

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ * SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**MALİYE ANABİLİM DALI
MALİYE PROGRAMI**

**SOSYAL REFAH DEVLETİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE TÜRKİYE'DEKİ
SAĞLIK HARCAMALARININ GENEL BİR ANALİZİ: GİRESUN ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arzu KURŞUN EKİZ

ŞUBAT-2013

TRABZON

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ * SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**MALİYE ANABİLİM DALI
MALİYE PROGRAMI**

**SOSYAL REFAH DEVLETİNDE SAĞLIK HARCAMALARI VE TÜRKİYE'DEKİ
SAĞLIK HARCAMALARININ GENEL BİR ANALİZİ: GİRESUN ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arzu KURŞUN EKİZ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Cemil RAKICI

ŞUBAT-2013

TRABZON

ONAY

Arzu KURŞUN EKİZ tarafından hazırlanan Sosyal Refah Devletlerinde Sağlık Harcamaları ve Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının Genel Bir Analizi: Giresun Örneği adlı bu çalışma 05/02/2013 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Maliye Anabilim Dalında **yüksek lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet TUNÇER (Başkan)

Doç. Dr. Cemil RAKICI (Danışman)

Yrd. Doç. Dr. Bünyamin ER

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduklarını onaylarım. . / . / .

Prof. Dr. Ahmet Ulusoy
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada orijinal olmayan her türlü kaynağa eksiksiz atıf yapıldığını, aksinin ortaya çıkması durumunda her tür yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ediyorum.

Arzu KURŞUN EKİZ

05/02/2013

ÖNSÖZ

‘Sosyal Refah Devletinde Sağlık Harcamaları ve Türkiye’deki Sağlık Harcamalarının Genel Bir Analizi: Giresun Örneği’ adlı bu tez, sağlık sektörünün içinde yetişmiş ve sektörü iyi bilen biri olmama rağmen bana çok şey katmıştır. Türkiye’deki sağlıkta var olan dönüşümlerin ya da uygulamaya sokulan reform hareketlerinin çıkış noktasının refah ülkelerinin uygulamaları olduğunu fark etmemi sağlamıştır. Bunun yanında ülkemizde sağlığa yapılan harcamaların ne derece düşük düzeylerde olduğunu anlamam açısından da bana yol gösterici bir çalışma olmuştur. İnsan sağlığının devamlılığının ekonomik anlamda getireceği pozitif etki ve hastalık durumunun ekonomiye ve topluma katacağı mali/sosyal yük göz önüne alındığında modern devlet olma ihtiyacının hissedildiği sağlık hizmetleri daha fazla değeri hak etmektedir ve beni bu çalışmayı yapmama iten ana sebep budur.

Tezin her aşamasında değerli katkılarını esirgemeyen başta danışman hocam Doç.Dr. Cemil RAKICI olmak üzere, istatistik verilerini analiz süresince danıştığım ve büyük yardımlarını gördüğüm sevgili arkadaşım Yrd. Doç.Dr. Ufuk YOLCU’ya, tezi bitirmem konusunda her zaman desteğini hissettiğim saygıdeğer hocam Doç.Dr. Emine YALÇIN’a, tezin son aşamalarında olumlu katkılar sağlayan sevgili arkadaşım Öğr. Gör. Halil GÖKÇE’ye, üniversitedeki iş arkadaşlarıma, anketin uygulanmasında bana yardımcı olan öğrencim İdris DURKAYA’ya teşekkürü bir borç bilirim.

En büyük teşekkürü ise, kimi zaman evi ve oğlumuzu ihmal etme pahasına bile olsa beni anlayışla karşılayan, desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşim Barış EKİZ ve bir tanecik oğlum Semih Alp EKİZ’e yapmak istiyorum.

Son olarak; beni bu günlere getiren aileme, minnet ve saygılarımı sunuyorum.

Şubat, 2013

Arzu KURŞUN EKİZ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ÖZET	XI
ABSTRACT	XII
TABLolar LİSTESİ	XIII
GRAFİKLER LİSTESİ	XV
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ.....	XVI
GİRİŞ.....	1-2

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SOSYAL REFAH DEVLETİ ÜZERİNE TEMEL KAVRAMLAR.....	3-68
1.1. Sosyal Refah Devleti Kavramı	3
1.2. Refah Devletinin Tarihi Süreci.....	8
1.2.1. Sanayi Devrimi Öncesi Refah Devleti Uygulamaları (1880 öncesi).....	8
1.2.2. Sanayileşme Dönemi (1880-1945).....	12
1.2.3. Yükselen Refah Devleti Dönemi (1945-1970'ler)	16
1.2.4. 1970'lerden Günümüze	20
1.3. Refah Devletinin Sorumlulukları	30
1.3.1. Sosyal Güvenlik Programları	30
1.3.2. Gelir Dağılımında Adaletin Gözetilmesi.....	33
1.3.3. Eşitliğin Sağlanması	34
1.3.4. İşsizliğin Azaltılması ve Tam İstihdam	35
1.3.5. Ekonomik Büyüme ve Sosyal Denge	37
1.4. Refah Devletinin Refah Sağlayıcı Araçları	39

1.4.1. Kamu Müdahalesi.....	39
1.4.2. Siyasal Yapı.....	40
1.4.3. Sendikal Organizasyon.....	40
1.5. Refah Devletinin Sınıflandırılması.....	42
1.5.1. Refah Devletinin Klasik Tasnife Göre Sınıflandırılması	42
1.5.1.1. Beveridge ve Bismarck Modeli	42
1.5.1.2. Karma Model.....	45
1.5.2. Gosta Esping-Andersen'in Sınıflandırması	45
1.5.2.1. Liberal Refah Rejimi	45
1.5.2.2. Muhafazakar-Korporatist Refah Rejimi	47
1.5.2.3. Sosyal Demokrat Refah Modeli	48
1.6. Bazı Ülkelerde Sosyal Refah Devleti Uygulamaları	49
1.6.1. İngiltere.....	49
1.6.2. Almanya	52
1.6.3. Bazı İskandinav Ülkeleri	55
1.6.3.1. Danimarka	55
1.6.3.2. İsveç.....	57
1.6.3.3. Norveç	58
1.6.4. Amerika Birleşik Devletleri.....	59
1.6.5. Türkiye	62

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK HARCAMALARI VE SOSYAL REFAH DEVLETİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ.....67-116

2.1. Sağlık Harcamaları Hakkında Genel Bilgiler.....	67
2.1.1. Sağlık Kavramı.....	67
2.1.2. Sağlık Hakkı.....	68
2.1.3. Sağlık Hizmeti ve Özellikleri	69

2.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	70
2.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	70
2.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	71
2.1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	72
2.2. Sağlık Harcamaları	72
2.2.1. Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri	76
2.2.1.1. Sağlık Bilincinin Gelişmesi	76
2.2.1.2. Teknolojik Gelişmeler	77
2.2.1.3. Yaşam Süresinin Uzaması	77
2.2.1.4. Gelir Seviyesinin Yükselmesi	78
2.2.1.5. Toplumun Değer Yargılarının Değişmesi	80
2.2.1.6. Şehir Hayatının Etkisi.....	80
2.2.1.7. Toplumun Yapısındaki Değişimler	80
2.3. Refah Devleti ile Sağlık Harcaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	81
2.4. Bazı Sosyal Refah Devletlerinde Sağlık Harcamalarının Analizi	82
2.4.1. Bazı İskandinav Ülkeleri	82
2.4.2. Bazı Avrupa Ülkeleri.....	86
2.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	88
2.4.2.2. Sağlık Harcamalarının Fonksiyonu	90
2.4.3. Amerika Birleşik Devletleri.....	91
2.4.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	92
2.4.3.2. Sağlık Sisteminin Finansmanı	93
2.4.4. Almanya	96
2.4.4.1. Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Harcamaları.....	96
2.5. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	97
2.5.1. Türk Sağlık Sisteminin Yapısı.....	97
2.5.1.1. 1920-1923 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı	97

2.5.1.2. 1923-1946 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı	97
2.5.1.3. 1946-1960 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı	98
2.5.1.4. 1960-1980 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı	99
2.5.1.5. 1980- 2002 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı	99
2.5.1.6. 2003 Yılı Sonrası Sağlıkta Değişimler	100
2.5.2. Türkiye'nin Genel Sağlık Durumu	101
2.5.2.1. Doğumda Tahmini Yaşam Beklentisi.....	101
2.5.2.2. Bebek Ölüm Oranları	101
2.5.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı.....	102
2.5.4. Türkiye'de Sağlık Finansmanı ve Harcamaları	102
2.5.4.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Finansmanı ve Harcamaları	102
2.5.4.2. Sağlık Bakanlığı Finansmanı ve Harcamaları	108
2.5.4.3. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Dışında Kalan Birimlerin Sağlık Harcamaları	111
2.5.4.4. Özel Kesimin Finansmanı ve Harcamaları.....	113

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GİRESUN İLİNDE SAĞLIK VE SAĞLIK HARCAMALARININ SOSYAL REFAH YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ.....115-141

3.1. Araştırmanın Genel Yapısı	115
3.1.1. Araştırmanın Amacı	115
3.1.2. Araştırmanın Kriterleri	115
3.1.3. Evren.....	116
3.1.4. Örneklem	117
3.1.5. Araştırma Süresi	118
3.1.6. Anket	118
3.1.7. Örneklemin Belirlenmesi.....	118
3.1.8. Verilerin analizi	119

3.1.8.1. Ki-Kare Testi	120
3.1.8.2. Mann-Whitney U Testi	121
3.1.8.3. Kruskal-Wallis H Testi	121
3.2. Bulgular ve Tartışma	121
3.2.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	121
3.2.1.1. Yaş	121
3.2.1.2. Cinsiyet	123
3.2.1.3. Öğrenim Durumu.....	123
3.2.1.4. Aile Büyüklüğü	124
3.2.1.5. Medeni Durum.....	125
3.2.2. Gelir Durumu.....	126
3.2.2.1. Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu.....	126
3.2.2.2. Aylık Gelir Durumu	127
3.2.2.3. Aylık Hane Halkı Toplam Gelir Durumu.....	127
3.2.3. Sosyal Güvence Durumu	128
3.2.3.1. Sağlık Güvencesi Durumu.....	128
3.2.4. Sağlık Durumu.....	129
3.2.4.1. Herhangi Bir Hastalık Mevcudiyeti Durumu	129
3.2.4.2. Sağlık Algısı	130
3.3. Sağlık Harcaması Durumu.....	131
3.4. Sağlık Sistemi ve Devlet Yapısından Memnuniyet Durumu.....	132
3.4.1. Sağlık Sistemindeki Yeniliklerin Aile Bütçesine Etki Durumu	132
3.4.2. Sosyal Refah Algısı Durumu	132
3.5. Sağlık Harcamaları İle Diğer Değişkenlerin Kıyaslanması.....	133
3.5.1. Sağlık Harcaması Yapma Durumunun Diğer Değişkenlerle Olan İlişkisi	133
3.5.2. Sağlık Harcaması Yapma ve Öğretim Durumu Arasındaki İlişki	134
3.5.3. Sağlık Harcaması Yapma ve Hastalık İlişkisi	136

3.5.4. Sağlık Harcaması Yapma ve Sağlık Algısı İlişkisi	136
3.5.5. Sağlık Harcaması Yapma ve Sağlık Harcamanın Kaynağı İlişkisi	137
3.5.6. Sağlık Harcaması Yapma ve Gelir Getiren Bir İşte Çalışma İlişkisi	138
3.6. Sağlık Harcamaları İle Gelir İlişkisi.....	139
3.6.1. Aylık Gelir ile Sağlık Harcaması Arasındaki İlişki.....	139
SONUÇ VE ÖNERİLER	140
YARARLANILAN KAYNAKLAR	144
EKLER.....	163
ÖZGEÇMİŞ.....	167

ÖZET

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 kendine devlet politikalarında 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 ve gelişen teknoloji, nüfusun artması ve yaşam süresinin artması 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 artması sağlık sektörünü de doğrudan etkileyecektir. Refah devletinin varlığını kanıtlayan daha iyi yaşama olgusu, sağlık harcamalarını da arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Refah Devleti, Sağlık Harcamaları, Türkiye'deki Sağlık Harcamaları

ABSTRACT

Social welfare is a matter of fact, which never loses popularity despite it loses its effect with globalization nowadays. The mentality, which began with Beveridge Report in 1942, found a more space at government policies after economic crisis and World War 2 and it is accepted as the important step, which should be taken for being contemporary civilization. The most important characteristic of a social welfare government are; being interventionist, regulatory and prorate of the income.

Health expense, which is one of the necessities for being a social welfare government, is one of the most important expenses at almost all the countries. The member countries of European Union left approximately % 9 margins to health expenses from GTP in 2010 and health expenses will continue to increase because of the developing technology increase and increase of the lifetime. Because, the easiest reflection of social welfare mentality to the health service passes from serving health service to everyone.

The aim of health policies is; increasing the social welfare of human who is source of it. Making the health of individuals, who forms society, better will cause an increase in the society's quality of life. And the increase in the quality of life will also affect the health sector directly. The better quality of life fact, which proves the existence of social welfare state, will increase the health expenses.

Key Words: Social Welfare Government, Health Expenses, Health Expenses in Turkey

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo Nr.</u>	<u>Tablonun Adı</u>	<u>Sayfa Nr.</u>
1	Pierson'a Göre Refah Devleti Kriterine Ulaşma Yılları.....	5
2	Refah Devletinin Temelleri.....	11
3	Ülkelerin Refah Öncesi ve Sonrası Yoksulluk Oranları	16
4	2012 Dünya Refah Sıralaması (Gelişmişlik Durumuna Göre Bazı Ülkeler).....	23
5	1970'li Yıllarda ve Sonrasında Sosyal Refah Devleti Uygulamalarında Değişim.....	29
6	Sosyal Güvenlik Mekanizması	31
7	Beveridge ile Bismarck Sistemi Arasındaki Farklar	44
8	Esping-Andersen'in Üç Tür Refah Modeli	47
9	Günümüz İngiltere'sinin Refah Durumu (2012 Yılı)	51
10	Günümüz Almanya'sının Refah Durumu (2012 Yılı)	54
11	Bazı İskandinav Ülkelerinin Refah Durumu (2010 Yılı).....	56
12	Günümüz ABD'nin Refah Durumu (2012 Yılı)	61
13	Günümüz Türkiye'sinin Refah Durumu (2012 Yılı)	65
14	OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı %.....	73
15	2012 Yılı Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (ABD Doları).....	75
16	Bazı Avrupa Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri (2010 Yılı)	87
17	Amerikan Sağlık Sigortası	95
18	1923-1945 Yıllarında Arasında Kanunlaştırılan Sağlık Hizmetleri.....	98
19	1946-1960 Yıllarında Arasında Kanunlaştırılan Sağlık Hizmetleri.....	99
20	Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi (Bin tl)	104
21	2001-2009 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumunun (4/A,4/B,4/C) Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon tl)	106
22	2010 Yılı Sağlık Bakanlığı Ödenek ve Harcamaların Ekonomik Sınıflamaya Göre Dağılımı.....	109
23	Türkiye'deki Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı.....	110
24	Bazı OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2010	111

25	Bazı Ülkelerin Cepten Yapılan Sağlık Ödemelerinin Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı %	114
26	Giresun İlçelere Göre İl/İlçe Merkezi ve Belde/Köy Nüfusu-2011.....	116
27	İl/İlçe/Mahalle Düzeyinde Uygulanan Anket Sayıları.....	117
28	$\alpha = 0.05$ İçin Örneklem Büyüklükleri.....	119
29	Katılımcıların Yaş Dağılımı.....	122
30	Cinsiyet Dağılımı.....	123
31	Katılımcıların Öğrenim Durumu	124
32	Katılımcıların Hanesindeki Kişi Sayısı	125
33	Katılımcıların Medeni Durumu	126
34	Katılımcıların Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu	126
35	Katılımcıların Aylık Gelir Durumu.....	127
36	Katılımcıların Aylık Hane Halkı Toplam Gelir Durumu	128
37	Katılımcıların Sağlık Güvencesi Olup Olmadığına Dair Durum	129
38	Katılımcıların Sağlık/Hastalık Durumu.....	130
39	Sağlık Algısı Durumu	131
40	Sağlık Harcaması Yapma durumu	131
41	Sağlık Sistemindeki Yeniliklerin Aile Bütçesine Etkisinin Değerlendirilmesi.....	132
42	Sosyal Refah Algısı Durumu	132
43	Sağlık Harcaması Yapma Durumunun Diğer Değişkenlerle Olan İlişkisi	134
44	Sağlık Harcaması Yapma ve Öğretim Durumu Arasındaki İlişki.....	135
45	Sağlık Harcaması Yapma ve Hastalık İlişkisi.....	136
46	Sağlık Harcaması Yapma ve Sağlık Algısı İlişkisi	137
47	Sağlık Harcaması Yapma ve Sağlık Harcamasının Kaynağı İlişkisi.....	138
48	Sağlık Harcaması Yapma ve Gelir Getiren Bir İşte Çalışma İlişkisi.....	138
49	Aylık Gelir ve Sağlık Harcaması Yapma Durumu	139

GRAFİKLER LİSTESİ

<u>Grafik Nr.</u>	<u>Grafik Adı</u>	<u>Sayfa Nr.</u>
1	Kamu Sosyal Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (1960-2012) %.....	19
2	Türkiye’de Kamu Sosyal Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (1980-2012) %	20

KISALTMALAR LİSTESİ

GSYİH	: Gayri Safi Yurt içi Hâsıla
UK	: United Kingdom (İngiltere)
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
TÜSİAD	: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
GSMH	: Gayri Safi Milli Hâsıla
AB	: Avrupa Birliği
NAFTA	: Amerika Serbest Ticaret Alanı
LAFTA	: Latin Amerika Serbest Ticaret Birliği
IMF	: Uluslararası Para Fonu
WB	: Dünya Bankası
GATT	: Genel Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Anlaşması
WTO	: Dünya Ticaret Örgütü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
MR	: Manyetik Rezonans
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
T.B.M.M.	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
Dr.	: Doktor
S.S.K.	: Sosyal Sigortalar Kurumu
BYKP	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu).
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu

GSS	: Genel Sağlık Sigortası
Vb.	: Ve benzeri
OASDI	: The Old Age, Survivors, and Disability Insurance (Yaşlılık, Dul ve Sakatlık Sigortası)
DKK	: Danimarka Kronu
m.	: Madde
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsleri
YSÖ	: Yıl Sonu Ödeneği
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (İstatistik programı)
Sd	: Serbestlik Derecesi
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
TÜİK	: Türk İstatistik Kurumu
M	: Ortalama (Mean)
USH	: Ulusal Sağlık Hesaplamaları
AYM	: Anayasa Mahkemesi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
Y.Y.	: Yüzyıl

GİRİŞ

Sanayi Devrimi dünyada birçok şeyi değiştirmiş, özellikle dünya ekonomisi bu duruma kayıtsız kalamamıştır. Bu değişim, üretim faktörlerine de yansımıştır. Kapitalizme bağlı kalan işçi sınıfı gittikçe daha kötü sefalet ve yoksulluk içine sürüklenirken, dengeleri bozacak bir kapı bulunmuştur: Refah devleti modeli.

1945-1975 yılları arasında refah devletinin ‘Altın Çağı’ yaşanmıştır ve bu dönemde devletin piyasaya ve ekonomiye müdahaleleri serbestleşmiştir. Devletin edindiği görevler artmış, adil gelir dağılımı, ekonomik faaliyetleri düzenleme vb. işlevleri olmuştur. Toplumun hemen hemen her kesimi sağlık, eğitim, çalışma koşulları, işçilerin özlük hakları gibi konularda kucaklamıştır.

Sosyal devletin önemli kollarından biri de sosyal güvenlik sistemidir. Sosyal güvenlik sisteminin amaçları, refah devletine paralel gitmektedir. Şöyle ki; vatandaşların yaşam kalitelerini iyileştirmek, eşit ve adil gelir dağılımı oluşturmak, yoksulluğu azaltmak ve vatandaşların sosyal etkinliklerden faydalanmasını sağlamaktır. Bu yüzden, oturmuş bir sağlık güvencesi, sosyal refahın sağlanması için etkili bir araç olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde de sosyal güvenliğin önemi büyüktür. Güvencesi olan bireyler daha rahat ve daha endişesiz hizmetlerden yararlanırlar. Böylece, sunulan hizmetin kalitesi artar. Kalitenin artması demek, standartlara yakın hizmetin verildiği anlamına gelir. Zincirleme gelişen reaksiyonlar sonucunda sağlık harcamaları daha bilinçli yapılacak ve etkin bir harcama yöntemi gelişmiş olacaktır. Sosyal refah devletlerinin en temel amaçlarından biri, zaten herkese sağlık hizmeti sunmaktır.

Bu çalışmanın amacı, sosyal refah devletlerinin ne düzeyde sağlık harcamaları yaptığı, finansmanında hangi kaynaklardan yararlandığı, mevcut sağlık durumlarının nasıl olduğunu irdelemek ve Türkiye’deki sağlık hizmetlerine bu doğrultuda ışık tutarak ülkemizin sağlık harcamaları yönünden ne düzeyde olduğunu değerlendirmektir.

Belirlenen amaç çerçevesinde, çalışmanın birinci bölümünde, sosyal refahla ilgili temel kavramlar ile bazı sosyal refah ülkelerine yer verilmiştir. İkinci bölümünde, sağlık harcamaları hakkında genel bilgiler verilmiş akabinde refah devleti ülkelerinde yapılan sağlık harcamaları analiz edilerek, Türkiye’deki sağlık harcamaları üzerinde yoğunlaşılmıştır. nc bölümünde ise; Giresun ilinde sağlık durumu ve sağlık harcamalarının sosyal refah yönünden değerlendirilmesi yapılmak istenmiş ve bu amaçla anket çalışması yapılarak elde edilen bulgular ışığında, Giresun ilinin sağlık harcama potansiyeli belirlenmeye çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SOSYAL REFAH DEVLETİ ÜZERİNE TEMEL KAVRAMLAR

1.1. Sosyal Refah Devleti Kavramı

Kelime anlamı olarak refah; “Bolluk, rahat ve varlık içinde bir yaşam sürdürme” anlamına gelmektedir (<http://www.tdkterim.gov.tr>). Kelime anlamı çok farklı olmasına rağmen; bugün zenginlik, mutluluk ve sosyal iyilik olarak kullanılması tercih edilmektedir. Birçok insan da günümüzde bu terimi fakir ailelerin ve çocuklarının kamu yardımı alması, hayırseverlikle eş anlamda görmektedir. Bu çalışmada sosyal refah terimi 'sosyal refah durumu' olarak ifade edilecektir. Sosyal refah durumu; toplumu oluşturan her kesimin yüksek düzeyde iyilik halinde olmasıdır. Yediden yetmişe herkesin, sosyal ihtiyaçları vardır ve sosyal tatmine ulaşmak istiyorlarsa bu ihtiyaçları karşılamak zorundadırlar. Bu ihtiyaçlara yemek-içmek, kişisel güvenlik gibi basit biyolojik gereksinimler gibi, yeterli sağlık ve eğitim hizmetlerini de örnek verebiliriz. Bunlar; toplumların sosyo-ekonomik derecelerine göre değişebilir. Kısaca sosyal refah; toplum içinde var olan sosyal olanak potansiyelinin farkına varılması ve avantaja dönüştürülmesidir (Midgley, 1999: 13-15). Refah terimi, tek başına daha iyi olma anlamında kullanılsa da sosyal kelimesi ile birlikte kullanıldığında kamu politikasının belli araçları anlamına gelmektedir (Özdamar, 2007: 4).

Sosyal refah yanında önemli bir kavramda sosyal politikadır. Sosyal politika ve sosyal refah politikası bazı bilimsel çalışmalarda aynı anlamda kullanılmaktadır. Kimi kaynaklarda farklı anlamlar ifade etmektedir. Bazı araştırmalara göre, sosyal politika sosyal refah politikasını da içine alan bir yaklaşımın ürünüdür. Sosyal politika, daha geniş bir perspektiften bakar (Çalışkan, 2001: 5). Geniş anlamında; sosyal güvenliğin yanı sıra, sağlık hizmetleri, kişisel sosyal hizmetler ile eğitim, istihdam ve barınmayı da içermektedir. Devletin, tüm toplumu korumaya yönelik yapmış olduğu özel veya genel sosyal etkinliklerini içermektedir.

Bu anlayış sosyal güvenlik, sosyal hekimlik, sosyal hizmetler ve sosyal yardımların parçalarını oluşturduğu, hedefinin sosyal sıkıntılarının önlenmesi olarak belirlendiği iç içe geçmiş haklar çemberi olarak düşünülebilecek bir sosyal politika güdüsüne denk düşmektedir. Bu bağlamda, sosyal politika aynı zamanda sosyal devlet oluşumunu da beraberinde getirir (<http://www.sydgm.gov.tr>).

Refah devleti terimi ise, ilk defa 1941 yılında başpiskopos Temple tarafından 'Citizen and Churchman' adlı eserinde kullanılmıştır. Ancak, literatürde yaygınlaşması 1942 yılında hazırlanan ve lanse edilen Beveridge Raporu ile olmuştur (<http://www.canaktan.org>). 1940'lı yıllarda ortaya çıktığı için yeni bir kavram sayılabilir. Refah devletinin yükselmesi, 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde olmuştur. Sanayi Devrimi'nden sonra meydana gelen savaşlar ve ekonomik krizler, refah devletinin kurulması için bir tecrübe zemini oluşturmuştur. Ekonomik krizlerin önüne geçmek, savaş ve krizlerin yol açtığı yıkımı ortadan kaldırmak için refah programlarının devlet eliyle organize edilmesi bir ihtiyaç haline gelmiştir. 2. Dünya Savaşı sonrası bu konuda devlet ve sosyal taraflar arasında meydana gelen sulh; refah devletine giden yolun başlangıcı olmuştur (Çelik, 2007: 304). Dolayısıyla Adam Smith'in klasik iktisadının yerini refah devleti politikasının temellerinden birini oluşturan Keynes İktisadı almış, müdahaleci devlet ön plana çıkmıştır (Ekin ve diğerleri, 1999: 28). Refah devleti tanımı; oldukça ihtilaflıdır. Kimi yazarlar refah devletine az görev verirken¹; kimi yazarlarsa konuya geniş yelpazeden² bakmıştır. Konunun bu farklı ele alınışı, ulus-devletlerin gelenek, kültürel ve ekonomik yapılarıyla yakından ilişkilidir (Gough, 1987: 895). Bu çerçevede Pierson'un çalışmasında ele alınışı ise şöyledir: Bir devletin refah devleti olarak değerlendirilebilmesi için sosyal harcamalarının GSYİH oranının %3 ya da %5 olması gerekmektedir. Esas itibariyle Pierson bu hususta %3'ü benimsemekte, ancak söz konusu oranın %5 olarak da ele alınabileceğini ortaya koymaktadır (Pierson, 2001: 104).

¹ Standartların sağlanması, gereksinimlerin az düzeyde giderilmesi gibi.

² Sağlık sigortası, eğitim, sosyal yardımlar gibi.

Tablo 1: Pierson'a Göre Refah Devleti Kriterine Ulaşma Yılları

Ülkeler	Refah Devleti Olma Kriteri	
	%3	%5
Belçika	1923	1933
Hollanda	1920	1934
Fransa	1921	1931
İtalya	1923	1940
Almanya	1900	1915
İrlanda	1905	1920
United Kingtom	1905	1920
Danimarka	1908	1918
Norveç	1917	1926
İsveç	1905	1921
Finlandiya	1926	1947
Avusturya	1926	1932
Avustralya	1922	1932
Yeni Zelanda	1911	1920
Kanada	1921	1931
ABD	1920	1931
İsviçre	1900	1920

Kaynak: Pierson, 2001: 107

Pierson'un çalışmasında sosyal harcamaların büyümesinin, GSYİH'nın %3 ve %5'ine ulaştığı yılları gösterir bir tablo sunulmaktadır. Tablo 1'e göre; sırasıyla Belçika 1923 ve 1933'te, Hollanda 1920 ve 1934'de, Fransa 1921 ve 1931'de, İtalya 1923 ve 1940'da, Almanya 1900 ve 1915'de, İrlanda 1905 ve 1920'de, UK 1905 ve 1920'de, Danimarka 1908 ve 1918'de, Norveç 1917 ve 1926'da, İsveç 1905 ve 1921'de Finlandiya 1926 ve 1947'de, Avusturya 1926 ve 1932'de, Avustralya 1922 ve 1932'de, Yeni Zelanda 1911 ve 1920'de, Kanada 1921 ve 1931'de, ABD 1920 ve 1931'de, İsviçre 1900 ve 1920'de refah devleti kriterlerine ulaşabilmiştir. Pierson'un değerlendirmesine göre, söz konusu ülkelerin refah devleti karakterlerinin başlangıcı hususunda iki tarihten biri esas alınmalıdır (Pierson, 2001: 107).

