Bilim ve Ütopya 14:170 (14-19) Ağustos 2008

SAĞLIK HARCAMALARI

"Piyasacı Sağlık Politikası Uygulayan Ülkelerde
Sağlık Harcamaları Neden Daha Yüksektir?"

Prof. Dr. Recep AKDUR

GİRİŞ

Ülkelerdeki sağlık harcamasının değerlendirmesinde, harcamanın miktarı, kaynakları ve nereye/nasıl harcandığına ilişkin ölçekler olmak üzere başlıca üç grup ölçek kullanılır.

Sağlık harcamasında paranın miktarını değerlendirmek için iki temel ölçek vardır. Bulardan birincisi sağlık harcamasının ulusal gelir ya da gayrı safi milli hasıla (GSMH) içindeki payı, ikincisi ise kişi başına yıllık sağlık harcamasıdır.

Harcamalarının kaynaklarını irdelemede kullanılan genel ölçek; toplam harcama içindeki kamu ve özel kaynağın payının ne kadar olduğudur. Başka bir söylemle bu değerlendirmede, harcanan paranın ne kadarının kamu kaynaklarından ne kadarının ise özel kaynaklardan geldiğine bakılır.

Sağlık harcamalarını değerlendirmede kullanılan üçüncü grup ölçek paranın hangi tip hizmetlere harcandığını gösteren ölçeklerdir. Bu bağlamda en çok kullanılan ölçek, harcanan paranın ne kadarının koruyucu hizmetlere ne kadarının ise tedavi edici hizmetlere yapıldığını gösteren orandır. Ayrıca harcamalar içinde ilaç harcamalarının payı, insan gücünün payı, teknolojinin payı gibi ölçekler de kullanılır.

Uluslararası kıyaslamalarda genellikle bu üç grup ölçekten yararlanılır.

Ülkeler temel sağlık bakımı ve koruyucu hizmetler için (kısaca temel sağlık hizmetleri olarak adlandırılır) kişi başına belli bir miktarda sağlık harcaması yapmak durumundadır. Bir ülkedeki sağlık harcaması miktarının bunun daha da altına düşmesi, o ülkede yaşayan kişilerin temel sağlık bakımından bile yoksun kaldığı anlamına gelir.

Bir ülkenin sosyo-kültürel özellikleri, sağlık hizmetlerine olan gereksinimi dolayısı ile de temel sağlık hizmetlerinde harcanacak paranın miktarını, o ülkede uygulanan sağlık politikasından bağımsız olarak etkilemektedir. Ancak, bu etki toplam sağlık harcamasını değiştirmekten daha çok, harcanan paranın ağırlıkla hangi sağlık sorunlarına ya da toplum kesimine yapılacağını değiştirmek biçiminde olmaktadır. Örneğin; geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerde temel sağlık harcaması içinde daha çok enfeksiyon hastalıkları ve genç kesime ilişkin sağlık harcamaları ağırlık kazanır ve büyük bir paya sahip olurken, gelişmiş ülkelerde kronik hastalıklar ve yaşlı kesime ilişkin harcamalar ağırlık kazanmaktadır.

Geri kalmış ve gelişmiş ülkeler arasındaki sosyo-demografik özellikten kaynaklanan bu farklılık, yani birinde harcamaların genç kesimde, diğerinde ise yaşlı kesimde yoğunlaşması adeta birbirini dengelemekte ve sonuçta ister geri kalmış bir toplum olsun isterse gelişmiş bir toplum olsun, toplumlarda temel sağlık hizmetlerinin gerektirdiği kişi başına sağlık harcaması

miktarı üç aşağı beş yukarı birbirine denk düşmektedir. Bu nedenle de, bir ülkenin sosyo-kültürel özelliklerinin o ülkedeki sağlık harcaması miktar ve hatta biçimini belirlemek açısından çok etkili olmadığı söylenebilir. Daha başka bir söylemle, ülkeler arasıdaki sağlık harcaması farklılıklarını o ülkelerin sosyo-kültürel özelliklerinden daha çok o ülkede uygulanan sağlık politikası belirliyor.

