

Refah Devleti Anlayışı Çerçevesinde Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Harcamaları

Health Expenditures in Transition Economies within the Framework of Welfare State

Asst. Prof. Dr. Özgür Emre Koç (Hitit University, Turkey)

Abstract

Within the historical framework the public sector has attached a special importance at presenting health services which have priority in cultural and economic areas of society. Being healthy of each citizen in the society contributes to progress and development of the society. It is well known that one of the fields of activities of public sector is to increase welfare of its citizens. States are adopting policies within their own economic structure to realize social welfare. Particularly after II. World War, these policies have gained a new dimension with the developing understanding of welfare state. The concept of welfare state is based on active and comprehensive interferences of state to economy with the aim of providing social prosperity to its citizens with maximum advantage. The welfare state, with its institutionalizing structure, has been an important instrument for social politicises towards social services and combating against poverty. The fundamental character of a social welfare state is to present circumstances which enhance life conditions of each citizens and to provide full employment with expenses on social security, health and education. In this study it is aimed to analyze health expenditures of countries, known as transition economies and they are still in their transition period, within the framework of public services providing by a welfare state. A comparison will be made the data on health expenditures in developed economies and evaluating the results.

1 Giriş

Günümüzde sağlık hizmetleri, toplumların ekonomik ve sosyal alanlarda gelişme göstermesi için sunulması zaruri mal ve hizmetler içinde kendine önemli bir yer edinmiştir. Bu hizmetlerin sağlıklı bir şekilde sunumu elbette ki toplumda yaşayan bireyler açısından son derece büyük bir önem arz etmektedir.

Devletler, gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak ve gerekse geleceklerini planlama konusunda istekli olan ve akılcı davranan insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ve iyileştirilmesine büyük önem vermektedir. Günümüzde devletler tarafından sağlık hizmetlerine yönelik harcamalarının payı yükselmektedir. 19. yüzyılda gelişmeye başlayan refah devleti anlayışı sağlık hizmetlerine ve bu hizmetlere yönelik harcamalara önem vermiştir.

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinin ekonomik önemi doğrultusunda refah devletleri ve geçiş ekonomisi ülkelerindeki durum açıklanmaya çalışılacaktır.

2 Refah Devleti Kavramı

Refah devletinin gelişim süreci devletin toplumsal refah alanında düzenlemeler yapmasıyla başlamıştır. Refah devletinin ortaya çıkışı ve gelişimi, 17. yüzyılda İngiltere’de yürürlüğe konan Yoksulluk Yasası’na, 1870’li yıllarda Almanya’da yoksulluk ve sosyal güvenlik alanında yapılan ilk düzenleme olan Bismarck dönemi sosyal güvenlik yasalarına dayanmaktadır.

Refah devletinin gelişimini dört evreye ayırmak mümkündür. İlk dönem, “başlangıç ve deneyim kazanma” dönemidir ve 1870’lerde başlamıştır. 1930 ve 1940’lı yıllara kadar uzanan ikinci dönem uygulamaları “pekiştirme-sağlamlaştırma” dönemidir. Üçüncü dönem, 1950’lerden 1970’lerin ortalarına kadar uzanan “büyüme-yayıma” dönemidir. 1970’lerde başlayan ve halen sürmekte olan dördüncü dönem ise “sorgulama ve yeniden biçimlenme” dönemidir (Koray, 2000).

I. ve özellikle II. Dünya savaşı boyunca ve savaştan sonra devletler artan sosyal sorunlarla mücadele etmeye başlamışlardır. Savaşların ortaya çıkardığı yıkım ve ekonomik krizler, devletin sosyal alana ve ekonomiye müdahalesine süreklilik arz eden bir karakter kazandırmıştır. Refah devleti, II. Dünya Savaşı sonrası dönemde, özellikle Batı Avrupa ülkelerinde 1945’ten 1970’li yılların sonuna kadar “otuz muhteşem yıl” ya da “çeyrek yüzyıllık altın çağ” olarak adlandırdıkları başarılı bir dönem geçirmişlerdir (Hobsbawm, 2007).

