

Türkiye ve Sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi

Arzu Kurşun* - Cemil Rakıcı**

Özet: Sosyal yönden refah halinde olmanın koşulu, sağlık tanımında da belirtildiği gibi bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde bulunmaktadır. Bu nedenle, ülkelerin, elinde bulunan sağlık hizmetlerini istenilen kalitede, en az maliyette sunması gerekmektedir. Böylece, hem sağlık hizmetlerinin temel amacını gerçekleştirmiş, hem de ekonomik-sosyal yönden gelişmişlik kriterlerinden biri olan sağlık harcamalarını kontrol etmiş olacaklardır. Bu çalışmada, sağlık harcamaları sosyal refah devletleri ince-nerek ele alınmış ve sağlık durumları irdelenmiştir. 2010 yılında GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarına en büyük pay ayıran ABD (17,6%) ve Hollanda (12%) olmuştur. Kişi başına düşen en fazla sağlık harcaması ise ABD, Norveç ve İsviçre’de yapılmıştır. Türkiye’de 2010 yılı verilerine göre, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %11,4’dür. 2008’de kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ise 913 \$’dır. Ancak, Türkiye hala OECD ortalamasının (3268 \$) çok altındadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık harcaması, sosyal refah devleti, sağlık yapısı.

The Analysis of Health Expenditures in Turkey and Social Welfare States

Abstract: One of the conditions of social welfare is physical, mental and social well being, as stated in the description of health. To achieve this, countries are required to render services of desired quality at the possible least cost level. Thus, the basic purpose of health service will have been achieved and health care expenditures as one of the criteria for economic and social development been controlled. In this study, spending on health care of social welfare states are analyzed and their health status examined. Findings of the study indicated the largest share of total health expenditure in GDP in 2010, were realized in the United States (17.6%) and the Netherlands (12%) respectively, while the highest per capita expenditure on health were in the United States, Norway and Switzerland. According to data from the year 2010 in Turkey, share of total health expenditure in GDP is 11.4%. In 2008, total health expenditure per capita is 913USD. Nevertheless, Turkey is still far below the OECD average (3268 USD).

Key Words: Health Expenditure, social welfare state, health structure.

GİRİŞ

Sosyal refah, günümüzde küreselleşme ile beraber etkisi azalsa da, hiçbir zaman gündemden düşmeyen bir olgudur. 1942 yılında Beveridge Raporu ile başlayan anlayış, ekonomik krizler ve 2. Dünya Savaşı sonrası devlet politikala-

*Öğr. Gör. Uzm., Giresun Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Güre Yerleşkesi, Çamlık Sosyal Tesisleri, Giresun/Türkiye.

** Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, İ.İ.B.F., Maliye Bölümü, Çarşı Binası, 61080, Merkez/Trabzon/Türkiye.

rında daha fazla yer bulmuş ve gelişmiş medeniyet olma yolunda atılması gereken en önemli adımlardan biri olarak kabul görmüştür. Sosyal refah devletinin en önemli özellikleri; müdahaleci, düzenleyici ve geliri yeniden dağıtıcı olmasıdır.

Sosyal refah devleti olmanın gereklerinden biri olan sağlık harcamaları, hemen hemen tüm ülkelerde önemli harcama kalemlerinden birini oluşturmaktadır. 2010 yılında, Avrupa Birliği üye devletleri sağlık harcamalarına GSYİH içinde ortalama olarak % 9 pay ayırmıştır (OECD, 2012: 122) ve gelişen teknoloji, nüfus artışı ve yaşam süresinin uzaması gibi nedenler sonucunda sağlık harcamaları artmaya devam edecektir. Çünkü sağlık hizmetlerinde sosyal refah anlayışının en basit yansıması bile herkese sağlık hizmeti sunmadan geçmektedir.

Sağlık politikalarının amacı ise; kaynağı olan insanın refahını yükseltmektir. Toplumu oluşturan bireylerin sağlığının iyileştirilmesi, toplumun da yaşam kalitesinin artmasına sebep olacaktır. Yaşam kalitesinin artışı sağlık sektörünü de doğrudan etkileyecektir. Refah devletinin varlığını kanıtlayan daha iyi yaşama olgusu, sağlık harcamalarını da arttıracaktır.

Dünyadaki neredeyse tüm demokratik sistem ve organizasyonların temel hedefi, sağlıklı birey ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumu gerçekleştirmektir. Çünkü, refahın, istikrarın, güvenliğin, gücün ve mutluluğun en önemli unsuru ruh ve beden sağlığına sahip olmaktır (Ersöz, 2008: 95). Bu yüzden, sağlıklı olmak ve kalabilmek için tüm toplumlar sağlığa yapılan harcamalara büyük önem vermektedir. Ayrıca, uluslararası sağlık harcamalarını karşılaştırmak amacı ile standart tanımlamalar kullanılmıştır. Bunlardan en önemlileri, kişi başına düşen sağlık harcamaları, ilaç harcamalarının GSYİH içindeki payı, sağlık harcamalarının GSYİH ve toplam harcamalar içindeki payıdır. Böylece belli bir zaman diliminde ülkeler arasındaki sağlık değişim ve eğilimleri gözlemlenebilmektedir (Tokalaş, 2006: 25).

Dünya Sağlık Örgütünde, standart getirmiş ve bir ülkedeki sağlık harcamalarına ayrılan payın ülke GSYİH'nın en az %5' i kadar olması gerektiğini belirtmiştir (Karabulut, 2010: 143). Dünya üzerindeki tüm ülkeler de, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği çığaya yükselmek için çaba sarf etmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sosyal refah devletlerinde sağlık harcamalarının düzeyini, finansmanı, kaynaklarını ve mevcut sağlık durumlarını irdelemek ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerine bu doğrultuda ışık tutarak ülkemizin sağlık harcamaları yönünden ne düzeyde olduğunu değerlendirmektir.

REFAH DEVLETİ

Asa Briggs'e göre, bir refah devletinden üç koşul beklenmektedir: asgari gelir garantisi sağlamalı, sosyal güvencesizliği azaltmalı, toplumdaki herkese en

iyi standartlara sahip olabilme hakkı vermelidir. Refah devletinin temel belirleyicisi, toplumun barınma, sağlık, eğitim ve istihdam gibi günlük yaşamlarının en temel fonksiyonlarının sağlanmasının devletin görevleri arasında olmasıdır (Seyidoğlu, 1999: 497).

Sosyal yardımların sistematik olarak ilk kez düzenlenip uygulandığı ülke, İngiltere'dir (Akyüz, 2008: 59). İlk sosyal yasalar ve sosyal yaşama ilişkin ilk devlet müdahalesi, Sanayi Devrimi'nin ana yurdu İngiltere'de doğmuş, daha sonra diğer Avrupa ülkelerine yansımıştır. Devlet müdahalesini, yasa çıkarmak ve kurumlar kurmak yoluyla gerçekleştirmiştir. Önceleri, işçi-işveren arasındaki sorunlara çözüm bulmak amacıyla yapılan devlet müdahalesi, daha sonra giderek; istihdam problemini çözmek, sosyal güvenlik sistemi kurmak, işçinin refahını artırmak, toplumun eğitim, konut ve sağlık ihtiyacını karşılamak gibi geniş perspektiflere uzanmıştır (Serter, 1994: 3).

Refah devleti, toplumun sosyal ihtiyaçları doğrultusunda kamu kaynaklarını kullanır. Refah devletinin araçları, artan oranlı vergileme, sosyal güvenlik sistemleri, sağlık sistemi, işsizlik sigortaları, tarım sektörüne yönelik sübvansiyon ve destekleme politikaları, ücretsiz ya da çok düşük bir katkı payının alındığı eğitim, düşük ücretli konut tedariki gibi sosyal yatırımlar olarak sayılabilir (Seyidoğlu, 1999: 497).

Nasıl bir doktor hastasına bütüncül gözle yaklaşır sadece ağırlı olan bölgeyi değil, tüm vücudu tepeden tırnağa inceleme gereği hissediyorsa bu anlayışta da devlet; toplumun her kesimine aynı yaklaşımı sergileyip sadece temel ihtiyaçlarından ziyade sosyal yönden gereksinimlerini de karşılama misyonunu üstlenmektedir. Sağlık sisteminin refah aracı olarak kullanılmasının en iyi yolu; toplumun her kesiminin sağlıktan adil ve eşit bir şekilde yararlanmasını sağlamaktır. Refah devletinin asli görevlerinden biri de budur.

Toplum refahının en yüksek düzeye erişmesi, ancak gelir dağılımında mutlak eşitliğin sağlanmasına bağlıdır (Ulusoy, 2007: 302). Bu nedenle, çalışmamızda gelir dağılımında adaletli olmayı gözetken, yüksek yaşam standartlarına sahip (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Bazı İskandinav ülkeleri) ülkelere yer verilmiştir.

SAĞLIK HARCAMALARI

En önemli değer olan sağliğın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağliğla ilgili hizmet ve mal üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya sağliğ sektörü, sağliğ sektörüne yapılan her türlü harcamaya da sağliğ harcaması denilmektedir (Ersöz, 2008: 95). 2010 yılında, Avrupa Birliği üye devletleri sağliğ harcamalarına GSYİH içinde ortalama olarak %9 pay ayırmıştır (2000 yılına göre artış %7,3). 2008 yılının ortasında bir-

çok ülkede başlayan ekonomik krizi izleyen 2009 yılı içinde en üst noktaya (%9,2) ulaştıktan sonra düşüş trendine girmiştir.

Tablo 1. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı%

| Ülkeler | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Avustralya | 8,0 | 9,1 | 8,4 | 8,3 | 8,5 | 8,4 | 8,5 | 8,5 | 8,7 | 9,1 | --- | --- |
| Kanada | 8,8 | 10,2 | 9,6 | 9,8 | 9,8 | 9,8 | 10,0 | 10,0 | 10,3 | 11,4 | 11,4 | 11,2 |
| Danimarka | 8,7 | 7,2 | 9,3 | 9,5 | 9,7 | 9,8 | 9,9 | 10,0 | 10,2 | 11,5 | 11,1 | --- |
| Fransa | 10,1 | 8,0 | 10,6 | 10,9 | 11,0 | 11,2 | 11,1 | 11,1 | 11,0 | 11,7 | 11,6 | --- |
| Almanya | 10,4 | 8,2 | 10,7 | 10,9 | 10,7 | 10,8 | 10,6 | 10,5 | 10,7 | 11,7 | 11,6 | --- |
| Yunanistan | 8,0 | 7,8 | 9,2 | 9,0 | 8,8 | 9,7 | 9,7 | 9,8 | 10,1 | 10,6 | 10,2 | --- |
| Meksika | 5,1 | 5,5 | 5,6 | 5,8 | 6,0 | 5,9 | 5,7 | 5,8 | 5,8 | 6,4 | 6,2 | --- |
| Hollanda | 8,0 | 8,6 | 8,9 | 9,8 | 10,0 | 9,8 | 9,7 | 10,8 | 11,0 | 11,9 | 12,0 | --- |
| Norveç | 8,4 | 8,9 | 9,8 | 10,0 | 9,6 | 9,0 | 8,6 | 8,7 | 8,6 | 9,8 | 9,4 | 9,2 |
| İsveç | 8,2 | 4,9 | 9,2 | 9,3 | 9,1 | 9,1 | 8,9 | 8,9 | 9,2 | 9,9 | 9,6 | --- |
| İsviçre | 10,2 | 7,4 | 10,9 | 11,3 | 11,3 | 11,2 | 10,8 | 10,6 | 10,7 | 11,4 | 11,4 | 11,5 |
| Türkiye | 4,9 | 10,2 | 5,4 | 5,3 | 5,4 | 5,4 | 5,8 | 6,0 | 6,1 | --- | --- | --- |
| Birleşik Krallık | 7,0 | 10,5 | 7,6 | 7,8 | 8,0 | 8,2 | 8,5 | 8,5 | 8,8 | 9,8 | 9,6 | --- |
| Amerika | 13,7 | 8,9 | 15,1 | 15,7 | 15,8 | 15,8 | 15,9 | 16,2 | 16,6 | 17,7 | 17,6 | --- |
| OECD ort. | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Kaynak: OECD Sağlık Data 2012 verileriyle hazırlanmıştır.