Sosyal devlet anlayışının anayasal düzeyde kendini gösterdiği ilk siyasal belge, 1848 Fransız Anayasasıdır. İşçi hareketinin uzlaşmayla bitmesinin ardından bu anayasa ile ilk defa klasik hakların yanı sıra ekonomik ve sosyal haklara da yer verilmiştir. Ayrıca, 1919 yılında Almanya'da çıkarılan Weimar Anayasası da sosyal devlet anlayışının en dikkat çekici düzenlemelerinden biri olmuştur. Bu yasaya göre; toplumun her kesiminin sağlık, çalışma, aile ve meslek gruplarının eğitim alma hakkını teminat altına almış, işçi-işveren arasında adaletli bir köprü görevi görme misyonunu edinmiştir (Nihat Bulut, 2001: 6-7). Türk Anayasası'nda da yerini alan sosyal hukuk devleti ilkesi anayasanın 1985 yılındaki bir kararında şu şekilde ortaya konulmuştur (AYM Kararı, 1985: E.84/9, K. 85/4): İnsan hak ve hürriyetlerine saygı gösteren, ferdin huzur ve refahını gerçekleştiren ve teminat altına alan, kişi ile toplum arasında denge kuran, emek ve sermaye ilişkilerini dengeli olarak düzenleyen, özel teşebbüsün güvenlik ve kararlılık içinde çalışmasını sağlayan, çalışanların insanca yaşaması ve çalışma yaşamının kararlılık içinde gelişmesi için sosyal, iktisadi ve mali tedbirler olarak çalışanları koruyan, işsizliği önleyici ve milli gelirin adalete uygun bir biçimde dağılmasını sağlayıcı tedbirleri alan, adaletli bir hukuk düzeni kuran ve bunu devam ettirmeye kendini sayan, hukuka bağlı, kararlılık içinde ve gerçekçi bir özgürlük rejimi uygulayan devlettir.

Sosyal politika alanında önemli çalışmaları olan Asa Briggs'e göre; refah devleti, piyasa güçlerinin rolünü azaltmak amacıyla, bilinçli bir şekilde örgütlü kamu gücünün kullanıldığı bir devlet türüdür.” Briggs'e göre devlet, üç alanda faal durumdadır: Birincisi, bireylere ve ailelere, minimum bir düzeyde gelir garantisi sağlamakta, ikincisi, kişilerin, belirli sosyal risklerin (Hastalık, yaşlılık, işsizlik vb.) üstesinden gelmelerinde onlara yardımcı olmakta, üçüncüsü ise, sosyal refah hizmetleri aracılığıyla, tüm vatandaşların en iyi yaşam standartlarına sahip olmalarını sağlamaktadır (Briggs, 1961: 228).

Daha da sadeleştirilirse, Asa Briggs'e göre, bir refah devleti şu üç şeyi gerçekleştirmelidir: Minimum gelir garantisi sağlamalı, güvencesizliği azaltmalı, herkese en iyi standartlara sahip olabilme hakkı vermelidir (Greve, 1998: 130). Refah devletinin temel belirleyicisi, kişilerin barınma, sağlık, eğitim ve istihdam gibi günlük yaşamlarının en temel fonksiyonlarının sağlanmasının devletin görevleri arasında olmasıdır. Ayrıca, refah devletini sosyalist bir devlet gibi algılamamak gerekir (Seyidoğlu, 1999: 497).

Sosyal devlet ve sosyalist devlet aynı kavramlar değildir. Sosyalizm, Marksist düşüncede, komünist düzene geçiş dönemindeki devletin adıdır. Sosyalizmde bütün üretim araçları devlet kontrolünde, devlet tarafından işletilir. Özel mülkiyet yoktur ve serbest rekabeti ortadan kaldırır. Serbest rekabet yerine, merkezi planlama ve devletin ekonomi üzerinde mutlak bir gücü vardır (Gözübüyük, 2006: 163). Refah devleti ise; piyasa mekanizmaları ile özel mülkiyet esası üzerine tesis edilmiş bir devlet sistemidir. Refah devletinde toplumun sosyal ihtiyaçlarının sağlanması için kamu kaynakları etkin bir şekilde kullanılır. Bazen kendi eliyle sosyal hizmetleri sunduğu gibi, bazen de aracı kurumları 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).

Refah devletinin temel özelliklerine üç açıdan bakılabilir. İlki; müdahaleci bir devlet anlayışında olmasıdır. Piyasa başarısızlıkları ortaya çıktığında gereken genişletici ve daraltıcı maliye politikaları uygulanarak devletin piyasayı düzenlemesi amaçlanır. İkincisi; düzenleyicidir (TÜSİAD,1995:73). Pigovian vergiler olarak adlandırılan negatif dışsallıkları olan, çevreye zarar veren mallar üzerinden vergi alınmasını sağlayan uygulama refah devletinin düzenleyici rolüne örnek olarak gösterilebilir (Sağbaş, 2008: 156-157). Son olarak; gelirin yeniden dağıtıcısıdır (TÜSİAD, 1995: 74). Örneğin, gelir arttıkça gelirin marjinal faydası azalan bir seyir izlemektedir. Bu nedenle, toplum refahının en yüksek düzeye erişmesi, ancak gelir dağılımında mutlak eşitliğin sağlanmasına bağlıdır. Dolayısıyla devletin yüksek gelir gruplarından düşük gelir grupları lehine gelir transferi yaparak yeniden dağıtıcı bir maliye politikası izlemesi, toplumsal fayda ve refahı pozitif yönde etkiler (Ulusoy, 2007: 302).

Nasıl bir doktor hastasına bütüncül gözle yaklaşıp 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.

1.2. Refah Devletinin Tarihi Süreci

Refah devletinin gelişimine baktığımızda, her sosyal bilimcinin kendi düşüncesine göre konuyu farklı ele aldığı görülmektedir. Söz konusu farklılık geçmişten günümüze farklı dönemler arasında da kendini göstermektedir.

1.2.1. Sanayi Devrimi Öncesi Refah Devleti Uygulamaları (1880 öncesi)

Sosyal yardımların sistematik olarak ilk kez düzenlenip uygulandığı ülke, İngiltere'dir (Akyüz, 2008: 59). İngiliz tarihi içinde yaklaşık dört asırlık bir dönemi kapsayan yoksul yasalarının (Poor Laws) başlangıcından önce İngiltere'de merkantilist bir hava hakimdi ve İngiliz asilzadeleri, çalışmadan yaşamını sürdüremeyen herkese "yoksul" gözüyle bakmıştır. Onlara göre, halk eşittir yoksul demektir. Hristiyanlıkta halkın içindeki sakatlar, yaşlılar ve kimsesizlere bakmak bir erdemdi. Ancak, dilenmek şiddetle cezalandırılmıştır (Polanyi, 1986: 104). Katolik hristiyanlıkta yoksullara yardım etmek dini bir sorumluluk olarak atledilirken, protestanlığın yayılmasıyla beraber hayır yapma işi ahlaki görevden, kamusal bir sorumluluğa dönüşmüştür. I. Elizabeth yasalarıyla da yasal bir zemine oturmuştur (Fraser, 1976: 28). 1576, 1589 ve 1601 tarihleriyle dönüşümsel süreci olan yoksullar yasası emek düzeninin iki ayağından birini oluşturmaktadır. İşsiz ve düşkünlere yapılan yoksul yardımı ve çalışanlara yönelik düzeni içeren zanaatkarlar yönetmeliği bu iki temel üzerine inşa edilmiştir (Polanyi, 1986: 115).

Yoksul yardımının yerel düzeyde örgütlenmesi, ülke bazında ele alınmayışı Eski Yoksul Yasalarının en ayırt edici özelliğiydi. Yasa, geçici işsizlik yaşayanlara, ailesi parçalananlara, sakatlara ve hastalık sonucu yoksulluk yaşayanlara yardım etmek için lokal düzeyde bir sorumluluk getirmiştir. İş teşviklerini sürdürürken yoksulları korumak için farklı politikalar oluşturarak, kendi yetki bölgelerinde (Parish'ler) çeşitli uygulamalara gidilmiştir. Bu bölgelerde zaman içinde belirli farklılıklar oluşmuş, doğru politikayı bulma çabaları, savurganlık ve cimrilik arasında gidip gelen bir dalgalanma periyoduna dönüşmüştür (Block ve Somers, 2003: 293). Kiliseler, yerel ve zorunlu olarak topladığı vergilerle yaşlılara ve düşkünlere bakım sağlamak, kimsesiz çocuklara çıraklık eğitimi vermek, malı olmayanları çalıştırmak, cenazeleri kaldırmak gibi fonksiyonları yerine

getirmiştir (Himmelfarb, 1984: 25). Eski yoksulluk yasalarının Polanyi'ye göre analizi şu şekildedir:

Bu yasaların en kötü etkileri, kırsal nüfus üzerine olmuştur. Yoksulluk ve tembellik taşrada yaşayanlarla son bağlantı noktasını da kırmıştır. Yoksulların bir Parish'den diğerine göçünü engellemek amacıyla yerleşim yasası çıkarılmıştır. Yerleşim Yasası, bir kasabaya yeni gelenlerin kasabaya yük olma ihtimali varsa, bir başka ifade ile yoksul yardımı talep eder konumdaysa, gelişlerinden itibaren kırk gün içinde son yerleşme yeri olan kasabaya zorunlu olarak gönderilmelerini hükme bağlamıştır. Yasa öte yandan yoksulların buldukları kasabalardan kovulmalarını da zorlaştırıcı hükümler taşımaktadır. 'Yoksul istilasını' önlemek amacıyla 1662'de Yerleşim Yasası'nı çıkartanlar, yoksulların bölgeler arası göçünü başarıyla önlerlerken, ulusal emek pazarı oluşmasının önüne ne büyük bir engel koyduklarının farkına varamamışlardır. İşsizlik Parish'lerde kötü sonuçlar doğurmuştur. Ulusun önemli bir bölümü, aşağılanmış ve köleleştirilmiştir. Bu toplumdaki hüküm veren sınıfların sahip oldukları iktidarın korunması karşılığında işçi sınıfına ödemeleri gereken bir bedel olmuştur (Block, 2003: 280).

Parish'ler arasındaki farklılıklar, coğrafi genişlikleriyle de ilgiliydi. Birçok parish kırsal üst tabaka mensuplarının dikkatini çekemeyecek kadar küçük birimlerden oluşmuştur. Yoksulluk yasalarının uygulanmasında karşılaşılan en büyük sorunlardan biri de, Parish'lerin yeteri kadar gelir kaynağına sahip olamamasıdır. Ayrıca, büyük Parish'lere göçe, artan işçi hareketliliğine ve ekonomik dalgalanmalara sebep olduğu için ciddi eleştiriler almıştır. Jeremy Bentham, bu yasanın yoksulların ahlaki olarak yozlaşmasına yol açtığını; Thomas Robert Maltus, yoksullara yardımın aşırı nüfus artışına yol açacağını; ve David Ricardo da, yoksullara yardımın ücretleri aşağıya çekerek daha fazla yoksulluğa yol açtığını savunmuşlardır (Barr, 1993: 14). Maltus, yoksullara yapılan yardımların onlarda tembelleşme meydana getireceğini ve onların çalışma evlerinden gelen paralara güvenerek evlenip nüfusu arttıracığını ifade etmiştir. Buna karşın, yardımların tek merkezden yapılması ve gerçekten hak edip etmediğinin çok iyi gözetilmesi bu soruna bir çözüm önerisi olarak gündeme gelmiştir (Townsend, 2006: 1). Ama asıl çözüm; 1782 tarihli Gilbert Yasası (Act) olmuştur. Bu yasa parish'lere kendi aralarında birlik kurma olanağı tanımıştır. Yardımların yerel düzeyde örgütlenmesi ilkesi, küçük parish'lerin birleştirilmesiyle aşılmış; yoksul yardımı bölgesel düzeye yükseltilmiştir. 18. Yüzyılın

sonuna gelindiğinde, İngiltere ve Galler’de onbeş bin parish görevlisi bulunmuş ve üçyüz bini onbeş yaşın altında olmak üzere toplam bir milyon kişi yoksul yardımını almıştır (Güngör ve Özüğurlu, 1997: 4). Ayrıca, 1782 Gilbert Yasası ikamet sorunu dışındaki konularda serbestlik getirmiştir. Engeli olmayan yoksullara da para yardımını yapılmasını sağlamıştır ve çalışma evlerini hem çocuklara hem engellilere açmıştır (Akyüz, 2008: 60).

Yoksullara yardım politikasının seyrini değiştiren özellikle Speenhamland Parlamento Yasasıdır (1795). Bu yasanın en belirgin özelliği, ekonomik anlamda sıkıntılı olunan bir süreçte herkese asgari geçim hakkı tanımış olmasıdır. Yasaya göre, birey çalışırken gelirinden iyi verim alamıyorsa geri kalanını da toplum sağlamalıdır. Bu buğday fiyatı ve sahip olunan çocuk sayısına göre düzenlenmiş, ilk güvenceli asgari gelir girişimidir (Rosanvallon, 2004: 121). Ancak, Speenhamland Yasası yeni bir sorunu da beraberinde getirmiştir. Toplumu iki zıt taraf haline getiren bu ‘İyiliksever’ girişime göre; üretim unsuru piyasa sistemi içinde örgütlenmiş ve eski sosyal konumundan ayrılan insanlar emeklerini satarak geçinme yoluna girmiştir. Böylece yeni bir işveren sınıfı doğarken, işçi sınıfı ise örgütlenememiş ve işçilerin bir ekonomik sınıf oluşturmaları önlenmiştir (Polanyi, 1986:114). Ezilen işçi sınıfına ücretler üzerinde bir pazarlık yapma payı bırakmamış, toprak ve sanayi burjuvasına ücretleri minimum yapma cüretini vermiştir. İkamet yasası ile birleşince, piyasa ekonomisi için emeğin serbest dolaşmasını engelleyen ve kapitalist üretim biçiminin ara geçişi kabul edilen bir politikaya dönüşmüştür (Smith, 1997: 118). 1830’larda, nüfusu 14 milyon olan İngiltere’de tarımsal faaliyetten imalata geçiş süreci başlamış, köylerin nüfusu azalmış, kasabaların nüfusu ise giderek artmıştır. Dolayısıyla, zirai toplum modeline göre çıkarılan yoksul yasaları toplumun ihtiyaçlarının gerisinde kalmıştır. Böylece, sosyal düzen 1860’larda tamamen krize girmiştir (Sözer, 1997: 50). Kapitalist sistemin beşiği olan İngiltere, 1601 ve 1834 Yasaları ile Batılı ülkelerde yoksullara yardım alanında öncü olduğu gibi, çalışma hayatında da ilk sosyal mevzuatın çıkarıldığı ülke olmuştur. İşçilere 1824 yılından itibaren örgütlenme hakkı tanınmıştır. Robert Owen’in çabaları ile 1801’den başlayarak çocukları kapsayan koruyucu sosyal mevzuatın oluşturulmasına girişilmiştir. 1840’tan sonra Fransa da bu alanda İngiltere’yi izlemeye başlamıştır (Talas, 1999: 119).

Yoksulluk yardımları bir hak değil de, yavaş yavaş bir yönetim ve politika sorunu olarak görülmeye başlamıştır (Driver, 1993: 18). Sanayi kapitalizmi sonuç olarak bu

sistemin kendisini sorgular olmuştur. 1834 tarihli “Yoksulluk Yasası Islah Kanunu” (Poor Law Amendment Act) ile sistemde bazı değişiklikler yapılmak istenmiş ve yine bir "Laissez- faire"ci ekonomi anlayışı başlamıştır. Buna göre, yaşlı ve hastalar dışında çalışabilen herkese en düşük işçi ücreti altında yardım verilmesi kararlaştırılmıştır. Böylece, eski yasada olduğu gibi çalışanlar daha fazla ücret talep edemeyecekler ve çalışmamaya yönelme gibi bir davranış içine giremeyeceklerdir. Ayrıca çalışabilir durumda olan yoksullara çalışma evleri (Workhouses) ve ıslah evlerinde yine en düşük işçi ücretinin altında olmak kaydıyla çalışma olanağı tanınmıştır. Son olarak, rüşveti önlemek, belirli bir standartta hizmet sunmak, işgücünün Parish'ler arasında daha rahat dolaşmasını sağlamak amacıyla sistemin merkezileştirilmesi kararlaştırılmıştır (Barr, 1993: 16). Sistem giderek evrimleşmiştir. 1601 yasası ve 1834 yasası arasında bariz farklılık vardır. 1601 yasası, insan onurunu kırmadan sağlıklı yoksullara yardım etme amacındadır. Oysa 1834 yasası ile yoksulların onuru zedelenecek, yardım taleplerini engellemek amaçlanmıştır (Barr, 1993: 15). Bu yönüyle de yeni yasa sanayi kapitalizminin İngiltere'de gelişmesi açısından önemli bir milad olmuştur (Rosanvallon, 2004: 121).

Tablo 2: Refah Devletinin Temelleri

Sosyal Sigorta Alanları	Ülkeler İçin Başlangıç Yılı						
	Almanya	İngiltere	İsveç	Fransa	İtalya	ABD	Kanada
Hastalık Sigortası	1883	1911	1910	1939	1943		1971
İş Kazaları	1884	1906	1901	1946	1898	1930	1930
Yaşlılık Sigortası	1889	1908	1913	1910	1919	1935	1927
İşsizlik Sigortaları	1927	1911	1934	1967	1919	1935	1940
Aile Yardımları	1954	1945	1947	1932	1936		1944
Sağlık Sigortası	1880	1948	1962	1945	1945		1972

Kaynak: Gough, 2003: 896.

Tablo 2’de çeşitli ülkelerdeki sosyal refah programlarının ne zaman başladığına dair bilgiler yer almaktadır. Sosyal sigorta alanında yeniliği, en erken 1880 yılında sağlık sigortası hizmetiyle Almanya yapmıştır. Almanya’nın sağlık sigortasını başlattığı 1880 ve I. Dünya Savaşı’nın patlak verdiği 1914 tarihleri arasındaki 30 yıllık dönemde, ABD ve Kanada hariç tüm ülkeler, bazı devlet-destekli işgücü tazminatı sistemlerini uygulamaya

başlamışlardır (Pierson, 1991: 107). İş kazaları konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında, yine Almanya'nın ilk uygulamaları başlattığı görülmektedir. İşsizlik sigortasını ilk yapan ülke ise İngiltere olmuştur.

1.2.2. Sanayileşme Dönemi (1880-1945)

Sanayi devrimi, insan ve hayvan gücüne dayalı üretim tarzından makine gücünün hakim olduğu üretim tarzına geçiştir. Bu tarz üretim 18. y.y.'da İngiltere'de öncelikle dokuma sektöründe ortaya çıkmış, daha sonra diğer sektörler yayılmıştır. Makineye dayalı üretime geçişle, üretimin şekli ve miktarı da değişmiştir (Yediyıldız, 1994: 78). Devrim kendisi için ihtiyaç duyduğu işgücünü birincil kaynak olan ve teknoloji karşısında çözümlenerek ekonomik gücünü yitiren tarım kesiminden sağlamıştır (İlkin, 1988: 177). Değişen üretim tarzı sonucunda işgücü makinelerin hakimiyetine girmiş, bir yandan bu makinelerin tedariki güçleşmiş, diğer yandan maliyetleri artmıştır. Sonuçta, emek yoğun üretim tarzının sermaye yoğun bir hal alması ile küçük sanayici ve ustalar ortadan kalkmıştır ve zanaatkarlar makine emrine giren bir işçi olmuştur. Bu makinelere sahip olanlar ise; 'Patron' ya da 'Kapitalist' haline dönüşmüşlerdir (Zeytinoglu, 1992: 173). Bu durum, geçmişten beri süregelen işçi sorununu daha da arttırmıştır. Liberal gelişimin aşamalarından biri olan bu devrim, insanı doğaya egemen kılmış, burjuvaziye iktidara geçirmiş, ekonomide liberalizmin sloganı olan "laissez faire"i yerleştirmiştir (Çetin, 2002: 88). Bireylerin kendi çıkarlarının peşinden gitmesinin, serbest rekabet esasına dayanan liberal ekonomik düzende, sonuç olarak toplumun da çıkarına olacağı, toplumda sosyal denge ve refahın sağlanacağı ileri sürülmüştür. Zengin ve fakir arasındaki denge büyük ölçüde bozulmuş, zengin daha zengin, fakir daha fakir hale gelmiştir. Zamanla, devrimci hareket içerisinde yer almayan, ancak yapılması gereken bir şeyler olduğunu düşünenler de reform amacı güden bir hareket başlatmış, sol felsefeye dayalı bu reformcu hareketin gelişmesi, modern refah devletine zemin hazırlamıştır (Demirbilek, 2003: 14).

Refah devletinin ortaya çıkışında, sanayileşmenin başlaması ve kapitalist üretim tarzına geçiş gibi ekonomik boyutlu değişimler; kentlere göç ve işçi sınıfı-işveren sınıfının oluşması gibi sosyal değişimler; işçi sınıfının siyasal kimlik kazanması gibi ideolojik değişimler ve mutlakiyetçi yönetimlerden demokratik yönetimlere geçiş gibi politik değişimler çok önemli bir rol oynamıştır. Özellikle sanayileşme, eski dönemin sosyal

kurumları olan aile, hayırsever kurumlar ve diğer yardım örgütlerinin yetersiz kalmasına, bunların yerine bu tür gereksinimleri karşılayacak yeni kurumların doğmasına yol açmıştır. Çünkü, geleneksel sosyal yardım kurumları, kentlerde yığılan çalışanların iş kazaları ve sağlık bakımları gibi gereksinimlerine cevap verememiştir (Özdemir, 2007: 185)

İlk sosyal yasalar ve sosyal yaşama ilişkin ilk devlet müdahalesi, Sanayi Devrimi'nin ana yurdu İngiltere'de doğmuş, daha sonra diğer Avrupa ülkelerine sirayet etmiştir. Devlet, müdahalesini, yasa çıkarmak ve kurumlar kurmak yoluyla gerçekleştirmiştir. Önceleri, işçi-işveren arasındaki problemlere çözüm bulmak amacıyla ortaya çıkan devlet müdahalesi, daha sonra giderek genişlemiş, istihdam sorununu çözmek, sosyal güvenlik sistemi kurmak, işçinin refahını artırmak, toplumun konut, eğitim ve sağlık ihtiyacını karşılamak gibi geniş perspektiflere uzanmıştır (Serter, 1994: 3).

Refah devletinin gelişmesi ise, II. Dünya Savaşı sonrasında devlet ve sosyal taraflar arasında varılan uzlaşma sonucunda olmuştur (Gökbunar ve Kovancılar, 1998: 252) ve refah devletinin etkinliğinin başlaması da bu tarihe rastlamaktadır (Özdemir, 2007: 182).

Almanya, 1815'te henüz sanayileşme sürecine girmemiştir ve İngiltere'ye nazaran gerideydi. Bu ülkede sanayileşme 1830-1840'lı yıllarda başlamış; 19. yüzyılın ortalarında yoksulluk işçi sınıfı için önemli bir sorun teşkil eder olmuştur. Almanya, bu süreç içerisinde işçi sınıfının ortaya çıkardığı sosyal anksiyete ve sosyalist akıma karşı önlem almak amacıyla 1884'de sosyal sigortaya başlamıştır. Yeni Zelanda ise; ihracata dayalı ekonomisini ayakta tutmak ve ulusal etkinlik sağlamak amacıyla 1898'de primsiz emekli aylığı uygulamasına girmiştir. İrlanda, Danimarka, Avusturya, Çekoslovakya ve Avustralya da 1908'e kadar bazı sosyal yasalar kabul etmiştir.

İsveç, diğer batılı ülkelere nazaran gelişmiş bir bürokrasiye ve köklü merkezi devlet geleneğine sahip bir ülkedir. İsveç'te eğitim 1842'den beri zorunlu olmuş, 20. asrın başında devletin hastalık ve mesleki kaza sigortasına desteği yasalaşmış ve bu ülke 1913'te evrensel ve zorunlu yaşlı aylıkları sistemini ilk kuran ülke olmuştur.

ABD'nde ise, 20. asra kadar yoksullara yardım, geniş ölçüde yerel yönetimler düzeyinde kalmış; Federal düzeyde kamu yardımı ise büyük ölçüde Sivil Savaş'ta görev

yapmış Kuzeyli askerlere ödenen aylıklarla sınırlı olmuştur. 1935'e kadar, sağlıklı-güçlü bir kişinin çalışmaksızın, kamu yardımı alarak hayatını devam ettireceği düşünülmemiş; hayırseverlik temeline dayanan kamu yardımı, yararlananlar açısından tıpkı İngiltere'de olduğu gibi genellikle sosyal açıdan onur kırıcı bir uygulama olarak kabul edilmiştir (Aktan ve Özkıvrak, 2008: 83). Bununla birlikte, refah devletinin temelleri ilk olarak Almanya'da 1880'lerin başında Bismarck tarafından atılmıştır (Şenkal ve Sarıpek, 2007: 149). 1881 yılında Başbakan Bismarck, Alman Parlamentosu'nda, sosyal güvenliğin miladı denebilecek bir konuşma yapmıştır. Konuşmasında: "İşçilerin sosyal yoklukları, sadece devletin işçi hareketlerini yasaklamasıyla kaldırılamaz. İşçinin sosyal durumunun düzeltilmesi için devlet müdahalesi gerekir. Bu anlamda, devletin yeni fonksiyonu işçinin kaza, hastalık ve yaşlılığa karşı korunmasını sağlayacak olan yasaları çıkarmak olacaktır. Bu sigorta, devletin hakimiyetinde değil, işçi ve işverenin katılımı ile özerk bir yönetim modeline göre organize edilecektir." demiştir.

Bismarck'ın sistem değişikliğinin işaretlerini verdiği bu konuşmasından sonra, 1883 yılında hastalık, 1884 yılında iş kazası, 1889 yılında yaşlılık ve sakatlık sigortası çıkarılmıştır. 1880'li yıllarda Almanya'da gerçekleşen Bismarck reformları, sosyal sigortanın başlamasını sağlayan temel reformlardı. Bu sigorta dallarının kurulması ile Almanya, bütün dünyaya öncülük etmiştir (Ekin ve diğerleri, 1999: 32). Bu gelişme daha sonra yavaş yavaş diğer ülkelere doğru yayılmıştır (Şenkal ve Sarıpek, 2007: 149). Böyle bir sistem 1891 yılında Danimarka'da, 1898 yılında Yeni Zelanda'da kurulmuştur. Hepsinden önemlisi, İngiltere'de 1908 yılında hastalık ve işsizliğe sosyal güvence olarak başlayan sistem, daha sonra "Beveridge Raporu'nun hazırlanması ve bunun 1946-1948 yılları arasındaki geniş kapsamlı uygulanması ile hem bu ülkede, hem de diğer refah devletlerinde yepyeni bir sosyal güvenlik sisteminin başlamasına yol açmıştır (Dilnot, 2003: 2-3). Ancak bütün bu reformlar I. Dünya Savaşı'nın başlamasıyla birlikte çoğu ülkede durma noktasına gelmiştir (Şenkal ve Sarıpek, 2007: 149). Savaştan sonra, reform olasılıkları ve gereksinimi ülkelerin belirlediği ölçüde yeniden doğmaya başlamıştır. Ülkelerin II. Dünya Savaşı ve savaştan sonraki belirsizlik ortamı dolayısıyla, yaptığı hazırlıklar ancak II. Dünya Savaşı sonrasında uygulanabilmiştir. Bu dönemde, refah devletleri hızlı bir şekilde genişlemiştir (Greve, 1998: 7). 1880'li yıllarda Bismarck'ın gerçekleştirdiği reformları nitelendirmek için kullanılan sosyal devlet teriminin (Durdu, 2009: 42), bugün kullanılan anlamını kazanması ise 1929 Büyük Buhran'dan sonra

geliştirilen müdahaleci ya da Keynesyen iktisatla olmuş (Gül, 2004: 144), Keynes'in ileri sürdüğü görüşler doğrultusunda, sosyal refah devletine yeşil ışık yakan ve sosyal refah devleti kurumlarını hayata geçiren bir düzene geçilmiştir (Işıklı, 2001: 20).