Sağlık hizmetleri açısından sosyo kültürel özellikleri birbirinden farklı (geri kalmış, gelişmekte ve gelişmiş olan) ülkeler için de geçerli olmakla birlikte, özellikle sosyo kültürel özellikleri birbirine çok benzeyen (geri kalmış ya da gelişmiş) ülkelerde temel sağlık hizmetlerinin gerektirdiği sağlık harcamalarının hem miktarı hem de biçiminin birbirine çok benzemesi gerekir. En azından teorik olarak bunun böyle olması gerektiği söylenebilir. Bu nedenle, bir ülkelerdeki temel sağlık harcamaları bir yana bırakılır ise, ülkelerin birbirinden farkını o ülkede uygulanan sağlık politikası belirliyor. Başka bir söylemle, bir ülkede uygulanan sağlık politikası, o ülkedeki sağlık harcamalarının miktar ve biçimini, toplumun sosyo kültürel yapısından bağımsız olarak etkiliyor ve belirliyor. Çünkü; bir ülkede sağlık için gerekli olan paranın miktarı hangi kaynaktan karşılayacağı ve bu paranın nasıl kullanılacağı tamamen ülkede egemen olan yönetimlerin politik kararları ile belirleniyor.

SAĞLIK HARCAMALARINI BELİRLEYEN ETMENLER

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, ulusal gelirden (GSMH) ne kadar para ayrılacağını başka bir söylemle sağlık alanına ne kadar para harcanacağını belirleyen çeşitli etmenler vardır. Bunlar iki grup altında toplanabilir.

A.Sosyo-Kültürel Yapıya Bağlı Etmenler

1.Toplumun gelişmişlik ve gelir düzeyi
2.Toplumun sağlık kültürü

B.Sağlık Politikasına İlişkin Etmenler

1. Sağlık hizmeti sunma biçimi(örgüt yapısı)
2. Sağlık hizmetleri için para toplama biçimi (finansman)
3. Toplanan parayı harcama biçimi

Sosyo-Kültürel Yapıya Bağlı Etmenler

Ülkelerin gelişmişlik, gelir ve kültürel durumunu o ülkenin yönetimine egemen olan ve yıllarca süren politikaların belirlediği bilinmektedir. Bu nedenle de, ülkelerin sağlık harcamalarına etki eden gelişmişlik, gelir ve kültürel yapı gibi, sosyo-kültürel yapıya bağlı etmenleri de aslında ülkeye egemen olan politikalar belirler. Bu saptama saklı kalmak koşulu ile, toplumun sosyo-kültürel yapısı, sağlık harcamalarını o toplumda uygulanan sağlık politikalarının (kısaca kamucu sağlık politikası, piyasacı sağlık politikası olarak adlandırılabilir) dışında etkileyebilmektedir.

1.Toplumun Gelişmişlik Ve Gelir Düzeyi

İşsizlik ve yoksulluğun yaygın olduğu, gelir düzeyi düşük toplumlarda, her türden hastalık çok daha sık görülür. Çünkü böyle toplumlarda toplumun beslenme düzeyi yetersiz bundan ötürü de kişilerin direnç düzeyi de düşük olur. Buna bir de çevre koşullarının sağlıksızlığı ve bilgisizlik/bilinçsizlik eklenince, başta bulaşıcı hastalılar olmak üzere, tüm hastalıklar için bir kısır döngü ortamı oluşur ve tüm hastalıkların sıklığı gelir düzeyi yüksek çevre koşulları iyi ülkelere göre kat kat fazla olur. Hastalananların çok olması, bunların

tedavisi için harcanacak paranın da fazla olması sonucunu doğurur. Aynı şekilde, bu tür toplumlarda, yaygın olan hastalıkların kontrolü için, gelir düzeyi yüksek ve çevre koşulları sağlıklı toplumlara göre daha büyük bir çaba ve masrafa gerek vardır. Özetle gerek tedavi masraflarının yüksekliği ve gerekse hastalıkların kontrol altına alınması için daha fazla harcama gerekmesi nedeniyle gelir düzeyi düşük (geri kalmış) toplumlarda temel sağlık bakımı harcamaları daha yüksektir.

Gelir düzeyi düşük, çevresi sağlıksız ülkelerde, başta ev ve iş kazaları, trafik kazaları olmak üzere her türden kazalar, bunların sonucu olan sakatlık ve ölümler gelişmiş ülkelere göre çok daha fazladır. Bu nedenle de, bu ülkelerde bu tür sağlık olgu ve olaylarla karşılaşan kişilerin gereksinimi olan sağlık bakımı için çok daha fazla para harcanır.