Refah devleti temel olarak bireyin yaşamının tüm yönleri ile ilgilenen, bireylere ekonomik ve sosyal imkânlarla ulaşmada eşit şans tanıyan, vatandaşlarına asgari bir yaşam standardını sağlayan devleti ifade etmektedir. Refah devletinin temel belirleyicisi, ülkede yaşayan kişilerin barınma, sağlık, eğitim ve istihdam gibi en temel ihtiyaçlarının sağlanmasının devletin görevleri arasında olmasıdır. Refah devletinde toplumun sosyal ihtiyaçlarının sağlanması için kamu kaynakları etkin bir şekilde kullanılır. Bazı durumlarda devlet söz konusu sosyal hizmetleri kendi kurduğu kurumlar ile doğrudan kendisi sunmaktadır (Seyidoğlu, 1999).

Dolgoft ve Feldstein (2007); ister sosyal ister mali ister mesleki olsun tüm insanların bu sistemlerden farklı, fakat fonksiyonel olarak benzer şekilde yararlandıklarını ve bu refah devleti uygulamalarından faydalandıklarını ifade etmiştir (Eser vd, 2011).

3 Refah Devletinin Özellikleri

Refah devleti birçok amaca hizmet eden bir yapıyı ifade etmektedir. Refah devletinin amaçları; fakirliği önlemek, gelir dağılımında adaleti ve eşitliği sağlamak, ekonomik etkinliği sağlamak, ekonomik büyüme ve kalkınmayı sağlamak, sosyal denge ve uyumu sağlamak, tam istihdam ve fiyat istikrarının gerçekleşmesi olarak sıralanabilir. Bu sayılan amaçları gerçekleştirmek için refah devletinin sahip olduğu araçlar; regülasyonlar ve fiyat kontrolleri, doğrudan kamusal üretim, kamu harcamaları, kamu gelirleri, para ve kredi politikası, sosyal politika araçları olarak sıralamak mümkündür.

Refah devleti, bireyi toplumun merkezine koymaktadır. Devletin amacı, bireye hizmet ederek maddi ve manevi açıdan bireyin gelişimini sağlayacak imkânları sunmaktır. Devlet sahip olduğu yetkileri, siyasi ya da ekonomik iktidarını değil, bireyi ve böylece toplumu daha güçlü hale getirmek için kullanır (Aktan ve Özkıvrak, 2009).

Refah devleti, vatandaşların belirli bir yaşam seviyesinin altına düşmeden hayatlarını devam ettirebilmeleri, pozitif haklar ve negatif ya da seçim haklarından tam anlamıyla yararlanabilmeleri için bireylerin sosyal ve ekonomik haklarla desteklenmesi temeli üzerine kurulmuştur.

Refah devletinin ilkelerini ise şu şekilde belirtebiliriz (Galbraith, 2004, Duman, 1997):

- Refah devleti gözetim ve denetimi altında kapitalist düzenin işleyişini sağlamaya çalışmaktadır.
- Bireyci siyasal demokrasinin kurumlarını korurken sosyal ve ekonomik hayata müdahale ve denetim için yeni görevler yüklenir.
- Kişiyi sosyal ve ekonomik baskılardan kurtararak özgürleştirmeye çalışır.
- Devlet, ekonomik ve sosyal hayatı tek başına yönetmez. Sosyal ve ekonomik hayatta demokratik düzeni, toplum ile birlikte kurar.
- Sosyal refah devleti; eğitim, sağlık, konut, geçinme vb gibi temel ihtiyaçları karşılamakta ve sosyal, ekonomik ve kültürel haklarla bireyleri özgürleştirmekte ve asgari yaşam koşulları oluşturmaktadır.
- Toplumdaki sınıf farklılığını göz önünde tutarak fakir ve muhtaçlara öncelik vererek toplumsal refahı arttırmayı ve sağlamayı bir borç bilir.
- Piyasa ekonomisinde kuracağı denetim sistemi ile tıpkı bir hakem devlet gibi tekellerin, tröstlerin ve kartellerin oluşmasını engelleyerek sağlıklı bir rekabet oluşmasını sağlar.
- Sosyal güvenliği sağlar.
- Adil gelir dağılımını sağlamak için uygun maliye politikaları ve özellikle vergi politikasını uyumlaştırmaya çalışmaktadır.
- Demokrasiyi gerçekleştirerek halkın yönetimde söz sahibi olmasını sağlar.
- Bireylerin sadece yasa önünde eşitliğini kabul etmekle kalmaz şans ve olanak eşitliğini de sağlamaya çalışır. Bu anlamda sosyal ekonomik faktörlerin yarattığı eşitsizlikleri düzeltmeye çalışır