John Maynard Keynes'in 1936 yılında yayınlamış olduğu "İstihdam Faiz ve Paranın Genel Teorisi" adlı kitabı ile birlikte iktisat literatüründe büyük bir değişim başlamıştır. 1929 yılında yaşanan Büyük Dünya Buhranı sonucunda oluşan yüksek işsizlik, iktisadi durgunluk gibi sorunlara çözüm arayan Keynes, o dönem iktisat literatürüne hâkim Klasik Okul'un serbest piyasa anlayışının yeterli olmadığını anlamış, Büyük Buhran'a yardımcı olamayan Klasik İktisat Okulu'nu eleştirmiş ve eksik istihdam seviyesinde devlet müdahalesinin olması gerektiğini savunmuştur (Saydam, 2009: 240). Keynes kapitalizmin üç ana aktörü -devlet, kapitalistler ve işçiler- arasındaki politik ve ekonomik ilişkilerin düzenlenmesiyle ideal bir toplumun yaratılabileceği inancını taşımıştır. Bir liberal olan Keynes'in hayalindeki toplum tam anlamıyla düzenlenmiş bir piyasadır (Albayrak, 2003: 109). Keynes'e göre devlet, "sadece iktisadi bir destek ve teşvik kaynağı, bir istikrar ve yenilik kaynağı" değildir. Bizzat üretici kimliğe de bürünebilen, "iktisadi faaliyetin asli motorlarından biridir (Albayrak, 2003: 110). Refah devletinin tohumları olan ilk Keynesyen politikalar, 1929 bunalımından kurtulmak için ABD'de Başkan F. D. Rooswelt'in "New Deal" politikaları ile ortaya çıkmıştır. New Deal ile ABD'de işçi sınıfı tamamen tüketime bir parçası haline getirilmiş, işveren kesimi ile devlet arasında işbirliği sağlanmıştır (Albayrak, 2003: 108-109). ABD'de New Deal ile uygulanan talep yanlı, tüketimi teşvik edici politikalar Avrupa'da İkinci Dünya Savaşı sonrasında uygulanmaya başlanmıştır. I. Dünya Savaşı ve 1929 bunalımının ardından işsizliğin yüksek oranlara ulaşması J. M. Keynes'in Genel Teorisi'ni yazma nedeni olmuştur. Bunalımın nedeni, arz fazlasıdır (Albayrak, 2003: 109) ve efektif talep yetersizliğidir (Çolak, 2011: 27). Devlet, üretimi teşvik edici politikalara ek olarak, üretilenlerin satın alınmasını sağlayabilmek için çalışan kesimlerin satın alma güçlerini de yüksek tutmalıdır. Dolayısıyla devlet piyasaları kontrol altında tutmalı ve onlara müdahale etmelidir (Albayrak, 2003: 109). İkinci Dünya Savaşı sonrası, Keynesyen politikaların hakim, devletin ekonomiye müdahalesinin baskın olduğu dünyada dikkate değer büyüme oranları yaşanmış, refah düzeyi yükselmiştir (Beaud, 2003: 154). Keynesçiliğin stratejik çekiciliği, ekonomik yaşamın siyasal açıdan verimli kontrolünü mümkün kılmasıydı (Marangoz, 2001: 50).

1.2.3. Yükselen Refah Devleti Dönemi (1945-1970'ler)

İkinci Dünya savaşı, ister savaşa katılsın, ister katılmasın tüm ülke insanlarını etkilemiş ve bu etkileşim sonucu yaşantılarda önemli değişiklikler olmuştur. Savaş sonrası sosyal ayrımlar azalmış, yaşanan kıtlıklar ve bombalar, 1930'lardaki işsizliğin aksine tüm sosyal sınıfları eşit şekilde etkilemiştir. Neredeyse tüm ülkelerin sorunu ortak olunca, çözümlerde bir ses gibi olmuş, ortak çözümler üretilmeye başlanmıştır. Savaş sırasında sosyal sınıflar karıştığı için, sosyal sorunlar toplum ve politikacılar tarafından daha da fark edilir ve önemli hale gelmiş, fikir ve tutumlar bu yönde değişmiştir (Aktan ve Özkıvrak, 2008: 91).

Tablo 3: Ülkelerin Refah Öncesi ve Sonrası Yoksulluk Oranları

Ülke	1960-1991 Yılları arasındaki mutlak yoksulluk oranları*		1970-1997 Yılları arasındaki göreceli yoksulluk oranları**	
	Refah öncesi	Refah sonrası	Refah öncesi	Refah sonrası
İsveç	23.7	5.8	14.8	4.8
Norveç	9.2	1.7	12.4	4.0
Hollanda	22.1	7.3	18.5	11.5
Finlandiya	11.9	3.7	12.4	3.1
Danimarka	26.4	5.9	17.4	4.8
Almanya	15.2	4.3	9.7	5.1
İsviçre	12.5	3.8	10.9	9.1
Kanada	22.5	6.5	17.1	11.9
Fransa	36.1	9.8	21.8	6.1
Belçika	26.8	6.0	19.5	4.1
Avustralya	23.3	11.9	16.2	9.2
Büyük Britanya	16.8	8.7	16.4	8.2
Amerika	21.0	11.7	17.2	15.1
İtalya	30.7	14.3	19.7	9.1

Kaynak: *Kenworthy, 1999: 1119-1139 ve **Bradley ve diğerleri, 2003: 22-51

Tablo 3’de bazı gelişmiş ülkelerin refah devleti olma yolunda öncesi ve sonrasında belirten yoksulluk oranları verilmiştir. Refah devleti deyince akla ilk gelen ülkelerden olan İskandinav ülkelerini incelediğimizde; İsveç’in 1970-1997 yılları arasında refah öncesi yoksulluk oranı %14.8 iken refah sonrası %4.8’e düşmüştür. Yine Norveç refah öncesi %12.4 iken, refah sonrası %4’e düşmüştür. Fransa, Belçika, Finlandiya, Danimarka ve İtalya gibi ülkelerde yoksulluk oranlarında hızlı bir düşüş olduğu gözlenmektedir.

Modern refah devletlerinin orijinine baktığımızda 19. yüzyılın sonları ile 20. Yüzyılın başlarına dayandığı görülmektedir. Refah devletlerinin asıl gelişimi ise, II. Dünya Savaşı sonrasında yaşanan “Altın Çağ”da (1945–1975 arası) mümkün olabilmiştir (Özdemir, 2007: 198). Bu dönemde birçok yasa yürürlüğe konmuş ve ülkeler altın çağın getirdiklerinden etkilenmişlerdir. Örneğin, Almanya’da çıkarılan Weimar Anayasası 1919 yılında olmasına rağmen sağlık, çalışma, aile ve meslek grupları ile eğitim hakkını güvence altına alan, ayrıca işçi ve işveren arasındaki bağı pekiştiren, orta sınıfın korunmasına özen gösteren bir yasa özelliği taşıyarak alanının en yetkin örneğini vermiştir. ‘Ekonomik hayatın adalet esaslarına göre ve herkese insanlığına yaraşır bir şekilde düzenlenmesi’ ilkesi yasa da açıkça ifade edilmiş, altın çağla birlikte 1947 İtalyan Anayasası, 1949 Almanya Anayasası ve 1958 Fransa Anayasası tarafından da benimsenmiştir (Bulut, 2003: 177). Böylece, özellikle 1960 ve 1970’li yıllar refah devletinin parıldadığı yıllar olmuştur.

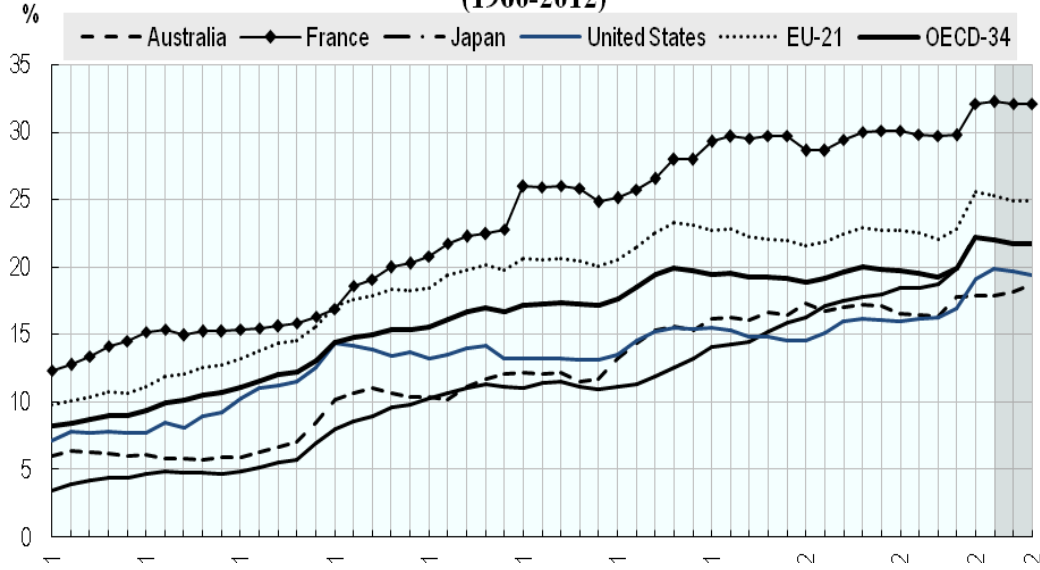
Bu süreçte; 1929 Büyük Buhan’la birlikte üretim ve tüketim daralmış, uluslar arası ticarete ulus-devlet politikası benimsenerek içe dönülmüş, işsizlik ve sosyal huzursuzluk hat safhaya çıkmıştır (Taşpınar, 2006: 37). Buhanın kurtarıcısı Keynes’e göre, kapitalizmin refah devletini ortak amaçlar uğruna toplumsal ve ekonomik adaleti teşvik etmek için bir araya gelmiş topluluk olarak hareket eden bir mekanizma gibi görünürken; bunun aksine, Adler ise yardımlar refah devleti tarafından sağlansa bile, utancın kaynağı olarak kapitalizmin yarattığı rekabete işaret etmiştir (Sennett, 2005: 34). Bu bağlamda ekonomide yeni bir çığır açılmıştır. Daha önce devletin piyasadan tamamen elini çekmesini savunan tam liberalizm ağırlıklı bir yaklaşım gündemdeyken, 1929 krizinden sonra devlet ekonomideki en önemli itici güç haline gelmiştir. Böylece devlet, hem maliye politikaları açısından, hem para ve faiz politikası açısından, hem de istihdam politikasını oluşturmada yetki sahibi olmuştur. Ayrıca, devlet, gerektiğinde kendisi müteşebbis gibi iş kurmakta, istihdam oluşturmada ve asgari ücreti belirleyebilmekte, taban ve tavan

fiyatlarını koyabilmekte, sendikal haklar ve sosyal güvenceyi kapsayan yasaları çıkartmakta serbestti. Devletin bütün bu düzenlemeleri talebi çok olumlu etkilemiş, orta sınıfı yükseltmiş (Akbiyık ve Koç, 2010: 1208-1209), vergiler artan oranlı hale getirilerek kamu hizmetleri ve transferleri hızlanmış, böylece gelirin yeniden dağıtımı sağlanmıştır (Scharpf, 2003:199). Nitekim, daha önce yaşanmamış bir refah dönemi yaşanmaya başlamıştır (Akbiyık ve Koç, 2010: 1208-1209). Mesela 1930’lu yıllarda Batı Avrupa’da çalışan işçilerin neredeyse yarısı meslek hastalığı, iş kazası, sakatlık ve yaşlılığa karşı sigortalıydı. Oysa 1970’lere gelindiğinde, çalışanların yaklaşık %100’ü hastalığa, sakatlığa, yaşlılığa bağlı gelir kaybına karşı %80’den fazlası ise iş kazalarına karşı ve son olarak %60’ı ise, iş kaybına karşı sigortalanmıştır (Pierson, 1991: 128).

Bu dönemi farklı kılan şey, yalnız refah konusunda atılan net adımlar değil, aynı zamanda refah devleti olma yolunda ilerleyen ülkelere zemin hazırlayan uluslar arası belgeler ve kuruluşlardır. Bunlar içinde, 1941 tarihli “Atlantik Pakı”, 1944 tarihli “Philadelphia Bildirgesi”, 1948 tarihli “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”, ILO’nın başta 102 sayılı “Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Sözleşmesi” olmak üzere çeşitli sözleşme ve tavsiyeleri, “Avrupa Sosyal Şartı”, “Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi” vb. sayılabilir (Özdemir, 2007: 199-200). Bu sözleşmeler refah lokomotifine hız kazandırmış, yeni duruma entegrasyonu kolaylaştırmıştır.

OECD ülkeleri, bu entegrasyonu kolay kavramış ve savaş sonrası dönemde uygulamış oldukları kamu harcamalarında en büyük payı sosyal harcamalara vermişlerdir. Bu adım, refah devleti uygulamalarının dinamiğini oluşturmuştur. Tüm gelişmiş OECD ülkelerinde İngiltere ve ABD hariç 1970’lerin sonlarına doğru sosyal harcama payının toplam kamu harcamalarda %50’ye varan artış gösterdiği gözlenmektedir.

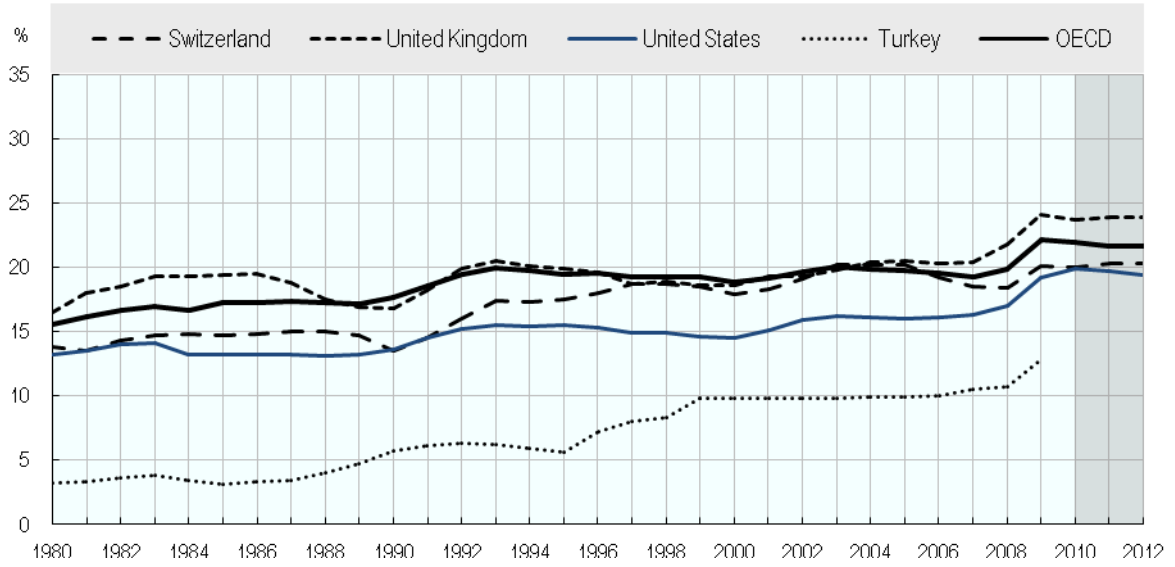
**Grafik 1 : Kamu Sosyal Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı %
(1960-2012)**



Kaynak: OECD Social Expenditure Database 2012 verilerinden elde edilmiştir.

Grafik 1'e bakıldığında; bazı Avrupa Birliği üye ve 34 OECD ülkesinin verileri karşımıza çıkmaktadır. Veriler incelendiğinde yıllara göre kamu sosyal harcamaların oranlarındaki artış dikkati çekmektedir. 1960 yılına göre; Avusturalya'nın kamu sosyal harcamaları %5.97, Japonya'nın % 3.48, ABD'nin %7.18, Fransa'nın %12.4, Avrupa Birliğinin 21 üye ülkesinin yüzdesi 9.85 ve 34 OECD ülkesinin %8.28'dir. 1985 yılına bakılırsa kademeli olarak arttığı anlaşılabacaktır. Şöyle ki; Avusturalya %12.2, Japonya %11.1, ABD %13.2, Fransa %26, Avrupa Birliğinin 21 üye ülkesi %20.6 ve 34 OECD ülkesi %17.2'dir. Son olarak 2012 yılı verilerine göz atılırsa, Avusturalya %18.73, ABD %19.37, Fransa %32.09, Avrupa Birliğinin 21 üye ülkesi %24.92 ve 34 OECD ülkesi %21.68 olarak hesaplanmıştır.

Grafik 2: Türkiye'de Kamu Sosyal Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (1980-2012)



Kaynak: OECD Social Expenditure Database 2012 verilerinden elde edilmiştir.

Grafik 2 ise; Türkiye'deki kamu sosyal harcamaların seyrini anlamamız açısından faydalı olacaktır. Türkiye'deki kamu sosyal harcamalarının GSYİH içindeki payı 1980 yılında %3.2 olarak bulunmuştur. 2000 ile 2003 yılları arasında aynı seyrinde gitmiş ve %9.8 olmuştur. 2004 ve 2005 yıllarında 0.1 artış göstererek, %9.9'a yükselmiştir. 2006 yılında %10'a çıkmış, 2007 yılında %10.5, 2008'de %10.7 ve son olarak 2009 yılında %12.8'e çıkmıştır. Türkiye'nin kamu sosyal harcamalarının boyutunu anlamak için OECD ülkeleri ile kıyaslamak yerinde olacaktır. OECD ülkelerinin ortalaması 1980 yılında %15.5 iken, 2009 yılında %22.1'e yükselmiştir. Görüldüğü gibi, OECD ülkelerinin 1980'deki yüzdesi bile, Türkiye'nin 2009'daki yüzdesini geçmiştir. Türkiye'nin sosyal harcamalarına ayırdığı pay, OECD ortalamasının oldukça aşağısında kalmıştır.

1.2.4. 1970'lerden Günümüze

1968-1973 yılları arasında Japonya, ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde üretim sonucu oluşan kar oranları giderek azalmaya başlamış, 1968-1970 arasında tüm Avrupa'da işçiler arasında bir grev dalgası meydana gelmiştir. 1970'lerdeki büyüme ABD'de yüksek seviyelerde seyreden bütçe açığından kaynaklanıyor ve enflasyon oranlarındaki hızlı artışla destekleniyordu (Sarıca, 2008: 48). Üstüne üstlük, 1974-1979'da yaşanan petrol krizleri

(Aktan ve Özkıvrak, 2008: 96) de eklenince ‘altın çağ’ ışıltısını kaybetmeye başlamıştır (Munck, 2003: 64).

1970’li yıllarda refah devletinin yaşadığı krizin nedeni, Keynesyen iktisadının başarısızlığına bağlanmış (Kitschelt ve Diğerleri, 2003:6), ‘Neo-liberalizm’ veya ‘Yeni Sağ’ gibi tezler yeniden gündeme gelmiş, kapitalist piyasanın yaygınlaşma eğilimlerinin hızlı bir biçimde işlerlik kazandığı fark edilmiştir (Marangoz, 2001: 83). Bununla birlikte, bu dönemde asıl istenen; serbest piyasa ekonomisine geçilerek, devletin müdahalesinin kısıtlanmasıydı. Neo-liberalizm özellikle Keynesyen dönemin mali düzenleme ve sermaye giriş-çıkışlarını sert bir dille eleştirmiş ve ulusal piyasaların global ekonomiye uyumunu sağlamaya çalışmasından dolayı da günümüzde küreselleşme, neo-liberal akımın en önemli kozu haline gelmiştir (Akgeyik, 2009: 38).

Küreselleşme, 1970’lerden bu yana refah devleti politikalarının ‘Buzdağı’ misali görünen ve görünmeyen yüzlerini anlamamıza yarayan önemli bir etken olmuştur. Bütün ülkeler, 1974 yılında ABD’nin liderliğinde, II. Dünya Savaşı’nı takiben Bretton Woods Anlaşması’yla getirilen sermaye kontrolü sistemini büyük ölçüde terk etmiş, özellikle 1950 ve 1960’lı yıllardaki gelişmiş demokrasilerde, uluslar arası sermaye akışı ortalama olarak yaklaşık GSMH’nin %5’i civarında seyretmiş; 1990’ların ortasına gelindiğinde ise bu oran %50’yi geçmiştir. Her ülke; yatırım yapmak, istihdam ve geliri arttırmak için sermaye sahiplerine bağımlı olduğundan (Mishra, 1999: 6), hükümetleri sermayedarları memnun edecek ve diğer ülkelerden farklı kılacak uygulamalar yapmak zorunda bırakmıştır.

Uygulamalarda öncelikle ulus-devlet yapısı yıpratılmaya başlanmış, ulus-devletin güçsüzleştirilmesi-küçülmesi, sınırlandırılması, yetki ve sorumluluklarının kısıtlanması gündeme gelmiştir. Dolayısıyla yıllar geçtikçe ‘ulus-altı’ ve ‘ulus-üzeri’ kavramları ortaya çıkmıştır. İngiltere ve İsveç gibi ülkelerde adem-i merkezîyetçilik baş göstermiş, devlet eliyle yapılan her türlü hizmet yerel yönetimlere ve sivil toplum kuruluşlarına devredilmiştir (Özdemir, 2007: 245). Ayrıca; Avrupa Birliği (AB), Kuzey Amerika Serbest Ticaret Alanı (NAFTA), Latin Amerika Serbest Ticaret Birliği (LAFTA), Uluslararası Para Fonu(IMF), Dünya Bankası (WB), Genel Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Anlaşması (GATT), Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi ‘ulus-üzeri’ kuruluşlarda ulus-devletlerin ekonomik

egemenlik güçlerini sınırlandırarak, refah devleti uygulamalarının ipini çekmekte ve küresel sürece katılmalarına mecbur bırakmaktadır (Altıok Gürel, 1994: 1564-1565).

Burada şöyle bir tehlike söz konusudur: Terazî bir uçtan diğeri bir uca, yani problemlerin çoğunu çözecek olanın ‘Devlet’ olduğuna inanan görüşten, sorunu devletin kendisi olarak gören bir anlayışa doğru kaymaktadır (Özdemir, 2007: 245). Gerçekten, devletler küresel aktörlerin etkisiyle sosyal politikalarını yeniden şekillendirmek zorunda kalmış, refah devletinden rekabet devletine doğru önlenemez bir kayış olmuş (Pierson, 1998: 785-787) ve sosyal refah politikalarını uygulamada gittikçe zorlanmışlardır. Bunun nedeni, devletlerin artan rekabet piyasalarında, yabancı yatırımcıları çekmek için yüksek işgücü maliyetlerine dayanan koruyucu politikalarını istikrarlı bir şekilde sürdüremeyerek, diğeri ülkelerle üretim ve sermaye çekme yarışına girmesidir. Bunun sonucu ise, yarışta kazanmak için en iyi gelir kaynağı olan vergi oranlarını düşürmek olmuştur. Bu durum, devletlerin sağlık, sosyal güvenlik, eğitim gibi sosyal refah politikalarını yeterince yerine getirmelerinde zorluklara yol açmaktadır. Dolayısıyla, küreselleşme sürecinin, toplumun her kesimini daha fazla yoksullukla karşı karşıya getirdiği ve gelir dağılımının bozulmasına ileri sürülmektedir (Aktan ve Vural, 2002: 10).

Tablo 4: 2012 Dünya Refah Sıralaması (Gelişmişlik Durumuna Göre Bazı Ülkeler)

Refah Sıralaması	Ülkeler	Ekonomi	Girişimcilik&Fırsatlar	Yönetişim	Eğitim	Sağlık	Güvenlik	Kişisel özgürlük	Sosyal sermaye
1	Norveç	2	4	13	6	4	2	6	1
2	Danimarka	19	1	3	16	16	8	7	2
3	İsveç	5	2	4	12	14	6	5	9
4	Avustralya	10	8	8	2	17	19	3	3
5	Yeni Zelanda	27	13	2	1	20	13	2	4
12	ABD	20	12	10	5	2	27	14	10
13	Birleşik Krallık	26	6	7	30	18	20	11	12
14	Almanya	6	18	16	15	5	21	12	15
18	Hong Kong	9	15	23	39	30	5	23	25
20	Tayvan	7	24	31	4	29	11	27	24
22	Japonya	12	23	22	23	6	16	42	20
40	İsrail	29	31	28	33	35	115	118	22
49	Yunanistan	85	51	48	35	23	38	121	97
61	Meksika	34	69	69	78	52	116	78	63
89	Türkiye	74	55	46	91	58	93	127	133

Kaynak: 2012 Legatum Prosperity Index, Legatum Institute.

Günümüzde ülkeler birçok finansal kriz yaşamalarına, dünya'nın birçok yerinde otoriter rejimlerin sarsılması nedeniyle ayaklanmalar ve isyanlar çıkmasına ve dünya üzerinde yaşanan birçok kargaşaya rağmen, küresel refah son 4 yılda dünyanın tüm bölgelerinde artmıştır. Buna karşın dünya çapında güvenlik ve emniyet azalmaktadır. Neden olarak, Tunus, Yemen, Suriye ve Mısır'da yaşanan arab baharı süreci ve Honduras, Paraguay, Meksika gibi Latin Amerika ülkelerinde yaşanan hırsızlık ve tecavüz olayları gösterilebilir.

ABD, tarihinde ilk kez ilk 10'a girememiş (Tablo 4.) ve girişimcilik& fırsatlar kademesinde de ortalamanın altında kalmıştır. Oysa doğu ülkelerinin yükselişi devam etmektedir. Hong kong ve Tayvan ekonomisi ilk 20 ülke içinde yerini alırken, Asya ülkeleri doğrudan yabancı yatırımı çeken en yüksek bölgeler içerisinde. Ayrıca Doğu Asya, en büyük ikinci küresel ihracatçıdır.

Sıralamadaki ilk 50 ülkeye bakılacak olursa, gelişmiş ülkelerin, eğitim ve sağlığa çok daha önem verdikleri göze çarpmaktadır. Ek olarak, ilk 30 ülke içinde 27 ülke demokratik sistemle yönetilmektedir ve demokrasinin olduğu ortamlarda topluma ve devlete görevler düşmektedir.

Listeye göre en iyiler ve en kötülere bakılırsa;

Ekonomik yönden en iyi ülke İsviçre- en kötü ülke Zimbavbe

Girişimcilik&Fırsatlar yönünden en iyi ülke Danimarka-en kötü ülke Kongo

Hükümet olarak en iyi ülke İsviçre- en kötü ülke Zimbavbe

Eğitim olarak en iyi ülke Yeni Zellanda- en kötü ülke Orta Afrika Cumhuriyeti

Sağlık yönünden en iyi ülke Lüksemburg- en kötü ülke Kongo

Güvenlik&Emniyet yönünden İzlanda- en kötü ülke Çad

Kişisel özgürlükler olarak en iyi ülke Kanada- en kötü ülke Yemen

Sosyal sermaye olarak en iyi ülke Norveç- en kötü ülke Togo'dur

(<http://www.prosperity.com/>).

Paris'te yaşayan bir orta sınıf ailenin gelirinin Güney Doğu Asya'da kırsal kesimde yaşayan bir ailenin gelirinin yüz katını aşması, New York'lu bir avukatın bir saatlik gelirinin Filipinli bir köylünün iki yıllık gelirine denk düşmesi, ABD'nin bir yıllık Pepsi

Cola ve Coca Cola tüketim harcamalarının nüfusu yüz milyonu aşkın Bangladeş'in GSMH'sının neredeyse iki katına ulaşması ve dünya nüfusunun en varlıklı bölümünü oluşturan %20'lik kesimin dünya toplam üretiminin %84'ünü, en yoksul bölümünü oluşturan %20'lik kesimin ise sadece %1.4'ünü tüketiyor olması bu gelir farklılıklarını çok çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu iki kesim arasındaki tüketim düzeyi farkının 1960'larda 30'da 1'den, 1991'de 60'ta 1'e yükselmesi ve dünya nüfusunun %5'lik bir kesiminin toplam servetinin %80-90'ını elinde tutması ve bu durumda son kırk yılda kayda değer bir değişiklik görülmemiş olması dünyada bölüşüm açısından büyük ve artan bir kutuplaşma olduğuna işaret etmektedir (Öztürk ve Öztolga, 2010:4-5). Bu kutuplaşma sadece sosyal alanda olmamış, aynı zamanda refahı arttıran kamu harcamaları, vergi gelirleri ve istihdam üzerinde de etkisi olmuştur.