Gelir ve gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde, ortalama ömür daha uzun dolaysı ile de nüfusun 65 yaş üstü grubu daha kalabalıktır. 65'ten daha yaşlı grupların ise sağlık sorunları dolayısı ile de sağlık bakım harcamaları daha yüksektir.

Birkaç örnek ile açıklanmaya çalışılan bu farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda sağlık harcamaları açısından gelir düzeyi yüksek ve düşük olan toplumların sağlık finansman gereksinimleri arasında çok büyük farklılıklar beklenmez.

2.Toplum Kültürü

Eğitimli, sağlık bilinci gelişmiş, dolayısı ile çevre temizliğine ve beslenmesine dikkat eden, yalnızca tedavi hizmetleri değil koruyucu hizmetleri de talep eden ve kullanan (kısaca olumlu kültür denilebilir) topluluklar daha az hastalanır, dolayısı ile de daha az sağlık bakım harcaması yaparlar. Bu tür toplumlarda ev, iş ve trafik kazalarının sayısı ve sonuçlarına da daha az rastlanır. Bundan ötürü de bu tür toplumlarda yönetimlerce uygulanan sağlık politikalarından bağımsız olarak daha az sağlık harcaması beklenir. Bunun tam tersine, bilinçsiz, sağlığına, temizliğine ve beslenmesine dikkat etmeyen, koruyucu hizmet talep etmeyen ve kullanmayan (kısaca olumsuz kültür denilebilir) toplumlarda sağlık harcaması daha yüksektir. Örneğin; sağlık açısından olumsuz kültüre sahip, aşılarını düzenli yaptırmayan ve sigara içmenin yaygın olduğu toplumlarda, uygulanan / seçilen sağlık politikasından (kamucu yada piyasacı) bağımsız olarak sağlık harcaması daha yüksektir.

Toplumların eğitim düzeyi yükseldikçe, tedavi edici sağlık hizmetleri anlayış ve beklentileri de çok değişir. Eğitim düzeyi yüksek toplumlar bir yandan daha çok sağlık hizmeti tüketirken öte yandan da sağlık hizmetlerindeki işlem kaliteye ve kullanılan teknolojiye daha çok dikkat ederler. Bu durum yönetimce uygulanan sağlık politikasından bağımsız olarak sağlık harcamalarının düzeyini arttırır.

Sağlık Politikasına İlişkin Etmenler

Çok kabaca tüm ülkelerde birbirine eşit olduğu varsayılabilecek, temel sağlık harcamaları bir yana bırakılır ise; sağlık harcamaları açısından ülkeler ya da toplumların birbirinden farkını o ülkede uygulanan sağlık politikası belirler. Bu etkileşim çok genelde toplumun sosyo kültürel yapısından da bağımsızdır.

Yönetimlerce uygulanan sağlık politikası genelde sağlık sektörünün tüm yapılarına müdahale eder ve onları belirler. Ancak konumuz ya da sağlık harcamalarını belirlemek açısından, özellikle; 1-Sağlık hizmeti sunma biçimine(örgüt yapısı), 2- Sağlık hizmetleri için para toplama biçimine (finansman) ve 3. Toplanan parayı harcama biçimine müdahale eder ve bunların şeklini belirler. Kamucu ya da piyasacı politika uygulayan ülkeler arasındaki sağlık harcaması farkları da esasen yönetimin bu müdahalelerinden / yapılandırmalarından kaynaklanır.

1.Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi

Kamucu sağlık politikası uygulayan ülkelerde, hizmetler genellikle kamu kurum ve birimleri aracılığı ile yürütülür. Bu yolla hizmet sunumunda, kurum ve birimlerin çalışması genellikle kamu ve hasta yararı üzerine oturur. Başka bir söylemle kar eksenli bir hizmet söz konusu değildir. Bu nedenle de genelde sağlık sektörü, özelde ise kurumda sürümü / tüketimi arttırıcı uygulamalar kuruma da, çalışanlara da herhangi bir çıkar sağlamaz. Kurumlar, birimler ve çalışanlar arasında hasta (müşteri) çekme gibi bir rekabet ve endişe söz konusu değildir. Hastalara karşı davranışta tamamen tıbbi gereksinimler belirleyici olur. Kurum ve birimlerin yapılanmasında ise tamamen gereksinimler ve akılcılık ön plandadır. Tüm bu nedenlerle, uygulamalarda akılcılık ve gereksinim belirleyici olur. Bu tür ülkelerde sağlık sektörünün merkezi bir planlaması yapılabilir. Böylece tüm kaynakların (para, araç gereç ve malzeme) bölgelere ve kurumlara dağıtımı gereksinimlere dayandırılır. Gereksiz harcamalar önlenir ve gerçek gereksinimlere dayalı bir harcama düzeyi tutturulabilir. Bu durum gerek sabit harcamalarda ve gerekse cari harcamalarda akılcı davranmayı hakim kılar ve kaynaklar en ekonomik bir biçimde kullanılarak büyük bir tasarruf sağlanır.