4 Geçiş Ekonomileri Kavramı

Geçiş ekonomisi terimi yıllardır uygulanan merkezi planlı sisteminin terk edilerek, piyasa ekonomisi sistemini kurmaya çalışan eski sosyalist ülkelerini ifade etmek için kullanılmaktadır. Piyasa ekonomisi yönüne doğru yaşanan süreç genel olarak geçiş süreci olarak adlandırılmaktadır. Bu geçiş süreci doğal olarak çok yönlü olmakla birlikte ekonomik dönüşüm açısından “Merkezi Planlama Ekonomisi”nden “Piyasa Ekonomisi”ne geçiştir.

Geçiş ekonomileri kavramı, özellikle Sovyetler Birliği’nin dağılmasından sonra hem iktisat hem de kamu yönetimi literatüründe yaygın olarak kullanılan bir kavram haline gelmiştir. Bunun en önemli nedeni Sovyetler Birliği’nin yıkılmasıyla kurulan, yaklaşık 25 ülkenin serbest piyasa ekonomisine geçiş çabasını idari ve iktisadi tercih olarak benimsemiş olmalarıdır. Bu ülkelerin, ekonomilerini serbest piyasa ekonomisine dönüştürme çabalarından dolayı geçiş ekonomileri olarak adlandırılmıştır (Turan, 2007).

Geçiş ekonomilerini özetle üç grupta sınıflandırmak mümkündür. Birinci Grupta Merkezi Doğu Avrupa ülkeleri (Baltık ülkeleri dahil) yer almaktadır. Bu ülkelerin diğer ülkelere göre reformları daha radikal biçimde uyguladıklarını ve daha başarılı olduklarını söyleyebiliriz. Avrupa Birliği’ne üye olan bu ülke grubunda özellikle 1990’lı yılların ortalarından itibaren ekonomik, sosyal ve kültürel alanda önemli gelişmeler görülmektedir. İkinci Grupta Bağımsız Devletler Topluluğu ile eski Sovyetler Birliği Cumhuriyetleri’nin oluşturdukları devletler yer almaktadır. Aynı değişim sürecinden geçseler de ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin; Beyaz Rusya, Özbekistan ve Türkmenistan diğer ülkelere göre daha az radikal reform sürecini uygulamışlardır. Geçiş sürecini daha zor bir dönem olarak yaşamışlardır. Üçüncü Grupta Çin ve Vietnam yer almaktadır. Çin’de reformlar 1978 yılında başlamıştır. Reformun ilk yıllarında sosyo-ekonomik gelişmeler

düşük düzeyde olmasına rağmen son zamanlarda büyük hızla büyümektedir. Günümüzde planlı ekonomi sistemini uygulayan iki ülke bulunmaktadır. Bunlarda Küba ve Kuzey Kore Cumhuriyetleridir (Altay, 2002).

Kapalı bir ekonomik sistemden yeni çıkan geçiş ülkelerinde, planlı sistemin yapısından kaynaklanan sorunlar nedeniyle, ekonomik etkinlik için piyasa ekonomisi uygulaması karşısında başarısız olmaları doğal karşılanabilir. Bu ekonomiler 1990'lı yıllardan bu yana devletin ekonomik sistemini değiştirmek amacı ile bir çok reform uygulamaya çalışmışlardır. Ancak eski sistemin genel özellikleri, uygulanan reformların başarısı üzerinde olumsuz etkilerde bulunmaktadır (Peter, 2012).

Havrylyshyn ve Wolf; geçiş sürecinin özelliklerini şöyle sıralamaktadır (Havrylyshyn ve Wolf, 1999):

- Ekonomiyi daha aktif hale getirmek, fiyatları ve piyasayı serbestleştirmek ve buna orantılı olarak kaynakların yeniden tahsisi yapılması,
- Makroekonomik istikrar için, piyasa merkezli ve dolaylı araçların geliştirilmesi,
- Ekonomi de verimlilik artışı için belli bir zaman sıkı bütçe politikası uygulanması,
- Mülkiyet hakları, yasal hükümleri ve şeffaf pazar giriş düzenlenmelerini korumak için kurumsal ve yasal çerçeve oluşturulmasıdır.