Aşırı yaptıkları sosyal refah harcamalarına bir son vermek zorunda kalmışlar, gelirlerini arttırmak için hem genel kamu harcamalarında hem de sosyal harcamalarda kısıtlamaya gitmişlerdir. Bu amaçla, OECD üyesi ülkelere, kamu harcamalarını kontrol altına almalarını ve kamu kesimi açıklarını azaltmalarını tavsiye edilmiştir. OECD'ye göre, hükümetlerin öncelikli amacı, enflasyon, vergi ve kamu harcamalarının azaltılması olmalıdır; ancak bu şekilde ekonomik büyüme ve refah sağlanabilecektir. Ancak, bu uygulama ve yaptırımlara rağmen kamu harcamaları azalmamış, hatta daha da artmıştır. OECD'ye üye ülkelerin GSYİH içindeki kamu harcamaları oranı, 1960'da ortalama %28.8 iken, bu oran 2000 yılında %39.5'e çıkmıştır. Avrupa ülkelerinde de durum aynıdır. Kamu harcamalarının GSMH içindeki payı 1978'de %43.7 iken, 1995 sonunda %50.2'ye yükselmiştir (Ersöz, 2000: 51-52). Yıllar geçtikçe kamu harcamalarındaki artış, kamunun klasik fonksiyonlarının ötesinde ilerlemiştir. Kamu harcamalarının payı artarken ekonomik büyüme azalmıştır. Yapılan çalışmalar sonucu elde edilen bulgular, kamu harcamaları düzeyi ile GSYİH'nın büyümesi arasında negatif bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Kamu harcamalarının GSYİH içindeki payı hem gelişmiş ülkelerde, hem de gelişmekte olan ülkelerde artma eğilimi göstermiştir. Bu ülkelerde kamu harcamalarının payı artmış, ancak buna neden olan kamu yapısı farklılık göstermiştir. Gelişmiş ülkelerde, kamu harcamalarının büyük çoğunluğunu transfer harcamaları oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise, kamu girişimciliği ön plana geçmektedir. Bu ülkelerde devlet gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ekonomide istikrarı sağlamaktan ziyade, kaynakları harekete

geçirmeye ve büyümeyi hızlandıracak şekilde yönlendirmeye çalışmaktadır (Uzay, 2002: 155).

Avrupa’da refah harcamalarının en çok arttığı ülkeler, Güney Avrupa ülkeleridir. Bunlar, Kuzey Avrupa (İskandinav ülkeleri) ve Kıta Avrupası (Korporatist ülkeler) ile kıyaslandığında, düşük olan harcama düzeylerini AB düzeyine çıkartmaya çalışmaktadır. Artan harcamalar içerisinde en büyük payı, kamu harcamalarının yaklaşık %5’i oranında artan emeklilik aylıkları almaktadır (Özdemir, 2007: 271-272).

Geçen yüzyılın son çeyreğinde gelişmiş ülkelerdeki devlet harcamalarında görülen bu artışın nedenini irdelemek yerinde olacaktır. Kamu harcamalarının artmasının üç nedeni vardır: Birincisi, ekonomik büyüme ile birlikte sosyal devlet harcamaların artmasıdır. Bunun gerekçesi olarak, eğitim, kültürel ve sağlık hizmetleri gibi kamunun sunduğu hizmetlerin gelir talep esnekliğinin yüksek olması gösterilmektedir. Wagner Yasası’na göre, kamu malları lüks mal grubunda yer almaktadır (Arısoy, 2005:3-4) ve toplumu oluşturan bireylerin gittikçe daha kaliteli, daha fazla, daha yönlü kamu hizmeti talep etmelerinin kamu harcamalarındaki artışı zorunlu kılacağını ve devletin de artan bu talebi karşılamak için daha çok harcama yapmak zorunda kalacağını vurgulamaktadır (Işık ve Alagöz, 2005: 65). Bu bakış açısı, aynı zamanda gelişmiş ülkelerdeki artan devlet harcamalarının ikinci nedeni olan transfer harcamalarındaki artışa da bir beyan getirmektedir (Arısoy, 2005: 3-4).

Sosyal refah programları ve sosyal devlet anlayışı nedeniyle devletin sağlık, eğitim ve sosyal sigorta konularında yükümlülük altına girmesi (Cihan Bulut, 2001: 45) ile transfer harcamaları gün geçtikçe önüne geçilemez bir boyut kazanmıştır. Pigou’ya göre transfer harcamaları, ‘Devlet güvenliğinin yeniden kazanımına ilişkin harcamalar’dır (Özen, 2003: 205). Maalesef, halkın devlete olan güvenini tazelemek için yapılan uygulamaların finansmanı, ağır vergi yükü olarak geri dönmüştür. Böylece, ekonomik birimlerin tasarruf, yatırım ve çalışma kararlarını etkilemesi sonucu stagflasyon ve işsizlik ortaya çıkmıştır. Artan harcamalarla bütçe açıkları oluşmakta ve vergi dışı kaynaklarla finanse edilen açıklar domino taşı gibi rant ekonomisini tetiklemektedir.

Ülkeler, bu durumu engellemek için kamu kesiminin büyüklüğünü küçültme yoluna gitmişlerdir. Bunu da özelleştirme yoluyla yapmışlardır (Güngör, 1999: 5-6). Bu süreçte kamu hizmetlerinin içeriği değişikliğe uğramış, önceden kamu tarafından sunulan mal ve hizmetlerin çoğu piyasa tarafından üretime konu olmuştur (Eser ve diğerleri, 2011: 209). Tüm bu gelişmeler sağlık, eğitim, sosyal yardım ve hizmetler, ulaştırma, belediye hizmetleri ve yüksek öğrenim gibi kimi alanları özel sektöre açmıştır. Özel sektör kimi zaman taşeron olarak kimi zaman da hizmetin asıl sunucusu olarak ortaya çıkmıştır. Bu durum, hem kamu hizmetlerinde kalitenin yükselmesini sağlamış, ancak kamu hizmetlerinin belli bir bedel karşılığında sunulmasını da beraberinde getirmiştir (Bilgin, 1995: 175).

Bununla birlikte, kamu hizmetlerinin piyasa eline bırakılması ve hizmetlerin sunumunda kâr amacı güdülmesi, “faydalanan öder” ilkesini su yüzüne çıkarmış, hizmetlerin fiyatlandırılmasına yol açmıştır. Bu durum çeşitli yazarlarca kamu hizmetlerinin sunumunun “Sosyal hak” olma niteliğine son verdiğini ve “Vatandaş” kavramının yerini “Müşteri” kavramına bıraktığı şeklinde yorumlanmıştır (Ataay, 2007: 70–71). Harcamaları arttıran üçüncü neden ise; devletlerin daha önce üstlenmediği misyonlara girmeleridir. Bunlar, gelirin yeniden dağılımı, çevre koruması, tüketicinin korunması ve eğitim-öğretimin geliştirilmesi gibi görevler toplam kamu harcamalarını arttırmıştır (Arısoy, 2005: 3-4).

Küreselleşmenin refah devletleri üzerindeki en temel etkilerinden biri de refah devletlerinin gelirleri üzerinde olmuştur. OECD ülkelerinde, vergilerin ve sosyal güvenlik katkılarının GSYİH içindeki payı 1980’lerin ortasına kadar göreceli olarak artmış, 1980’lerin ilk yarısından sonra duraksamıştır. İsveç’te vergilerin payı en yüksek düzeyine %55.6’ya ulaşmış, 1996’da %52’ye düşmüştür. İtalya 1985’te %34.2 iken, 1996’da vergi gelirlerinin payını % 43.2’ye yükseltmiştir. Avustralya ve İsviçre %30’un az üstünde, İngiltere ve Yeni Zellanda’nın vergi oranları %35’in üstünde, Almanya %40’ın altında, Avusturya, Belçika, Fransa ve Hollanda’da %40’ın üstünde, İsveç ve Danimarka %50’nin üzerindedir. Oranlar, asgari bir seviyede eşitlenmemesi normaldir. Ancak, vergi gelirlerindeki duraklama her yerde aynı olmuştur (Marangoz, 2001: 91).

Refah devletlerinin üç gelir kapısı bulunmaktadır; tüketim vergileri, kişisel ve kurumsal gelir vergisi, sosyal güvenlik katkıları. Ükelere baktığımızda, yüksek vergili İskandinav refah devletlerinin düşük vergili Anglo-sakson ülkelerine benzer biçimde gelirleri için daha fazla kişisel ve kurumsal gelir vergilerine bağımlı olduğu, Kıta Avrupası refah devletlerinin ise daha fazla sosyal güvenlik katkılarından gelir elde ettikleri gözlenmektedir. Tüketim vergileri açısından ise çalışmalara göre, anlamlı bir değer görülmemiştir (Marangoz, 2001: 91). Ancak, bu süreçte sosyal devlet harcamalarının finansmanında önemli bir kaynak olan tüketim vergilerinden katma değer vergilerinin daraltılmış bir bant içine itilmesi, vergi tabanlarını genişletmiş ve vergi gelirlerini artırmakta zorlanan devletleri de sosyal refah harcamalarında kısıtlamaya itmiştir (Erdoğan, 2005: 24).

Refah harcamalarının kısıtlanması zincirleme etki yapmış ve istihdamı da negatif anlamda etkilemiştir. Refah devleti bir maliyet unsurudur, istihdam üzerinde yükler oluşturmuş ve yeni istihdam meydana getirilmesini önlemiştir, insanlar tembelliğe ve bağımlılığa sürüklenmiş ve kendi seçimlerini yapmaları engellenmiştir (Aksoy, 2006: 24). 1975'lerden sonraki bu dönemin en önemli özelliği, gelişmiş refah devletlerinde işsizliğin yükselmeye başlaması ve yapısal bir nitelik kazanmasıdır. Çalışanlar arasında ücret farklılıkları giderek açılmış, teknolojiye yaşanan gelişmelerin üretim alanına yansımaları neticesinde işin karakteri (Fordizm üretim sisteminden Esnek üretim sistemine geçiş) değişmiş ve standart olmayan esnek çalışma saatleri yaygınlaşmıştır (Özdemir, 2007: 283). Önceden, üretim sektöründe işler düzenli bir istihdam alanı oluşturuyor, ücretler artan gelirlere bağlı olarak yükseltilirken tam istihdam durumu, işçi örgütlerinin pazarlık güçlerini artırıyor. Sanayide çalıştırılarak yeterli miktarda para kazanan işçi ve ev işlerini gören eşi bu dönemin aile tipini oluşturuyordu. Ancak üretimde hizmet sektörüne geçiş yaşanmış ve bu iş yapısı bozulmuştu. Hizmet sektörü istihdamı, daha düşük ücretler teklif ediyor, işsizliğin artışı sendikaları endişelendiriyor (Aksoy, 2006: 11) ve çalışanların kendi kendine dayanışmalarının/yardımlaşmalarının bir ifadesi olan sendikacılık güç kaybetmeye başlıyordu (Özdemir, 2007: 283).

Bunun sonucunda sendikalar, toplam üyeleri ve toplu sözleşmelerin kapsamında bir düşüş yaşamıştır. Öte yandan, işgücü piyasasında “İyi işler” ve “Kötü işler” ayrımı başlamış, işgücünün refah devletlerinden beklentisi de farklılaşmıştır. Üst kademedeki

çalışanlar, gelirleri yüksek olduğu için refah devletlerinin sunduğu hizmetleri piyasadan kendileri de karşılayabileceklerinden devletlerin yaptığı vergi artışlarına karşı çıkmışlardır. Alt ve orta sınıfta çalışanlar ise; refah hizmetlerine muhtaç olduklarından refah devletlerinin uygulamalarını desteklemeye devam etmişlerdir (Aksoy, 2006: 11).

Tablo 5: 1970’li Yıllarda ve Sonrasında Sosyal Refah Devleti Uygulamalarında Değişim

Fayda Türü	Değişim	Örnekler
Yaşlılara Bağlanan Aylıklar	Yükselen emeklilik yaşı	İngiltere, Yeni Zelanda, İtalya, Japonya
	Emekliliğe hak kazanmak için çalışma süresinde artış	Fransa, Portekiz, İrlanda, Finlandiya
	Fayda artışlarında enflasyona paralel yükselmelerde azalan tabanlar	İngiltere, Fransa, İspanya
	Emekli aylığı için gelir testi uygulaması	Avusturya, Danimarka, Avustralya
İşsizlik	Fayda Sağlama Süresinde düşme	Belçika, Danimarka, ABD, İngiltere
	Faydaların düzeyinde düşme	Almanya, İrlanda, İsviçre, Yeni Zelanda
	Seçilebilirlik koşullarının sıkılaştırılması	İngiltere, Belçika, Hollanda
Aile Ödenekleri	Reel Değerlerde Azalma ya da seçilebilirlik koşullarındaki değişim	İngiltere, İspanya, Hollanda

Kaynak: www.canaktan.org/politika/refah-devleti/dogusu-gelisim.htm

Tablo 5’de 1970’li yıllarda ve sonrasında sosyal refah devleti uygulamalarında değişim gösterilmektedir. Bazı ülkelerdeki işsizlik değişimini incelersek; işsizlik sürecinde düşüş Belçika, Danimarka, ABD ve İngiltere’de gerçekleşmiştir. İşsizlik düzeyinde azalma

ise; Almanya, İrlanda, İsviçre ve Yeni Zelanda'da gözlenmiştir. İngiltere, Belçika, Hollanda işe seçilme koşullarının zorlaştığı gözlenmiştir.

1.3. Refah Devletin Sorumlulukları

1.3.1. Sosyal Güvenlik Programları

Refah devletin sorgulanmasında, bireylerin algılaması önemlidir. Kimi için belediyelerin sunduğu bedava yakıt hizmeti refah için yeterliyken, kimi için ise yerel yönetimlerin sunduğu evde bakım hizmeti sıradan bir girişimdir. Ama tanımlarda ortak bir özellik bulunmaktadır: Bugününün ve yarınının güvence altında olması (Fişek, 1997:1). Refah toplumunu sağlayabilmek için, refah devletin güçlü ve etkili unsurlarından biri olan sosyal güvenliği tüm topluma yaymak gerekmektedir. Sosyal güvence demek; insanların, bugün ve gelecekte, çeşitli toplumsal risklere karşı korunması ve yaşamını devam ettirebileceği sürekli bir gelir düzeyinin sağlanmasıdır (Okur, 2008: 174). İlk kez 1935 yılında ABD'de çıkarılan 'Sosyal Güvenlik Yasası'nda kullanılan sosyal güvenlik kavramı sosyal devlet anlayışının temel ilke ve amaçlarından birisi olmuştur (Özdemir, 2008: 84).

Sosyal güvenlik mekanizmalarının genel olarak dört amacı bulunmaktadır: Sürekli geliri ve/veya yaşam standartlarını korumak, yoksulluğu azaltmak, ekonomik eşitliği sağlamak, sosyal dışlanmayı önlemek. Sosyal güvenlik mekanizmalarına, hemen hemen tüm ülkelerde rastlanmaktadır. Sosyal güvenlik unsurlarının kurumsallaşma düzeyine bakıldığında, sosyal refah politikalarının yaygın olduğu Avrupa ülkelerinin bu alandaki mekanizmaların oluşturulmasına liderlik ettiği görülmektedir.

Sosyal güvenlik mekanizmaları üç kategori altında sınıflandırılmaktadır: Birincisi; belirli bir sosyal gruba gelirden ve istihdamdaki durumdan bağımsız olarak verilen genel desteklerdir. Buna çocuklu ailelere verilen maddi destekler örnek gösterilebilir. İkincisi; bireyin iş sahibi olma durumuna ve çalışma sırasında yaptığı katkıya göre değişen sosyal sigorta uygulamalarıdır. Örnek olarak, emeklilik maaşı ve işsizlik sigortası gösterilebilir. Üçüncüsü ise; ortalama-testi ya da gelire-mal varlığına bağlı olarak, özellikle yoksulluk sınırının altında olanlara veya özel kesime verilen yardımlardır. Bunlara, asgari gelir

programı, boşanmış- hamile kadınlara verilen para yardımları ve barınma, sağlık, eğitim gibi konularda sağlanan aynı yardımlar örnek verilebilir (Şener, 2010: 4-5).

Tablo 6: Sosyal Güvenlik Mekanizması

Sosyal Sigorta	<ul style="list-style-type: none">- Sigorta fonu işçi ve patron (devlet de olabilir)- Katılım zorunlu- Fonun fazlası yatırım için kullanılabilir- Gelire orantılı katkı
Sosyal Yardım	<ul style="list-style-type: none">- Fon devlet (kamu) tarafından- Gereksinim gelire göre (düşükler)- Ödeme gereksinime göre- Hedef, toplumsal bir asgari düzeye ulaştırma
Genel Bütçe Gelirinden Finanse Edilen Yararlanımlar	<ul style="list-style-type: none">- Ulusal sağlık sistemleri
Aile Yardımı	-----
Gelecek Bakım Fonları	<ul style="list-style-type: none">- Emeklilik, iş göremezlik ve ölümden (Önceki kesintilerden oluşturulmuş fonlarla)

Kaynak: Hamzaoğlu, 2005: 47

Sosyal güvenlik uygulaması Tablo 6’da görüldüğü gibi bazı basamaklardan oluşmaktadır. Sosyal sigorta, sosyal yardım, Genel bütçe gelirinden finanse edilen yararlanımlar, aile yardımı ve gelecek bakım fonları bu mekanizmanın getirdikleridir. Özellikle sosyal yardım uygulamaları, sosyal güvenlik mekanizması içinde haklı bir yere sahiptir.

Sosyal yardım uygulamaları, ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Kimi ülkelerde sadece çalışmayan ve mal varlığına sahip olmayan nüfusu kapsamaktadır. Bu bakış açısı, çalışanların yeteri kadar gelire sahip olduklarını savunmakta, bir başka deyişle çalışan yoksulları dışlamaktadır. Türkiye’de bu gruba dahildir. Oysa, OECD ülkeleri incelendiğinde, çalışan yoksulların oranının %7 olduğu görülmektedir.

Avrupa Birliği üyesi ÷lkelerde kamu tarafından finanse edilen sosyal harcamalar çerçevesinde verilen transferler Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın %27'sini oluşturmaktadır. Avrupa Birliği'ne yeni üye olan 8 ÷lkede ise bu programlar Gayri Safi Yurtiçi Hâsılanın (GSYİH) %13-%24'lük bir kısmına denk gelmektedir. Sosyal yardımlar ise bu 8 ÷lkede GSYİH'nın %0.1 ile %0.5'ini oluşturmaktadır. Kamu sosyal harcamalarındaki en önemli artış yaşlılık ve sağlık harcamalarında gör÷lmektedir. 1980 yılında GSYİH'ye oranı %5.1 olan yaşlılık harcamaları 2003 yılında %6.9, 2005 yılında ise %7'ye; sağlık harcamaları ise %4.7'den 2003'de %5.9'a, 2005'de %6'ya yükselmiştir. 2003 yılında Avrupa Birliği ÷lkelerinde sosyal harcamalar GSYİH'nin %15.9 (İrlanda)-%31.3'ü (İsveç) arasında değişirken, Türkiye'de bu oran %13.2'dir (Şener, 2010: 4-5).

Avrupa'daki sosyal yardımlara baktığımızda; Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'ye nazaran aile gelirlerinde daha yüksek bir orandadır. Kuzey Avrupa ÷lkelerinde gelir eşitsizliği Amerika Birleşik Devletleri'ne göre daha azdır. ABD'de gini katsayısı 35.7 iken, İsveç'te 24.3, Hollanda'da 25.1, Belçika'da 27.2, Fransa'da 27.3 ve Almanya'da 27.7'dir. ÷lkeler düzeyinde baktığımızda sosyal yardımların gelir içinde önemli bir rol oynadığı ÷lkelerde, gelir eşitsizliklerinin daha az olduğu gör÷lmektedir. Sosyal güvenlik sistemi bakımından Türkiye'ye benzer olarak nitelendirilen İtalya'da ise gini katsayısı 35.6'dır. İtalya'da Türkiye'de olduğu gibi sosyal güvenlik aile üzerinde koşullandırılmakta, aile içindeki dayanışmanın bireyleri koruduğu, zor zamanlarda destek sağladığı öngörülmektedir. Sosyal güvenlik sistemi de bu toplumsal yapı üzerinden inşa edilmiştir (Şener, 2010: 5-6). AB ÷lkelerinde, sosyal transferler yoksulluk riski altındaki nüfusu 9 puan, Polonya'da 13 puan, Fransa'da 14 puan azaltırken Türkiye'de sadece 5 puan azaltmaktadır. Sosyal yardımların yoksulluğu azalttığı, OECD tarafından yapılan çalışmalarda göstermektedir. Fransa'da yoksulluğa karşı önemli bir araç olan minimum gelir desteği bağlayıcı nüfus dahil edildiğinde -Yararlanıcıların çocukları da hesaba katılarak- 3 milyon kişiyi etkilemektedir. Türkiye'de sosyal yardımlar konusunda, sosyal transferlerin tabanın dar olması ve transfer edilen miktarın sınırlı olması nedeniyle etkinliğin az olduğunu söylemek mümkündür (Şener, 2010: 6).

Refah devletinin temellerinden biri olan sosyal sigortalar ise; ilk olarak 1883 yılında Almanya'da Bismark tarafından hastalık sigortası ile başlamıştır. Bu uygulamayı 1884 yılında iş kazası, 1889 yılında ise yaşlılık ve mal÷llük sigortası izlemiştir. Bu süreç,

sosyal risklerin hastalık, iş kazası, malüllük ve yaşlılık gibi riskleri karşılayan bir anlayışta olduğunu, hepsini bir bütün olarak ele almadığını göstermektedir. Daha sonra ise; 1911 yılında İngiltere’de işsizlik riski sosyal sigorta kapsamına dahil edilmiştir. Bunu 1913 yılında İsveç’in yürürlüğe koyduğu sakatlık sigortası izlemiştir. Büyük Buhran’dan sonrada sosyal sigortalar tüm dünyada hızla yayılmıştır (Kitapçı, 2007: 30). Sosyal sigortalar, yeniden gelir dağılımına yol açmış ve sosyal dengesizliği büyük ölçüde azaltmıştır.

1.3.2. Gelir Dağılımında Adaletin Gözetilmesi

Gelir dağılımı, gelir eşitsizlikleri ile sosyal ve ekonomik kurumlar arasında nasıl bir ilişki olduğunu, zengin ve yoksul arasındaki gelir farklılığının zaman içinde nasıl değiştiğini, gelir eşitsizliğindeki değişikliklerin servet, sermaye birikimi ve büyüme üzerindeki etkilerini ve kaynak dağılımını ortaya koymaktadır. Gelir dağılımı politikasının asıl amacı ise; gelirin araştırılması değil, aynı zamanda milli geliri meydana getiren üretim faaliyeti içindeki sosyal ilişkilerin ve bölüşüm ilişkilerinin bilinmesidir (DPT, 2001: 3). Sosyal refah devletinin uyguladığı sosyal politikalar için ayrılan kaynak ve harcamalar, ulusal gelirin bölüşümünü etkilemektedir. Yüksek gelir gruplarından düşük gelir gruplarına doğru gelirin yeniden dağılımına yol açmaktadır. Bu yolla gelir, daha adil bir biçimde dağıtılmış olur. Bu nedenle, sosyal politikalar mikro ve makro ekonomik gelişimi yakından ilgilendirmektedir (Altan, 2007: 23).

Sosyal Devletin temel amaçlarından biri olan bu yol, toplumda kişilerin elde ettikleri gelirler arasında büyük farklar olmamasına, milli gelirin kişiler ve gruplar arasında toplumsal sorunlara yol açmayacak şekilde dağılmasını, toplumca benimsenen bir gelir paylaşımını ifade etmektedir. Böylece, sosyal devletten beklenen kamu gelirlerini (Özellikle artan oranlı vergiler) ve kamu harcamalarını (Özellikle sosyal transferler) kullanarak toplumu oluşturan kişiler arasında yüksek gelirden düşük gelirliye doğru geliri yeniden dağıtması ve gelirler arasındaki dengesizlikleri azaltmaya çalışması; milli gelirin adaletsiz dağılımı sonucunda yoksul düşen kişileri, düşkünleri, bakıma muhtaç çocukları, güçsüzleri korumasıdır. Ancak bu kişilerin korunmasında temel prensip onların toplum içindeki saygınlığını zedelemeyecek şekilde yardımda bulunmak, çalışabilecek durumda olanlara iş sağlamak, bu kişileri üretken ve topluma yararlı duruma getirmek olmalı, sağlanan yardımlar çalışma isteğini kırmamalıdır (Aktan ve Özkıvrak, 2008: 45). Ayrıca,

devletin piyasada oluşan gelir ve servet dağılımını olduğu gibi kabullenme ihtimali çok düşüktür. Zira piyasada oluşan birincil gelir dağılımı kişilerin sahip oldukları ve üretime sokabildikleri faktör donatımlarına ve faktörlerin fiyatlarına göre değişecektir. Ancak piyasa gelir dağılımı, toplumun arzu ettiği adil dağılım olmadığından devlet birincil gelir dağılımına müdahale ederek vergilerden sonraki gelir dağılımını daha adil kılmaya çalışır (Akalin, 1986: 9). Devlet milli gelirin bir parçasını vergi, harç, resim ve sosyal sigorta primleri şeklinde kendinde toplamakta, diğer taraftan bunların bir kısmını transfer gelirleri veya transfer harcamaları adı altında çocuk parası, mesken yardımı, tasarruf ve yapı tasarruf primleri, işçilere yapılan munzam ödemeler, istihdam imkanlarını genişletme, sosyal yardım ve özel teşebbüse yapılan kamu ödemeleri, işsizlik yardımları şeklinde harcamaktadır (Serter, 1994: 71). Gelirin adil dağılımı, devletin refah ve sosyal adaleti gerçekleştirmekte üzerinde büyük önemle durduğu konular arasında yer almaktadır. Devletin bu müdahaledeki amacı dağılımın düzenlenmesi, başka deyişle dar gelirli yararına değiştirilmesidir (Serter, 1994: 72).

1.3.3. Eşitliğin Sağlanması

Devletin en asli görevlerinden birisi, toplumdaki birey ve sınıflar arasındaki menfaat çatışmalarını engellemek (www.turkhukuk sitesi.com) ve en asli amaçlarından biri de gelir bölüşümünü bizzat yapmak yerine, fırsat eşitliği sağlamaya çalışmaktır (Özbilen, 2001: 13).

Sosyal eşitlik denilen olgu fırsat maliyetinin yarattığı negatifliği bir kenara bırakarak “paylaşım” ilkesini ön plana çıkarır ve bu ilke sınırsız özgürlüğün zararlı etkilerini önlemek için öngörülmüştür. Ayrıca paylaşım ilkesi, eşitliğe uymamak suretiyle sosyal adaletsizliklere yol açacak işlemler konusunda yasamanın ve idarenin takdir alanını kısıtlar (www.turkhukuk sitesi.com).

Paylaşım ilkesine uyan sosyal devlet sisteminde, insanlar arasında yalnızca yasa önünde eşitlik değil, fakat şans ve olanak eşitliğinin getirilmesi ve kişi için de bulunduğu sosyal ekonomik ortamın, kötü şansının etkisinden kurtulması istenmektedir. Amaç insanlar arasında şans ve olanak sağlamak, yasa önünde eşitliği daha etkili kılmaktır. Bunun için sosyal devlet sisteminde iktidar güçsüzleri, kötü şanslıları koruyucu tedbirlerle

sosyal ve ekonomik nedenlerin yarattığı eşitsizliği azaltmaya, zenginliklerin daha adil dağılımını, sosyal adaleti gerçekleştirmeye çalışır. Sosyal Devlet tarafından sosyal ekonomik durum ve faaliyetlerden doğan sosyal ekonomik ayrıcalıkların ortadan kaldırılması çabasına girişilir. Sosyal hayattan doğan riskler ve külfetler toplumu oluşturan halk arasında eşit olarak bölünmek istenmektedir, bunun sonucunda da, ulusal zenginliklerin adil biçimde paylaşılmasına çaba gösterilmekte, tüm insanlara hayatın kötü yanlarından etkilenmeyeceği bir hayat düzeni sağlanmak istenmektedir (Özdemir, 2008: 81-83).

Ancak, sosyal refah devletini irdeleyen bazı görüşlere göre; devletin amacında farklılıklar gözlenmektedir. Faydacılara göre amaç toplumun refahını en çoklaştırmak iken, Rawls'da amaç özel bir şekilde tanımlanmış olan sosyal adalettir. Liberteryenler kişisel özgürlük sınırları içinde temel amaçlarını şekillendirmişlerdir. Sosyalist görüş birincil amacı olan eşitliği ön plâna çıkarmaktadır. Amartya Sen ile M. Nussbaum ise yine fırsat eşitliği çerçevesinde bireylerin daha iyi bir durumda olmak için fırsatların yaratılması gerektiğini savunmaktadırlar. Amaç ne olursa olsun hepsinde bir 'Eşitlik ve Adalet' olgusu bulunmaktadır (Alp, 2008: 116).

1.3.4. İşsizliğin Azaltılması ve Tam İstihdam

Gelirlerin adil dağılımı ve eşitlik refah devleti uygulamalarında önemli bir yere sahipken, işsizliğin azaltılması ve tam istihdam durumu onunla paralel giden bir düzeyde olduğundan en az onlar kadar mühimdir. Çünkü bir işte çalışıyor olma durumu, gelirden pay alınabilmesi için gereklidir (DPT, 2007: 58). İşsizlik gelirsiz kalmakla aynı anlamda olduğundan, bu bireylerin sınırlı olan eğitim, sağlık gibi hizmetlerinden yararlanma olanakları da azalmış olmaktadır. Ayrıca, işsizliğin artması üretici/tüketici dengesinin bozularak, kişisel gelirin düşmesi ve gelir dağılımının bozulması sonucunu ortaya koymaktadır. Bu açıdan, istihdam artırıcı ve işsizliği önleyici politikalar gelir eşitsizliğini azaltacak, böylece refah devletlerinde uygulanan refah politikalarının alt zemini sağlamlaşacaktır (Cural, 2009: 83).