Birçok ülkede GSYİH güçlü bir şekilde düşerken, 2009 yılında kamu harcamaları içindeki sağlık harcamaları devam etmiştir. Hollanda, 2010 yılında GSYİH'da sağlık için ayrılan en büyük paya (%12) sahiptir. Onu %11,6 ile Fransa ve Almanya izlemektedir. Ancak bu paylaşım ABD'nin çok altında kalmaktadır. ABD'nin GSYİH içinde sağlık harcamalarına ayırdığı pay %17,6'dır. Bu paylaşımında, GSYİH içinde sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülkeler Türkiye ve Romanya'dır (Yaklaşık %6) (Tablo 1). Kıbrıs ile birlikte tüm Avrupa Birliği üye ülkelerinin sağlık harcamalarının finansmanının ana kaynağı kamu fonlarıdır ve yaklaşık olarak üçüncü çeyreğe kadar yapılan tüm sağlık harcamaları kamu kaynakları ile yapılmıştır. Ülkelerin çoğunda toplam harcamalar ve kamu harcamaları içinde sağlığın payı arasında pek de fark yoktur (OECD, 2012:122).

Öte yandan, Avrupa ülkeleri arasında sağlık harcamalarının oranı ve düzeyi itibariyle büyük farklılıklar görülmektedir (Tablo 2). Kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen toplam gelir ile ilişkili olma eğilimindedir. Bu nedenle, Norveç ve İsviçre gibi iki Avrupa ülkesinin kişi başına yaklaşık 5000 \$ ile sağlığa en çok para harcayan ülke konumunda olmaları şaşırtıcı değildir. Avrupa birliği üyelerinden Hollanda 5056 \$, Kanada 4445 \$ ve Danimarka 4464 \$ ile en yüksek harcama yapan ülkelere sahiptir ve Avrupa birliği ortalamasını (3268 \$) da önemli ölçüde geçmişlerdir.

Tablo 2. 2012 Yılı Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (ABD Doları)

| Ülkeler | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Avustralya | 2267 | 2388 | 2559 | 2673 | 2877 | 2980 | 3163,7 | 3350,8 | 3451,9 | 3670,2 | .. |
| Kanada | 2519 | 2733 | 2871 | 3058 | 3209 | 3448 | 3674 | 3849,8 | 4002,4 | 4316,9 | 4444,9 |
| Danimarka | 2507 | 2678 | 2871 | 2893 | 3123 | 3243 | 3577,4 | 3766,5 | 4055,9 | 4384,9 | 4463,9 |
| Fransa | 2545 | 2716 | 2921 | 2981 | 3109 | 3294 | 3483,9 | 3667,3 | 3749,6 | 3930,2 | 3974 |
| Almanya | 2678 | 2805 | 2943 | 3095 | 3166 | 3362 | 3566,5 | 3722,3 | 3967,2 | 4225,1 | 4338,4 |
| Yunanistan | 1451 | 1754 | 1965 | 2028 | 2090 | 2353 | 2609,6 | 2723,2 | 2997,9 | 3106,4 | 2913,7 |
| Meksika | 508,5 | 551,8 | 583,9 | 628,5 | 688,2 | 730,8 | 780,1 | 836,1 | 891,8 | 923 | 915,7 |
| Hollanda | 2340 | 2554 | 2833 | 3098 | 3308 | 3450 | 3701,9 | 4410,2 | 4728,5 | 4886,2 | 5056,2 |
| Norveç | 3043 | 3263 | 3629 | 3835 | 4076 | 4301 | 4611,6 | 4883,5 | 5245,5 | 5348,4 | 5387,6 |
| İsveç | 2287 | 2501 | 2702 | 2832 | 2953 | 2963 | 3194,8 | 3431,2 | 3655,8 | 3711 | 3757,7 |
| İsviçre | 3222 | 3427 | 3673 | 3778 | 3935 | 4015 | 4252,3 | 4569,8 | 4933,1 | 5135,1 | 5269,6 |
| Türkiye | 432,8 | 423,4 | 442,2 | 446,9 | 519,5 | 590,7 | 731,6 | 840,2 | 913 | .. | .. |
| Birleşik Krallık | 1834 | 2002 | 2187 | 2321 | 2540 | 2700 | 2961,3 | 3029,7 | 3143 | 3379,1 | 3433,2 |
| Amerika | 4791 | 5142 | 5576 | 5993 | 6355 | 6728 | 7107,2 | 7482,5 | 7760,5 | 7989,9 | 8233 |
| OECD ort. | | | | | | | | | | | 3268 |

Kaynak: OECD Sağlık Data 2012 verileriyle hazırlanmıştır.

Romanya ve Bulgaristan ise, Avrupa Birliği üye ülkeleri içinde kişi başına en düşük sağlık harcaması yapan ülke olmuşlardır. Ayrıca, Makedonya Yugoslav Cumhuriyeti ve Türkiye’de en düşükler listesinde ilk sıralardadır. Belçika, Finlandiya, Hollanda, Polonya, Slovakya Cumhuriyeti ve İsveç’te ise geçmiş yıllara göre fazla bir artış gözlenmemiştir. Bunun nedeni, devletin sağlık harcamalarını ekonomik krizin başlangıcında korurken, büyük açıkları ve borçları azaltmaya ihtiyaç duyulduğu anda ve bütçe baskılarının verdiği sorumluluklar içinde harcamalardan kesinti yapma yoluna gidilmiş olmasıdır (OECD, 2012:120).

Refah Devleti ile Sağlık Harcaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Sağlık politikalarının amacı, kaynağı insan olan refah faaliyetlerini gerçekleştirmektir. Bu açıdan, refah devletinin varlığını ortaya koyan en önemli göstergelerden biridir. Sağlık hizmetlerinde var olan sorunlar çözülmediği takdirde toplum için önemli maliyetlere neden olmakta ve sorunlar piyasa mekanizması tarafından da çözülememektedir. Özellikle temel ve koruyucu sağlık hizmetleri alanında devletin yükünün fazlaşması sağlık hizmetlerini kamusal mal haline getirmiştir. Doğrudan gelir transferi dışında sağlık hizmetleri yoksulluğun azaltılmasında da etkin roledir. Bu hizmetler tıpkı eğitim hizmetlerinde olduğu gibi fırsat eşitliği sağlayacak ve insana yapılan yatırımlar olduğu için sağlık kalitesini yükselecektir. Doğal olarak bu iş gücü verimliliğine de yansiyacaktır.

Sağlık hizmetleri, emek gücünün yeniden üretimi açısından önemlidir ve emeğin gücü toplumların sürekliliği için zorunludur. Devlet, emeğin arzını sayısal olarak değil aynı zamanda nitelik olarak da arttırmak durumundadır. Modern Refah devleti bu durumda işlevselliğini gösterir ve müdahale eder. Hem kamu kesimi ile hem de özel sektör aracılığıyla sağlık sektörüne yön vermektedir (Alp, 2008:125). Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulmasının bazı nedenleri bulunmaktadır. Nedenlerden ilki gelir eşitsizliğidir. Bu konuda yaygın düşünce, kişilerin gelir düzeyine bakılmaksızın hizmetin sunulmasıdır.

Aynı zamanda, sağlık hizmetleri yalnızca sosyal sigorta primleri ile değil sosyal yardımlar yoluyla da uygulanmaktadır. Böylece, sağlık sigorta sisteminin içinde yer alsın ya da almasın toplumun tamamı sağlık hizmetleri şemsiyesi altında toplanmış olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından sunulmasının ikinci nedeni pareto etkinlik koşulları ile açıklanmaktadır. Bunlar, sağlık hizmetleri piyasasındaki piyasa aksaklıkları olarak adlandırılan: Sağlık hizmeti sunucuları arasındaki aksak rekabet, tüketiciler arasındaki eksik bilgi ve dışsallıklardır. Sağlık hizmetlerinin refah devleti olma aşaması en basit ifadeyle herkese en alt düzeyde bile olsa sağlık hizmeti sunma gerekçesine dayandırılmaktadır (Alp, 2008: 126). Böylece, OECD ülkelerinin tümünde refah devleti döneminde sağlığa ayrılan

paylar artmış ve harcamalarının büyük bir çoğunluğu, çeşitli sosyal politikaları ile gerçekleşen gelir transferi uygulamalarına aktarılmıştır. Bunun da ötesinde, yıllar boyunca ulusal gelirin artış hızı düşerken, ulusal gelir içinde sağlık harcamalarının oranı yükselmeye devam etmiştir (Sevim, 2006: 58-59).

Ülkelerin sağlık sistemlerini belirli bir standarda göre sınıflandırmak mümkün değildir. Her ülkenin kendine has özellikleri, sağlık sistemini de kendine özgü yapmaktadır. Siyasal, kültürel ve ekonomik farklılıklar birer belirleyici unsurdur. Dünya Bankası ve UNICEF, ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendirirken coğrafi koşullar, ülkenin gelişim düzeyi, siyasal ve ekonomik düzeni gibi parametreleri de göz önünde bulundurur (Günaydın, 2011: 40).

Sağlık hizmetlerine erişimin ana belirleyicisi olan finansal engellerdir. Özellikle düşük gelirli insanlar için, sağlık hizmetlerine katılım payları hizmetlere erişimi sınırlandırmaktadır. Bu nedenle sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine erişimde adalet yapısını belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Sağlık sigortası olmayan insanların, sağlık hizmetlerine erişimi önünde pek çok engel vardır. Bu insanlar ya sağlık hizmetinden yaralanmaları esnasında hizmet bedelini ceplerinden ödeyecekler ya da özel sigorta şirketlerine prim ödemek koşulu ile sağlık hizmetlerinden yararlanabileceklerdir (Günaydın, 2011: 98). Bu nedenle, refah tipi sağlık hizmetleri bu finansal engellerin aşılmasında oldukça etkindir.