5 Refah Devleti ve Geçiş Ülkelerindeki Sağlık Harcamaları

Toplumların, ekonomik ve sosyal açıdan gelişmeleri ülkelerin sağlık sistemlerine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin tüm topluma yaygınlaştırılması ve bireyler tarafından kolayca ulaşılabilmesi; verimli bir sağlık hizmeti ile mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), “sağlık yalnız hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden de tam bir sıhhat durumu” olarak tanımlanmıştır (Koç, 2007).

Sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun sağlığını korumak; beden, ruhen ve sosyal yönden ortaya çıkacak olan hastalıkları tedavi edip insanları mutlu kılmak için yapılan tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu faaliyetler, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, tıp eğitimi, ilaç, medikal araç ve gereç üretimi gibi, sağlıklı kişilerin sağlığını koruyan, hastaları iyileştiren ve kişilerin yaşam kalitelerini sağlık yönünden yükseltilmesi niteliğindeki hizmetleri kapsamaktadır.

Yakın geçmiş zamana kadar sağlık hizmetleri, piyasa ekonomisinin ve hayır kurumlarının faaliyet alanı içindeydi. Ancak Sosyal Devlet anlayışının kabulü ile birlikte sağlık hizmetleri de kamu sektörünün öncelikli faaliyet konularından biri haline gelmiştir. Sağlık hizmetleri kamu sektörü/devlet tarafından, toplumsal faydayı gerçekleştiren bir kamusal hizmet olarak düşünülmüş ve toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı bir hayat sürmeleri için yapılması zorunlu bir faaliyet olarak değerlendirilmiştir. Bunun nedeni olarak da toplum içerisinde yaşayan ve farklı gelir gruplarına ait bireylerin özellikle ödeme gücü düşük olan bireylerin bu hizmetten faydalanamıyor olması kabul edilmiştir.

Ülkeler/Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011
Arnavutluk	30	35	238	220	255
Azerbaycan	191	239	286	307	357
Belarus	300	373	311	368	346
Bosna-Hersek	349	434	461	453	493
Çek Cumhuriyeti	1,140	1,474	1,494	1,403	1,507
Hırvatistan	1,008	1,224	1,095	1,051	1,138
Estonya	845	1073	1004	898	987
Macaristan	1,039	1,147	977	1,002	1,085
Kazakistan	232	330	326	395	455
Kırgızistan	51	60	60	60	71
Litvanya	883	981	784	762	841
Letonya	725	934	836	782	875
Makedonya	274	315	297	300	334
Karabağ	458	574	621	584	664
Sırbistan	547	673	577	546	622
Slovakya	1,077	1,399	1,474	1,445	1,534
Slovenya	1,836	2,244	2,231	2,064	2,218
Tacikistan	30	43	44	51	59
Türkmenistan	113	81	89	105	129
Özbekistan	47	58	71	80	88
Polonya	706	956	815	851	899

Tablo 1: Geçiş Ekonomilerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD Dolar) **Kaynak:** World Bank.

Sağlık harcamalarına ilişkin refah devletleri ve geçiş ekonomisi ülkelerinin bir mukayesesini yaptığımız zaman elde edilen sonuçlar oldukça şaşırtıcıdır. Özellikle geçiş ekonomisi ülkelerinden olmasına rağmen AB'ye üye

olmuş ya da potansiyel üye konumundaki ülkeler ile Rusya Federasyonu'ndan ayrılarak bağımsızlığını kazanmış ve geçiş sürecini yaşayan ülkeler arasında dahi sağlık harcamaları bakımından belirgin farklılıkların olduğu gözlenmiştir.

Tablo 1'den de anlaşılacağı üzere, kişi başına en düşük sağlık harcaması düşen ülkelerin başında Arnavutluk gelmektedir. Arnavutluk'u, Tacikistan, Özbekistan, Kırgızistan takip etmektedir. Görülmektedir ki; bu ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcamaları 100\$'dan daha az bir miktara denk gelmektedir.