Piyasacı sağlık politikasını uygulayan ülkelerde hizmetler özel kurum ve birimler aracılığı ile yürütülmektedir. Özel birimlerin çalışması ise kar ve rekabet esasına dayanır. Özel birim ve kurumlar karın olduğu yerlerde kurulur, büyür ve serpilir. Buna karşılık kar elde edilmeyen yerlerde, mahrumiyet bölgelerinde özel kurum ve birimler kurulmaz, kurulmuş olanlar da uzun yaşayamaz. Bunun doğal bir sonucu olarak hem kaynakların ülke bölge düzeyinde merkezi bir planlaması yapılamaz, sonuçta bölgeler arasında eşitsizlikler ortaya çıkar.

Böyle ortamlarda, gerek kurumların işletilmesinde gerekse kurumlar ve birimler arasındaki ilişkide tamamen hasta (müşteri) çekme, rekabet ve endişe ve çabası ön plana çıkar. Gerek kurumların kaynak kullanımında ve yapılanmasında, gerekse hasta ile olan ilişkilerinde tamamen rekabet belirleyici olur. Bundan ötürü de, gerek kurumların yapılanmasında ve gerekse hasta (müşteri) ilişkilerinde akılcılığın yerini rekabet, kurnazlık alır. Sonuçta gerek sabit harcamalarda ve gerekse cari harcamalarda büyük bir tüketim ortaya çıkar ve harcamaların hacmi alabildiğince büyür.

2.Sağlık hizmetleri için para toplama biçimi (finansman)

Sağlık hizmetlerinde harcamak üzere, toplumdan para; genel vergi, kamu sigortacılığı (kısaca kamu kaynakları olarak adlandırılır), özel sigortacılık ve hizmet başı ödeme (kısaca özel kaynaklar olarak adlandırılır) olmak üzere başlıca dört yolla toplanır. Kamucu sağlık politikasını benimseyen ülkelerde, sağlık hizmetlerinin finansmanı genellikle genel vergi ya da kamu sigortaları aracılığı ile yapılır. Buna karşılık piyasacı sağlık politikasını benimseyen ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sigortacılık veya hizmet başı ödeme yolu benimsenir.

Hizmetlerin genel vergi ile finanse edildiği ülkelerde, para kamunun bir kurumundan bir diğer kurumuna aktarıldığı için, para toplama bağlamında ikinci bir örgüte (sigorta kurum ya da kuruluşları) gereksinim olmadığından sağlık için toplanan paranın bir kısmı para toplama kurumuna harcanmaz. Böylece daha işin başında sağlık harcamalarındaki doğrudan sağlıkla ilgili olmayan bir büyüme önlenmiş olur. Sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanında, özellikle özel sigortacılık ve cepten ödemeye göre paranın daha akılcı ve gerçek gereksinimlere dayalı olarak harcanması söz konusu olduğundan, gerek sabit harcamalarda ve gerekse cari harcamalarda tasarrufa dayalı bir yapı ortaya çıkar.

Hizmetlerin özel kaynaklardan karşılanması, yalnızca sağlık hizmetlerinde harcanan paranın hacmini kabartmakla kalmaz, sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından toplum

kesimleri arasında büyük eşitsizliklerin ve etik sorunların ortaya çıkmasına da ortam hazırlar. Bu yazının temel konusu **"piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde sağlık harcamaları neden daha yüksektir?"** sorusuna yanıt aramak olduğundan sağlık hizmetlerinin kamu ya da özel kaynaklardan karşılanması durumundaki eşitsizlik ve etik sorunlar konusuna girilmemiştir. Okuyucunun yazıyı okurken bu açıdan değerlendirmesinde yarar vardır.