Bu politikaların başında, işsizlerin çalışma hayatına kazandırılması ve işe girme potansiyeli düşük kimselerin daha fazla ücretlendirilen beceriler kazanmalarına yardımcı

olunması, işsizlikten ötürü oluşan özgüven kaybının azaltılması, izolasyon ve dışlanmaya dek uzanan kayıpların giderilmesi gelir. Fakat bu politikaların tek başına değil, diğer tamamlayıcı refah politikalarıyla birlikte hayata geçmesi OECD ülkeleri ve diğer refah ülkeleri için bir zorunluluktur (OECD, 2005: 5). Örneğin; OECD ülkelerinde istihdam ve işsizlik oranlarına genel olarak bakıldığında, istihdam oranının yüksek olduğu ülkelerde gelir eşitsizliği daha düşük olduğu ifade edilmiştir. Gelir eşitsizliğinin düşük olduğu İskandinav ülkelerinde istihdam oranı yaklaşık %74 iken eşitsizliğin yüksek olduğu Meksika, Türkiye ve Polonya’da istihdam oranı %52 civarındadır. Norveç ve İsviçre’de ise istihdam oranı eşitsizliğin daha düşük olduğu ülkelere göre daha yüksektir (Cural, 2009: 83-84).

Günümüzde Refah Devletleri, emek gücünün yenilenme sürecine, katkı sağlamak ve süreci iyileştirmek amacıyla çeşitli şekillerde müdahale etmektedir. Gough'a göre; devletin bu alanda uyguladığı başlıca yöntemler şunlardır (Aktan ve Özkıvrak, 2008:49-50):

- ✓ Vergi ve sosyal güvenlik sistemleri yoluyla tüketim mallarına harcanabilecek para miktarını değiştirmek, vergilemede aile indirimleri, çeşitli sosyal sigorta olanakları vb.
- ✓ Kişilere satın alma gücü sağlayan ücret ve maaşlar ile ev kadınlarının ürettiği hizmetlerin yapısını düzenlemek. Örneğin, yeni konutlarda sunulan kolaylıklar.
- ✓ Belirli mal ve hizmetlerin belirli kişiler ya da herkes için sübvansede edilmesi diğer bir deyişle piyasa fiyatından daha düşük bir bedelle kullanıma sunulması.
- ✓ Doğrudan hizmet şeklinde kullanım değerleri sağlamak. Örneğin, ulusal sağlık ve eğitim hizmetleri gibi bedava ya da büyük ölçüde düşük bir fiyatla sunulan hizmetler.

Yukarıda sözü geçen araçlar sosyal devlete, giderek artan bir biçimde tüketim düzeyi, kalıpları ve dağılımını kontrol etme olanağı da sunmaktadır. Diğer yandan emek gücünün devamı, sadece bugünkü emek gücüyle değil gelecek nesillerle de ilişkilidir. Dolayısıyla, bugün bağımlı bir grup olan ancak geleceğin işgücünü oluşturan çocukların sağlıklı gelişimi ve eğitimi büyük önem taşımaktadır. Günümüz toplumlarında çocuklara

yönelik sosyal transferler hala temel olarak ailelerin kişisel sorumluluğundadır. Bununla birlikte, sosyal devlet ailelerin bu konudaki kişisel sorumluluğuna da giderek artan şekilde müdahale etmektedir.

1.3.5. Ekonomik Büyüme ve Sosyal Denge

Sosyal Refah devletlerinde uygulanması en muhtemel konulardan biri de sosyal dengenin sağlanmasıdır. Bu amaçla, kişiler, sosyal sınıf ve zümreler ile farklı din ve mezheplere mensup olanların öncelikle yasalar karşısında eşit işlem görmelerini sağlamaya ve kişilerin, mensup oldukları sınıf, zümre, ırk, din veya mezhep nedeniyle ya da sahip olduğu ekonomik güçten ötürü ayrıcalıklı muamele görmesini engellemeye çalışır. Haksızlığa uğrayanları, güçsüz kişileri korur. Sosyal devlet bu amaçla bazı girişimlerde bulunmakta (Aktan ve Özkıvrak, 2008: 49-50), özellikle belli sektörlerde oluşan tekelleşmeyi bertaraf etmek istemektedir. Şöyle ki; sağlık sektörü tekelleşmenin yaşanabileceği en ideal alanlardan biridir.

Sağlık alanının kendine özgü koşulları, serbest rekabet kurallarının işlemsini engelleyen güçlükleri bulunmaktadır. Sağlık alanını refah ışığında ifade etmek gerekirse (Işıklı, 2011: 1-2);

- ✓ Sağlık ve tıp hizmetleri kaçınılmaz olarak oligopolistik niteliklidir. Kamu sağlık hizmetleri bütünüyle topluma yöneliktir. Sağlık kurumlarının kademeli gelişim gösterdiği ülkelerde mevcut hastanelerle rekabet etmek üzere yenilerini ekleyecek potansiyelde girişimciler bulunamaz. Genel olarak tekelleşme eğilimi içinde olan rekabete dayalı piyasanın bu özelliği, özellikle sağlık alanında kendisini gösterir ve fiyatları serbest rekabet ortamı değil, monopolleşmeye dönük oligopoller belirler.
- ✓ Tıbbi bakım alanında, tüketiciler asimetrik bilgi ile karşı karşıyadır. Ancak uzman olanların bilebileceği araç-gereçlerin ve tüketicinin ölçmesi mümkün olmayan bir bilginin kullanıldığı sağlık sektöründe tercih, dış görünüşe göre yapılır. Çoğu zaman, sağlık hizmetleri alanında “*Pahalı olduğuna göre daha iyidir*” koşulu egemen olur. Pahalılıkla ölçülen bu durum yüzünden refah devletlerinin uygulamaları ise; çoğu zaman külfetli olmuştur.

- ✓ Sağlık alanında, görelî olarak, fiyat karşısında esnek olmayan bir talep söz konusudur. Yani, sağlık hizmetlerinde fiyat ne kadar artsa da talebin aynı düzeyde kalması eğilimi yüksektir. Normal olarak herkes, kendi sağlığı için veya yakınlarının (örneğin çocuğunun) sağlığı için parasının tamamını ve tüm malvarlığını vermeye hazırdır. Böylece, refah devletlerinin sosyal denge sağlamak açısından uyguladığı politikalar sözü edilen psikolojik etki sebebiyle pozitif anlama dönüşür.
- ✓ Sağlık hizmetlerinin maliyeti, yoksullar, kronik hastalar, yaşlılar açısından bakıldığında, diğer insanlara göre daha yüksektir. Bu tür kategoride olanlar, sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan kesim olmalarına karşın, en düşük satın alma gücüne sahip kesimi oluştururlar. Bu yüzden sosyal devlete düşen görev; bu kesime ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini götürmek ve kamusal destek ve teşviklerle bu sorunu çözüme kavuşturmasıdır.

Sosyal dengenin oluşması için önemli şartlardan biri de budur. Bir diğeri, para, kredi, sermaye, mal ve hizmet piyasalarını denetlemeli, çalışanları sermayedarların baskısına karşı korumalı ve emek-sermaye dengesini iyi ayarlamalıdır. Çalışanların örgütlenmesi, iş güvencesi, sendika kurulması, toplu iş sözleşmeleri ve grev yapma hakkının tanınması da asli görevlerindedir (Aktan ve Özkıvrak, 2008: 50-51)

Ayrıca ekonomik büyüme de refah zincirinin önemli bir halkasıdır. Bu halkada bahsi geçmesi gereken kişilerin arasında John Maynard Keynes gelir. Keynes; refah devletinin kurumsallaşmasında çok önemli bir yere sahiptir. Hızla sanayileşmeye başlayan toplumlarda, fordist üretim süreçleri toplumu ekonomik ve kültürel olarak standartlaştırmış, bu durum üretimin kitleleşmesine ve artmasına neden olmuştur. Söz konusu üretim artışı doğal olarak tüketimin de kitlesel olması ihtiyacını tetiklemiştir (Aktel, 2003: 31). Keynes'e göre talep istihdam düzeyini etkinleştiren unsurlardan biridir ve etkin olan talebi de üretim şekillendirmektedir.

Keynes, ekonomik modelini etkin talep üzerine kurmuştur. Toplumun tüketim ve yatırımlarının toplamı talebe olan etkinliği belirlemektedir. Keynes'e göre gelir dağılımının adaletsiz olduğu toplumlarda etkin talep düzeyi düşük olacaktır. Modern kapitalist toplumlarda var olan gelir eşitsizliği neticesinde gelir düzeyi yüksek kesimler ne kadar çok

tüketim yaparlarsa yapsınlar gelirlerinin büyük bölümünü tasarruf edeceklerdir. Bu durum sonucunda tasarruflar yatırıma dönüşecek ve arz sürekli artacaktır. Toplam talep ise bu arzın gerisinde kalacaktır. Arz ve talep arasında ortaya çıkan bu dengesizlik kaçınılmaz olarak krize yol açacaktır. Etkin talebin yükseltilmesi ve ekonomiye yapılan müdahaleler krizlerin önlenmesi için gereklidir. Keynes ise; ekonomide dengenin ve tam istihdamın sağlanabilmesi için büyük ölçekte bir müdahalenin gerekli olduğunu ve bunu ancak devletin yapabileceğini vurgulamıştır (Şaylan, 2003: 95-98). Keynes'in üstünde durduğu piyasaya devlet müdahalesi, eşitsizliklerin azaltılmasında bir nevi aracı vazifesi görür (Alcock ve diğerleri, 2002: 125-126). Jessop, Keynes refah devletinin özelliklerini irdelemiş ve şöyle bildirmiştir: Refah devleti, uluslararası politikalar izlerken ulus devletinin özelliklerini koruyacak biçimde hareket eder; tam istihdamın sağlanabilmesi için talep-üretim-tüketim arasındaki ilişkiyi temellendirerek, altyapı oluşturacak hedefler belirlenir; toplu görüşme yaparak toplumsal amaçlar ortaya koyar ve uygular; kaynakların yeniden dağıtılmasında, piyasa başarısızlıklarında müdahale ederek telafi yoluna gider (Jessop, 2009: 107).

1.4. Refah Devletinin Refah Sağlayıcı Araçları

1.4.1. Kamu Müdahalesi

Klasik iktisat teoreminin bel kemiği olan görünmez elin geçerliliği ile ilgili olan refah uygulamaları, kişisel kazançlara ulaşılmasında rekabet piyasasının amacı olan optimum refaha ulaştıramamaktadır. Çünkü kendiliğinden oluşan dışsal ekonomilerin, monopollerin, hizmet mallarının piyasa hedefleri gerekli refah etkilerini gösterememektedir. Dolayısıyla piyasa yanığı, yani rekabet piyasasındaki dengenin ideal durumundan sapması ile birlikte, devletin bu dengeyi tekrar yerine getirme görevi doğmakta ve refah devletinin araçlarından birini oluşturmaktadır (<http://dergiler.ankara.edu.tr>). Ayrıca, ekonomik kalkınma düzeyi, ideolojik anlayışlar, gelir paylaşılmasının düzenlenmesi, mevzuatı düzenleme ve kurumsal örgütlenmeler de refah devletinin kamuya müdahale sebeplerindedir.

1.4.2. Siyasal Yapı

Sanayi Devrimi ve sonrasında gelişen klasik demokrasi ve liberal iktisat anlayışının devlet müdahalesini hoş görmeyen yaklaşımının toplumsal yapının korunmasında ve düzenin sağlanmasında başarılı olmadığı görülmüştür. 19. Yüzyılın başından itibaren devletin ekonomik ve sosyal yapıya müdahale etmesi yönündeki düşünceler yaygınlaşmış, toplumsal düzenin ancak sosyal sorunların çözümlenmesi, bunun da temel hak ve özgürlüklerin de sağlanması yoluyla gerçekleştireceği fikri ön plana çıkmıştır. Sanayi Devrimi'nin başında ahlaki kaygılar taşıyan, paternalist (Herşeyin iyisini/kötüsünü sadece kendisinin bildiğini iddia eden baba devlet anlayışı) nitelikli düzenlemeler, demokrasinin gelişimi ve sosyal haklarda sağlanan ilerlemeler neticesinde devletin sosyal niteliği değişmiştir. Çalışma hayatında yaşanan olumsuzlukların giderilmesi ve bir ölçü de ekonomik gerekçelerle, sosyal politikaların ilk görünümü olan sosyal sigorta düzenlemelerine geçilmiştir. Çalışan sınıfların desteklediği siyasal partiler, işçi partileri, sosyalist ve sosyal demokrat partiler olarak ortaya çıkmışlar, toplumun bütününe yönelik politikaları ile bir süreliğine iktidar şansı yakalamışlardır (Karımlı, 2011: 30-34).

Siyasi sistem içerisinde sosyal politika vurgusu yapmaları, liberal ve muhafazakar hareketlerden farklılaşmalarını sağlamıştır. Birçok siyasi uzman sosyal politikaların ve devletin sosyal özelliğinin gelişiminde siyasal partilerin en önemli unsur olduğunu düşünmektedir. Siyasal partilerin oy için rekabet yaşamaları, sosyal refah harcamaları vaatleri ile rekabet üstünlüğü sağlamalarına neden olmaktadır. Ancak bu durumun istisnai olayları da mevcuttur. 1970'lerde yaşanan krizlere değin iktidarı sol partilerin, sosyal politikalarının kısıtlandığı dönemde ise sağ görüşlü partilerin alması bu istisnalardan birini oluşturmaktadır. Buradan görüldüğü gibi, sosyal politikaların direk siyasal aracılığı/iktidarı yoluyla uygulanışı ve bir sürelik de olsa başarısı, amaca giderken önemli bir araç olarak değerlendirilebilir (Karımlı, 2011: 30-34).

1.4.3. Sendikal Organizasyon

Sanayi Devrimi ile birlikte, çalışma ilişkilerinin o güne değin düzenlendiği kurumlar olan loncaların ortadan kalkması, çalışma yaşamında hiçbir kurum ve kuralın bulunmadığı bir yapıyı beraberinde getirmiştir. Yoğun üretimin alt tabanı olan makineli

üretime geçişle birlikte, büyük işletmeler ortaya çıkmış, bunun sonucu olarak da çok sayıda işçinin çalıştığı kurumlar haline gelmişlerdir. Bu işletmelerde emek yoğun işgücü ortaya çıkmış, emek-sermaye ayrışması yaşanmıştır. İşyeri ile çalışanlar arasında giderek büyüyen bir hiyerarşi baş göstermiştir. Özellikle, kırdan kente gelerek büyük sanayi merkezlerinde ağır çalışma koşullarında çalışan vasıfsız işgücü giderek büyümüştür (Karımlı, 2011: 30-34).

Sanayi toplumlarında kamu müdahalesi yoluyla gerçekleştirilen ilk sosyal politika uygulamaları da anlaşıldığı gibi, işçi sınıfı üzerinde gerçekleşmiştir. Sanayi üretiminin artırılırken kol gücüne duyduğu ihtiyaç, sermaye çıkarları ile çatışan büyük bir çalışanlar grubunu da ortaya çıkarmıştır. Büyük fabrikaların kurulu olduğu sanayi merkezlerinde bir araya gelen işçilerin aynı ekonomik ve sosyal sorunlar içinde ortak bir bilince ulaşmaları da uzun sürmemiştir. Bu grupların birleşmesi ile ortaya çıkan kolektif organlar, çalışanların sermaye karşısında da güçlü bir blok oluşturmasını sağlamıştır (Karımlı, 2011: 30-34).

İşçi hareketleri sendikalar aracılığı ile işverenler karşısında yeni bir denge durumunu ortaya çıkarırken, aynı zamanda bu tecrübe ile güçlü bir sendikal kültürün oluşumunu da sağlamıştır. Bir siyasal kurum olarak sendikanın yapılanması işçi hareketi tarihi ve modern siyaset tarihi bakımından büyük öneme sahiptir. Sanayi toplumunun ortaya çıkardığı sorunların demokratik sistem içinde çözülmesinde ve çıkar mücadelelerinin belirli kurallara bağlanarak toplumsal sözleşmelere dönüşmesinde sendikalar, vazgeçilmez bir niteliğe sahip olmuşlardır. Belirli bir sosyal ideale inanma temelinde güçlenen sınıf bilinci, çalışanların kurdukları sendikalar eliyle, mevcut düzen içerisinde ekonomik ve sosyal durumlarını düzeltme hareketi olarak güç kazanmıştır. Çalışanların kendi gelecekleri üzerinde söz sahibi olmaları ve amaçlarının gerçekleşmesine katkı sağlamaları, modern toplumun bir unsuru olarak da değer görmüştür. İlerleyen süreçte sendikaların toplu pazarlık, grev ve toplu sözleşme hakları ile donatılması, çalışma hayatının güçlü bir aktörü olarak ortaya çıkmalarına ve sosyal politikayı şekillendiren etkin bir unsura dönüşmelerine neden olmuştur (Karımlı, 2011: 30-34).

1.5. Refah Devletinin Sınıflandırılması

Refah devleti üzerine, Wilensky ve Lebeaux'un 1958'de yazdığı, refah devletlerini kurumsal ve kalıntı olarak sınıflayan çalışma alanındaki ilk çalışmalardır (Durdu, 2009: 44). Sınıflandırma gayreti bundan sonraki süreçte daha da hızlanmıştır. Titmuss' a göre ise; devletin ihtiyaçları çalışma, üretkenlik temelinde karşıladığı 'Sanayileşme başarısı-performans modeli, devletin toplumun tüm ihtiyaçlarını üstlendiği 'kalıntı refah modeli' , üretkenliğe ve çalışma gücüne bağlı olarak gereksinimlerin giderildiği ve evrensel hizmet boyutuna ulaşan sosyal refahın kurumsal uygulamalarla entegrasyonu hedeflemesi (Aşçılı, 2005:72) 'Kurumsal-yeniden bölüşümcü model' demiş ve refah devletini sınıflandırmıştır (Durdu, 2009: 44). Esping- Andersen refah devletine yönelik sınıflandırmayı 'Liberal refah modeli', 'Sosyal-demokratik veya İskandinav refah modeli' ve "Muhafazakar veya Kıta Avrupası refah modeli" olarak izah etmiştir.

Ayrıca yine, sosyal koruma durumunda ödemeyi kimin üstlendiğine göre devletleri üçe ayıran yaklaşımda bulunmaktadır. Bu tasnife göre; çalışanların sosyal refah finansmanını işverenin ya da kendisinin ödediği katkı payı olan 'Bismarck modeli', ülkenin geneline yönelik sigortacılık anlayışı getiren 'Beveridge modeli', bu ikisinin karışımından oluşan 'Karma model' bulunmaktadır. Bir diğer sınıflandırma çalışmasını, Alexander Hicks yapmıştır. Ona göre; refah rejimleri iki kategoriye indirgenmeli ve bunlar evrensel faydalar ve gelir araştırması olarak iki yönlü incelenmelidir. Bu yönler, biri zayıf diğeri kuvvetli yönlerdir. Hicks tiplemesinde bu ayrıntıya dikkat çekmiş ve 'Gelişimci Liberalizm' ve 'Geleneksel Muhafazakarlık' tanımlarını ortaya çıkarmıştır (Özdemir, 2007: 129-130).

1.5.1. Refah Devletinin Klasik Tasnife Göre Sınıflandırılması

1.5.1.1. Beveridge ve Bismarck Modeli

Beveridge Sistemi'ne halk sigortası adı da verilmektedir. Bu model, sadece çalışanları değil aynı zamanda bütün toplumu sosyal güvence altına almayı hedefleyen ve toplumun her kesimini ayırım yapmadan Bismarck modelinde olduğu gibi sadece çalışanları değil bütün bireyleri sosyal güvenceden yararlandırma hedefi ile ülkede yaşayan herkesi

ayırım yapmaksızın kapsamına alarak sosyal adaletsizliği ortadan kaldırmaya çalışan, finansmanı primlerle sağlanan ve bütün finansman ve edimlerin tek merkezden yürütüldüğü modern sosyal güvenlik sistemlerinden biridir (<http://www.tisk.org.tr>).

İngiltere, Beveridge sistemine örnek göstermek için uygun bir ülkedir (Ekin ve diğerleri, 1999: 33). II. Dünya Savaşı'ndan sonra işçi-işveren ikilisinin yanında bir diğer taraf olarak devletin de olması gerektiği düşünülmüş ve sosyal sigorta sistemine devlette katkı sağlamıştır. Bu sistemin işleyişi ise şöyledir: Ödenekler ve katkı payları kazançla artan ya da azalan şekilde belirlenmeksizin düz oranlı yapılmıştır. Yani, sigorta kapsamındakilerden primler alınmış ancak Bismarckçı anlayışa nazaran, bu primler düşük tutulmuş ve düz oranlı ivazlar olmuştur (Özdemir, 2007: 159). Her bir ücretli çalışanın haklarını onun ya da işverenin ödediği katkıya bağlayan Bismarck sistemiyle bir ülkenin tüm nüfusuna dönük genel bir sigorta anlamına gelen Beveridge sistemi arasında bazı farklılıklar göze çarpmaktadır.

'Prim katkısına bağlı' olan sosyal politikaların orjininde daha çok sosyal güvenlik bulunmaktadır. Çalışanları kazancına göre kategorize ederek, kazançla dayalı yararlar sunar. Yararı hak etmesi için kayda değer bir katkıda bulunulmalıdır ve finansmanı işçi-işveren sırtlamıştır. Almanya, Fransa, Yunanistan, İspanya, Avusturya ve Hollanda katılım paylarının sosyal harcamaların finansmanında yüksek olduğu ülkelerdir. Bismarckçı refah devletinde nüfusun çalışmayan kesimine ve yoksulluğa yönelik bir program yoktur. Bu politika, piyasa ekonomisinde işçilerin refahını artırmak için etkindir. Ancak, nüfusun çalışmayan yanına yönelik hiçbir iyileştirici etkisi yoktur.

'Vergi ile finansmana dayalı' sosyal politika daha evrensel özellik gösterir. İkamet etme ve ihtiyacın bulunması hak etmek için yeterlidir. Yararlı asgari seviyede olmasıyla birlikte, finansmanı genel vergilendirme ile gerçekleşir. Finlandiya, Norveç, İsveç ve Danimarka vergilendirmenin kullanıldığı ülkelerdir. Bu sistemde amaç; yoksulluğu önlemektir. Yoksulluğun kriteri olarak bütün toplum risk altında sayılır ve temel gelir uygulaması yapılır. Yalnız, Beveridge sisteminin bazı eksiklikleri bulunmaktadır. İlk olarak, evrensel ve olanak testine yönelik hizmetler arasında bir ayrımı içermemesidir. Evrensel hizmet; tüm toplumu potansiyel olarak görür ve olanak testinden yararlanmak için herhangi bir şart aranmaz. Tarihsel açıdan evrensel hizmet İsviçre ve Danimarka'da

olduğu gibi var olan olanak testinin bir devamı şeklinde gelişmiş olsa da, finansman yöntemine dayalı bir ayırım hizmetin düzeyleri arasındaki farkların görülmesi açısından eksik kalacaktır. İkincil olarak; Bismarck tipine bağlı sosyal sigorta Beveridge yaklaşımına göre göreceli olarak daha az dikey yeniden dağılım sağlar. Yani, Bismarckçı anlayışta yeniden dağılım aynı gelir seviyesindeki insanlar arasında, yatay dağılım ile gerçekleşmektedir. Gelir vergisinin aksine, sosyal sigorta primleri ya eşit oranlı (Gelirlerinden bağımsız olarak katılımcılar eşit miktarda öder.) ya da regresiftir (Gelir arttıkça prim oranı düşer). Bismarckçı sosyal sigorta prim ödemeyenleri saf dışı bıraktığı için daha az yeniden dağılımcı bir fonksiyon içermektedir. İki modelin en büyük ayırt edici özelliği: Bismarck sisteminde sosyal politika çalışanlara gelir desteği sağlanmasıyla ilgilenirken, Beveridge sisteminde yoksulluğun giderilmesi önemlidir (Marangoz, 2001: 79-81). Tablo 7’de Beveridge ile Bismarck modelinin ayrıları ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Fransa, Almanya ve Türkiye’de kullanılmakta olan Bismarck modeli genel olarak karşılıklılık ilkesine dayanmakta ve bu ilke kendini en çok emeklilik sisteminde göstermektedir (Sözer, 1994: 25). Beveridge sisteminin çıkış noktası olan İngiltere’de ise; ulusu kapsayan bir sağlık hizmetinin oluşturulması, her kesimin sosyal güvenlik altına alınması özellikle kayıtdışı çalışan kesimin ve tam istihdamın oluşturulması amacı önem kazanmıştır (<http://www.sendikanet.org/tr>). Bunlar için bazı adımlar atılmış, örnek vermek gerekirse 1946 yılında çıkarılan Ulusal Sağlık Yasası, İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Yasası; 1948 yılında çıkan Sosyal Yardım Yasası, 1945’de Aile Yardımları Yasası ve 1946’da Ulusal Sigorta Yasası bu girişimlerin öncülüğünü etmiştir (Güzel ve Okur, 2002: 26).

Tablo 7: Beveridge ile Bismarck Sistemi Arasındaki Farklar

	Beveridge Sistemi	Bismarck Sistemi
Refah Devletin Gayesi	Hayatın risklerine karşılıksız olarak cevap verebilmek	Düşük geliri telafi edebilmek
Yardıma Hak etme	Koşulu muhtaç olmak, katkı payı ödemek	Katkı payı ödemek
Finansman	Herkesten alınan vergi ile	Gelirden kesilen katkı payları ile
Yeniden Dağıtım Biçimi	Dikey	Yatay

Kaynak: Kaya, 2009: 88

1.5.1.2. Karma Model

Bu sistemde hem çalışan gruplara yönelik olarak sosyal sigorta düzeni, hem de tüm vatandaşları kapsayacak şekilde bütüncül bir yerel sigorta vardır. Karma sistemi kullanan ülkeye örnek olarak Hollanda gösterilebilir. Hollanda hem Beveridge hem Bismarck sistemini farklı alanlarda kullanmaktadır. İşçi sigortaları Bismarck tipi iken, halk sigortaları Beveridge sistemindedir. Sosyal yardımı ve ulusal sigortaları içeren bir model benimsemişlerdir (Özdemir, 2007: 160).

1.5.2. Gosta Esping-Andersen'in Sınıflandırması

Refah devletine yönelik olarak çok farklı sınıflandırmalar olmakla birlikte belki de en fazla ilgi göreni Esping-Andersen'in yapmış olduğudur (Kaya, 2009: 89). Buna göre; refah devleti üç tip üzerinden sınıflandırılmaktadır (Koray, 2002: 180). Esping-Andersen, her ülkenin refah devleti rejiminin farklı olduğunu gözlemlemiş ve nedenlerini her toplumun kendine özgü politik, kurumsal, sınıfsal ve kültürel yapısına bağlamıştır. Özellikle işçi sınıfının kültürel yapısına dikkat çekmiş ve sınıflar arasındaki politik birlikteliğin nitelik olarak farklılaşmasının, refah rejimlerini de etkilediğini görmüştür. Liberal refah devletinin yükselişe geçmesi orta sınıfın yükselmesi ile olmuştur. Ona göre; refah devleti yoksullara ve düşkünlere yardım ederken, mesleki geliştirilmiş sosyal ücret ödemeleri ve özel sigortalar orta sınıfa hitap etmektedir (Albayrak, 2003: 88).

1.5.2.1. Liberal Refah Rejimi

Piyasa mantığıyla hareket eden ve toplumsal refahın sağlanmasında piyasanın itici güç olduğunu savunan bir modeldir (Esping-Andersen, 1990: 27). Yararlar asgari düzeyde ve ihtiyaç tespitine dayalı ve damgalayıcıdır. Seçilmeyi daraltma ilkesi, yani evrensel olmayan kısıtla bir bütünleştirme, refahın çalışma arzusunu kısıtlamaması gerekir. Devlet refahın piyasada sunumunu cesaretlendirir (Sarıca, 2008: 87). Devlet, durumu en kötü olanları gelir araştırmaları bünyesinde tespit ederek yardımları sadece bu kesime kanalize etmektedir. Bu yüzden, devlet tarafından yapılan transfer harcamaları sınırlı kalmakta, devlete bağlı sigortalardan sadece düşük gelirden çalışanlar faydalanmaktadır. Asgari

düzye fayda sağlayan devlet, özel ve pasif uygulamalarının geliştirici bir etken olarak piyasayı desteklemektedir (Esping-Andersen, 1990: 27).