Ülkeler/Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011
Almanya	4,230	4,716	4,724	4,654	4,875
İtalya	3,095	3,472	3,323	3,247	3,436
Hollanda	5,174	5,836	5,766	5,683	5,995
Norveç	7,313	8,139	7,593	8,039	8,987
İspanya	2,729	3,126	3,052	2,896	3,027
İsveç	4,508	4,866	4,337	4,708	5,331
İsviçre	6,051	6,996	7,184	7,699	9,121
Birleşik Krallık	3,910	3,760	3,445	3,495	3,609
Abd	7,482	7,760	7,990	8,223	8,608
Belçika	4,155	4,733	4,674	4,548	4,692
Kanada	4,341	4,630	4,552	5,257	5,630
Danimarka	5,696	6,376	6,452	6,253	6,648
Fransa	4,483	4,862	4,765	4,618	4,952
İrlanda	4,552	5,241	4,714	4,242	4,542
Lüksemburg	7,625	8,055	8,262	8,193	8,798
Portekiz	2,183	2,424	2,381	2,306	2,311

Tablo 2: Gelişmiş Ülke Ekonomilerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD Dolar) Kaynak: World Bank, Data: Health.

Gelişmiş ülke ekonomilerin de kişi başına düşen sağlık harcamalarının dağılımını gösteren yukarıdaki tabloya göre; en düşük harcama İspanya ve Portekiz'de görülmektedir. Adı geçen ülkelerdeki toplam kişi başı düşen sağlık harcamalarının ortalaması 2,500 \$'dır. Tablo 2'de gösterilen ve refah devleti kapsamında değerlendirilebilecek olan ülkeler arasında sağlık harcamaları bakımından en dikkat çekici ülkeler hiç kuşkusuz ki Norveç, Lüksemburg, İsviçre ve ABD'dir. ABD dışındaki bu ülkelerde bu kadar yüksek oranda kişi başı harcamanın ortaya çıkmasında bu ülkelerdeki nüfusun düşük olduğunu da unutmamak gerekir. Nüfus yoğunluğu yüksek olmasına rağmen ABD, Büyük Britanya, Almanya, Fransa, Kanada ve Hollanda gibi ülkelerdeki toplam kişi başı düşen sağlık harcamalarının ortalaması 5,500 \$ civarındadır.

Ülkeler/Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011
Arnavutluk	43,1	44,7	44,9	42,2	44,8
Azerbaycan	19,2	18,9	22,9	21,9	21,5
Belarus	69,1	65,1	64	77,7	70,7
Bosna-Hersek	63,7	67,7	68,1	68,1	68
Hırvatistan	87,0	84,9	84,9	84,8	84,7
Çek Cumhuriyeti	85,2	82,5	84	83,8	83,5
Estonya	75,6	77,8	75,3	78,9	78,9
Macaristan	67,3	67,1	65,7	64,8	64,8
Kazakistan	52,2	58,5	59,2	59,1	57,9
Kırgızistan	51,4	51,5	55,7	55,7	59,7
Litvanya	60,7	62,2	59,5	60,9	58,5
Letonya	73,0	72,4	72,8	72,9	71,3
Makedonya	64,3	67,1	64,8	61,8	61,4
Karabağ	69,2	70,4	71,3	66,5	67
Polonya	70,4	71,8	71,6	71,7	71,2
Sırbistan	61,4	62	61,9	61,9	62,2
Slovakya	66,8	67,8	65,7	64,5	63,8
Slovenya	71,8	73,9	73,2	72,8	72,8
Tacikistan	22,2	24,6	24,9	26,7	29,6
Türkmenistan	65,8	51,1	55,9	60,4	60,8
Özbekistan	41,2	45,7	46,8	49	51,4

Tablo 3: Geçiş Ekonomilerinde Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Kesiminin Payı (%) Kaynak: World Bank, Data: Health.

Ülkeler/Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011
Belçika	73,2	74,7	76,1	75,6	75,9
Kanada	70,2	70,5	70,9	71,1	70,4
Danimarka	84,4	84,7	85,0	85,1	85,2
Almanya	7604	76,6	76,9	76,8	75,9
İrlanda	76,9	76,7	74,9	69,2	70,4
İtalya	76,6	77,5	77,9	77,6	77,2
Lüksemburg	84,1	84,1	84,0	84,3	84,3
Hollanda	84,1	84,8	84,6	84,8	85,7
Norveç	84,1	84,4	84,6	85,5	85,6
Portekiz	66,7	65,3	66,5	65,8	64,1
İspanya	71,9	73,2	74,7	74,2	73,6
İsveç	81,4	81,5	81,5	81,0	80,9
İsviçre	59,3	65,5	65,5	65,2	65,4
Birleşik Krallık	81,2	82,5	83,4	83,2	82,7
ABD	45,2	46,0	47,3	48,2	45,9

Tablo 4: Refah Devletlerinde Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Kesiminin Payı (%) **Kaynak:** World Bank, Data: Health.