3.Toplanan parayı harcama biçimi

Koruyucu sağlık hizmetleri kolay, ucuz ve etkili hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetlere öncelik ve ağırlık verilmesi halinde, birçok yaygın hastalık kolayca önlenir ve toplumun sağlık düzeyi yükselir. Bu durum toplumdaki sağlık bakımı gereksinimini çok azaltır. Dolayısı ile de sağlık harcamaları açısından tasarruflu bir ortam ortaya çıkar.

Kamucu sağlık politikası uygulayan ülkelerde, koruyucu hizmetlere büyük önem ve öncelik verilerek bir yandan toplumun sağlık düzeyi yükseltilirken öte yandan da kaynakların en tasarruflu kullanılması gerçekleştirilmiş olur.

Piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde, koruyucu sağlık hizmetleri pek sevilmez. Çünkü koruyucu sağlık hizmetleri bir yandan tüketimi / sürümü en aza indirirken öte yandan da kar payı çok düşük olan ve özel şirketlerin heveslenmediği hizmetlerdir. Bu nedenle de piyasacı sağlık politikası uygulayan birçok ülkede, koruyucu hizmetler kamuya bırakılır. Bundan daha da kötüsü koruyucu hizmetlerin ihmal edildiği bir ortam yaratılır. Böylece özel kurum ve kuruluşların yeterince müşteri bulabileceği ve yeterince sürüm yapabileceği bir ortam oluşturulmuş olur.

Piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde, sağlık sektörü karın devamlılığını sağlamak ve miktarını yükseltmek için, sürekli yapay hastalık ve harcama alanları yaratır. Piyasacı anlayışın, tüketimi arttırma uygulamasının bir ürünü olan "hastalık uydurma" işi son zamanlarda çok yaygınlaşmış ve adeta küresel bir insanlık sorunu haline gelmiştir[(2)]. Piyasacı ülkelerde insanların yaşan biçimi "ilaç tüketmek", hekimlerin yaşam biçimi ise "ilaç endüstrisi ile ilişki" haline dönüşmüştür[(2)]

ÜLKE ÖRNEKLERİ

Aşağıdaki çizelge 1 ve 2, Human Devolepment Report 2007/2008'den yararlanarak hazırlanmıştır. Çizelge 1 dikkatle incelendiğinde, bebek ölüm hızı %010'dan daha az ve doğuşta beklenen ömür 77 yıldan daha uzun, başka bir söylemle sağlık düzey ölçütleri iyi ve birbirine benzeyen ülkelerdeki kişi başına sağlık harcaması büyük farklılıklar göstermektedir.

Piyasacı sağlık politikası uygulayan ve bu düşüncenin misyoneri olan ABD, ulusal gelirinin %15,4'ünü sağlığa harcamaktadır. Benzer ölçüde sanayileşmiş ve piyasacı sağlık politikası uygulayan Norveç, Almanya, Lüksemburg ve İsviçre'de de durum benzerdir. Piyasacı politika izleyen bu ülkelerin çoğunda kişi başına sağlık harcaması 4000 ABD doların üzerindedir. Buna karşılık benzer ölçüde sanayileşmiş ancak kamucu bir sağlık politikası uygulayan İsveç, İngiltere, İtalya, Fransa Kanada gibi ülkelerde ise kişi başına yıllık sağlık harcaması 3000 ABD Doları veya daha aşağıdır. Kamucu sağlık politikası uygulayan bu ülkelerde bebek ölüm hızı ve doğuşta beklenen ömür gibi sağlık göstergeleri piyasacı politika uygulanan ülkelerden çok daha iyidir.

Gelişmişlikleri benzer olan ülkelerin kişi başına sağlık harcamaları karşılaştırıldığında çarpıcı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Kişi başına yıllık sağlık harcaması ABD'de 6096, İsveç'te 2828, İngiltere'de 2560, İtalya'da da ise 2414 ABD Dolarıdır. ABD bu ülkelere göre iki misli daha çok para harcamaktadır. Başka bir söylemle ABD yurttaşlarına 6096 dolar

harcayarak yaklaşık 78 yıllık bir ömür sağlarken. İtalya 2414 dolar harcayarak 80 yıldan daha uzun bir ömür sağlamaktadır.