Özellikle, refah tipi sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerde sıklıkla kullanılan bir tiptir. Hastalık durumunda zorunlu olarak ortaya çıkan, çalışanın ya da işverenin prim ödemeli sigortaya bağlandığı bir talep halidir. Devlet, bireylerin sağlık gereksinimlerinin bedelini kendilerinin satın alabilecekleri, kamusal ve bireysel refahlaşmayı amaçlayan ve bu amaçla düzenlemeler meydana getiren devlet anlayışı modelindedir. Bu sağlık sistemi modelinde, sosyal devlet anlayışı içerisinde sağlık hizmetleri bir kamu işlevi sayılmış, bireylerin gelirlerinden pay ayırmadan yararlandıkları kamu finansmanlı sağlık hizmetlerinin yanı sıra, zorunlu ve primlerle finansmanı yapılan tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanmaları da esas alınmıştır. Bu politika, zengin ülkelerde başarıyla uygulanmış, gelişmekte olan ülkelerde de yaygın olarak kullanılmaktadır (Sargutan, 2005: 417-418)

Refah devletiyle ilgili çalışmalar göstermiştir ki, bir ülkenin diğer tüm ülkeleri hiç dikkate almadan kendi refah devletini oluşturması ve buna bağlı olarak sağlık politikası uygulaması mümkün değildir. Aynı coğrafyayı paylaşan ülkeler, diğer ülkedeki refah devleti uygulamalarından etkilenmektedir (Günaydın, 2011: 46).

BAZI SOSYAL REFAH DEVLETLERİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ

İngiltere ve İsveç, ulusal sağlık hizmetleri modelinin en başarılı uygulayıcılarıdır. Almanya sosyal sağlık sigortasının en önemli ve en başarılı temsilcisi, ABD ise özel sağlık hizmetlerinin uygulayan en önemli ülke olarak, bu modelin incelenebileceği en başarılı örnektir (Günaydın, 2011: 97-98). Sosyal refah ülkeleri denildiğinde ilk akla gelen ülkeler ise, İskandinavya'dır. Bu sınıflandırmanın amacı, sağlık sistemlerinin kapsamı, finansmanı ve sağlığa yaptıkları harcamaları değerlendirerek, refah ülkelerinin sağlık boyutunu incelemektir.

Sosyal refah devletlerinde sağlık harcamalarını analiz etmeden önce, OECD tarafından sağlık ile ilgili gelişmişliği belirleyen ölçütleri bilmek gerekir. Bunlar; toplam sağlık harcamaları, kişi başına düşen sağlık harcaması, kişi başına düşen hekim-hemşire-yatak sayısı, tahmini yaşam süresi gibi sağlık göstergeleridir. Bu çalışmanın amaçlarından biri, bu parametreler ışığında sağlık açısından genel bir çerçeve sunmaktır.

İskandinavya, Kuzey Avrupa'daki ülkelerin oluşturduğu bir coğrafyadır. Danimarka, İsveç ve Norveç İskandinav ülkeleridir. Bu ülkeler ile beraber, Finlandiya, İzlanda, Faroe Adaları, Grönland ve Aland Kuzey ülkelerini oluştururlar. Çalışmada ilk üç ülkenin verileri incelenecektir.

İskandinav ülkelerinin sağlık harcamalarından söz edildiğinde, OECD ülkelerinin % 9,5 olan sağlık harcamaları ortalamasından bile yüksek olan, 2010 yılındaki toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %11,1 olan Danimarka ile başlamak yerinde olacaktır. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı en yüksek olan ABD'ni (% 17,6), Hollanda (%12), Fransa (11,6) ve Almanya (11,6) izlemektedir. Ayrıca, Danimarka da 4464 \$ ile kişi başına düşen sağlık harcaması, 3268 dolar olan OECD ortalaması ile karşılaştırıldığında OECD ortalamasının üzerinde yer almaktadır. Danimarka'da kişi başına düşen sağlık harcaması, ABD'ne (8233 \$) göre epey düşük kalmasına karşın Norveç dışındaki tüm diğer İskandinav ülkelerinden daha yüksekte bulunmaktadır.

Danimarka'daki sağlık harcamaları, 2000 ve 2009 yılları arasında yılda ortalama %3,6 oranında reel artış göstermiş; ancak 2010 yılında %1,6 oranında azalmıştır. Diğer OECD ülkelerinde de durgunluk ve mali konsolidasyon ihtiyacı nedeniyle yavaşlamalar yaşanmıştır. Kamu sektörü, ABD, Şili ve Meksika dışındaki tüm OECD ülkelerinde sağlığın başlıca finansman kaynağıdır. 2010 yılında Danimarka'da, sağlık harcamalarının %85,1'i, kamu kaynakları tarafından finanse edilmiştir. Tüm OECD ülkeleri arasında en yüksek üçüncü olmuş ve Danimarka'nın ortalaması %72,2 olan OECD ortalamasından yüksek çıkmıştır (<http://www.oecd.org/2012>).

Danimarka, 2009 yılında 1000 kişiye düşen 3,5 pratisyen hekim sayısı ile OECD ortalaması olan 3,1'in çok üzerinde bulunmaktadır. Ayrıca, aynı yıl 1000 nüfus başına 15,4 hemşire düşmekteydi, bu sayı OECD ortalamasının (8,7) üzerindedir. Danimarka'da akut vakalara müdahale eden hastane yatak sayısı 2010 yılında 1000 nüfus başına 2,9 idi. Bu rakam OECD ortalamasının (3,4) altında kalmıştır. OECD ülkelerinin çoğunda olduğu gibi, Danimarka'da kişi başına düşen hastane yatağı sayısı zamanla düşüş göstermiştir. Bu düşüş günlük cerrahi işlemlerin artması ve ortalama hastanelerde kalma süresi ile çakışmıştır. OECD ülkelerinin çoğu, geçmiş yıllarda tahmini yaşam süresinden yaşam koşullarında iyileştirmeler, halk sağlığı müdahaleleri ve tıbbi bakım konusunda ilerleme sayesinde, büyük kazançlar elde etmiştir. 2010 yılında, Danimarka'da doğumda tahmini yaşam süresi 79,3 yıl iken, 79,8 yıl olan OECD ortalamasından yarım yıl daha azdır. Danimarka'da tahmini yaşam süresi Japonya'dan daha düşüktür (83 yıl, OECD ülkeleri arasında en yüksek sayı). Aynı zamanda çoğu Batı Avrupa ülkeleri ve diğer İskandinav ülkelerinden de daha düşüktür (<http://www.oecd.org/2012>).

Danimarka, İngiltere ve İrlanda'da birinci basamak tedavi edici hizmetler tamamen serbest çalışan ve sosyal güvenlik sistemi ile sözleşme yapmış olan genel pratisyenler tarafından yürütülmektedir (Akdur, 2006: 45).

İsveç'in sağlık harcamalarına bakılırsa; 2010 yılında İsveç'te toplam sağlık harcamaları GSYİH içindeki payı %9,6 olarak gerçekleşmiştir ve %9,5 olan OECD ortalamasının üzerine çıkmıştır. ABD şu ana kadar ekonomik olarak sağlığa en çok pay ayıran ülke olmuştur. (2010 yılında sağlığa ayrılan GSYİH'nin (%17,6'sı) İsveç'te 2010 yılında 3268 dolar olan OECD ortalaması ile karşılaştırıldığında, 3758 USD harcama ile kişi başına düşen sağlık harcamasında birçok OECD ülkesinden daha çok para harcamıştır. İsveç'te sağlık harcamaları 2000 ve 2009 yılları arasında yılda ortalama %3,9 oranında reel olarak artmış, ancak bu büyüme oranı, 2010 yılında %2 ile yavaşlamıştır. Bu ülkede 2010 yılında sağlık harcamalarının %81'i kamu kaynakları ile finanse edilmiştir ve OECD ülkelerinin %72 olan ortalamasından daha yukarıda olduğunu belirtmek gerekir (<http://www.oecd.org/2012>).

İsveç diğer OECD ülkelerine göre, sağlık sektöründe daha fazla kaynak kullanmaktadır. 2009 verilerine göre, İsveç, 1000 kişiye düşen 3,8 pratisyen hekim sayısı ile OECD ortalaması olan 3,1'in üzerinde bulunmaktadır. Ayrıca, aynı yıl OECD ortalamasının (8,7) üzerinde seyretmiş, 1000 nüfus başına 11 hemşire düşmüştür. Kişi başına düşen doktor muayenesi sayısı 4 olarak hesaplanmış ve OECD ortalamasının (6,4) altında kalmıştır. Öte yandan diğer OECD ülkelerine göre İsveç'te çok az sayıda hastane yatağı vardır. Şöyle ki; 2010 yılında 1000 kişiye düşen yatak sayısı 2,7'dir ve OECD ortalamasının (4,8) altındadır.

Norveç ise; 2010 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %9,4 olarak bulunmuş ve OECD ülkelerinin ortalamasına (%9,5) yakın bir değer çıkmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcaması açısından, Norveç 2010 yılında 5388 \$ harcama ile OECD ülkeleri arasında en yüksek ikinci sırada yer alan ülke konumundadır. Norveç'te kişi başına sağlık harcaması 2000 ve 2009 yılları arasında yılda ortalama %3,7 oranında reel olarak artmış, ancak 2010 yılında %0,8 oranında azalmıştır. Norveç'te, aynı yıl sağlık harcamalarının %85,5'i kamu kaynakları tarafından karşılanmıştır (<http://www.oecd.org/2012>).

Norveç, OECD ülkelerinin çoğuna nazaran sağlık sektöründe daha çok insan kaynaklı istihdama önem vermiştir. 1000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısı 4,1, hemşire sayısı 14,4'tür. Ancak, 2010 yılı itibariyle, 1000 nüfus başına tedavi edici bakım veren hastanelerdeki yatak sayısı 2,4 çıkmıştır. Kişi başına düşen doktor muayenesi sayısı 5,2 olarak hesaplanmış ve OECD ortalamasının (6,4) altında kalmıştır. Yine aynı yıl, tüm nüfus için doğumda beklenen tahmini yaşam süresi 81,2 yıldır (<http://www.oecd.org/2012>).

Bazı Avrupa Ülkeleri

İncelenen ülkeler, hem refah devletlerini içermekte, hem de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri kapsamaktadır. Avrupa ülkelerinin bazı sağlık göstergeleri incelendiğinde, doğumda tahmini yaşam süresinin tüm yaş gruplarında ölüm oranlarının düşmesinin etkisiyle, Avrupa ülkelerinde artmaya devam ettiği görülmektedir. Bunun nedeni, yükselen yaşam standartları, gelişmiş yaşam ve daha iyi eğitimin yanı sıra, kaliteli sağlık hizmetlerine daha fazla erişim gibi faktörlerdir.

Tablo 3'de kadın ve erkekleri içeren toplam nüfus için tahmini yaşam süreleri verilmiştir. Avrupa Birliği'nin 27 üye devletleri içerisinde 2008-2010 yılları arasında doğumda tahmini yaşam süresi ortalama erkekler için 75,3 ve kadınlar için 81,7 yıla yükselmiştir. 1998-2010 yıllarından itibaren on yılda sırasıyla 2,7 ve 2,3 yıllık bir artış göstermiştir. Avrupa Birliği üye ülkelerinin üçte ikisinin tahmini yaşam süreleri kadınlar için 80 yıl, erkekler için 75 yıl olarak saptanmıştır. Fransa, 2008-2010 yılları arasında 85 yıl ile kadınlar için en yüksek tahmini yaşam süresine sahiptir. İsveç ise, aynı yıl aralığın da 79,4 yıl ile erkekler için en yüksek sayıya ulaşmıştır. Kadınlar için en düşük tahmini yaşam süresine sahip ülkeler, kadınlar için Romanya ve Bulgaristan (77,3 yıl), erkekler içinde, Litvanya olmuştur (67,3 yıl). Geleceğe baktığımızda Eurostat verilerine göre, Avrupa Birliği'nde önümüzdeki yıllarda tahmini yaşam süresinde artış meydana gelecek ve 2060 yılında erkekler 84,6 yıl, kadınlar ise 89,1 yıl yaşayacaktır (OECD, 2012: 16).