Toplumun ekonomik gelişmişliği ile beşeri sermayenin unsurlarından biri olan sağlık hizmetleri arasında yakından bir ilişki bulunmaktadır. Sachs'a göre; sağlığın ekonomik büyüme ve kalkınma sürecine dair en önemli ekonomik etkisi beşeri sermaye ve girişim sermayesi üzerinde görülmektedir. Sağlığın kendisi daha öne uygulanan ekonomi politikalarından etkilenmekte ve aynı zamanda toplumun beşeri sermaye ve teknoloji düzeyini etkilemektedir. Bunun sonucunda da kişi başına düşen gelirin artmasına ve yoksulluğun azalmasına neden olabilmektedir (Sachs, 2001).

Günümüzde, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, sağlık alanındaki iyileşmelerin ekonomik verimliliği ve büyümeyi önemli ölçüde etkilediğinin anlaşılması (Çetin ve Ecevit, 2010) üzerine, kamu kesiminin sağlık harcamaları da önemli bir role sahip olmuştur.

Tablo 3'den görüleceği gibi geçiş ülkelerinde kamu kesiminin sağlık harcamaları konusunda bir ağırlığı bulunmaktadır. Ancak refah devletleri ile karşılaştığımızda bu durumun yetersiz kaldığını söylememiz gerekmektedir. Geçiş ülkeleri olmasına rağmen Hırvatistan ve Çek Cumhuriyeti'nde kamu kesiminin refah devletleri ortalamasını yakaladığını, AB'ye üyelik sürecinde olan veya üye olmuş geçiş ülkelerinde ise bu başarının yakalanamadığını görmekteyiz.

Ülkeler/Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011
Arnavutluk	6.1	6	6.2	6	6.3
Azerbaycan	5,1	4,4	5,9	5,3	5,2
Belarus	6,4	5,9	6,1	5,6	5,3
Bosna-Hersek	8,7	8,9	10,2	10,2	10,2
Hırvatistan	7,5	7,8	7,8	7,8	7,8
Çek Cumhuriyeti	6,5	6,8	8	7,5	7,4
Estonya	5,2	6	7	6,3	6
Macaristan	7,7	7,5	7,7	7,8	7,7
Kazakistan	3,4	3,9	4,5	4,3	3,9
Kırgızistan	6,9	6,1	6,8	6,7	6,5
Litvanya	7	6,6	6,8	6,7	6,2
Letonya	6,2	6,6	7,5	7	6,6
Makedonya	6,9	6,6	6,5	6,6	6,6
Karabağ	7,8	8	9,4	9	9,3
Polonya	6,3	6,9	7,2	7	6,7
Sırbistan	10,4	10,4	10,5	10,4	10,4
Slovakya	7,8	8	9,2	9	8,7
Slovenya	7,8	8,3	9,2	9	9,1
Tacikistan	5,3	5,6	5,9	6	5,8
Türkmenistan	2,1	1,9	2,4	2,5	2,7
Özbekistan	5,6	5,2	5,7	5,6	5,4

Tablo 5: Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Harcamaları GSYİH İçindeki Payı (%) **Kaynak:** World Bank.

Ülkeler/Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011
Kanada	10	10,3	11,4	11,4	11,2
Danimarka	10	10,2	11,5	11,1	11,2
Fransa	11,1	11	11,7	11,7	11,6
Almanya	10,5	10,7	11,7	11,5	11,1
İtalya	8,6	9	9,5	9,5	9,5
Lüksemburg	7,1	7,2	8,2	7,9	7,7
Hollanda	10,8	11	12	12,1	12
Norveç	8,7	8,6	9,7	9,3	9,1
Portekiz	10	10,2	10,8	10,7	10,4
İspanya	8,5	8,9	9,6	9,6	9,4
İsveç	8,9	9,2	9,9	9,6	9,4
İsviçre	10,2	10,3	11	10,9	10,9
Birleşik Krallık	8,4	8,7	9,7	9,6	9,3
ABD	16,2	16,6	17,7	17,6	17,9

Tablo 6: Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%) **Kaynak:** World Bank.

Sağlık harcamaları, çalışma gücünü koruyarak ve gelecekte oluşabilecek sağlık sorunlarını azaltarak veya ortadan kaldırarak, bireylerin gelecekte ortaya çıkabilecek olası sağlık harcamalarından tasarruf sağlamaktadır. Bu şekilde sağlık hizmetlerine yönelik yapılacak olan sağlık yatırımları, beşeri sermayeyi artırarak ülke kalkınmasında önemli bir rol üstlenmektedir (Yumuşak, Yıldırım, 2009).