Piyasacı politika başta ilaç olmak üzere tüm sağlık madde ve araçlarının tüketimini olabildiğice körüklüyor. Örneğin; dünya nüfusunun %5'ten daha azına sahip olan ABD reçeteli ilaç harcamalarının yaklaşık %50'sini harcıyor[(2)]. Bunun bir sonucu olarak ABD'lerinde sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 1980'de %8.8 iken, 2002'de %14.9'a, 2004 yılında ise %15,4 yükselmiştir. Bu payın 2012 yılında %17.7 ve daha sonraki yıllarda ise % 20'lere ulaşacağı öngörülmektedir. Kişi başına sağlık harcaması 1980 yıllarında 1000 Dolar dolayında iken, 1990'larda 3000, 2004 yılında ise 6096 dolara yükselerek, son yirmi beş yıl içinde altı kat artmıştır. Bu denli yüksek sağlık harcaması, sağlık sektörünün bir piyasa /rant alanına dönüştürülmesinin bir sonucudur.

Çizelge 1: SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDE SAĞLIK VE SAĞLIK HARCAMASI DÜZEYİ

	Bebek Ölüm Hızı 2005	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı 2005	Doğuşta Beklenen Ömür 2005	Kişi Başına Yıllık Gelir ABD$ 2005	SAĞLIK HARCAMASI 2004		
					Kamu % GSMH	Özel % GSMH	Kişi Başına Yıllık Harcama ABD$
İsveç	3	4	80,5	32525	7,7	1,4	2828
Norveç	**3**	**4**	**79,8**	**41420**	**8,1**	**1,6**	**4080**
Fransa	4	4	80,2	30386	8,2	2,3	3040
İtalya	4	4	80,3	28529	6,5	2,2	2414
Almanya	**4**	**5**	**79,1**	**29461**	**8,2**	**2,4**	**3171**
Danimarka	4	5	77,9	33979	7,1	1,5	2780
Lüksenburg	**4**	**5**	**78,4**	**60228**	**7,2**	**0,8**	**5178**
İsviçre	**4**	**5**	**81,3**	**35633**	**6,7**	**4,8**	**4011**
Kore	5	5	77,9	22029	2,9	2,7	1135
İngiltere	5	6	79,0	33238	7,0	1,1	2560
Kanada	5	6	80,3	33375	6,8	3,0	3173
Kuba	6	7	77,7	6000	5,5	0,8	229
ABD	**6**	**7**	**77,9**	**41890**	**6,9**	**8,5**	**6096**
Şili	8	10	78,3	12027	2,9	3,2	720
Kuweyt	9	11	77,3	26321	2,2	0,6	538
Kosta Rika	11	12	78,5	10180	5,1	1,5	592
Siri Lanka	12	14	71,6	4595	2,0	2,3	163
Rusya F.	14	18	65.0	10845	3,7	2,3	583
Çin	23	27	72,5	6757	1,8	2,9	277
Türkiye	26	29	71,4	8407	5,2	2,1	557

Human Devolepment Report 2007/2008

Not :Koyu yazılanlar sağlıkta piyasacı politika uygulayan ülkelerdir.

Bazı geri kalmış yada gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkelerin sağlık harcama ölçütleri ve sağlık düzeyleri kıyaslandığında ortaya çıkan tablo daha da çarpıcı bir hal almaktadır. Kişi başına yıllık gelir açısından, Küba'dan yedi kat daha zengin olan ABD'de çevre koşullarının çok daha iyi olduğu kuşku götürmez (Bakınız çizelge 2). Buna rağmen ABD yönetimi yurttaşlarına Küba'dakine benzer bir sağlık düzeyi verebilmek için kişi başına 6096 Dolar harcamakta, kamucu sağlık politikası uygulayan Küba ise bunun yaklaşık 27 de

biri olan 229 Dolarlık bir harcama yapmaktadır. Başka bir anlatımla, "78 yıllık doğuşta beklenen ömür" için ABD 6096 Dolar harcarken Küba bunu 229 dolarlık bir harcama ile yapmaktadır.

Bu tür bir kıyaslama gelişmekte olan ülkelerin kendi arasında ve Türkiye açısından da yapılabilir. Çizelgeden 1'den de görüldüğü gibi; Küba 229, Kuveyt 538, Kosta Rika 592 ABD Doları harcamak sureti ile yurttaşlarına 557 Dolar harcayan Türkiye'den çok daha uzun bir ömür ve sağlık düzeyi sağlamaktadır. Sri Lanka kişi başına 163 ABD doları harcayarak Türkiye'dekinden daha iyi bir sağlık düzeyi sağlayabilmektedir.