Tablo 3. Bazı Avrupa Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri (2010 Yılı)

| Ülkeler | Toplam Nüfus için Tahmini Yaşam Süresi | 1000 Nüfus Başına Düşen Doktor Sayısı | 1000 Nüfus Başına Düşen Yatak Sayısı |
|------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Avusturya | 80,7 | 4,8 | 7,6 |
| Belçika | 80,3 | 2,9 | 6,4 |
| Çek Cum. | 77,7 | 3,6 | 7,0 |
| Danimarka | 79,3 | .. | 3,5 |
| Fransa | 81,3 | 3,3 | 6,4 |
| Almanya | 80,5 | 3,7 | 8,3 |
| Yunanistan | 80,6 | 6,1 | .. |
| Bulgaristan | 74,3 | 2,9 | 7,2 |
| İtalya | .. | .. | 3,5 |
| Hollanda | 80,8 | .. | .. |
| Norveç | 81,2 | 4,1 | 3,3 |
| İspanya | 82,2 | 3,8 | 3,2 |
| İsveç | 81,5 | .. | 2,7 |
| İsviçre | 82,6 | 3,8 | 5,0 |
| Türkiye | 74,3 | 1,7 | 2,5 |
| Birleşik Krallık | 80,6 | 2,7 | 3,0 |
| OECD ort. | | 3,1 | 4,9 |

Kaynak: OECD Sağlık Data 2012 verileriyle hazırlanmıştır

Birçok Avrupa ülkesinde mevcut ya da gelecek için belirlenmiş bir doktor istihdamı sıkıntısı bulunmaktadır. Yukarıdaki tabloda belirtildiği gibi; 2010 yılında, Yunanistan, 1000 nüfus başına 6,1 doktor sayısı ile, bugüne kadarki en yüksek nüfus başına düşen doktor sayısına ulaşmıştır. Avrupa ortalamasının (3,4) yaklaşık iki katına çıkmıştır. Yunanistan'ı 1000 nüfus başına düşen 4,8 doktor sayısı ile Avusturya daha sonra da sırasıyla, Norveç, Portekiz, İsveç, İsviçre ve İspanya izlemektedir. 1000 nüfus başına düşen doktor sayısı en düşük olan ülkeler ise, Karadağ ve Türkiye'dir. Bunu Polonya, Romanya ve Slovenya izlemektedir. İngiltere'de geçtiğimiz on yıl içinde 1000 nüfus başına düşen doktor sayısı artış göstermiş; 2000 yılında 2 iken, 2010 yılında 2,7'ye yükselmiştir (OECD, 2012: 68).

Hastane yatak sayısı, hastanelerde kalan hastalara hizmet sunmak için mevcut kaynak göstergelerindedir. Geçtiğimiz on yıl içinde Türkiye ve Yunanistan hariç tüm Avrupa ülkelerinde nüfus başına düşen yatak sayısında azalma olmuştur. Avrupa birliği üye ülkelerinin ortalamasına bakılırsa; yılbaşına %2 düşüş göstermiş ve 2000 yılında 1000 nüfus başına düşen yatak sayısı 6,5 iken, 2010 yılında 5,3'e inmiştir. Hastane yatak sayısındaki azalma özellikle Letonya, Estonya, İtalya ve Norveç'te yaşanmaktadır (OECD, 2012: 76).

Bazı Avrupa Ülkeleri'nde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Sağlık bakımı, tıbbi mal ve hizmetlere erişim ya da ciddi bir hastalık karşısında finansal güvenlik sağlar. Yalnız sağlık sigortası, özel ve kamu eliyle yapılabilmektedir. Birçok Avrupa ülkesi hizmetlerin bir merkezden yürütülmesi için sağlık bakım maliyetlerini evrensel boyuta taşımıştır. Ancak İki Avrupa ülkesinde evrensel sağlık sigortası bulunmamaktadır. Kıbrıs'ta nüfusun tahmini % 83'ü, özel sektörde tıbbi bakım hizmeti almasına ve cepten para ödemesine karşın kamu sağlık sigortasına tabidir. Yeni bir Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi, kamu sağlık bakım hizmetlerini modernleştirmek ve kapsamı genişletmek için öne sürülmüştür.

Türkiye'de ise; kamunun kapsamı yapılan reformlardan beri hızlı bir şekilde artmış; özellikle 2003 yılında başlayan on yıllık Sağlıkta Dönüşüm Programı ile genel sağlık sigortasına geçilmiştir. 2002 yılında nüfusun %70'ini kapsarken, 2010 yılında %83'ünü, 2012 yılında ise %98'ini kapsayacak duruma gelmiştir. Fransa'da, neredeyse tüm nüfus (%96), sosyal güvenlik sistemindeki maliyet paylaşımını karşılamak için bir tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahiptir. Belçika, Lüksemburg ve Slovenya'daki nüfusun geniş bir bölümü de tamamlayıcı sağlık sigortasından yararlanmaktadır (OECD, 2012: 118).

Sağlık hizmetlerini sosyal sigorta yolu ile finanse eden ülkelerin hepsinde uygulamanın çeşitli farklılıkları vardır. Örneğin, Almanya, Belçika ve Hollanda'da hastalık sigortası kuruluşunu kişiler kendisi özgürce seçebilmektedir. Buna karşılık, Fransa, Lüksemburg ve Avusturya'da ise, kişinin çalıştığı işyeri bireyin sigortasını yapmak zorundadır. Ulusal sağlık sisteminin var olduğu ülkelerde, ilke olarak tüm vatandaşlar bu sistem aracılığı ile güvence altına alınabilmektedir. Lüksemburg, Belçika, Fransa ve Avusturya gibi sosyal güvenlik sisteminin egemen olduğu ülkelerde ise birey ister kendi adına ister başkası adına çalışıyor olsun sigortasını kendisi yaptırmak zorundadır (Akdur, 2006: 44-45).

Bu kategoriler arasında da çeşitli uygulama farklılıkları vardır. Örneğin, Belçika'da kendi hesabına çalışanlar yalnızca yataklı tedavi hizmetleri için kendini sosyal güvenlik sigortasına sigortalatmak zorunda, evde ve ayakta tedavi hizmetleri için ise kendi tercihine bağlı olarak bir özel sigorta seçmek durumundadır. Fransa'da zorunlu sigorta bir yandan katkı payı alırken öte yandan da teminat paketi tüm hizmetleri kapsamaktadır. Almanya'da kendi hesabına çalışan yüksek gelirli kesiminin sosyal güvenlik sistemine kayıt olması zorunlu değildir; ancak bir sigortası bulunmak zorundadır. Belçika'da kendi hesabına çalışan yüksek gelirli kesimin bir sigortasının bulunup bulunmaması ve bulunması halinde de sigorta kuruluşu seçimi tamamen bireyin kendisine aittir (Akdur, 2006: 44-45).

Bazı Avrupa Ülkeleri'nde Sağlık Harcamalarının Boyutu

Tedavi ve rehabilite edici bakım, yatarak tedavi ve ayakta tedavi olmak üzere iki aşamalıdır ve 2010 yılında tedavi edici sağlık hizmetleri Avrupa birliği üye ülkeleri içinde, sağlık harcamalarının %61'ini oluşturmuştur. Sağlık Harcamalarının %23'ünü tıbbi malzemeler (%19'unu ilaçlar), %10'unu uzun süreli bakım ve %6'sını ise koruyucu sağlık hizmetleri ve yönetimi gibi kolektif hizmetler oluşturur (OECD, 2012: 124).

Bakım türüne göre harcama tahsisi Avrupa ülkeleri arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Yatan hasta bakımı, günlük bakım ve ayakta hasta bakımı, sağlık hizmetinin kurumsal düzenlemelerine bağlıdır. Örneğin, Bulgaristan ve Romanya gibi Portekiz ve İsveç'te tedavi edici ve rehabilitasyon harcamalarının büyük bir çoğunluğu ayakta, hasta üzerinde yoğunlaşmıştır ve hastanede yatan hasta masrafları nispeten düşük seviyelerde kalmıştır. Fakat bazı ülkelerde yatan hasta masrafları tedavi ve rehabilite edici hizmet maliyetlerinin üçte ikisini kapsayacak kadar baskın bir rol oynamaktadır. Bazı ülkelerde ise, sağlık harcamalarının büyük bir çoğunluğunu tıbbi malzemeler özellikle ilaçlar oluşturmaktadır. Macaristan ve Slovak Cumhuriyeti, tıbbi malzemelere yapılan harcamaların geniş bir yelpazesini yatarak veya ayakta tedaviye yönlendirmiştir. Aslında bu durum, cari sağlık harcamasının %37'sini temsil etmektedir. Norveç ve İsviçre'de ise, tıbbi malzemelere yapılan harcamalar toplam sağlık harcamalarının %12'si düzeyindedir. İlaçların etkisi ve benzer ücretlerde tüketimin farklılığı, ülkeler arasındaki varyasyonları açıklayıcı bir rol oynayabilir. Uzun süreli bakım harcamalarında ülkeler arasında büyük çapta farklılıklar bulunmaktadır. Danimarka, Hollanda ve Norveç gibi ülkeler yaşlılar için yasal düzenlemeler getirmiş ve bu bağımlı nüfusa uzun vadeli bakım için harcanan miktar, cari sağlık harcamasının %20'sinden daha fazlası olmuştur. Uzun süreli bakıma en az ihtiyaç duyan Portekiz ise, toplam sağlık harcamalarından çok küçük bir pay ayırmıştır (OECD, 2012:124).

Yatarak tedavi hizmetleri geçtiğimiz son on yıl içerisinde yüksek piyasa ve sermaye yoğun hale gelmiştir. Bu nedenle, gelişmiş sağlık sistemleri pahalı olan yüksek gelirli bazı ülkeler hastanelere harcanan payı azaltmaya çalışmışlardır. Öncelikli olarak hastaneye başvurmayı önlemek amacıyla birinci basamak sağlık hizmetleri olan evde bakım ve ayakta tedavi hizmetlerine geçiş istenmektedir. İzlanda'da yatarak tedavi hizmetleri 2000 ve 2010 yılları arasında yılbaşına %3 düşerek ortalama yıllık oranı %3,2'yi bulmuştur. Yine Çek Cumhuriyeti ve Polonya yatarak ve ayakta tedavinin her iki kalemine birden çok fazla harcamalarda bulunmuş, ancak yatarak tedavi harcamaları ayakta tedavi harcamalarını geçmiştir (OECD, 2012: 124).

Ayrıca, tüm Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının finansmanı için kamu ve özel sektörün bir arada olduğu sistem kullanılmaktadır. Kıbrıs dışındaki tüm

Avrupa ülkelerinde kamu kesimi, sağlık harcamalarının ana kaynağını oluşturmaktadır. 2010 yılında kamu eliyle finanse edilen sağlık harcamalarının oranı %73'tür. Sağlık harcamalarında %80'i aşan kamu finansmanı kullanan ülkeler; Hollanda, Finlandiya hariç İskandinav ülkeleri, Lüksemburg, Çek Cumhuriyeti, ABD ve Romanya'dır. Finansmanın en az olduğu ülkeler ise; Kıbrıs (%43), Bulgaristan, Yunanistan ve Litvanya (%55-60)'dır (OECD, 2012: 128).