Ekonomik gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak ülkelerin, sağlık için ayrılan kaynaklarını artırması sonucunda bireylerin yaşam kalitesinin yükseldiği görülmekte ve bunun sonucunda da sağlık hizmetlerinin gelişimi ekonomik büyümeyi de hızlandırmaktadır.

Tablo 5'e göre; Sırbistan ve Bosna-Hersek'in diğer geçiş ülkelerinden ayrıldığı ve oldukça yüksek bir orana sahip olduğu görülmektedir. AB üyesi olan geçiş ülkeleri, AB'ye üye olan gelişmiş ülkelerinin gerisinde yer almaktadır. AB veya G-8 üyesi ülkelere ait sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranları ortalama %10 civarındadır.

Ülkeler/Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011
Arnavutluk	76	77	77	77	77
Azerbaycan	70	70	70	70	71
Belarus	70	70	70	70	71
Bosna-Hersek	75	76	76	76	76
Hırvatistan	76	76	76	76	77
Çek Cumhuriyeti	77	77	77	77	78
Macaristan	73	74	74	74	75
Kazakistan	67	67	68	68	69
Kırgızistan	68	68	69	69	70
Litvanya	71	72	73	73	74
Letonya	71	72	73	73	74
Makedonya	74	74	75	75	75
Polonya	75	76	76	76	77
Sırbistan	73	74	74	74	75
Slovakya	74	75	75	75	76
Tacikistan	66	67	67	67	67
Türkmenistan	65	65	65	65	65
Özbekistan	68	68	68	68	68

Tablo 7: Geçiş Ülkelerinde Doğumda Yaşam Beklentisi **Kaynak:** World Bank, **Data:** Health.

Toplumların sağlık durumlarının göstergesi olarak kullanılan diğer bir ölçüt ise ortalama yaşam süresidir. Ortalama yaşam süresinin az gelişmiş toplumlarda daha düşük olduğu görülmektedir. Ortalama yaşam süresi beşeri sermayeyi önemli ölçüde etkilemektedir. Çünkü ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte insanların aktif çalışma sürelerinde de bir artış ortaya çıkmaktadır. Her insanın beşeri sermaye bağlamında belli bir yatırıma sahip olduğu kabul edilirse, beşeri sermayenin sabit sermaye yatırımından yararlanma süresi artacak ve böylece yatırımın verimliliği artacaktır (Yumuşak, Yıldırım, 2009).

Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi 80 yıl olmasına rağmen gelişmiş düzeyi daha düşük olan geçiş ekonomilerinde ortalama yaşam süresi daha düşüktür. Özellikle de Kazakistan, Türkmenistan Kırgızistan gibi Türki Cumhuriyetleri'nde durum oldukça vahimdir. Bu ülkelerde ortalama yaşam süresi 70 yılı bile bulamamaktadır.

Ülkeler/Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011
Kanada	80	81	81	81	81
Fransa	81	81	81	81	82
Almanya	80	80	80	80	81
İtalya	81	81	81	82	82
Hollanda	80	80	81	81	81
Norveç	80	81	81	81	81
İspanya	81	81	81	82	82
İsveç	81	81	81	81	82
İsviçre	82	82	82	82	83
Birleşik Krallık	79	80	80	80	81
ABD	78	78	78	79	79

Tablo 8: Gelişmiş Ülkelerde Doğumda Yaşam Beklentisi **Kaynak:** World Bank, Data: Health.

6 Sonuç

Toplumların gelişmişlik düzeyleri ve ekonomik büyüme-kalkınma hedeflerini gerçekleştirebilmesi büyük olasılıkla çalışan ve üreten bir nüfusa sahip olmalarına bağlıdır. İşgücünün üretken ve verimliliği de hiç kuşkusuz toplumda sunulan sağlık hizmetleri ile yakından ilişkilidir. Gerek koruyucu sağlık hizmetlerinin ve gerekse tedavi hizmetlerinin etkinliği hastalıklardan korunma ve tedavi süreleri üzerinde etkili olması bireylerin üretkenliği ve verimliliğini artırıcı bir rol oynarken ülke ekonomilerinde gelişmesine katkı sağlamaktadır.