Çizelge 2: SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDE ÇEVRE SAĞLIĞI ÖLÇÜTLERİ

	Nüfus (milyon) 2005	Hijyenik Bir Çevrede Yaşayan Nüfus (%) 2004	Arıtılmış Su Kullanan Nüfus (%) 2004	Beslenme Sorunu Olan Nüfus (%) 2002-2004	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Oranı (%) 1995-2005	Kamu Eğitim Harcaması % GSMH 2002-2005
İsveç	9,0	100	100	<2,5	4	7,4
Almanya	82,7	100	100	<2,5	8	4,6
Kore	47,9	-	92	<2,5	4	4,6
İngiltere	60,2	-	100	2,5	8	6,1
Kanada	32,3	100	100	<2.5	6	5,2
Kuba	11,3	98	91	<2,5	5	9,8
ABD	299,8	100	100	<2,5	8	5,9
Şili	16,3	91	95	4	6	3,5
Siri Lanka	19,1	91	79	22	22	-
Rusya F.	144,0	87	97	3	6	3,6
Çin	1313,0	44	77	12	4	1,9
Türkiye	73,0	88	96	3	16	3,7

Human Devolepment Report 2007/2008

Bir yanda akıl dışı maliyetler ve harcamalar öte yanda sağlık hizmetine ulaşamayan milyonlarca insan, bunlar piyasacı sağlık politikasının doğal sonuçları. Böylesine yüksek bir harcamaya karşın, sağlık güvencesi dolayısı ile de sağlık bakım hizmetleri toplumun bütününü içermemekte ve yaklaşık 45 milyon kişi sistem dışı kalmaktadır. Cem Terzi'nin ABD'de 2003 yılı için verdiği sosyal güvenlik oranları[(3)] 2005 nüfusuna uyarlandığında aşağıdaki çizelge elde edilmiştir.Çizelgeden de görüldüğü gibi ABD'de nüfusun %15 yani yaklaşık 45 milyon nüfus sağlık güvencesinden yoksundur (Bakınız çizelge 2). Bu durum yalnızca ABD için geçerli değil, sağlıkta piyasacı politika uygulayan Avustralya, Belçika, Almanya, Hollanda için de geçerlidir.

Çizelge 3: ABD'DE NÜFUSUN SAĞLIK SİGORTASINA GÖRE DAĞILIMI

SİGORTA TÜRÜ	KAPSADIĞI NÜFUS (Milyon)	GENEL NUFUSA (%)
İşveren Sendikası	165	55
Medicare	42	14
Medicaid	36	12
Bireysel sigorta	9	3

Devlet memuru	3	1
Sigortasız	45	15

SONUÇ

Ülkeler arasıdaki sağlık harcaması farklılıklarını o ülkelerin sosyo-kültürel yapılarından daha çok o ülkede uygulanan sağlık politikası belirliyor.

Yönetimler sağlık sektörünü kendi felsefeleri yönünde biçimlendirmek için; sağlık örgütüne, para toplama ve harcama biçimi ile insan gücünün istihdam biçimine müdahale ediyor.

Piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkeler, hizmetleri özel kurum ve kuruluşlar aracılığı ile yürüterek,hizmetleri serbest rekabete açıyor ve hizmetleri özel sigortacılıkla finanse ediyor. Bu yapı tedavi edici / tüketici hizmetleri körükleyerek sağlık alanına çok daha yüksek miktarda paralar harcamasına neden oluyor. Bu tür politika, aşırı harcama ve maliyetlere karşın toplumlarına daha uzun bir ömür ve daha sağlıklı bir yaşam da sağlayamıyor. Daha da kötüsü bu uygulamaların doğal bir sonucu olarak, sağlık alanında eşitsizlikler ve etik dışı uygulamalar önemli bir sorun haline geliyor.

KAYNAKLAR

1.Human Devolepment Report 2007/2008
2.Moynihan R., Cassels A, Satılık Hastalıklar, Hayykiyap, Eyül 2006 İstanbul
3.Terzi C.:ABD Sağlık Sistemi - III SOL GÜNLÜK SİYASİ GAZETE, 30 Nisan 2007
4.The State of the Worlds Childeren 2008,UNICEF

Bilim ve Ütopya 14:170 (14-19) Ağustos 2008