Bu sistemin ideal örnekleri ise; İngiltere, Avustralya, Yeni Zellanda ve A.B.D'dir. Belli sınırlarda İsviçre'de bu sisteme dahil edilebilir. Kadın işçilerin emek piyasasına katılımı göreceli olarak daha yüksektir. Sosyal harcamalar kısıtlı ya da orta düzeydedir. Vergi oranları düşüktür. Yaşlılık ve işsizlik durumlarında (İsviçre istisnadır.) orta veya düşük düzeyde bir gelir telafisi, hasta, özürü, genç ve yaşlı olanlara yönelik düşük (İngiltere hariç) sosyal hizmet düzeyi söz konusudur. Yüksek veya orta düzeyde gelir adaletsizliği ve ücret farklılıkları görölmektedir. Kamu sektörü istihdamı göreceli olarak düşüktür. Ayrıca, özellikle İsviçre olmak üzere özel sektör istihdamı OECD ortalamasının üstündedir. İsviçre'de açık sektörler istihdamı kuvvetlendirmektedir. Avustralya ve Yeni Zellanda'da ise; işsizlik sigortasının ortalama telafi oranları düşüktür. Sendikal açıdan İngiltere ve Yeni Zellanda güçsüzleşmiştir. Buna karşın, Avustralya ve İsviçre'de güçlü bulunmakta ancak ücret farklılıklarına ve esnekliğe açık bir anlayıştaır (Marangoz, 2001: 103). Bu anlayışta devlet bir telafi kurumu olarak görölmektedir ve tüm çareler tüketildikten sonra hala problem çözülemese başvurulacak bir devadır. İskandinav ülkelerinde olduğu gibi tam istihdam kaygısı gütmeyen devlet, aynı zamanda muhafazakarlar gibi sosyal problemlerle karşılaştığında onları giderme yoluna gitmez (Bilen, 2002: 125). Liberal Rejimlerde giderek artan sorun ise; düşük ücretli hizmet işlerinde çalışan işçiler ile ailelerinin yoksulluğu ve sosyal eşitsizliktir (Marangoz, 2001: 104).

Sonuç olarak, liberal refah modeli, sorunların piyasada çözümlmesine yönelen, özel refah devletinin koruma stratejilerini sadece teşvik eden, piyasanın başarısız olduğu bir durumda kamunun sorumluluğunu kısıtlayan bir liberal refah modeli karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla, gelir araştırmaları gittikçe zorlaştırılmış ve yurttaşların özel refah piyasasına katılması teşvik edilmiştir. Çalışma ortamı dışında kalanlara yönelik sosyal refah sunumları, ancak ihtiyacı olup olunmadığının araştırılması sonucunda gündeme gelebilmekte ve son derece asgari düzeyde bulunmaktadır (Esping-Andersen, 2002: 15).

1.5.2.2. Muhafazakar-Korporatist Refah Rejimi

Genellikle kilise tarafından biçimlendirilen bu rejimde, piyasanın etkinliği göz ardı edilerek sosyal hakların kabul edilmesine karşı çıkılmaz ve kilisenin ve diğer kurumların sağlayamadığı refahı sağlayan bir devlet tiplemesi karşımıza çıkar. Çalışmaya bağlı refah anlayışı ve kişisel sigorta kavramları daha düşük düzeydedir (Kılınç, 2005: 69). Ayrıca, bu rejime sahip ülkeler, maliyet sınırlamasının gelmesini desteklemiş, bunun nedeni olarak da sosyal güvenlik katkıları ve vergi oranlarının daha fazla arttırılamamasını göstermişlerdir (Aksoy,2006: 13-14). Muhafazakar rejime örnek verilebilecek ülkeler; Almanya, Avusturya, Fransa, Belçika ve İtalya'dır. Özellikle Almanya literatürde bu rejimde önemli bir yere sahiptir (Pringle, 1998: 24). Kıta Avrupası modeli, Kurumsal-Yeniden bölüşümcü model olarak da adlandırılan bu rejim heterojen bir özelliğe sahiptir. Toplam istihdamları oldukça düşüktür (Marangoz, 2001: 104) ve istihdam artışını eşitliği yükseltmeden yaptıkları için daha fazla borç yükünün altına girmişlerdir (Aksoy, 2006: 15). İstihdamdaki bu düşük performans, muhafazakar refah devletlerinin genel vergilendirmeden ziyade, işçilerden ve işverenlerden sosyal harcamaları karşılamak üzere alınan sosyal sigorta primlerine bağlanabilir. Emek piyasasına kadınların katılımı sınırlıdır. Orta düzeyde denilebilecek bir vergilendirme süreçleri vardır. Aynı durum sosyal harcamalar içinde geçerlidir. İşsizlik ve yaşlılık durumunda gelirin telafi düzeyi ise göreceli olarak yüksektir. Ancak sosyal hizmetler konusunda hala bir sınırlılık bulunmaktadır. Ücret farklılıkları ve gelir eşitsizlikleri düşük veya orta düzeydedir.

Bu tipolojiyi tehdit eden temel durum ise; toplumun her kesimini kapsayan bir sigorta sisteminden bireysel riskleri sigortalayan çözümlere geçmekteki güçlüklerdir. Bu sistemde gelire bağlı ve gönüllülük esasına dayalı olabilir ve mevcut gidişat içerisinde akte bağlanmış emeklilik ödemeleri ve kendi emeklilik fonlarını kurmak için gerekli olan primler olmak üzere yüklenicilere çifte yük eklenebilir. Şunu da ifade etmek gerekir ki; Avrupa Birliği'nin merkezindeki 'Kıta Avrupası Rejimleri' işgücü piyasasında daha yüksek oranlarda eşitlik sağlayabilmekte, ancak bunu kamu ve özel kesiminde istihdam azalması pahasına gerçekleştirmektedirler (Marangoz, 2001: 105-106).

Tablo 8: Esping-Andersen’in Üç Tür Refah Modeli

Rejim	Liberal	Muhafazakar	Sosyal Demokrat
Örnekleri	ABD, İngiltere	Almanya	İsveç
Felsefe Temeli	Klasik Liberalizm	Muhafazakar Sosyal Politika	Sosyal Demokrasi/Marksizm
Metalaşmayı Zayıflatma Derecesi	Düşük	Orta	Yüksek
Sosyal Haklar	Gereksinim temelli	Katkıya dayalı	Evrensel
Refah Önlemleri	Karma hizmetler	Transfer ödemeleri	Kamu Hizmetleri
Haklar	Düz oranlı ödenekler	Katkıya dayalı	Yeniden dağıtıcı
Sosyal Politika Kurumları	Piyasa (Kalıntısalsal)	Devlet (Mesleksel)	Devlet (Evrensel)

Kaynak: Sarıca, 2008: 89

1.5.2.3. Sosyal Demokrat Refah Modeli

Sosyal demokrat rejim, sosyal vatandaşlık konumuna en yakın olan ve II. Dünya Savaşı’ndan sonra ortaya çıkan bir modeldir. Bu rejimde piyasa da, aile de sosyal güvenlik sisteminin oturması açısından geri planda kalmakta sistemin esas uygulayıcı devlet olmaktadır (Günel, 2009: 30). Ortak paydaları evrensellik ve müdahaleci-aktif devlet yapısıdır. ‘En yüksek standartlara sahip ve eşitlikçi’ karakteri ‘Minimal düzeyde gereksinimlerin karşılanması ve eşitlikçi’ karakterinden daha baskındır. Elde edilen faydaların gelire göre kademelendirilmesi esastır. Çünkü; evrensel bir sosyal güvenlik sistemine herkesin katılımını ve desteğini sağlamak gerekir. Esping-Andersen’in diğer tipolojileriyle kıyaslanırsa, devlet son başvuru kurumu değil, tüm vatandaşlarının sınıf ayırt etmeksizin sosyal haklarını karşılayan bir temel refah birimidir. Tam istihdam sağlamada beceriklidir (Esping-Andersen,1990:33). Bu modelde devlet, tam istihdamın yerleşmesinde baş faktördür. Devlet, bir taraftan emeği yönlendirerek istihdam sağlarken, diğer taraftan da emeğin işgücü piyasasındaki giriş-çıkışlarını kontrol altında tutmaktadır. Bunu da sübvansiyonlarla yapmaktadır. Bu niteliğinden ötürü bu modele, “Kapsamlı refah devleti modeli” de denilmiştir (Günel, 2009: 30).

Bu rejime göre; dayanışmacı, evrensel ve metalaşmayı zayıflatıcı refah modelini sürdürmenin dikkat çekici maliyetlerinin, en iyi şekilde ve belki de mutlak toplumun kayda değer bir kısmının çalıştığı ve pek azının sosyal transferle yaşadığı şartlarda karşılanabileceğinin bilindiği bir sınıflandırmadır (Esping-Andersen, 1990: 33). En başarılı örnekleri İsveç'te görüldüğünden (Karımlı, 2011: 47) İsveç modeli veya Kurumsal yeniden dağıtıcı model olarak da bilinir (Günel, 2009: 30). İsveç dışında Danimarka, Finlandiya, Norveç'te bu grupta yer almaktadır (Aktan ve Özkıvrak, 2008: 70).

1.6. Bazı Ülkelerde Sosyal Refah Devleti Uygulamaları

1.6.1. İngiltere

İngiltere'nin refah örneğinde, refah modelinin kapsadığı istihdam ve nüfus oranları baz alınabilir. Çünkü bireyler, çalışarak hem şu anki hayatlarını devam ettirecek geliri, hem de sosyal güvenlik programına dahil olarak ileriki hayatları için bir gelir garantisi sağlarlar. Bireyler istihdama dahil edilmediklerinde ise; onları koruyan işsizlik sigortası ve sosyal gelir transferleridir. İngiltere'de toplam nüfusun neredeyse %60'ı çalışabilir nüfusu oluşturur. 1990'ların sonuna kadar bu oran, fazla değişim göstermemiş, 2000'lerin ilk başlarında artmaya başlamıştır. Nüfusun sadece üçte biri istihdam edilememiş, üçte ikisi çalışma olanağı bulmuştur ve çalışan sayısı 2007'de 29.1 milyon kişiye ulaşmıştır (Balseven, 2009: 338). İngiltere İstatistik Dairesi'nce yayımlanan 2012 verilerine göre ise; Mayıs'a kadarki üç ay içinde işsiz sayısı 65 bin kişi azalarak 2.58 milyona düşmüştür. Söz konusu süre içinde işsizlik oranı yüzde 8.1'e düşmüş. bir önceki çeyrekteyse bu oran yüzde 8.3'e yükselmiştir. İstatistik Dairesi'nin açıkladığı rakamlarda, çalışan insan sayısı 181 bin artışla 29.35 milyona çıkmıştır. Bununla birlikte, Haziran ayında devletten işsizlik yardımı talep edenlerin sayısı 6.100 kişi artarak 1.6 milyona çıkmış, aynı dönemde uzun süreli işsiz sayısı da artmıştır. İki yılı aşkın süredir işsiz olanların sayısı 18 bin artarak 441 bine çıkmıştır. Bu rakam, 1997'den bu yana, en yüksek istihdam verisidir. Mayıs ayında ortalama gelirler de yüzde 1.5 oranında bir artış kaydedilmiştir. Primler dışındaki olağan gelirler ise, bir önceki yıla kıyasla yüzde 1.8 artmıştır (<http://www.bbc.co.uk>).

Refah Reformu Hareketi'ne (2012) göre; istihdama yönelik olarak haksız yere işten atılanlar için İş Kanunu'nda bazı yeni uygulamalara ve yaptırımlara gidilmiştir.

Çalışanlarla işveren arasındaki anlaşmazlıkları daha erken bir aşamada çözmek için İş Kanunu'nda değişikliğe gitme niyetine girilmiştir. Hükümet ayrıca yeni bir personel istihdam edildiği zaman işletmelerin kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. İngiliz Hükümeti, 2011 Ocak ayında işyerindeki anlaşmazlıkları çözmek adına bir müzakere başlatmış ve bu müzakere bir dizi değişikliklere yol açmıştır. 2012 Nisan ayında ise bu değişiklikler yürürlüğe girmiştir. Deneme süreleri haksız yere işten çıkarılmayı azaltmak için, bir yıldan iki yıla çıkarılmıştır. Bunun anlamı şu ki; işe alınanlar işten çıkarılmaya karşı yasal güvence altına alınmış ve uzun deneme süresi onların istihdama katılımında teşvik edici bir araç olmuştur (<http://www.dwp.gov.uk>). Küresel ekonomi, teknoloji ve üretimdeki hızlı değişiklikler ile çok büyük bir değişim geçirmekte ve toplum ve ticaret üzerinde çok kapsamlı etkileri yaşanmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler giderek büyümektedir. Özellikle, Çin Japonya ve İngiltere ile yarışır duruma gelmiştir. Bu sebeple, İngiltere'ye olan küresel göç ve yaşanan kitle İngiltere'nin popülasyonunu oluşturmaktadır. İngiltere ekonomisi küresel yarışa kolay adapte olmuş özellikle firma ve sektörler arası yeni becerilerin geliştirilmesi bu sürece katkı sağlamıştır. Yüksek düzeydeki beceriler, istihdam için gereken sıradan nitelikleri çitasını yükseltmiştir. İngiltere'de 4.6 milyon çalışma çağındaki insan, vasıfsız eleman durumundadır ve bunların 2.2 milyonu geçici çalışmaktadır. İngiltere'de istihdam etme oranı yüksektir. Eğitim durumu iyi olanların istihdam edilme oranı %75 iken, eğitim durumu iyi olmayanların istihdam edilme oranı %55'tir. Düşük niteliklere sahip çalışma çağındaki nüfusun oranlamasına bakılacak olursa; 30 OECD ülkesi içinde İngiltere 18. sıradadır. 2020 yılındaki işgücünün %70'i zorunlu eğitimden geçirilecek ve 2020 yılındaki yetişkin nüfusunun %50'si geleneksel eğitim ve hizmet içi eğitimlere katılacaktır. Buna karşın, istihdam üzerinde bazı inatçı engellerde bulunmaktadır. Şöyle ki; İngiltere hanelerinde hiçbir yetişkin çalışmadığı halde büyüyen 1.7 milyon çocuk vardır. Bu yetişkinler tamamen İş ödeneğine güvenmektedirler. Bu durumda İngiltere için sorun oluşturmuştur (<http://www.dwp.gov.uk>).

Ayrıca, İngiltere'nin sosyal güvenlik politikaları incelendiğinde emeklilik sistemi ve sosyal hizmetler başlığı altında iki gruba ayrıldığı görülmektedir. İngiltere'de emeklilik sistemine girişte önemli olan yaş faktörüdür. Erkeklerde emeklilik yaşı 65 iken; kadınlar için 60'tır. Yaş kriterinin 2010 yılı itibariyle kademeli olarak artırılması planlanmakta, 2020 yılında ise kadınlarda 65'e yükseltilmesi öngörülmektedir. Emekli olabilmek için en az 44 yıl çalışılması ve vergi mükellefi olunması gerekmektedir. Bu da; kamu yaşlılık sigortası

adı altında toplanmıştır. İngiltere'nin emeklilik yapısında en önemli nokta; zorunlu ve temel olmasıdır. Sabit oranlı ödeme olanağına sahip olan sistem, enflasyona endeksli bir şekilde devam etmektedir. Ancak, emeklilik geliri asgari geçinecek miktardan az olduğundan, emekliler gelir-testine dayalı gelir destekleriyle geçinebilmektedirler (Taşcı, 2010: 191-192).

Tablo 9: Günümüz İngiltere'sinin Refah Durumu (2012 Yılı)

Temel Göstergeler	Ülke Değeri (%)	Kaydedilen Yıl	Dünya Ortalaması (%)
Doğum Oranı %	13	2010	22
Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	35.686.20	2010	14774.70
Yaşam Memnuniyeti (Hesaplama 0 > 10)	6.90	2011	5.50
Olası Yaşam Süresi	80.40	2010	69.60
Nüfus (milyon)	62.20	2010	-
5 yıllık GSYİH Kişi Başına Düşen Büyüme Oranı	-0.10%	2010	2.70
İstihdam Durumu	0.60%	2011	0.50
Enflasyon Oranı	3.30%	2010	5.10
İşsizlik Oranı (%)	7.80%	2010	9.50
Hükümet İstikrarı	130	2010	33.90
Kızların Erkeklerle Göre Okullaşma Oranı	1.10	2009	1.00
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (Satın alma gücü paritesi: Dolar)	3399	2009	1323
Bebek Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda)	4.60	2010	22.60
Sağlık Problemine Sahip Olma (%)	19.90%	2011	23.00
Kişisel Özgürlük	0.90	2011	0.50
Sosyal Yardım ve Sermaye	70.20%	2011	30.10

Kaynak: 2012 Legatum Prosperity Index, Legatum İnstitute verilerine göre hazırlanmıştır.

1.6.2. Almanya

Almanya’da sosyal refahı arttırmaya yönelik politikalar çok sayıda kurum tarafından yürütülmektedir. Ulusal düzeyde bakıldığında, Buntestag ve Bundesrat adlı alman meclisleri istihdam ve sosyal güvenlikle ilgili kuralları ve araçları belirlemektedir. Ayrıca, aile, sağlık ve gelir politikalarının saptanması ve uygulanması da yetki alanlarında bulunmaktadır. yerel yönetimlerin yetki alanına ise; federal hükümet ve eyalet parlamentoları tarafından yüklenen bazı görevler ile adil gelir dağılımını sağlamak için yapılan sosyal yardımlar, yerel sağlık kurumları ve çocuk bakımıyla ilgili kuruluşlar girmektedir. Alman anayasasının 20. Maddesine göre; ‘Almanya demokratik ve sosyal bir federal devlet’ yapısındadır.

Alman sosyal güvenlik kurumları çok sayıda hizmet sunmaktadır. Bu sosyal nitelikli hizmetlerin önemli bir kısmı nakdi olarak sunulurken, bir kısmı da ayni yardım şeklindedir. Gelir düzeyi 400 €’nun üzerine çıkan her çalışan, sosyal güvenlikle ilgili sigorta primleri ödemek zorundadır. Primler, çalışanların gelir düzeyinin belli bir yüzdesi olarak hesaplanmakta ve prim ödemelerinin yarısı işveren yarısı da çalışandan alınmaktadır. Çalışma esnasında meydana gelecek herhangi bir kaza içinse işyeri kaza sigortası sadece işveren tarafından ödenmektedir (Şanlıoğlu, 2011: 95-99). Ayrıca, Alman emeklilik sistemi oldukça kapsamlı olmakla birlikte yaşlılara yönelik sosyal politikalar ağırlık kazanmıştır.

Almanya Sosyal Yardım Kanunu’na göre, “hastalık veya sakatlıktan dolayı yardım ve bakım görmeksizin hayatını idame ettiremeyen” kişiler, bakıma muhtaç kişilerdir. Bakıma muhtaçlık ifadesi, 1995 yılından beri yürürlükte olan Bakım Sigortası Kanunu’nda da yerini almaktadır. Bu Kanun’da bakıma muhtaçlar, bedenlen, aklen veya ruhen hasta ya da özürlü olmalarından dolayı, hayatlarını kendi başlarını yönetemeyen, günlük basit işleri yerine getiremeyen, dolayısıyla başkalarına muhtaç/bağımlı olanlardır. Bu anlamda yaşlıların bu iki Kanun çerçevesinde bakım hizmeti alma noktasında güvencelere sahip oldukları görülmektedir (Taşcı, 2010: 190). 67 yaşını dolduran bireyler yaş haddinden dolayı emekliliği hak etmektedirler. Ölüm halinde ise eşe, ölen sigortalının emekli maaşının %55’i ödenmektedir. Çocukları olması durumunda 18 yaşına kadar eğitimi devam ettiği sürece yetim maaşı almaktadırlar.

Almanya'daki zorunlu emeklilik sigortasının 2011 yılı itibariyle toplam 50 milyon üyesi bulunmaktadır ve bunların 20 milyonu emeklidir. Yaklaşık 240 milyar € seviyesindeki harcamalarıyla GSYİH'nın %8'ini oluşturan bu sigorta ülke için önemli bir yere sahiptir. Ancak son yıllarda emeklilik sigortası gelir ve giderleri arasındaki fark artmış, bunun nedeni olarak istihdam piyasasındaki olumsuzluklar hem de nüfusun yapısındaki değişimler gösterilmiştir (Şanlıoğlu, 2011 : 104-106).

Almanya'yı diğer Avrupa ülkelerinden ayıran en önemli özelliği ise; ailenin bir refah rejimi aracı olarak taşıdığı önemdir. Aile merkezli uygulamaların varlığı kendini hem sosyo-kültürel pratiklerde, hem de kanun ve yönetmeliklerde oldukça gösterir. Bu nedenle, gelir desteği uygulamaları zaman zaman yalnızca aile birlikteliğini tamamlayıcı bir uygulama olarak algılanıp tatbik edilmektedir. Diğer Avrupa ülkelerinde sosyal refah uygulamaları temelinde düzenlenecek işlerin ailenin sorumluluğunda oluşu; örneğin, ülkedeki kreş sayısının diğer Avrupa ülkelerinden daha az oluşu, ailelerin çocukları üzerinde mali sorumluluklarının sürmesi ve çocukların yetişkin olduktan sonra da çoğunlukla ailenin yanında yaşamaları gibi örnekler refah rejiminin aile merkezli yapısı hakkında önemli ipuçları verir (Erdem, 2005: 9). Bu yardımlara örnek vermek gerekirse; para ve aynı olarak yapılan yardımlar, vergi kolaylıkları, iş akdinden kaynaklanan düzenlemeler, çocuk yardımı (Aylık 184 €), çocuk bakmak için işten çıkma sürelerinin emeklilik yaşına katılması, ebeveynlerden birinin çocuk yetiştirmek için izne çıkması halinde aileye 14 ay boyunca yapılan katkılar, aile bireylerinin de sosyal güvenceden yararlanması vb.'dir (Şanlıoğlu, 2011 : 118).

Tablo 10: Günümüz Almanya'sının Refah Durumu (2012 Yılı)

Temel Göstergeler	Ülke Değeri	Kaydedilen Yıl	Dünya Ortalaması
Doğum Oranı %	8.3	2010	22 (%)
Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	43.742	2011	14774.70
Yaşam Memnuniyeti (Hesaplama 0 > 10)	6.70	2011	5.50
Olası Yaşam Süresi	80	2010	69.60
Nüfus (milyon)	81.80	2010	-
5 yıllık GSYİH Kişi Başına Düşen Büyüme Oranı	1.50 (%)	2010	2.70 (%)
İstihdam Durumu	0.50 (%)	2011	0.50 (%)
Enflasyon Oranı	1.10 (%)	2010	5.10 (%)
İşsizlik Oranı (%)	7.10 (%)	2010	9.5 (%)
Hükümet İstikrarı	20	2010	33.90
Kızların Erkeklerle Göre Okullaşma Oranı	1	2009	1
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (Satın alma gücü paritesi: Dolar)	4129	2009	1323
Bebek Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda)	3.4	2010	22.60
Sağlık Problemine Sahip Olma (%)	25.70 (%)	2011	23
Kişisel Özgürlük	0.90	2011	0.50
Sosyal Yardım ve Sermaye	43.10	2011	30.10

Kaynak: 2012 Legatum Prosperity Index, Legatum İnstitute verilerine göre hazırlanmıştır.

Almanya'nın 2011 verilerine göre profiline bakılırsa; nüfusu 81.777.000 kişidir. %0.02 oranında geçen yıla nazaran bir nüfus artışı gerçekleşmiştir. Cari fiyatlarla GSYİH miktarı 3.577 milyar \$ olarak hesaplanmıştır. Kişi başına düşen GSYİH ise 43.742 \$'dır.

GSYİH reel artışı %3.1 olarak bulunmuştur. Gayri safi sabit sermaye oluşumu / GSYİH oranı ise; %18.2'dir ve AB-27 ortalaması 18.6'dır.

Türkiye, gayri safi sabit sermaye oluşumu/GSYİH oranı açısından 2011 yılında AB-27 ortalamasının 3.3 puan üzerindedir. Almanya ise AB-27 ortalamasından 0.4 puan, Euro Bölgesi'nden ise 1 puan altındadır. 2011 yılı sonuçlarına göre bu oranın en yüksek olduğu ülkeler; Romanya, Çek Cumhuriyeti, Letonya ve Slovakya iken, en düşük orana sahip ülkeler; İrlanda, Yunanistan, İzlanda, İngiltere ve Malta'dır. Almanya'nın parafiskal gelirleri dahil olmak üzere vergi yükü %39.8'dir ve Euro bölgesinin ortalamasının (40.3) altında kalmaktadır. İstihdam oranı ise 2011 yılı için %72.5 ve işsizlik oranı %5.9'dur (<http://www.iso.org.tr/>).

1.6.3. Bazı İskandinav Ülkeleri

1.6.3.1. Danimarka

Danimarka Avrupa Birliği ülkeleri içinde Maastricht kriterlerine en kolay uyum sağlayan ülkelerden biri olmuştur. Ülkenin genel ekonomi politikası denk bütçe, sağlıklı kamu finansmanı, düşük oranlı enflasyon, istikrarlı para birimi ve daha fazla istihdam amacına yöneliktir. 2000'li yılların başından itibaren istikrarlı büyüyen ekonomi refah düzeyini yükseltmiş ve Danimarka'nın dünyanın en zengin ilk 5-6 ülkesi arasına girmesini sağlamıştır.

Bununla birlikte, 2009 yılından bu yana yaşanan ekonomik kriz büyüme trendini durdurmuş, iç tüketimdeki düşüş, işsizlik oranlarındaki artış eğilimi ve verimlilikteki düşüş yaşamıştır. 2010 yılında özel tüketim ve ihracatta görece bir yükselme ve genelde kırılan bir istikrar sağlanabilmişse de ekonomi hala kriz öncesi dönemi yakalayamamıştır. 2011 yılında, GSYİH'da 2010 yılına oranla sadece %1 oranında bir artış kaydedilebilmiş, bütçe açığı ise 85 milyar DKK (yaklaşık 11 milyar Euro) olarak açıklanmıştır. Yıl içinde ekonomik büyümeyi ihracattaki sınırlı artış yönlendirmiş, Hükümetin ekonomiyi canlandırmak için aldığı önlemler kapsamında öne çıkan devlet yatırımlarının artırılmasını içeren "canlandırma paketi", gönüllü erken emeklilik katkısı ve çeşitli gıda ve tüketim

maddelerine getirilen yeni vergiler ile 2012-2013 yılları için büyüme oranlarının artırılması ve işsizliğin azaltılması amaçlanmıştır (<http://www.mfa.gov.tr/danimarka>).

Danimarka nüfusunun %7.3'ü Danimarka dışında doğmuştur. Bu oran OECD ortalamasının (%11.7) oldukça altındadır. Ayrıca, Danimarkalıların %75.7'si istihdam edilmekte ve OECD ülkelerinin %66.1 olan ortalamasından epey yukarıda bulunmaktadır. Bu yönüyle de OECD ülkeleri içerisinde istihdam açısından 5. Büyük ülke konumuna gelmiştir. 5 yıllık GSYİH Kişi başına düşen büyüme oranına bakıldığında, %-0.50'ye gerilemiş ve OECD ülkelerinin ortalaması olan %2.7'nin altında kalmıştır (<http://www.oecd.org/2011>).

Danimarka refah sisteminin temel özelliği, tüm vatandaşların sosyal güvenlik alanında eşit haklara sahip olmasıdır. Bu sistem çerçevesinde vatandaşlar sağlık ve eğitim hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadır. Devlet bütçesi tarafından finanse edilen söz konusu harcamalar bütçenin %26'sına denk gelmekte, bu durum da Danimarka'yı dünyadaki vergi düzeyi en yüksek ülkelerden biri konumuna getirmektedir (www.kto.org.tr).

Tablo 11: Bazı İskandinav Ülkelerinin Refah Durumu (2010 Yılı)

Temel Göstergeler	Danimarka Ülke Değeri	İsveç Ülke Değeri	Norveç Ülke Değeri
Doğum Oranı %	11.4	1.67*	1.78*
Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	39.545	39.013	56.648
Olası Yaşam Süresi (toplam nüfus)	79.3	81.5	81.2
Nüfus (milyon)	5.544	9.379	4.889
İşsizlik Durumu %	7.4	8.4	3.5
Enflasyon Oranı %	2.3	1.2	2.4
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (Satın alma gücü paritesi: Dolar)	4.464	3.758	5.388
Bebek Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda)	3.1**	2.5**	3.1**

Kaynak: OECD 2011-2012 Ülke İstatistik profili verilerine göre hazırlanmıştır. * 2008 yılı verileri **2009 yılı verileri

1.6.3.2. İsveç

'*Socialbidrag*' olarak adlandırılmış olan gelir desteği uygulaması Göthenburg ve Helsinburg'da 1980'de çıkan bir yasayla yürürlüğe sokulmuştur. İsveç sosyal güvenlik sistemi diğer İskandinav ülkelerindeki gibi cömert ve kapsamlı olduğundan, dahası evrensel ve katkı ödenekli yardımlar içerdiğinden, sosyal yardımların rolü diğer sosyal güvenlik mekanizmalarına nadiren daha zayıftır. Refah yardımları alabilmek için öngörülen şartlar diğer ülkelere göre daha rahat olduğundan, bu ülkede sosyal refah yardımları evrensel bir hak potansiyeline yükselmiştir. Bunun sonucunda, İsveç'te yaşayanlar hem işlerinden aldıkları gelirlerle hem de devletten aldıkları yardımlarla geçinmektedir.