Amerika Birleşik Devletleri

ABD, özel sağlık hizmetlerini uygulayan en önemli ülke olarak, refah devleti tasnifinde incelenmesi gereken bir konumdur. Amerika Birleşik Devletleri'nin 2010 yılı itibarıyla toplam nüfusu 310.384.000'dir. Kişi başına düşen GSYİH, aynı yıl için 47.310 dolardır. Doğumda tahmini yaşam süresi erkekler için 76 yıl, kadınlar için 81 yıldır. 1000 canlı doğumdaki beş yaş altı ölüm olasılığı 8'dir. 1000 nüfus başına 15 ile 60 yaş arasında ölme olasılığı erkekler için 134, kadınlar için 78'dir. Yine 2010 yılı için kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları 8233 dolardır. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise, %17,6'dır (<http://www.who.int>). 1000 Nüfus başına düşen doktor sayısı 2,4, yatak sayısı ise 3,1 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, cepten yapılan sağlık ödemelerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı %11,8'dir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

ABD'nin sağlık hizmetleri karmaşık ve hiyerarşik bir yapıya sahiptir. Türkiye'de de olduğu gibi birçok ülkede sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üç grupta sunulmaktadır. Hasta birey öncelikle birinci basamak hizmetleri olarak adlandırdığımız aile hekimliği, toplum sağlığı merkezi vb. kuruluşlarda tedavi olur. Burada tedavi edilemezse ikinci sağlık hizmetlerinden olan hastanelere sevk edilir. Hastanelerden de yeterli hizmeti alamazsa, üçüncü basamak olarak tanımlanan tam teşekküllü hastane ya da tıp fakültesi hastanelerine başvuru yapılır. Sağlık hizmetleri süreci genellikle bu şekilde işlemektedir. Ancak Amerika'da sevk zinciri bu örgütlenmeden daha farklıdır (Oral, 2003: 63-64).

ABD'deki sağlık sisteminin en önemli özelliklerinden biri de, çoğunlukla kar amaçlı kuruluşlarla yürütüldüğüdür. Bu yüzden hastalar, özel sigortalardan özel sağlık sigortalarına kadar geniş bir yelpazede, kendilerine uygun olan hekim, hizmeti ya da hastaneyi seçebilmektedirler. Buna karşın, gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmakta yeterli olmayanlara yönelik olarak düzenlenen devlet desteği istenilen düzeyde değildir. Amerikan sağlık hizmetlerinin temel ilkesi, toplumun hekimini seçme ve hekimin de hastasını seçme özgürlüğünün olmasıdır (<http://saglikyonetimi.wordpress.com/2012>). Dolayısıyla, ABD'nin kendine özgü yapısı ve hasta bireylere sağladığı özgürlük sebebiyle düzenli bir

sağlık teşkilatlanması bulunmamaktadır. ABD sağlık sisteminin en çok eleştiri alan yönü budur.

Hekimlerin yaklaşık %40'ı birinci basamak kabul edilen koruyucu ve tedavi edici hizmetlerde çalışmaktadır. Bu hekimler tek başlarına çalışabildikleri gibi grup olarak da çalışabilmektedirler. Ancak son dönemde grup çalışması yaygınlaşmıştır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka doktora ya da üst basamağa başvurabilmektedirler. Yalnız bu imkân hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi, maddi gücü ve anlaşmalı doktorlarla sınırlı kalmaktadır (Oral, 2003: 63-64).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Sisteminin Finansmanı

ABD'nin sağlık sisteminin finansmanı, neredeyse özel sağlık sigortasına dayandığından özellikle incelenmiştir. Sağlık sisteminin finansman yöntemleri, sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli etkenlerden birisidir. Bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin yapısını ve niteliğini genel olarak o ülkenin ekonomi politikası, özel anlamda ise sağlık sisteminin finansman yöntemleri belirlemektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ise, yeniden gelir dağılımına, kaynakların kullanım ve dağılımına, genel ekonomik büyümeye de etki etmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin finansmanını sağlayan dört temel grup vardır. Kar amaçlı özel sigorta şirketleri, Mavi Haç (Blue Cross) ve Mavi Kalkan (Blue Shield), Bağımsız sigorta planları ve kamu sigortaları (Medicare/Medicaid) olarak sıralanmaktadır (<http://saglikyonetimi.wordpress.com/2012/>).

Medicare programlarından söz etmek gerekirse; 65 yaş ve üzerindeki, 65 yaş altında fakat kalıcı özürleri olanlar ve son dönem böbrek hastalığı gibi çok özel tıbbi durumları olan herkes için, tamamen federal hükümet tarafından finanse edilen bir sigorta programıdır. Hastane faturalarını, tıbbi sigortayı ve ilaç yardımını kapsar. Medicaid' den farklı olarak kişilerin gelir düzeyi bu programa girebilmesi için bir ölçüt değildir. Bazı Amerikalılar her iki programa katılmak için uygun olabilirler. Medicare ilk bakışta Genel Bütçe aracılığı ile hizmet satın alma sistemi gibi görünse de, aslında tıbbi masrafların %80'ini karşılamaktadır. Medicare'den yararlananlar kalan %20 için özel sigorta şirketlerinden "Tamamlayıcı sigorta" satın almak veya ceplerinden ödemek zorundadır (Akalin, 2011: 4-5).

Medicare bordrolardan kesilen vergilerle finanse edilmektedir; bordrodan %2,9 (yarısı işçi, yarısı işverenden) kesinti yapılır. Kendi hesabına çalışanlar da kendi paylarını (%1,45) öderler. Böylece devlet çalışanlardan kestiği vergilerle, çalışanlara 65 yaşından sonra hizmet sunmuş olur. Hastane sigortası, yataklı tedavi sigortasıdır ve özel olmayan oda, yemek ve hastanede yapılan tetkikleri de kapsar. Nekahat döneminde bakımevindeki tıbbi masraflarda (kişisel hijyen vb.

hariç) bu kapsamdadır. Ancak 20 günün üzerindeki tedavilerde katkı payı alınır. Bu katkı payı 2011 yılı itibariyle günde 141,50 dolardır ve durumu görel olarak iyi olanlar bunu karşılayabilmek için tamamlayıcı sigorta satın alırlar; aksi halde bu bakımdan yararlanamayacaklardır (Akalin, 2011: 4-5).

ABD’de 2009 yılında Medicare’den yararlananların sayısı 43,4 milyon kişidir ve 2008 yılına göre bu rakamda anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Medicaid programı ise, yoksullar ve özürleri nedeniyle çalışamayacak durumda olanlar için eyalet hükümetleri ve federal hükümet tarafından ortaklaşa finanse edilen bir sosyal programdır. Bazı eyaletlerde Medicaid yardımı almaya hak sahibi kişilere hizmet sunanlara doğrudan ödeme yapılırken, diğerlerinde hizmet sunuculara taşeron özel sigorta şirketleri aracılığı ile ödeme yapılmaktadır. Yardım asla kişilere para olarak verilmez. Bazı eyaletlerde özel sigortalar veya sağlık kurumları doğrudan eyaletin Medicaid departmanı ile kişi başına belli bir ücret üzerinden anlaşma yaparlar. Medicaid bir sigorta olan Medicare’den farklı olarak, başvuranların gerçekten yardıma gereksinimi olup olmadığını araştırıldığı, gelirlerine bakıldığı, ihtiyaca dayalı (means-tested) sosyal bir programdır; Medicare’den daha kapsamlıdır (Akalin, 2011: 4-5).

Özel sigorta şirketlerinin içinde yer alan Maviler ve Sağlık Organizasyonlarının finansmanını sağlayan bağımsız sigorta planları kâr amaçlı bulunmamaktadır. Özel sigorta şirketleri grubunun %50’sinden fazlasını ise kâr amaçlı özel sigorta şirketleri oluşturmaktadır. Kamu sigortaları içinde ise Medicare ve Medicaid sigortaları vardır. Bunun dışında askeri personel ve bakmakla yükümlü oldukları %3,8’lik bir kesim vardır. Sigortasız grubun büyük çoğunluğunu ise, yoksullar ve 19 yaş üzeri yeni mezun gençler oluşturmaktadır. Mezun olmaz anne babalarının poliçelerinden ayrılmak zorunda kalan genç grup, çoğunlukla yarı zamanlı işlerde ya da sağlık sigortası olmayan küçük şirketlerde çalışmaktadır (<http://saglikyonetimi.wordpress.com/2012>).

Tablo 4. Amerikan Sağlık Sigortası

| Police Türü | 2000(%) | 2007(%) | 2008(%) | 2000–2008 Değişim(%) |
|----------------|---------|---------|---------|----------------------|
| Özel Sigorta | 72,6 | 67,5 | 66,7 | -5,9 |
| Şirket sigorta | 64,2 | 59,3 | 58,5 | -5,7 |
| Bireysel sig. | 9,6 | 8,9 | 8,9 | -0,7 |
| Kamusal | 2,7 | 27,8 | 29,0 | +4,3 |
| -Medicare | 13,5 | 13,8 | 14,3 | +0,8 |
| -Medicaid | 10,6 | 13,2 | 14,1 | +3,5 |
| -Askeri | 3,3 | 3,7 | 3,8 | +0,5 |
| Sigortasız | 13,7 | 15,3 | 15,4 | +1,7 |

Kaynak: Durmuş, 2011: 64

Almanya

Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Harcamaları

Sağlık fonksiyonuna göre yapılmış olan tüm harcamalar yalnızca sağlık sigortası tarafından yapılmamaktadır. Emeklilik sigortası kapsamında sunulan rehabilitasyon hizmetleri, işverenlerin çalışanlarının hastalanması halinde ödemiş oldukları ücretler ve diğer sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan doğrudan sağlık yardımları da sağlık harcamalarına girmektedir. 2009 yılı itibariyle sağlık sistemine yapılan harcamalar 264 milyar \$ ile sosyal bütçeden yapılan harcamalar içinde ikinci sırada yer almıştır. Sosyal güvenlik prim ödemeleri, toplam sosyal bütçe gelirlerinin yaklaşık olarak %60'ını karşılamaktadır. Nüfusun yaklaşık %88'i sosyal sağlık sigorta kuruluşları üzerinden güvence altına alınmışken; %10'u ise özel kuruluşlar tarafından sigortalanmıştır. Yıllık geliri 47.700 €'nin altında olan herkes zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmektedir. Almanya'da çoğu zaman sağlık hizmetlerinin sunulması ile bunların finansmanı farklı kurumlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Bireyler sağlık kartlarını göstermek suretiyle sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

2007 yılında yürürlüğe konulan sağlık reformu ana hatlarıyla finansman sorununu çözmeyi hedeflemektedir. Reform genel olarak; gelir düzeyi yüksek olanlara sağlık sigortası yaptırma zorunluluğunun getirilmesi, hastalık sigortalılarının rekabete açılması, doktorların ücret sistemlerinin basitleştirilmesi, özel sağlık sigortalarına özel tarifeler belirleme koşulları vb. kapsamaktadır (Şanlıoğlu, 2011:107-111).

