample country has been taken into consideration from each group.

Kaynaklar

- Atak, A. F. (1996) “ABD’de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları ve Sağlık Sigortaları”, *Hazine Dergisi*, Temmuz, Sayı 3.
- Belek, İ. (1994) **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Getzen, T. E. (1997) **Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds**, John Wiley and Sons Inc., New York.
- Karabulut, K. (1998) **Türkiye’de Sağlık Sektörü-Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama-**, A. Ü. Sos. Bil. Ens., Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum.
- Kurtulmuş, S. (1998) **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Lee, K., Mills, A. ve Hoare, G. (1993) **Health Economics Research in Developing Countries**, Oxford University Press.
- Newhouse, J. P. (1991) **Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey, The Economics of Health**, (Ed) A. J. Culyer, Volume II, Edward Elgar Publishing Company, USA.
- Santerre, R. E. ve Neun, S. P. (1996) **Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies**, Irwin.
- Straus, J. ve Thomas, D. (1998) “Health, Nutrition, and Economic Development”, *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXVI, June.
- Tokat, M. **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**, T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- The World Bank (1995) **Atlas**.
- The World Bank, (1996) **World Development Report**.