'*Socialbidrag*' uygulamasının kaynağı, belediyeler tarafından sağlanmakta ve yerel yönetimler tarafından organize edilmektedir. Ancak bu yerel düzeyde bir adaletsizlik yaratmamakta bilakis, merkezi yönetimin azami çabası bu uygulamalarda hissedilmektedir. Ayrıca gereksinimi olan nüfusa herhangi bir hedef grup tayini yapılmadan yardım dağıtılması, bu sistemin evrenselliğini garanti alan diğer bir faktördür. 1993 yılında toplam nüfusun %10'unu oluşturan yabancı uyruklu İsveç vatandaşlarının ülkede sosyal yardım alan nüfusun %25'ini oluşturmaları bunun önemli bir ispatı sayılabilir (Erdem, 2005: 3-4).

İsveç'in sosyal ve ekonomik profiline bakılırsa; 2010 yılı GSYİH'sı 361.9 milyar \$'dır. Kişi başına düşen GSYİH ise 46.480 \$ olarak hesaplanmıştır. GSYİH'daki reel artış oranı %2.6'dır. Kamu sosyal harcamalarının GSYİH içindeki payı 2007 yılı için %18.5, özel kesimin sosyal harcamalarının payı ise %8.3 olarak bulunmuştur. Yine aynı yıl verilerine göre, kamu emeklilik harcamalarının GSYİH içindeki payı %6.4, özel emeklilik harcamaları ise 2009 yılı için %5.5 çıkmıştır. Toplam vergi gelirleri 2009 yılına göre %30.3'tür. Ayrıca, 2010 verilerine göre, 25-54 yaş aralığı için istihdam oranı ise; %86 olarak bulunmuştur. İşsizlik oranı ise, %8.4'dir.

İsveç'in 2010 yılına göre toplam nüfusu 9.379.000 kişidir. Nüfusun geçen yıllara nazaran artış hızı %1'dir. Ülkedeki yabancılar toplam nüfusun %21.7'sini oluşturmaktadır. 2009 yılında doğumda beklenen tahmini yaşam süresi erkekler için 79.9 yıl, kadınlar için 84.6 yıldır. 1000 nüfus başına bebek ölümü ise, aynı yıl 2.5 olarak bulunmuştur (<http://www.oecd.org/switzerland/>).

1.6.3.3. Norveç

Norveç, 1949 yılında NATO'ya üye olmuştur. Norveç'de 1960'ların sonlarında bulunan petrol ve doğal gaz ülkenin refah düzeyinin çok yükselmesini sağlamıştır. Dünya ve Avrupa balıkçılık sektörünü elinde tutmaktadır. Norveç halkı 1972 ve 1994'de yapılan referandumlarda Avrupa Birliği'ne üye olmayı istememiştir. Avrupa Birliği ile ilişkiler EFTA aracılığıyla yürütülmektedir. Ancak, Norveç AB ile aynı ticari kodları uygulayan Avrupa Ekonomik Alanı üyesidir. Birleşmiş Milletler raporlarına göre yaşam standartları bakımından dünyanın en ileri ülkelerinden biridir. Norveç nüfusu 1980 yılında 4.1 milyon iken 2012 yılında 5.002.942 kişiye ulaşmıştır. Nüfusun, 2020 yılında 5.4 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu arada ülkede, orta yaş üzerindeki nüfus sayısı giderek artmaktadır (<http://www.ibp.gov.tr/>).

Norveç'in doğurganlık oranı da Batı Avrupa ortalamasından daha yüksektir. Analistler, bu durumu ülkenin cömert aile politikalarına bağlamaktadırlar. Bunun önemli bileşenleri arasında, uzun dönemli ücretli izinler ve çocuk bakımında verilen devlet destekleri yer almaktadır (<http://www.ibp.gov.tr/>).

Norveç nüfusunun %10'undan fazlası yabancı kökenlidir. Norveç'de 120.000 yabancı çalışanın çok az bir bölümünün mesleğinin olduğu belirtilmektedir. Göçmenlerin büyük bir çoğunluğu, Norveç'in yaşlanmakta olan nüfusuna tezat olarak 20-35 yaş arasındadır.

Norveç ekonomisinin temelini hizmet sektörleri oluşturmaktadır. 2011 yılı itibarıyla hizmetler sektörü, ekonominin %58'lik kısmını oluşturmaktadır. Ürün olarak bakıldığında ise petrol ve gaz en ön sırada yer almaktadır. 2011 yılında ham petrol ve petrol ihracatı, yaklaşık 108 milyar Dolardır. Ham petrol ve doğal gaz ihracatı tüm ihracatının %68'ini oluşturur. Tahminlere göre Norveç, 50 yıllık petrol ve en azından 100 yıllık doğalgaz rezervine sahiptir (<http://www.ibp.gov.tr/>).

Norveç'in ülke profili incelenecek olursa; 2010 yılı GSYİH'sı 277 milyar \$'dır. Kişi başına düşen GSYİH ise 56.648 \$ olarak hesaplanmıştır. GSYİH'daki reel artış oranı %0.3'tür. Kamu sosyal harcamalarının GSYİH içindeki payı 2007 yılı için %20.8, özel kesimin sosyal harcamalarının payı ise %2 olarak bulunmuştur. Yine aynı yıl verilerine göre, kamu emeklilik harcamalarının GSYİH içindeki payı %4.7, özel emeklilik

harcamaları ise %2 çıkmıştır. Toplam vergi gelirlerinin GSYİH içindeki payı 2009 yılına göre %41'dir. Ayrıca, 2010 verilerine göre, 25-54 yaş aralığı için istihdam oranı ise; %84.7 olarak bulunmuştur. İşsizlik oranı ise, %3.5'dur. 2009 yılında doğumda beklenen tahmini yaşam süresi erkekler için 78.7 yıl, kadınlar için 83.2 yıldır. 1000 nüfus başına bebek ölümü ise, aynı yıl 3.1 olarak bulunmuştur (<http://www.oecd.org/norway>).

Norveç'in sağlık sisteminde ise; sağlık hizmetlerinin sosyal belirleyici faktörlerindeki eşitsizlikleri azaltmak amacıyla son yıllarda ciddi çalışmalar yapılmıştır. Beyaz Kağıtlar (White Papers) olarak bilinen proje Parlemantoya sunulmuştur. Bunların bir tanesi, sağlıkta sosyal adaletsizlikler, diğeri eğitim ve sonuncusu ise emek, refah ve sosyal katılım ile ilgilidir. Norveç Sağlık Bakanlığına göre, güçlü bir refah devleti sağlıklı nesillerden geçmekte olduğundan sağlık hizmetleri devlet tarafından finanse edilmelidir. Sağlıkta eşitlik yakalanması için önlemler ve teşvikler tüm nüfusa yayılmış olmak zorundadır. Dahası, bu hizmetlere “daha çok hangi grupların ihtiyacı fazla ise teşviklerin onlara ulaşmasının sağlanması hedef olarak” tespit edilmiştir (Koçak, 2009: 5).

1.6.4. Amerika Birleşik Devletleri

ABD'de refah devletinin temellerinden biri olan sosyal güvenlik programı, sosyal sigorta sistemine dayandırılmıştır ve büyük ölçüde kamu emeklilik sistemini dahil eden bir plan içerisindedir. 1929 Büyük Buhran'ından sonra ABD başkanı Roosevelt bir karar almış ve 1934 yılında sakatlara, işsizlere ve çocuklara yardım uygulamasını başlatmıştır. Ardından 1937'de Sosyal sigorta Yasası ve 1938'de işsizlik yardımları kabul edilmiştir. 1986 yılına gelindiğinde federal bütçenin üçte birinden fazlasını sosyal güvenlik ve sosyal yardım harcamaları kaplamıştır. Bunların dışında meslek hastalığı ve iş kazası geçirenlere işçi tazminatı, emekli askerlere yönelik malullük yardımları, demir yolu işçileri ve maden işçilerine özel programlar yer almıştır.

Sosyal güvenlik sosyal sigorta sistemine dayanmaktadır. Sosyal sigorta sistemi büyük oranda kamu emeklilik planını içermektedir. Bunun yanısıra mesleki ve gönüllü emeklilik planları da yer almaktadır. 1929 ekonomik bunalımından sonra Başkan Roosevelt 1934 yılında işsizlere, sakatlara ve çocuklara yardım uygulamasını başlatmıştır. 1937'de Sosyal Sigorta Yasası ve 1938'de işsizlik yardımları kabul edilmiştir. Başlıca sosyal

güvenlik programları arasında en büyüğü 1935 yılına kabul edilen Yaşlılık, Dul ve Yetim, Malullük, Emeklilik ve Ölüm Sigortasıdır (Özdamar, 2007: 102).

Bu sistem sakatlara, yaşlılara ve bunların çocuklarına temel geçim düzeyi sağlamak için oluşturulmuştur. Bu program altında yapılan harcamalar 1963 yılında 55 milyar dolar iken 1986 yılında 197 milyar dolara 2004 yılında ise 500 milyar dolara çıkmıştır. 1935’de kabul edilen işsizlik sigortası, kısa dönemli olarak işsiz kalan bireylere gelir sağlamak amacıyla tasarlanmıştır. Bunların dışında iş kazası veya meslek hastalığı geçirenlere işçi tazminatı, emekli askerlere yönelik malullük yardımları, demir yolu işçileri ve maden işçilerine özel programlar yer almıştır. Devlet çalışanları 1984 yılına kadar sosyal güvenlik programlarının kapsamı dışında tutulmuşlardır (Özdamar, 2007: 102-103).

OASDI, emeklilik planının en büyük parçasını oluşturmaktadır. OASDI kısaca, yaşlılık, dul ve sakatlık Sigortasıdır. ABD vatandaşlarına 62 yaşından önce malullük aylığı 62 yaş sonrasında ise yaşlılık aylığı bağlanmaktadır. İşsizlik sigortasının mekanizması ise şöyledir; işsiz kalan kişiye devlet tarafından işte aldığı ücretin yarısı kadar işsizlik yardımı ödenir. Öncesinde federal devlet, işsizlik primlerini toplamakta ve hazinede bekletmektedir. Kullanmak istediği zaman hazineden primi çeker. İşsiz kişi kendisine bulunan işi kabul etmezse, işsizlik yardımı kesilir (Özdamar, 2007: 102-103).

Tablo 12: Günümüz ABD'nin Refah Durumu (2012 Yılı)

Temel Göstergeler	Ülke Değeri (%)	Kaydedilen Yıl	Dünya Ortalaması
Doğum Oranı	14	2010	22
Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	47.153	2010	14774.70
Yaşam Memnuniyeti (Hesaplama 0 > 10)	7.10	2011	5.5
Olası Yaşam Süresi	78.20	2010	69.90
Nüfus (milyon)	309.30	2010	-
5 yıllık GSYİH Kişi Başına Düşen Büyüme Oranı	-0.10 (%)	2010	2.70
İstihdam Durumu	0.60 (%)	2011	0.50
Enflasyon Oranı	1.60 (%)	2010	5.10
İşsizlik Oranı (%)	9	2011	9.50
Hükümet İstikrarı	201	2010	33.90
Kızların Erkeklerle Göre Okullaşma Oranı	1.10	2010	1
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (Satın alma gücü paritesi: Dolar)	7.410	2009	1323
Bebek Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda)	6.50	2010	22.60
Sağlık Problemine Sahip Olma (%)	24.10 (%)	2011	23
Kişisel Özgürlük	0.80	2011	0.50
Sosyal Yardım ve Sermaye	56.80 (%)	2011	30.10

Kaynak: 2012 Legatum Prosperity Index, Legatum İnstitute verilerine göre hazırlanmıştır.

Dünyanın en fazla nüfusa sahip üçüncü ülkesi olan ABD'de 2012 yılı için tahmini nüfus artış hızı %1'dir. ABD İstatistik Bürosu'nun tahminlerine göre ABD nüfusunun sürekli biçimde artarak 2012 yılında 315 milyon, 2025'de 351 milyon, 2050 yılında 423

milyon olması beklenmektedir. GSYİH'nin büyük kısmının özel tüketim harcamalarına ayrıldığı ve özel sektör sabit sermaye yatırımlarının tüketime oranla daha düşük kaldığı ABD'de kişi başına GSYİH 2011 yılı için 48.160 Dolar'ın üzerinde gerçekleşmiştir. 2010 yılında %9.6 olarak gerçekleşen işsizlik oranının 2011 yılında %9'a düştüğü tahmin edilmektedir.

Euromonitor International verilerine göre, 2011 yılı itibarıyla nüfusun %80.5'inin kentlerde yaşadığı tahmin edilmektedir. Ortalama yaşam süresi kadınlarda 80.9 yıl, erkeklerde 75.9 yıldır. 2011 yılında ABD'de doğurganlık oranı kadın başına 2.06 çocuk olarak tahmin edilmektedir. ABD nüfusunun giderek yaşlanarak 2020'de 38.2 olacağı öngörülmektedir.

ABD, 313 milyonu aşan nüfusu ve 15.1 trilyon Dolar'ı aşan GSYİH'si ile dünyanın en büyük ve önemli pazarlarından biridir. Ülke, dünyanın en büyük ithalatçısı olma özelliğinin dışında, dünyanın en büyük doğrudan yabancı sermaye kaynağı konumu ile hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin yöneldiği bir hedef pazardır. ABD ekonomisi, dünya ekonomisini birebir etkileme gücüne sahip olması nedeniyle de dünyada önemli ve belirleyici bir ekonomidir. 2011 yılında ülke ekonomisini olumsuz etkileyen gelişmeler arasında Orta Doğu'daki isyanlar nedeniyle petrol fiyatlarının tırmanışa geçmesi, özellikle elektronik ve otomotiv sektörlerinin olumsuz etkilenmesine sebep olan Japonya Depremi ve Avrupa borç krizi yer almaktadır. Bu gelişmelere ek olarak, finansal kriz sonrası istihdam yaratacak büyümenin yakalanmaması, gelirlerde beklenen artışa ulaşamaması ve bütçe açıkları ile etkin mücadele edilememesi gibi etkenlerin, ekonominin 2007 yılı seviyesine dönmesini engellediği düşünülmektedir. Önümüzdeki dönemde ekonomiyi zorlayacak en önemli faktörlerin ise Avrupa borç krizi ve bütçe üzerindeki baskılar olduğu yönünde görüşler bulunmaktadır (Koca ve Gülsoy, 2012: 1-10).

1.6.5. Türkiye

Türkiye'de henüz ileri refah devletleri ile karşılaştırılabilecek bir sosyal refah anlayışı ve uygulamaları olmasa da, hızlı gelişen bir ülke olması sebebiyle çok uzun sayılmayan bir gelecekte sosyal refahdan kaynaklanan sorunlarla karşılaşabilecektir (Özdemir, 2007: 6).

Sosyal devlet anlayışına dair hükümler Cumhuriyetin ilanından sonra ilk Anayasa olan 1924 Anayasasında yer almıştır. 1924 Anayasasında devletin sosyal görev ve sorumluluklarını belirleyen açık hükümler bulunmamakla birlikte Anayasanın 80. ve 87. Maddelerinde eğitim ve öğretimin parasız yapılması konusunda kanuni düzenlemeler yapılmıştır. 1926 yılında Medeni Kanun kabul edilmiş ve borçlar kanununun 332.maddesinde çalışanların maruz kalacağı tehlikelere karşı işverenlerin gerekli tedbirleri alması konusunda iş sağlığının korunması ve iş kazalarına karşı alınacak tedbirlerden bahsedilmektedir. Yine borçlar kanununun 112. maddesinde işverenlerin iş kazalarından dolayı işçileri sigorta ettirmeleri hükmü yer almıştır. 1961 Anayasasında sosyal devletin dayandığı prensipler teminat altına alınmış ve devletin sosyal hukuk devleti olduğu belirtilmiştir (Kantarıcı, 2003: 76).

Dünya üzerindeki gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin birçoğu gibi, Türkiye de liberal ekonomik düzeni benimsemiş ve karma ekonomiden liberal ekonomiye doğru geçişe başlamıştır. Türkiye, 15 seneyi aşkın bir süredir, özelleştirme programını başarısız bir şekilde de olsa işletme çabası dolayısıyla, piyasa ekonomisine geçişi yıllar önce başlatmış bir ülkedir.

Türkiye Cumhuriyeti, kuruluşundan itibaren önce piyasa ekonomisi, sonra devletçilik, daha sonra planlı karma ekonomi ve sonunda da özelleştirme ile sosyal piyasa ekonomisine geçiş çabalarında bulunmuştur. 24 Ocak 1980 Kararları ile Türkiye de dünyadaki genel gidişe uygun politikaları benimsemeye başlamış, dönemin en belirleyici uygulaması olan özelleştirme uygulamalarına yönelen az sayıda ülke arasında yer almıştır. Devletin KİT'lerdeki istihdam politikaları, gecekondulaşma olgusuna göz yumulması, tarımda destekleme alımları ve çeşitli sübvansiyonlar da dolaylı transferler olarak ülkemizdeki refah sisteminin bir yüzünü oluşturmaktadır (Özdemir, 2007: 259-260).

Anayasanın 41. maddesinde sosyal devlet olmanın yükümlülükleri " iktisadi ve sosyal hayat, adalete, tam çalışma esasına ve herkes için insanlık haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlanması amacıyla düzenlenir. İktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek, bu maksatla, milli tasarrufu arttırmak, yatırımları toplum yararının gerektirdiği önceliklere yöneltmek ve kalkınma planlarını yapmak devletin ödevidir" şeklinde açıklanmıştır (Kantarıcı, 2003: 77).

Bu amaçla, ILO'nun bir Sözleşmesi'nde hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, ölüm, aile yardımı ve işsizlik gibi durumlarda devletin rolü belirtilmiş ve Türkiye, 29.07.1971 yılında bu sözleşmeyi onaylarken, sadece aile yardımlarını ve işsizliği dışarıda bırakmıştır. Ancak, 25.08.1999 tarihinde TBMM'de kabul edilen bir yasa ile "İşsizlik" de kapsama dahil edilmiştir (Özdemir, 2007: 87). Yine sosyal güvenlik açısından ele alındığında, Türkiye'de, sosyal güvenlik sisteminin artan yoksulluğa karşı koruma sağlayamadığı gerçektir. Ancak bunun nedeni, sosyal güvenlik kurumlarına ve bu kurumların kapsamı içinde koruma sağlanan nüfusa kaynakların aktarılması değildir. Sorun, artan işsizlik ve yoksulluk karşısında, sisteme geniş nüfus kesimlerinin katkı yapacak gelir düzeyine erişememe ve vergilendirme politikalarındaki adaletsizlik sorunudur (Gökbayrak, 2010: 153).

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, yaşlıların %24'ü herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir. Yaşlı nüfus, %31.9 oranla en çok SSK sosyal güvencesine sahiptir, Bağ-Kur %22 oranla SSK'yi ikinci sırada izlemektedir. Hiçbir sağlık güvencesine sahip olmama durumu, yaşın yüksekliğine bağlı olarak artış göstermektedir. Ayrıca sağlık güvencesi kapsamı konusunda cinsiyet farklılıkları görülmektedir. Zira hiçbir sağlık güvencesine dahil olmayan kadın nüfusunun oranı %24.7 iken, bu oran erkekler arasında %19.7'ye düşmektedir (Dural ve Con, 2011: 488).

Tablo 13: Günümüz Türkiye’sinin Refah Durumu (2012 Yılı)

Temel Göstergeler	Ülke Değeri (%)	Kaydedilen Yıl	Dünya Ortalaması
Doğum Oranı	17.90	2010	22
Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	15.320*	2010	14774.70
Yaşam Memnuniyeti (Hesaplama 0 > 10)	5.30	2011	5.5
Olası Yaşam Süresi	73.70	2010	69.60
Nüfus (milyon)	72.698*	2010	-
5 yıllık GSYİH Kişi Başına Düşen Büyüme Oranı	1.90 (%)	2010	2.70
İstihdam Durumu	0.30 (%)	2011	0.50
Enflasyon Oranı	8.60 (%)	2010	5.10
İşsizlik Oranı (%)	10.6 (%)*	2010	9.50
Hükümet İstikrarı	27	2010	33.90
Kızların erkeklere göre okullaşma oranı	1	2009	1
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (Satın alma gücü paritesi: Dolar)	913*	2008	1323
Bebek Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda)	13.70	2010	22.60
Sağlık Problemine Sahip Olma (%)	18.80 (%)	2011	23
Kişisel Özgürlük	0.20	2011	0.50
Sosyal Yardım ve Sermaye	10 (%)	2011	30.10

Kaynak: 2012 Legatum Prosperity Index, Legatum İnstitute verilerine göre hazırlanmıştır.
*OECD 2011-2012 ülke profili verilerinden 2010 yılı verisi alınmıştır.

Tablo 13’de Türkiye’nin refah durumu hakkında bilgi verilmektedir. Türkiye, dünya refah sıralamasında ekonomi alanında 74, girişimcilik ve fırsatların ülke olarak iyi değerlendirilmesi yönünden 55, hükümetin işlevselliği açısından 46, eğitimde 91, sağlık

hizmetlerinde 58, emniyetli ve güvenli bir ülke olmada 93, kişisel özgürlüklerin sağlanması bakımından 127 ve sosyal sermaye ve sosyal yardımların sağlanmasında 133. sıradadır. Kişisel özgürlük ve sosyal sermaye açısından istenmeyen sınırdaki bulunan Türkiye'nin sosyal refah devletlerinden biri olarak anılan ve Dünya Refah Sıralaması'nda ilk sırada bulunan Norveç ile kıyaslandığında arada bir uçurum olduğu görülmektedir. Norveç, sosyal sermaye ve sosyal yardımlar konusunda Dünya'da ilk sırada yer almaktadır. Emniyet ve güvenlikte, ayrıca ekonomi yönünden de 2. sıradadır. Sağlık hizmetlerinde ve girişimcilik&fırsatların iyi değerlendirilmesinde 4. sırada, hükümet yönünden 13. sıradadır. Ek olarak, eğitim hizmetleri ve kişisel özgürlüklerin sunulmasında 6. sırada yer almaktadır. Türkiye'nin refahın sağlanmasında çok uzun ve meşakkatli bir yolu vardır. Durumun ilginç yanı ise şudur; refah devletleri sosyal harcamaların bütçe dengesini bozması ve açık oluşturması sebebiyle refah politikalarından yavaş yavaş soğurken, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler ise refah seviyesine çıkmaya çalışmaktadır (<http://www.prosperity.com>).

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK HARCAMALARI VE SOSYAL REFAH DEVLETİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ

2.1. Sağlık Harcamaları Hakkında Genel Bilgiler

2.1.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen sağlık tanımına göre; sağlık yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal tam bir iyilik durumudur. Sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlık ise; fonksiyonel terimlerle anlatılabilen ve bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel sosyal ve ekonomik olarak verimli yaşam sürmesine olanak tanıyan bir kaynaktır. Sağlık; hem sosyal ve kişisel kaynakları hem de fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır (<http://sbu.saglik.gov.tr>).

Bu kavramı anlayabilmek için sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de bulunduğunu belirtmek gerekir. Kişinin sosyal yaşantısının sağlıklı olması, sosyal yönden tam refah halinde olmasının ön koşuludur. Ancak günümüz koşullarında iş bulma olasılığının her geçen gün azaldığı, çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, gelir dağılım dengesizliğinin yarattığı huzursuzluğun giderilemediği toplumlarda bireylerin tam refah halinde olması imkansızdır (http://www.ttb.org.tr/n_fisek). Diğer yandan sağlık, bireylerin dinsel, kültürel ya da sosyal durumuna göre değişebilmektedir. Hastalığı algılama ve rahatsızlık, eğitilmiş kişiler arasında farklı iken gelir durumu düşük olanlar arasında farklı olmaktadır. Bu yüzden, sağlık kavramı subjektif hem de objektif olarak ele alınabilmektedir. Subjektif sağlık kişilerin kendilerini sağlıklı olarak hissettikleri durumdur. Ancak objektif sağlık, sağlıklı kişinin kendisini uzmanların teşhisleri sonucunda iyi hissetmesiyle sağlık kavramının gerçekleştiğini açıklamaktadır.

Sağlık kişinin hem fiziksel hem de zihinsel haliyle ilgili olduğundan sağlık hizmetleri bireylerin ve toplumun fiziksel, mental ve sosyal açıdan iyi bir durumda hayatlarını devam ettirebilmeleri için yapılması gerekenler şeklinde tanımlanabilir. Bununla birlikte hastalığın yok edilmesi veya hastalığa neden olacak faktörlerin ortadan kaldırılması veya hastalıktan koruyucu tedbirler sağlık hizmetleri kapsamında düşünülmektedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 58). Bu yüzden, Sağlığı bilmek kadar hastalığı kavramakta önemlidir.

Hastalık kavramı ise; “İnsan organizmasının çeşitli nedenlerden dolayı ruhsal, bedensel ve sosyal dengesinin bozulması” olarak ifade edilir. WHO hastalığı; “Beden veya zihinde meydana gelen, rahatsızlık, dert ve görev bozukluğuna yol açan belirli bir anormal durum” olarak açıklamaktadır (<http://megep.meb.gov.tr/>). Bu noktadan hareketle hastalıklara yaklaşım da hastalığın tipi, ciddiyeti, hastalık nedenleriyle ilgili daha önceden ortaya çıkan inanışlar, olası tedavi seçeneklerinin kabul edilebilirliği ve tedavinin yararının görülmesi gibi sayısız faktörleri içermektedir (Aslan, 2004: 31). Bu faktörler ayrıca verilen sağlık hizmetinin kalitesini de etkiler. Sağlık sisteminin doğmatik oluşturmuş olduğu bu zincirleme durumdan ötürü, sağlık hizmetinin neredeyse tüm değişkenleri sağlık harcamalarını etkilemektedir.

2.1.2. Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı denilen olgu, sağlık personellerinin yükümlülükleri, hasta hakları, sağlık riskleri gibi birçok konuyu içinde barındırmaktadır. Burada sosyal güvenlik hakkından da bahsetmek yanlış olmaz. Çünkü sosyal güvenlik hakkının olmadığı ülkelerde sağlık hakkı ve dolayısıyla yaşama hakkı, özellikle yoksul kesimler bakımından, kullanılamaz bir hak haline gelmektedir.

Sosyal güvenlik hakkı ise; tüm çalışanların mesleki hastalıkları ile iş kazalarına karşı koruma sağlayacağından sağlık hakkı ile yakın ilişkilidir (Şahbaz, 2009: 410-411).

Sağlık hakkı, anlaşıldığı üzere sağlık hizmetlerine erişme ve sağlıklı bir ortamda yaşamını sürdürme hakkıdır. Sağlıklı ortamdan kasıt; toplumdaki her kesimin gelirin olmasa anlamına gelmektedir. Herhangi bir işi, geliri olmayanların da barınma, beslenme,

asgari düzeyde geçinme gibi ihtiyaçlarının, sosyal devlet hizmeti olarak karşılanması gerekir. Birçok hastalığı en baştan önleyen bu türden bir sosyal koruma kalkanıdır (Sönmez, 2011: 29).

1982 Anayasasının 56. Maddesine göre, “Herkes, sağlık ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” (m. 56/1); “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” (m. 56/3); “Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” (m. 56/4) ve “Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” (m. 56/5) (Şahbaz, 2009: 410-411). Anayasamızda da güvence altına alınan sağlık hakkı, her vatandaşın temel sosyal haklarından biridir ve devlet; tüm vatandaşlarına bu hakkı vermek zorundadır.