Almanya Sağlık harcamaları 2000 ve 2010 yılları arasında yılda ortalama %2 oranında artmıştır. Birçok Avrupa Birliği ülkesinde durgunluk ve krizlerin dönüşleri sert olmasına karşın, son yıllarda Almanya'da sağlık harcamalarında herhangi bir azalma olmamış; harcamalar 2010 yılında reel olarak %2,6 oranında artmaya devam etmiştir (<http://www.oecd.org/2012>).

Türkiye'de Sağlık Harcamalar

Kalıplaşmış bir refah ve sağlık sistemine sahip olmayan Türkiye, birçok reform girişiminde bulunmasına rağmen, evrensel özelliğe sahip bir sağlık sistemi kuramamıştır. Buna karşın, ülkemizin OECD sağlık göstergeleri yönünden geldiği noktayı anlamak gelişimi açısından önemlidir.

Türkiye'de sağlık sistemi karma bir yapıdadır. Hem belirli bir kesimi kapsayan sosyal/ zorunlu sigorta modeli (Bismarck modeli), hem de kamu yardımı (Beveridge modeli) uygulanmakta (Aytekin - Çiftçi Aytekin, 2010: 171), diğer yandan koruyucu sağlık hizmetleri tamamen sosyalleştirmeye tabi tutulmuş bulunmaktadır (Yıldırım, 1994: 16). Sağlık hizmetlerinin sunumunda ise, kamu kesimi ve piyasa ekonomisi içerisinde şekillenmiş; kâr amacı güden özel kesim

bulunmaktadır. Bu açıdan, sağlık hizmetleri yapılaşması arz-talep yönünden çeşitlilik göstermektedir (Aytekin - Çiftçi Aytekin, 2010: 171).

Türkiye'nin Genel Sağlık Durumu

Doğumda Tahmini Yaşam Beklentisi

Sağlık alanında araştırma yapılırken, kullanılan bazı değişkenler bulunmaktadır. Bu değişkenler, toplumun sağlık düzeyini belirlemek için bütün dünyada kabul görmüştür. Doğumda tahmini yaşam beklentisi, bebek ölüm oranları, çocuk ölüm oranları ve kaba ölüm oranları değişkenlerden bazılarıdır (Akin, 2007: 17). En son veri olan 2010 yılı için, Türkiye'de doğumda kadınlar için yaşam beklentisi 76,8 yıl, erkekler için ise 71,8'dir. Kadınlar için en yüksek yaşam beklentisi olan ülke 86,4 yıl ile Japonya; erkekler için ise, 80,3 ile İsviçre'dir. OECD ortalaması doğumda kadınlar için 82,5 yıl, erkekler için 77 yıldır. Yine aynı yılın verilerine göre; kadınlar için en düşük yaşam beklentisi olan ülke Türkiye'dir. Ülkemizin ardından Meksika gelmektedir. Erkekler için en düşük yaşam beklentisi olan ülke ise Macaristan'dır (70,5 yıl). Yine erkekler için, ikinci en düşük yaşam beklentisine sahip ülke ise Estonya'dır (70,6 yıl) (<http://www.oecd.org/2012>).

Bebek Ölüm Oranları

Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliğinde, Türkiye'de 1991 yılından beri ane ve çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında, çocuk sağlığının korunması, hastalıkların azaltılması, ölümlerin önlenmesi anlamında diğer çocuk sağlığı programlarına paralel olarak 'Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı' yürütülmektedir. Bu amaçla bebek ölümlerinin azaltılması amacıyla bebek dostu hastaneler oluşturulmuştur. 2012 yılı itibariyle bebek dostu hastane sayısı 913'e yükselmiş ve tam 78 il bebek dostu il unvanı almıştır (<http://www.haberturk.com/>).

Bu doğrultuda 2010 yılına göre; Türkiye'deki 1000 canlı doğum başına bebek ölüm oranı 10,1'dir. OECD ortalamasına bakılacak olursa; 4,3'dür. En yüksek bebek ölüm oranı olan Meksika (14,1), ardından ise Türkiye gelmektedir. Türkiye'nin yıllara göre oranları incelenirse 1960'da 1000 canlı doğum başına bebek ölüm oranı 189,5, 1980'deki oran 117,5, 2000 yılında 31,6 ve sağlıkta dönüşüm programı gerçekleştikten sonra giderek azalma olduğu gözlemlenmiş ve 2008 yılı için ise; 13,1 bulunmuştur (<http://www.oecd.org/2012>).

Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin çehresi giderek değişmiştir. Bağışıklama oranı, kanser taraması, doğum öncesi sağlık hizmeti ve yeni doğan taraması olmak üzere incelenen tüm alanlarda belirgin değişiklikler bulunmaktadır. Ayrıca,

akut tedavi için acil çağrılara anında yanıt verme süresi, istikrarlı olarak iyileştirilmiştir. Bu olumlu sonuçlar; finansal erişimin iyileşmesi, yanıt verebilirliğin iyileşmesi ve hizmet tedarikinin artması ile tutarlılık göstermiştir. Yalnız hala bazı bölgesel eşitsizlikler ve sosyo-ekonomik düzeye göre sigorta kapsamında farklılıklar görülmektedir (<http://www.euro.who.int>).

Sağlık Finansmanı ve Harcamaları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı;

- Kaynak olarak vergi gelirleriyle finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan genel bütçe;
- Bağ-Kur, SSK, ve Emekli Sandığı üyelerinin aylık gelirlerinden kesilen sosyal güvenlik katkıları;
- Özel sağlık kurumlarına ve Özel muayenehanelerinde hizmet veren hekimlere doğrudan yapılan cepten ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmaktadır (Liu vd.,2005: 19).

Sosyal Güvenlik Kurumu Finansmanı ve Harcamaları

Ülkemizdeki sosyal güvenliğin genel yapısı sosyal devlet anlayışı içerisinde sigortacılık esaslarına dayanmaktadır. Sigortalılara verilecek sigorta yardımlarının hangi durumlarda ve miktarda verileceği önceden belirlenmiş olup, uzun ve kısa vadeli sigorta kollarında hizmet sunulmaktadır. Sosyal devletin bir zorunluluğu olarak özel sigortacılıktan farklı bir yapıya sahip olan sosyal güvenlik sistemi, birebir fayda/maliyet dengesi gözetilmeden oluşturulmuştur. Böylece SGK üzerindeki sosyo-ekonomik ve demografik değişimlerin neden olduğu tüm yükleri taşımak zorunda kalmıştır. Sigorta sisteminin finansmanı alınan primler vasıtasıyla sağlanmakta olup, aktif sigortalılardan alınan primler, tüm sigortalıların ödemelerini karşılamak üzere kullanılmaktadır. SGK’nın finansman tipi dağıtım yöntemi olarak adlandırılmış ve nesiller arası paylaşım esasına dayandırılmıştır (<http://www.sgk.gov.tr/>).

Tablo 5’de 2000 ile 2012 yılları arasında Sosyal Güvenlik Kurumu’nun gelir ve gider dengesi verilmiştir. 2000 yılında toplam gelirlerin toplam giderleri karşılama oranı %78.1 iken, 2012 yılında %85,6’ya çıkmıştır. Bu kapsamda, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile yapılan reformla, uzun yıllar sorunlarla gündeme gelen sosyal güvenlik sistemi yeniden düzenlenerek, sistemin katılımcı, eşit ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması amaçlanmıştır. Sosyal Güvenlik Reformu gerçekleştirilerek 2006 yılında farklı norm ve standartlara göre hizmet sunan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tek çatı altında birleştirilmiştir. Böylece bütün

vatandaşları kapsayacak ve adil olarak tüm vatandaşlara hizmet verecek bir sistemin temelleri atılmıştır (<http://www.sgk.gov.tr/>).

Tablo 5. Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi (Bin TL)

| Yıllar | Gelirler | Artış Oranı (%) | Giderler | Artış Oranı (%) | Açık | Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı(%) |
|--------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|-------------------------------------------------------|
| 2000 | 8,575,831 | - | 10,987,036 | - | 2,411,206 | 78,1 |
| 2002 | 20,018,189 | 49,8 | 27,982,464 | 56,9 | 7,964,275 | 71,5 |
| 2006 | 53,830,886 | 30,5 | 71,867,475 | 19,9 | 18,036,589 | 74,9 |
| 2009 | 78,072,788 | 16,1 | 106,775,443 | 14,6 | 28,702,655 | 73,1 |
| 2011 | 124,479,836 | 30,7 | 140,714,602 | 15,3 | 16,234,766 | 88,5 |
| 2012 | 102,231,186 | - | 119,458,495 | - | 17,227,309 | 85,6 |
| Toplam | 102,231,186 | - | 119,458,495 | - | 17,227,309 | 85,6 |

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu 2012 Mali İstatistik verileri kullanılmıştır.

Tablo 5 incelendiğinde, 2000 yılından bu yana gelir ve gider dengesi arasındaki uçurumun gün geçtikçe büyüdüğü görülmektedir. 2000 yılında 2,411,206 TL olan SGK bütçe açığının 2012 yılında 17,227,309 TL olmuştur. Buna karşın toplam gelirlerin toplam giderleri karşılama oranında 2000 ve 2012 yılları kıyaslandığında %7,5 oranında bir artış yaşanmıştır. Ancak, bu SGK'nın finansmanı için yeterli düzeyde bir artış olmadığından, yine gerekli düzenlemelere başvurulmuştur.

Sosyal güvenlik alanında gerçekleşen bir diğer düzenleme ise, genel sağlık sigortası (GSS) uygulamasıdır. GSS ile tüm nüfus sağlık güvencesi kapsamına alınmıştır (Şener, 2010: 11). Ancak, mevcut iş piyasasında, kayıtlı çalışanların gelirleri prime tabi olurken ve bu açıdan işveren için de ciddi bir yük ortaya çıkarırken, kayıt dışında faaliyet gösterenlerin görece fazla olması prim gelirlerini çok ciddi bir şekilde erozyona uğratmaktadır. Bu piyasa bir yönü ile sorunların esas kaynağını ve bir yönü ile de çözümü bünyesinde barındırmaktadır (Gümüş, 2010:9).

2012 yılı Ağustos verilerine göre; Türkiye genelinde sosyal güvenlik kapsamında aktif çalışan kişi sayısı toplam 17,974,919'dur. Aktif çalışanların Türkiye nüfusuna oranı %24,05 (<http://www.sgk.gov.tr/>), Türkiye genelinde sosyal güvenlik kapsamında bakmakla yükümlü tutulanların (yararlanıcıların) sayısı 35,152,456'dır. SGK'dan yararlananların toplam nüfusa oranı ise, %47,04'tür. 2001-2009 yılları arasında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yapmış olduğu toplam sağlık harcaması 28,811,000 TL'dir. SGK'nın yapmış olduğu toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı ise %3,02 olarak bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı Finansmanı ve Harcamaları

Temel sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlığının korunması, salgın hastalıklar ile mücadele ile aile planlaması hizmetlerinin sağlanması, gerekli aşı, serum ve benzeri ürünlerin tedariki ve sunumu gibi görevler Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmektedir (Çelikay - Gümüş, 2011: 207). Devletin bu gibi sağlık politikalarını uygulamakla yükümlü olan Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda da yetkili mercilerden biridir (<http://www.tubitak.gov.tr/>). Sağlık Bakanlığı gerek gördüğü finansmanını; genel bütçe, fon gelirleri ve bünyesinde bulunan döner sermaye gelirleri ile karşılaması ile toplam kamu sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini elinde tutmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, hem hizmet sunumu hem de finansmanı ile sağlık sektöründe ilk sırayı almaktadır (Gülcan, 2008: 27). Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, her yıl Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'na göre aldığı ödeneği kendine bağlı hastanelere tahsis etmekte ya da bizzat alt birimleri vasıtasıyla hizmet sunumunun gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Çelikay - Gümüş, 2011: 207).