II. Dünya Savaşı sonrası oluşan refah devleti anlayışı ve sonrasında oluşan sosyal devlet anlayışı ile birlikte gelişmiş ülkelerde beşeri sermaye yatırımlarına önem verilmiştir. Refah devleti olarak ifade edebileceğimiz gelişmiş ülkelerde gerek kişi başına düşen sağlık harcamalarının ve gerekse sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının yüksekliği bu durumu desteklemektedir.

Geçiş sürecinde olan ülkeler açısından, AB üyesi olan veya potansiyel üye konumundaki ülkelerin gelişmiş ülkeler seviyesinde uzak olmakla birlikte bu ülkeleri yakalama arzusunda olduğunu söylemek kanaatimizce uygun olacaktır. Ancak hemen belirtmemiz gerekir ki, nüfus yoğunluğu düşük olan bu geçiş ülkelerinin yine nüfusu düşük olan refah devletlerinin oldukça gerisinde kaldığı gözlenmektedir.

Geçiş ülkeleri arasında durumu en kötü olan ülkeler Rusya Federasyonu'ndan ayrılarak bağımsızlığını kazanan ve Türki Cumhuriyetler olarak adlandırılan Orta Asya ülkeleridir. Bu ülkeler, eski rejimden kalma alışkanlıklarından kurtulamamış ve gerekli reform çabalarından istenilen düzeye gelememiş olmaları onlar diğer geçiş ekonomilerinden en az 20 yıl daha geride olmasını etkileyen en önemli faktör olduğu kanaatindeyiz.

Kaynakça

- Aktan, Özkıvrak, 2009. **Sosyal Refah Devleti**. Okutan Yayınları. İstanbul. s. 27-28.
- Altay, 2002. "Geçiş Ekonomilerinde Devletin Ekonomik Roller, Görevleri ve Kobilerin Durumu". İstanbul Üniversitesi Maliye Araştırma Merkezleri Konferansı. 41. Seri. s. 70.
- Boettke, Leeson, 2003. "Is the Transition to the Market too Imported to be Left to the Market", http://www.peterleeson.com/Transition_Link.pdf, s.34.
- Çetin, Ecevit, 2010. "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi". *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. **11** (2). s.169.
- Dolgoff, Feldstein, 2007. **Undersanding Social Welfare A Search For Social Justice**. Seventh Edition. Pearson Education Allyn and Bacon. Boston, s.161.
- Duman, 1997. **Sosyal Devlet**. İnkılap Yayınevi. Kartal İstanbul. s. 24.
- Eser, Memişoğlu, Özdamar, 2011. "Sosyal Siyasetin Üretilmesi Sürecinde Refah Devletinden Neo-Liberal Devlete Geçiş: Devletin Kamu Hizmeti Sunma İşlevinin Değişimi". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. **16**. s.203.
- Galbraith, 2004. **İktisat Tarihi**. (Çeviren: Müfit Günay). Dost Kitapevi 1. Baskı. Ankara. s. 194.
- Havrylyshyn, Wolf, 1999. "Determinants of Growth in Transition Countries". *Finance Development*. Vol. 36, Number 2, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/1999/06/havrylys.htm>.
- Hobsbawm, 2007. **Kısa 20. Yüzyıl 1914–1991 Aşırılıklar Çağı** (3. Basım). (Yavuz Alogan, Çev.). İstanbul: Everest Yayınları. s. 346.
- Koç, 2007. **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Finansman Sorunu ve Çözüm Önerileri**. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Maliye Teorisi Yüksek Lisans Tezi. s.5.

- Koray, 2000. **Sosyal Politika**. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları. s.53.
- Sachs, 2001. **Macroeconomics and Health: Investing in Health For Economic Development**. Report Of The Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization, Switzerland. s.26
- Seyidoğlu, 1999. **Ekonomik Terimler Ansiklopedik Sözlük**. Güzem Can Yayınları. İstanbul. s.497.
- Turan, 2007. “Geçiş Ekonomilerinde Yerelleşme Reformları: Azerbaycan Örneđi”. *Khazar Journal of Humanities and Social Sciences*. **XII**. S.1. s 579.
- World Bank, Data: Health. <http://www.worldbank.org/en/about>.
- Yumuşak, Yıldırım, 2009. “Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme”. *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management*. **IV**. s. 61.