Tablo 6. Türkiye'deki Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

| Kurum | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2011 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Sağlık Bakanlığı | 774 | 829 | 67 | 847 | 843 | 840 |
| Üniversite | 50 | 52 | 56 | 57 | 62 | 65 |
| Özel | 251 | 278 | 331 | 400 | 489 | 503 |
| Diğer | 61 | 58 | 49 | 46 | 45 | 45 |

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 6 incelendiğinde; Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısında yıllar içerisinde belirgin bir artış görülmektedir. 2002 yılında 774 olan hastane sayısı 2011 yılına gelindiğinde 840'a yükselmiştir. Ancak neredeyse yüzde yüz bir artış göstererek en belirgin artış olarak adlandırabileceğimiz değer, özel sektörde yaşanmıştır. 2002 yılında 271 olan hastane sayısı 2011 yılında 503'e çıkmıştır. Bu durumda, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılan sağlık sektörünün özelleştirilmesi uygulamasının payı büyüktür.

Özellikle, 2011 yılının Kasım ayında 663 Sayılı KHK ile çıkarılan Kamu Hastane Birlikleri Kanunu, Kasım 2012 yılı itibariyle yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı il merkezinde ve ilçelerinde hizmet veren devlet hastanelerinin tıbbi, mali ve idari yönetiminin tek yerden yürütülecek olması, sağlık hizmet sunucularına özerk bir yapı kazandırmıştır. Artık devlet hastaneleri de özel bir yapıya kavuşturulmuştur. Sistemin doğru kurgulanması ve gerek yönetim kurulu üyelerinin gerekse de diğer yöneticilerin ihtiyaçlara

göre doğru bir şekilde seçilmesi durumunda bir denetim kurumu görevi üstlenecek, Sağlık Bakanlığı, giderek büyüyen sağlık hizmetleri ağını yerel yönetimlere bırakacak ve böylece kâr amacı gütmeyen, toplumun ihtiyaç ve beklentilerine göre şekillendirilen, kolay ulaşılabilir, daha kolay yönetilebilir, daha kaliteli, hakkaniyet esaslarına uygun ve verimli bir sağlık hizmeti sağlamış olacaktır (Aytekin - Çiftçi Aytekin, 2010: 169).

Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun ve özel sektörün payını bilmek kadar, özel sağlık harcamaları için de cepten yapılan harcamaların oranını bilmek son derece önemlidir. Bu oranları bilmek, sosyal devlet anlayışı içinde devletin sorumluluklarını ne kadar yerine getirmekte olduğunu ortaya koymada önemli olmakla birlikte, önümüzdeki dönemlerde sağlık sektörünün kamuya olacak yükünü tahmin etmek açısından da son derece önemlidir (Çelik, 2011: 65).

Tablo 7. Bazı OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2010

| Ülkeler | Kamu % | Cepten % | Diğer Özel % |
|------------------|--------|----------|--------------|
| Hollanda | 86 | 6 | 8 |
| Norveç | 86 | 15 | - |
| Danimarka | 85 | 13 | 2 |
| Birleşik Krallık | 83 | 9 | 8 |
| İsveç | 81 | 17 | 2 |
| Japonya | 81 | 15 | 4 |
| Fransa | 77 | 7 | 16 |
| Almanya | 77 | 13 | 10 |
| ABD | 48 | 12 | 40 |
| Türkiye | 73 | 17 | 10 |
| OECD Ort. | 72 | 20 | 8 |

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 7'deki bilgiler ışığında, OECD ülkelerinin finansman tipine göre sağlık harcamaları incelendiğinde, kamu kesiminde en yüksek sağlık harcaması yapan ülkelerin %86 ile Hollanda ve Norveç'in olduğu saptanmıştır. Kamu kesiminde en düşük sağlık harcaması yapan ülke ise, %47 ile Meksika'dır. Finansmanı kişilerin cebi olan sağlık harcamalarına göre, en yüksek cepten harcama yapan ülke %49 oranıyla Meksika ve en düşük olan ülke %6 ile Hollanda'dır. Özel kesimin sağlık sektörünün içinde en yoğun olduğu ülke %40 ile ABD ve özel kesimin en düşük sağlık harcaması yaptığı ülkeler ise %1 ile İzlanda ve Çek Cumhuriyeti'dir.

Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Dışında Kalan Birimlerin Sağlık Harcamaları

Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın dışında sağlık harcaması yapan diğer birimler; üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Kamu İktisadi Teşebbüsleri, belediyeler ve fonlardır. Bu kuruluşlar Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahiptir. Bu örgütlenme kısaca incelenecek olursa; Türk mali sisteminde özel bütçeli kuruluşlar içinde yer alan üniversitelere bağlı tıp fakülteleri hastaneleri ile eczacılık fakülteleri, diş hekimliği ve hemşirelik yüksekokulları, bir yandan sağlık hizmeti üretirken diğer yandan sağlık eğitimi yaparak harcamalar yapmaktadırlar (Filiz, 2010: 67).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumunda önemli rol üstlenen üniversiteler özel bütçeli idareler olduklarından hem özel bütçeden pay almakta; hem de ürettikleri hizmetler karşılığında elde ettikleri gelirleri döner sermayelerinde değerlenmektedir. Ayrıca, Üniversite hastaneleri yatırım harcamalarında DPT'nin, döner sermaye kaynaklı harcamalarda ise Maliye Bakanlığı'nın gözetim ve denetimi altındadır (Akın, 2007: 57).

2002-2009 yılları arasında, kamu sağlık harcamaları içinde üniversitelere yapılan harcama; yaklaşık 3 kat artarken, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde bu artış yaklaşık 5 kat, özel sağlık kuruluşlarında da yaklaşık 12 kat olarak gerçekleşmiştir. 2009 yılı sonunda Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan Üniversite Hastanelerine ödenen toplam miktar 3,7 milyar TL olmuş, 2010'da %5'lik bir artış ile, Üniversite Hastaneleri toplam bütçe rakamı 3,9 milyar TL olarak saptanmıştır (<http://www.uhbd.org/>). Üniversite hastanelerinin yanı sıra Kamu iktisadi teşebbüsleri de sağlık alanında etkindir. Ancak bunu bünyesinde bulundurduğu personele sağlık harcaması yaparak göstermektedir.

2000 yılı sonunda 435 bin olan KİT'lerde istihdam edilen personel sayısı, 2012 yılında 171 bine düşmüş bulunmaktadır Dolayısıyla, KİT'lerde çalışan 171.000 personel ve onların bakmakla yükümlü oldukları yakınlarının sağlık harcamaları KİT'ler tarafından sağlanmaktadır (<http://ekonomi.milliyet.com.tr/>).

Özel Kesimin Finansmanı ve Harcamaları

OECD 2010 verilerine göre özel kesimin sağlık harcamaları Türkiye'deki sağlık harcamalarının %17'sini oluşturmaktadır. Özel kesimin harcamaları, özel sağlık sigortaları ve hane halkı tarafından cepten yapılan ödemeler şeklinde kendini göstermektedir.

Özel sektör özellikle ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri bakımından önemli bir paya sahiptir. Sağlıkta dönüşüm programından sonra özellikle SGK'ya bağlı olan vatandaşların özel sektörün hizmetlerinden de faydalanabiliyor olması, özel kesimde var olan harcamaları epey arttırmıştır. Ayrıca, ülke genelindeki

sağlık hizmetlerindeki artışın yıllara göre düzenli bir dağılım göstermesine karşın, özel sektördeki büyümede son birkaç yılın rolü daha belirgindir (Akın, 2007: 58).

Özel sağlık sigortası, sosyal güvenlik fonları dışındaki tüm sosyal sigorta fonlarını içerir. Sosyal sigorta, poliçe sahibinin üçüncü şahıslar tarafından sigortalanmaya teşvik edildiği devletin doğrudan kontrolü altında olmayan bir programdır. Özel sosyal sigorta, sosyal katkılardan ve küçük bir kısmı mevcut cari transferlerden finanse edilen bir ara finansman kurumu olarak karşımıza çıkmaktadır (Mollahaliloğlu, 2005: 53-54).

Cepten ödemeler ise, vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için kendilerinin yaptıkları harcamalardır. Hastalık oluşumunda, finansmanı sağlayan kişinin doğrudan kendisidir. 1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya genelinde ortaya çıkan makro boyuttaki daralmalar sonucunda, sağlık sektöründe ek kaynak oluşturulması gündeme gelmiş; bu ihtiyaç, kullanıcı katkısı gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur (İstanbuluoğlu vd., 2010: 90). Kişiler satın aldıkları sağlık hizmetlerinin tamamını ya da bir kısmını kendileri karşılamak durumunda kalmışlardır. Cepten yapılan ödemelere örnek vermek gerekirse; bunların en önemlileri, gönüllü sağlık sigortalarına ve özel hekimlere verilen primler, kurumlara verilen doğrudan ödemeler, ilaçlara ödenen katkı paylarıdır (Özbay, 2010: 23).

Kamu finansmanı yanında bir de cepten yapılan ödemelerle fonlanan harcamalar bulunmaktadır. 2010 yılında Avrupa Birliği ülkeleri arasında en çok cepten ödeme yapan ülke; Kıbrıs'tır. Daha sonra Bulgaristan ve Yunanistan gelmektedir. (Tablo 8) En düşük cepten sağlık harcaması yapan ülkeler ise; Hollanda (%6), Fransa (%7) ve İngiltere (%9)'dir (OECD 2012). Türkiye'nin cepten yapılan sağlık ödemelerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise (%21,8) OECD ülkelerinin ortalamasından (%20,1) yüksektir. Bir ülke, sağlık için vatandaşlarının cebinden ne derece az para harcatırsa o derece sosyal refah normlarını yakalamış demektir. Çünkü sosyal refah devleti olmanın bir koşulu da, sağlık hizmetlerini vatandaşlara bedelsiz olarak sunmaktır.

Tablo 8. Bazı Ülkelerin Cepten Yapılan Sağlık Ödemelerinin Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)

| Ülkeler | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------|------|------|-------------|------|
| Kanada | 14,6 | 14,2 | 14,2 | 14,4 |
| Danimarka | 13,6 | 13,2 | 13,2 | ... |
| Finlandiya | 19,1 | 18,5 | 19,2 | 19,2 |
| Almanya | 13,3 | 13,0 | 13,2 | ... |
| Yunanistan | 37,9 | 36,2 | 38,4 | ... |
| İtalya | 18,5 | 17,9 | 17,8 | 18,3 |
| Japonya | 15,8 | 16,0 | ... | ... |
| Meksika | 49,3 | 47,8 | 49,0 | ... |
| İsveç | 16,4 | 16,4 | 16,8 | ... |
| Birleşik Krallık | 9,2 | 9,1 | 8,9 | ... |
| Amerika | 12,5 | 12,0 | 11,8 | ... |
| OECD ort. | ... | ... | 20,1 | ... |

Kaynak: OECD Sağlık Data 2012 verileriyle hazırlanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyal refah devleti, zamanla sınırlarını genişleterek piyasaya daha özgür müdahale olanağı bulan sosyal yönden toplumun kalkınmasını sağlayan bir devlet modeli olmakla birlikte, literatüre ilk kez 1941 yılında girmiş; ancak yaygınlık kazanması 1942 yılında Beveridge Raporu ile olmuştur. Refah devletinin ortaya çıkışına zemin hazırlayan başlıca faktörler; sanayi devrimi, işçi sınıfının siyasal kimlik kazanması ve demokratik yönetimlere geçiş sürecinin hızlanmasıdır. Özellikle Almanya ve İngiltere, refah uygulamalarında dünyaya örnek olmuşlardır.

Toplumda eşitliğin sağlanması, işsizliğin azaltılması, sosyal güvenlik oluşturulması ve sosyal yardım verilmesi, gelir dağılımını yeniden yaparak adaletli olunması, istikrarlı ekonomik büyüme ve sosyal dengenin sağlanması bir sosyal refah devletinden beklenen adımlardır. Sosyal devlette bu adımlar; harcamalar ve vergiler yoluyla atılmaktadır. 2009 yılı verilerine göre, Türkiye'nin kamu sosyal harcamalarının GSYİH içindeki payı % 12,8 bulunmuştur. 1980 yılında ise bu oran epey düşüktür (%3,2). Bu açıdan gelişmekte olan ülkeler kategorisinde yer alan Türkiye'nin sosyal yönden mesafe kat ettiğini söylemek mümkündür.

21. yüzyılda ülkeler global krizlerle, afetlerle ve topraklarının sınırlarını korumakla o denli uğraşmışlardır ki, kimi zaman sosyal politikalarından kısmak zorunda kalmışlardır. Bunun en tipik örneği, 2008 yılında ABD'de yaşanan Mortgage Krizi'dir. Bu kriz, Avrupa Birliği ülkelerine de sıçramış ve ardı ardına çıkarılan kurtarma paketleri ile üye ülkelere yardım sağlanmıştır. Hal böyle iken,

sosyal refah devleti ekonomiden yavaş yavaş elini çekmek zorunda kalmış; devlet eli ile sunulan refah hizmetleri büyük ölçüde piyasaya bırakılmıştır. Başka bir deyişle, sağlık hizmetleri de özelleştirilerek Yeni Liberal ekonomi yaklaşımından payını almıştır.

Refah uygulamalarının lokomotiflerinden biri olan sağlık sektöründe, Türk sağlık hizmetlerinin geldiği nokta 2003 yılında uygulamaya konulan ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile değişmiş; Sağlık Hizmetleri tek çatı altında toplanarak Sağlık Bakanlığı’na hizmet götüren değil, denetleyen misyonu verilmiştir. Aile Hekimliği uygulaması başlatılarak, temel sağlık hizmetlerinin önemi artırılmış ve sevk zincirinin işlevselliği canlı tutulmak istenmiş; ancak, alt gelir grubunun yararlandığı tedavi üniteleri yapısından öteye geçilememiştir. 2012 yılından itibaren Genel Sağlık Sigortası düzenlenmiş; böylece asgari ücretin 1/3’ünden az gelire sahip olan yoksullar dışında toplumun her kesimi zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Yapılan tüm uygulamalara karşın, Türkiye’de 2010 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %11,4’dür. 2008 yılına göre kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ise 913 \$’dır. Ancak, Türkiye’nin kişi başına düşen sağlık harcaması hala OECD ortalamasının (3268 \$) çok gerisinde kalmaktadır.

Refah devletleri ile Türkiye’nin durumu göstergelere göre kıyaslandığında, ülkemizin refah açısından ortalamanın epey gerisinde olduğu; çalışmamızda görülmektedir. Türkiye’nin, Hollanda gibi refah devleti ülkelerine göre GSYİH içinde sağlık harcamalarına ayırdığı pay oldukça düşüktür. Ayrıca incelenen Avrupa ülkeleri arasında 1000 nüfus başına düşen yatak sayısı, doktor sayısı en düşük olan ülke, yine Türkiye’dir.

Çalışmamızda bulunan ülkeler içinde, refah ayıraçlarından biri olan tahmini yaşam süresi en düşük olan ülkelerden biridir. Özellikle, eczanelerde alınan katkı payları, refah devleti anlayışı ile bağdaşmamaktadır. Finansman yönünden değerlendirildiğinde, ABD gibi özel sağlık sigortaları ve cepten yapılan ödemelerle ilerleyen bir sağlık sistemi olmaması sevindiricidir. Ancak, bu durum SGK’nın Genel sağlık sigortası ile birlikte prim yükünü ağırlaştırmaktadır.

2002 yılında 774 olan hastane sayısı 2011 yılına gelindiğinde 840’a yükselmiştir. Ancak neredeyse yüzde yüz bir artış göstererek en belirgin artış olarak adlandırabileceğimiz değer, özel sektörde yaşanmıştır. 2002 yılında 271 olan hastane sayısı 2011 yılında 503’e çıkmıştır. Bu durumda, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılan sağlık sektörünün özelleştirilmesi uygulamasının payı büyüktür. Bu sayısal değerler, Türkiye’nin liberal ekonomiden etkilenerek, serbest piyasa anlayışını sağlık alanında da uyguladığını göstermektedir.

Son olarak, ülkelerin gelişmişliği açısından sağlık harcamaları önemli bir gösterge olduğundan, Türkiye’de sağlığa yapılan yatırımların daha iyi planlanması ve sağlık alanındaki özelleştirmelerin sistematik bir çerçeve içinde, denet-

leyici olarak ele alınması gerekmektedir. Gelişi güzel ve plansız yapılan harcamalarla sağlıkta etkin ve hızlı bir dönüşümü gerçekleştirmek mümkün olmayacaktır.

KAYNAKÇA

- Alp, Ömer (2008), “Yeni Bir Refah Devleti Modeline İlişkin Temellendirme (Aristotelesçi Bir Yaklaşım: Yetenekler ve İşlevlilikler)”,Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akalın, Mehmet Akif (2011), ABD’de Tıbbi Hizmetlerin Finansmanı, Akademia Education http://www.academia.edu/1745671/ABDDE_TIBBI_HIZMETLERIN_FINANSMANI (11.10.2012).
- Akdur, Recep (2006), Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye Ve Avrupa Birliğinde Durum Ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”, ATAUM 25 nolu Araştırma Dizisi, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akın, Cemil Serhat (2007), Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akyüz, Ferhat (2008), “Sosyal Yardımdan Sosyal Sigortaya: Bismarckyan ve İngiltere Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Tarihsel Dönüşümü”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(5): 59.
- Aytekin, Sinan - Çiftçi Aytekin, A. Gamze (2010),“Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı”, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, (2): 591-610.
- Baran, Emine (2009),Türkiye’de Sosyalleştirme’den “Sağlıkta Dönüşüm’e Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi.
- Çelik, Yusuf (2011),“Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 62-81
- Çelikay, Ferdi ve Gümüş, Erdal (2011), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,11 (1): 177-216.
- Durmuş, Mustafa (2011) Obama Sağlık Reformu: Kanseri Aspirinle Tedavi Etmek!, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Sayı 31: 59-72.
- Ersöz, Filiz (2008),“Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri Ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, *İstatistikçiler Dergisi*, 2: 95-104.
- Filiz, Yasemin (2010), “Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gülcan, Mesut Cemil (2008), “Kamu Harcamaları İçinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gümüş, Erdal (2010), Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar Ve Öneriler, Siyaset-Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı, (24).

- Günaydın, Davuthan (2011), “Küreselleşmenin Refah Devleti Sağlık Politikalarına Etkileri: Türkiye Örneği”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hastaneler Birliği, “Üniversite Hastaneleri Sorunları ve Çözüm Önerileri”, http://www.uhbd.org/PDF/uh_sorunlari_ve_cozum_onerileri.pdf (14.10.2012).
- İstanbuluoğlu, Hakan - Güleç, Mahir- Oğur, Recai (2010), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, *Dirim tıp Gazetesi*, 85 (2): 86-99.
- Karabulut, Kerem (1999) Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması, *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 13, Sayı:1, Haziran.
- Karabulut, Kerem (2010), “Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*,13 (1): 139-152.
- “KİT'lerin personel sayısı 171 bine geriledi” (30.10.2012),Milliyet Gazetesi <http://ekonomi.milliyet.com.tr/kit-lerin-personel-sayisi-171-binegeriledi/Ekonomi/ekonomidetay/30.10.2012/1619242/default.htm>.
- Liu, Yuanli vd., (2005), “Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları”, Sağlıkta Umut Vakfı ve Pfizer Araştırması.
- Mollahaliloğlu, Salih (2005), “Türkiye’de Kişiyे Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hane Halkının Cebinden Yaptığı Sağlık Harcamaları”, Yayınlanmış doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.
- OECD (2012), “Health Data 2012 How DoesDenmarkCompare”,<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNoteDENMARK2012.pdf> (14.11.2012).
- OECD (2012), “Health Data 2012 How DoesSwedenCompare”,<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNoteSWEDEN2012.pdf> (14.11.2012).
- OECD (2012), “Health Data 2012 How DoesNorwayCompare”,<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNoteNORWAY2012.pdf> (14.11.2012).
- OECD (2012), “Health Data 2012, Frequently Requested Data”, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/OecdHealthdata2012frequentlyrequesteddata.htm> (26.11.2012).
- Oral, A. İlhan (2003), “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 61-78.
- Özbay, Hüseyin (2010), “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Döner Sermaye Harcamalarının Değerlendirilmesi”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sağlık Yönetimi Girişimcileri Derneği (2012), “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi”,<http://saglikyonetimi.wordpress.com/2012/03/03/amerika-irlesikdevletleri-saglik-sistemi/> (05.08.2012).

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı-Ek.18

http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-18.pdf
(02.12.2012).

Sargutan, A. Erdal (2005), “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (3): 400-428.

Serter, Nur (1994), *Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet*, İstanbul: İÜ İktisat Fakültesi yayınları.

Sevim, İbrahim (2006), “1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Seyidoğlu, Halil (1999), *Ekonomik Terimler Ansiklopedik Sözlük*, İstanbul: Güzem Can Yayınları.

Sosyal Güvenlik Kurumu, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/kurumumuz>
(13.12.2012).

Sosyal Güvenlik Kurumu (2012), Mali İstatistikler Tabloları, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri/ (10.12.2012).

Şanlıoğlu, Ömer (2011), *Sosyal Refah Devletinin Dünü, Bugünü Ve Geleceği: Almanya Örneği*, Ankara: Detay Yayıncılık.

Şener, Ülker (2010), *Yoksullukla Mücadelede Sosyal Güvenlik, Sosyal Yardım Mekanizmaları ve İş Gücü Politikaları*, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı.

Tokalaş, Sevinç (2006), “Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ulusoy, Ahmet (2007) *Maliye Politikası*, Trabzon: Eflatun Matbaası.

Yıldırım, Savaş (1994), “Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, Yayın no:2350, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınlanmış Uzmanlık Tezi.

World Health Organization, ‘United States of America’
<http://www.who.int/countries/usa/en/> (03.12.2012).

World Health Organization (2011) ‘Turkey Health System Performance Assessment’
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/165109/e95429.pdf
(15.11.2012)