2.1.3. Sağlık Hizmeti ve Özellikleri

1982 Anayasası’nda da belirtildiği üzere, sağlık kuruluşlarını tek çatı altında toplayıp hizmet verimini düzenlemek devletin asli görevidir. Sağlık hizmeti, aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri, hastane, laboratuvar vb. sermaye etkenleri ile hemşire, hekim, laborant, hastabakıcı gibi emek etkenlerinden oluşan ekonomik bir maldır. Sağlık hizmetlerinin özellikle devlet eliyle yapılmasının bazı sebepleri bulunmaktadır. Bunlar (Orhaner, 2006: 2-3);

- ✓ Sağlık hizmetlerinde özel kesimin varlığı; kamunun yatırım gücü kadar etkin değildir ve sağlık hizmeti talebini karşılamaya yetmez.
- ✓ Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi ve bireyler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünlüğü açısından da önemlidir.
- ✓ Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; bazı nedenlerden dolayı zordur. Özellikle, gelir dağılımındaki eşitsizlik, insanların bilgisizliği, sağlık hizmetleri kalitesi örnek gösterilebilir. Bu yüzden, devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde dışsallık vardır. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirdiğinden, ülke çapında hizmet götürülmelidir.

- ✓ Özel kesimde karlılık oranı esastır ve kara göre hareket ettiklerinden, sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir. Devlet, bu durumu engellemek durumundadır.

Devletlerin, ekonomik kalkınmada önemli gördükleri nokta ve ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri, sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyacı olan hizmetleri, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmak (Tutar ve Kılınç, 2007: 32), toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olması için çaba sarf etmek, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almak ve bireylerden üretim faktörü olarak yararlanılmasını sağlamaktır (Akbelen, 2007: 26). Ayrıca sağlık sektörü, müşterilerin tatminin salanması bakımından en problemlili sektörlerden biri olarak gözükmektedir. Hastaların artan şikayetleri, teknolojinin hızla değişmesi, iyi bakım isteğinin yaygınlaşması ve artan maliyetler sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine neden olmuştur (Tutar ve Kılınç,2007: 32). Sağlık hizmetlerinin sunumunu yapan temel kurumlar ise; Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler ve Sosyal güvenlik kurumudur. Sağlık Hizmetlerinin finansmanına bakılacak olursa, devlet bütçesi, sosyal güvenlik katkı payları, özel sigortalar ve cepten yapılan ödemeler olarak nitelendirilebilir.

2.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; tedavi edici, koruyucu ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç ana hat üzerinden değerlendirilmektedir. Temel sağlık hizmetleri arasında en gözde olanı; koruyucu sağlık hizmetleridir. Çünkü; en az maliyetli olan odur. Sağlık hizmetlerinin kapsamına laboratuvar ve eczacılık hizmetleri olduğu gibi ilaç hizmetleri de girmektedir.

2.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik, “Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından, bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün

olarak toplum sağlığını daha iyiye g6t6rmek için t6m olanaklar kullanılarak yapılan hekimliktir.” (Akbelen, 2007: 29-30).

Kişileri sakat kalmaktan, hastalanmaktan, erken 6l6mden, yaralanmaktan korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerine 6rnek vermek gerekirse; bağışıklama, erken tanı, beslenmenin geliştirilmesi için gıda g6venliği ve sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, aile planlaması, sağlık eğitimi verilmesi, fiziki ve sosyal çevredeki olumsuzluklardan kaynaklanan sağlık problemlerini gidermek amacıyla çevreye yapılan m6dahaleler, ilaçla ve serumla koruma, anne s6t6n6n 6neminin vurgulanması, geriatrik hizmetler yer almaktadır. (<http://www.asm.gov.tr/>). Maliyetin d6ř6k ve etkisinin y6ksek olması bu hizmetlerin yararlı bir kamu kesimi 6r6n6 olduğunu d6ř6nd6r6r. Bu hizmetler sayesinde toplumdaki herhangi birinin hastalık olasılığının azalmasıyla, topluma yayılan hastalık olasılığı da azalmış olur. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetleri etkisi ve dışsal faydası en çok olandır (Akbelen, 2007: 30-31).

2.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri bireylerin sağlığının bozulmasından dolayı hasta nitelendirmesiyle almış olduğu hizmetleri kapsamaktadır (Karasioğlu ve am, 2008: 16). Bu alanda kişisel yarar vardır ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda sunulan hizmetlerdendir. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bunlardan en pahalı sistem, yataklı tedavi sistemidir (ıraklı ve Sayım, 2009: 350) ve tedavi hizmetleri en alt noktada ayakta tedavi birimi ve ya hastaneden, en 6st noktada ki modern 6st m6racaat hastanelerine kadar giden bir sistem içerisinde yapılmaktadır. Yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının y6ksek oluşu ve yetişmiş sağlık elemanı gerekliliği nedeniyle diğer basamakta sunulan hizmetlere oranla hizmet maliyetinin en y6ksek olduğu basamaktır (Akbelen, 2007: 31-32).

Yapılan bir çalışmada sağlık hizmetleri harcamalarında tedavi edici sağlık hizmetlerinin toplam sağlık harcamalarında %70-85 oranında bir payı olduğu ortaya konulmuştur (ıraklı ve Sayım, 2009: 350). 6lkemizde, temel sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın planlamasında ve denetiminde devam etmektedir. Toplumdaki risk

gruplarının iyi belirlenmesi özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda oldukça önemlidir ve devletin yoksul ve muhtaç kesime yapacağı sınırsız tedavi hizmeti sosyal bir sorumluluk ve görev olarak ön plana çıkmaktadır (Altay, 2007: 36).

2.1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

İşgücünü kaybedenlere ve sakatlara yönelik işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yardım eden hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Bu hizmetler sağlık personeli ve hekim tarafından gerçekleştiriliyorsa tıbbi rehabilitasyon, sosyal çalışmacılar tarafından yapılıyorsa sosyal rehabilitasyon adını alır (Yıldırım,1994: 13). Bunlar (Akbelen, 2007: 33);

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Fiziksel olarak meydana gelen organ kaybı gibi durumlarda uygulanan bir yöntemdir.

- **Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon:** Sakatlık gibi nedenlerle eski işini yapamayanlara ya da belli bir işte çalışamayanlara iş bulma, iş öğretme ve bulunan mesleğe uyum sağlama yönünde yapılan işlemlerdir.

2.2. Sağlık Harcamaları

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. En önemli değer olan sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili hizmet ve mal üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya sağlık sektörü, sağlık sektörüne yapılan her türlü harcamaya da sağlık harcaması denilmektedir (Ersöz, 2008: 95). Sağlık ekonomisinde karşılaşılan en büyük problemlerden biri, hangi harcamaların sağlık harcaması kriterine gireceğidir. Temel sağlık hizmetleri denilen tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici sağlık harcamalarının yanı sıra günümüzde artık sıkça yapılan yağ aldırma, saç ektirme gibi kozmetik amaçlı harcamaların ve rekreasyon (Fitness, kaplıca vb.) faaliyetlerinin de sağlık harcamalarına girip giremeyeceği tartışma konusu olmuştur. Ayrıca, uluslar arası 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 Örgütü'nde, standart getirmiş ve bir ülkedeki sağlık harcamalarına ayrılan payın ülke GSYİH'nın en az %5' i kadar olması gerektiğini belirtmiştir (Karabulut, 1999: 143). Dünya üzerindeki tüm ülkelerde, WHO'nun belirlediği çığaya yükselmek için çaba sarf etmektedirler.

Tablo 14: 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.

2010 yılında, Avrupa Birliği üye devletleri sağlık harcamalarına GSYİH içinde ortalama olarak %9 pay ayırmıştır (2000 yılına göre artış- %7.3). 2008 yılının ortasında birçok ülkede başlayan ekonomik krizi takip eden 2009 yılı içinde pik seviyeye (%9.2) ulaşıldıktan sonra düşüş trendine girmiştir. 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 takip etmektedir. 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 14). 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 içindeki sağlığın payı ile kamu harcamaları içindeki sağlığın payı pek farklı çıkmamıştır (OECD, 2012: 122).

Tablo 15: 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.

Avrupa ülkeleri arasında sağlık harcamalarının oranı ve düzeyinde büyük farklılıklar bulunmaktadır (Tablo 15). 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 \$ harcayarak 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 ülkelerdendir ve Avrupa birliği ortalamasını (3268 \$) da açık ara şekilde geçmişlerdir. Romanya ve Bulgaristan, 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 sebebi, Devlet sağlık harcamalarını ekonomik krizin başlangıcında muhafaza etmişken, büyük açıkları ve borçları azaltmaya ihtiyaç duyulduğu anda ve bütçe baskılarının verdiği sorumluluklar içinde harcamalardan kesinti yapma yoluna gitmiştir (OECD, 2012: 120).

2.2.1. Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri

Günümüzde ülkeler için önem arz eden konulardan biri kaynaklarını etkin kullanma isteği ve bunun sonucu olarak harcamaların amacına ulaşip ulaşmadığını irdelemektir. Sağlık harcamaları da dünya genelinde bir artış göstermiş, bunun sonucunda harcamaları arttıran nedenlere karşı merak duyulmuştur. Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir (Akın, 2007: 31).

2.2.1.1. Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Dünya’da gerçekleşen global eğilimler, toplumların daha da bilinçlenmelerine ve buna bağlı olarak sağlık ve hastalık kavramlarının değişmesine neden olmuştur. Eğitim seviyelerinde olan yükselişler, emeğin organizasyonu ve yükselen trendi, daha kaliteli sağlık hizmeti anlayışı sonucu hastaların talepleri de etkilenmiştir. Artık hastalar, bilinçli, neyi-niçin yaptığını bilir hale gelmişlerdir. Bu talep de doğal olarak sağlık harcamalarının artmasına sebep olmuştur (Yıldırım, 2000: 3). Sosyo-ekonomik düzeydeki artış ve eğitim

seviyesinin yükselmesi, okuma alışkanlığı ve gündemden daha fazla haberdar olmayı da beraberinde getireceğinden, bu kişiler sağıktaki yenilikler açısından daha bilgili olmaktadır. Sağıkta yaşanan asimetrik bilgiyi azaltmaya çalışan bu durum sonucunda kendilerine iyi gelecek yeri ve tedaviyi seçme potansiyelleri de yükselecektir. Seçme özgürlüğünün artması, sağık harcamalarına yapılan giderlerde de bir artışa sebep olacaktır.

2.2.1.2. Teknolojik Gelişmeler

Günümüzde her alanda olduğu gibi teknoloji alanında da birçok yeniliğe imza atılmıştır ve bu yeniliklerin diğer sektörlerde de etkisi olmuştur. Özellikle sağık sektörüne olan etkisi de yadsınamayacak kadar büyüktür. Hastanelerdeki kalitenin artmasındaki en büyük yatırımlardan biri, etkin işleyen bir hastane bilgi sisteminin varlığıdır. Etkin işleyen hastane bilgi sistemi, hastane müşterilerine daha az bürokrasiye yakalanma ve sağık hizmetlerine daha kısa sürede ulaşma imkanı sağlar. Ayrıca personel verimliliğini en üst seviyede tutarak, mevcut kapasitenin daha optimal kullanılmasını sağlar (Şahin ve diğerleri, 2005: 70). Hastane otomasyonunun sağladığı bu yararların yanı sıra teknolojideki hızlı gelişme tıp araç ve gereçlerinin de gelişmesine olanak vermiştir. Bütün bu yenilikler, sağık giderlerini etkileyecek ve sağık harcamalarında artışa sebep olacaktır.

2.2.1.3. Yaşam Süresinin Uzaması

Sağıktaki iyileşmeler nedeniyle ortalama yaşam süresinin uzaması, bireyleri, becerilerini geliştirmek amacıyla gerçekleştirdikleri yatırım harcamalarını artırma yönünde güdüler. Çünkü yaşam süresinin uzaması halinde, bireyler kendilerine yönelik yatırımların semeresini yıllarca alacaklarını öngörürler. Bu yüzden, Sağığa yapılan yatırımları daha anlamlı bulurlar. Ayrıca, sağıktaki iyileşmeler emek verimliliğini pozitif yönde etkiler. Çünkü sağıklı bireyler fiziksel olarak daha enerjik oldukları gibi zihinsel açıdan daha dinçtirler. Uzun dönem yaşam beklentisine sahip bu bireyler fiziksel ve zihinsel sağıklarına daha fazla önem verirler. Bloom, Canning ve Sevilla'nın çalışmasında yaşam beklentisinde sağlanan bir yıllık iyileşmenin hasılda yüzde dörtlük bir artış sağladığını ifade etmişlerdir. 104 ülkenin 1960 – 1990 dönemine ilişkin verileri kullanılmıştır. Yazarlar, yaşam beklentisindeki iyileşmelerin hasıla üzerindeki pozitif etkisinin görece olarak yüksek olmasını, sağık hizmetlerini iyileştirmeye yönelik harcama artışının neden

olabileceğini düşünmüşlerdir. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, yaşam beklentisi üzerinde uzun dönemde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahiptir (Erdoğan ve Bozkurt, 2008: 26). Ek olarak, yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin uzun vadeli olması, sunulan sağlık hizmetlerinin sürekliliğini göstermektedir. Sürekli verilen sağlık hizmetleri de sağlık harcamalarında önemli bir artışa sebep olacaktır (Akın, 2007: 35).

2.2.1.4. Gelir Seviyesinin Yükselmesi

Ülkelerin gelir düzeyi ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki de ayrı bir öneme sahiptir. Benzer gelir düzeyine sahip olan ülkeler miktar ve nitelik olarak farklı sağlık harcamalarına sahip olabilmektedir. Ülkelerin sağlık harcamalarındaki farklılığın nedenleri çeşitli yorumlara açıktır. Genel olarak kişi başına gelirin yüksek olduğu ülkelerde kişi başına sağlık harcaması da yüksek olmaktadır. Ancak sağlık sisteminin organizasyon yapısı, sağlık finansman sistemindeki farklılıklar, teknolojiye ulaşmadaki faktörler, toplumun genel kültürü, nüfusun yaş dağılımı gibi faktörler sağlık harcamalarının seviyesini etkilemektedir.

Ülkelerin gelir durumu ile eğitim ve sağlık gibi beşeri sermayeye ayrılan kaynakları arasında bir ilişki mevcuttur. Bu ilişkinin yönü ve gücü birçok araştırmaya konu olmuş ve bazı eleştirilere rağmen pozitif yönlü ve önemli bulunmuştur. Zenginliğini doğal kaynaklarından ziyade beşeri sermayesinden elde eden ülkeler için bu gibi harcamalar daha da önem kazanmıştır. Bu bağlamda GSYİH ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki bazı araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Schieber ve Maeda tarafından 1994 yılı verileri kullanılarak yapılan ülkeler arası bir çalışmada, kişi başına GSYİH ve sağlık harcaması arasındaki ilişkiler araştırılmış ve ülkeler arasında yaygın olarak, kişi başına gelir ve sağlık harcamaları arasında doğrudan güçlü bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, kişi başı GSYİH'deki 10 puanlık değişim, kişi başına düşen sağlık harcamalarında 11.3 puanlık bir değişiklik anlamına gelmektedir. Yine aynı çalışmada kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamalarının da gelir esnekliği araştırılmış ve sırasıyla 1.21 ve 1.02 bulunmuştur. Buna göre kamu sağlık harcamaları gelir farklılıklarına özel sağlık harcamalarından daha duyarlıdır. Aslında bu durum, ülkelerin gelirleri yükseldikçe sağlık harcamalarına (hem kamu hem de özel) gelir artışından daha çok pay ayırmaları ile ilgilidir. Gelirleri yükselen ülkeler sağlık yatırımlarını artırdıkları gibi daha ileri bakım seviyeleri olan rehabilite edici alanlara daha fazla kaynak ayırmaktadırlar.

Kişi başına gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen hemen hemen tüm çalışmalar tıbbi bakımın lüks mal olduğunu göstermektedir. Daha yüksek gelir ya da ek tıbbi harcamalar (ya da her ikisi birden) hem bebek ölümü hem de yaşam beklentisi gibi sağlık çıktılarında ilerlemeye sebep olmaktadır.

Öte yandan tıbbi bakımın lüks mal olmadığını ya da tartışmalı olduğunu yineleyen çalışmalar ve sağlık harcamalarının seviyesi ve gelir arasındaki ilişkiyi farklı boyutlarda inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Önceki çalışmaların aksine bazı çalışmalar, sağlık harcamalarının yalnızca gelir tarafından saptanmamış olduğunu göstermektedir. Tıbbi ilerlemeler, doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve toplumda yaşlı nüfusun oranı gibi değişkenler sağlık harcamalarının ana belirleyicilerinden olmuştur. Özellikle gelişen teknolojinin tıbbi tanı ve tedavi cihazlarına uygulanması ve bilgisayar teknolojisinin tıpta yoğun olarak kullanılmaya başlanması ile tanı ve tedavide hızlı ilerlemelerin keşfedilmesi bireylerin hizmet taleplerini daha fazla artırmış ve dolayısı ile sağlık harcamalarının gelir artışından bağımsız olarak artabileceğini göstermiştir. Toplumun demografik yapısının değişmesi ve nüfusun yaşlanması bu artışı tetiklemektedir. Yine toplumların demokratikleşmesi sonucu kaynakların daha fazla insani amaçlı olarak kullanılması talepleri ve buna bağlı olarak sağlık reformlarının artması sağlık harcamalarında meydana gelen artış için açıklayıcı olmaktadır (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009: 13-14).

Geçmişte ülkelerin gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar kesitsel ve zaman serisi yöntemleri ile incelenmiş ve her iki yöntemin de çeşitli eleştirilere maruz kaldığı görülmüştür. Tüm bu eleştirilere rağmen gelir ve sağlık harcaması arasındaki ilişki hangi yöntemle olursa olsun önemli bulunmuştur. Bazı ülkelerde bu ilişki, aynı sonuçları vermese de bu sonuç gelirin sağlık harcamaları üzerindeki önemini ortadan kaldırmaz. Bu eleştirilerin en başında, ABD’de sağlık harcamalarının yüksekliğine karşın makro sağlık göstergeleri açısından çok iyi durumda olmadığı eleştirisi gelmektedir. ABD’de sağlık hizmetleri harcamalarının genellikle yanlış tahsis edildiği ve boşa gittiği sıkça vurgulanmaktadır. Tüm bu eleştirilere rağmen, her ne kadar bürokrasi ve karmaşıklık olsa da ABD’de sağlık çıktılarındaki iyileşme büyük oranda ekonomik refahın bir sonucudur (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009: 13-14).

Sağlık harcamalarının tedavi odaklı harcamalar olması da harcamaların miktarından ziyade toplam sağlık harcamaları içerisindeki dağılımını tartışmaya açmıştır. Genellikle sağlık harcamalarının hastaları tedavi ettiği, fakat hastalıktan korunmaya gerekli önemin verilmediği görülmektedir. Günümüzde OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının ortalama %3'ü hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığı programları için harcanmakta, geriye kalan büyük bir kısmı hastalığın önlenmesinden ziyade ortaya çıkmasından sonraki tedavi harcamalarına ayrılmaktadır (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009: 13-14).

2.2.1.5. Toplumun Değer Yargılarının Değişmesi

Günümüzde sağlık harcamaları konusunda önceden genel kabul görmüş düşünceler yavaş yavaş değişmiştir. Tüketim toplumlarında, önceden araba lüks mal kategorisine giriyorken, günümüzde sağlık harcamaları elzem ihtiyaçlar içerisinde yerini almıştır. Sağlık hizmetlerindeki anlayışta bu şekilde değişmiştir. Artık lüks ve pahalı olarak görülen birçok tanı ve tedavi yöntemi daha ulaşılabilir ve daha elzem niteliktedir. Basit sağlık problemlerinin nedenleri bile araştırılırken, insan sağlığının daha önemli olması sebebiyle artık en pahalı teşhis yöntemleri kullanılabilir. Bu durum da sağlık harcamalarının artışını etkilemektedir (Filiz, 2010: 26).

2.2.1.6. Şehir Hayatının Etkisi

Nüfusun kır ve kent arasındaki dağılımı, tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanabilmesinde önemli bir etmendir. Nüfusun daha yoğun olduğu ve minimum düzeyde alt yapının sağlandığı şehirlerde hizmet sunmanın daha kolay olacağı bilinmektedir (Yenimahalleli-Yaşar,2007: 270). Kentleşmenin yoğun olduğu bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim daha kolay olduğu düşünülürse, bu bölgelerde sağlık harcamalarının daha fazla olacağı söylenebilir. Köy kesimine giden sağlık hizmetlerinin kısıtlı olması da, bu kesimde yaşayan insanların harcamalarına da yansiyacaktır.

2.2.1.7. Toplumun Yapısındaki Değişimler

Toplumlar için sağlık artık toprak sahibi olmaktan daha önemli bir hale gelmiştir. Nitekim Birleşmiş Milletler Milenyum Zirvesi'nde talep listesinin en başında bulunan

madde; sağlıklı olmaktır. Uluslar arası hukukta temel beşeri hakların içinde yer almış, hastalık, prematür ölüm vb. durumlar toplumlar içinde kaygı verici hale gelmiştir. Günümüzde neredeyse tüm toplumlar sağlığın zenginlik olduğu konusunda hem fikirdirler. Bireyler ve aileler için sağlık, bireysel gelişimin temelini oluşturur ve gelecek için de güvence sağlar. Ayrıca sağlık, işgücü verimliliğinin, okulda öğrenme kapasitesinin, entellektüel fiziki ve emosyonel gelişimin devamlılığını sağladığından dolayı toplumlar için önemli bir unsur haline gelmiştir. Sağlığın önemini kavrayan toplumlarda sağlığa daha çok yatırım ve harcama yapmışlardır (Ecevit ve Çetin, 2010: 168).

2.3. 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 sebep 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 haricinde sağlık hizmetleri yoksulluğun azaltılmasında da etkin rodedir. Bu hizmetler tıpkı eğitim hizmetlerinde olduğu gibi fırsat eşitliği sağlayacak ve insana yapılan yatırımlar olduğu için sağlığın kalitesi 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). Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulmasının bazı nedenleri bulunmaktadır. Nedenlerden ilki gelir eşitsizliğidir. Bu konuda yaygın düşünce, kişilerin gelir seviyesine bakılmaksızın hizmetin sunulmasıdır.

Aynı zamanda, sağlık hizmetleri sadece 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).

Refah tipi sağlık hizmetleri ise, gelişmiş ülkelerde sıklıkla kullanılan bir tipdir. 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).

2.4. Bazı Sosyal Refah Devletlerinde Sağlık Harcamalarının Analizi

2.4.1. Bazı İskandinav Ülkeleri

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 bahsedildiğinde 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'yi (% 17.6), Hollanda (%12), Fransa (11.6) ve Almanya (11.6) takip etmektedir. Ayrıca, Danimarka da 4464 \$ ile kişi başına düşen sağlık harcaması, 3268 dolar olan OECD ortalaması ile karşılaştırıldığında OECD ortalamasının üzerinde yer alıyor. Danimarka'da kişi başına düşen sağlık harcaması, ABD'ne (8233 \$) göre epey düşük kalmasına rağmen 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 göstermiştir. Ancak 2010 yılında %1.6 oranında azalmıştır. Diğer OECD ülkelerinde de durgunluk ve mali konsolidasyon ihtiyacını takip eden saptanmış 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 anlamlı epey 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-ki bu sayı OECD ortalamasının (8.7) epey 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. Geçtiğimiz on yıl boyunca, OECD ülkeleri içinde tanılama teknolojileri olan bilgisayarlı tomografi (BT) tarayıcıları ve manyetik rezonans (MR) birimlerinde çok hızlı bir büyüme oldu. Danimarka'da, 2009 yılında MR sayısı da zamanla artıp OECD ülkelerinin 12.5 olan ortalamasını geçerek, milyon nüfus başına 15.4 ulaşmıştır. Ayrıca Danimarka'da 2010 yılında 22.6 olan OECD ortalamasının üzerinde olarak, milyon nüfus başına 27.6 BT tarayıcıları vardır (<http://www.oecd.org/2012>).

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), ve aynı zamanda çoğu Batı Avrupa ülkeleri ve diğer İskandinav ülkelerinden de daha düşüktür (<http://www.oecd.org/2012>).

Yetişkinler arasında düzenli sigara içenlerin oranı OECD ülkelerinin çoğunda son yirmi beş yıl içinde belirgin bir düşüş göstermiştir. Danimarka'da hergün sigara içtiği rapor edilen yetişkinlerin yüzdesi 1985 yılında %46.5 iken, 2010 yılında %20'ye düşmüştür. Danimarka'da yetişkinlerde sigara içme oranı OECD ortalamasının (%21.1) altındadır.

Aynı zamanda, obezite oranları tüm OECD ülkelerinde son yıllarda artmıştır. Danimarka'da, yetişkinler arasındaki obezite oranı - kendi bildirdiği boy ve kilonuza göre - 2000 yılında %9.5, 2010 yılında % 13.4 olmuştur. Danimarka'da obezite oranı yine 2010 yılında %28,1 seviyesinde gerçekleşmiş ve ABD'nin oranlarına göre oldukça düşük seyretmiştir. Kendileri tarafından bildirilen veriler ışığında, 29 OECD ülkeleri ortalaması %15 olarak saptanmıştır. Obezitenin her geçen gün prevalansını arttırması, diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların oluşmasının adeta bir haberci durumundadır ve bu durum gelecekte yüksek sağlık maliyetleri oluşmasına zemin hazırlamaktadır (<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'sının %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 çok 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 ülkelere 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. Yine aynı yıl, tüm nüfus için doğumda beklenen tahmini yaşam süresi 81.5 yıl olarak analiz edilmiş ve OECD ülkelere göre nerdeyse iki yıl daha fazla çıkmıştır. İsveç'te sigara içme oranlarında son otuz yıl içinde belirgin azalma gözlenmiştir. Bunun sebebi; halkı bilinçlendirme kampanyaları, reklam yasakları ve sigara üzerindeki vergilerin arttırılması gibi tütün tüketiminin azaltılmasını hedefleyen politikalarıdır. İsveç, sigara içme oranını azaltmada dikkat çekici bir ilerleme kaydetmiştir ve günlük sigara içme oranını, 1980'de %32 iken, 2010 yılında %14'e çekerek OECD ülkeleri içinde en düşük ikinci oranı yakalamıştır (İlki Meksika) (<http://www.oecd.org/2012>).

Son yıllardaki obezite oranlarına bakıldığında hemen hemen tüm OECD ülkelerinde bir artış gözlenmiştir. İsveç'te, yetişkinler arasındaki obezite oranı - kendi bildirdiği boy ve kilonuza göre - 1989 yılında %5.5, 2010 yılında %12.9 olarak gerçekleşmiştir (<http://www.oecd.org/2012>).

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>).

Günlük sigara içme oranı, 1980'de %36 iken, 2010 yılında %19'a düşmüş ve yetişkinlerde hesaplanan obezite oranı 1995'de %5 iken, 2008'de %10'a çıkmıştır. Bu açıdan Norveç halkının obezite tehlikesi ile karşı karşıya olduğu söylenebilir (<http://www.oecd.org/2012>).

2.4.2. Bazı Avrupa Ülkeleri

Avrupa ülkelerinin bazı sağlık göstergeleri incelendiğinde, doğumda tahmini süresi tüm yaş gruplarındaki 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 16: 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.

Tablo 16’da 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 aralığında 79.4 yıl ile erkekler için en yüksek sayıya ulaşmıştır. Kadınlar için en düşük tahmini yaşam süresine sahip ülkeler Romanya ve Bulgaristan’dır (77.3 yıl). Erkekler içinse, Litvanya en düşük rakama sahip ülke 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 89.1 yıl yaşayacaktır (OECD, 2012: 16).

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 takip etmektedir. Sonra sırasıyla Norveç, Portekiz, İsveç, İsviçre ve İspanya bulunmaktadır. 1000 nüfus başına düşen doktor sayısı en düşük olan ülkeler ise; Karadağ ve Türkiye'dir. Bunu Polanya, Romanya ve Slovenya takip etmektedir. İngiltere'de geçtiğimiz on yıl içinde 1000 nüfus başına düşen doktor sayısı artış göstermiştir. 2000 yılında doktor sayısı 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; yıl başına %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).

2.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Sağlık bakımı kapsamı tıbbi mal ve hizmetlere erişim sağlayan ve beklenmeyen veya 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 rağmen 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 nüfusun %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 hakim 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).

Hizmet sunumunda ise; Finlandiya, İsveç, İspanya, Portekiz İtalya ve Yunanistan'da ayakta ve evde bakım hizmetleri (birinci basamak tedavi edici hizmetler) tamamen ulusal veya yerel kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı birimler aracılığı ile yürütülmektedir. İskandinav ülkelerinde bir miktar özel hekimlik de var ise de bunların toplam içindeki payı çok düşüktür. 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: 44-45).

2.4.2.2. Sağlık Harcamalarının Fonksiyonu

Tedavi ve Rehabilitasyon 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 (Özellikle ilaçlar-ki %19'unu oluşturur), %10'nu 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, 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, Bulgaristan ve Romanya gibi, yatan hasta masrafları tedavi ve rehabilitasyon 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'sine tekabül etmektedir. 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 yıl başına %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 hariç 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).

2.4.3. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika birleşik devletlerinin 2010 yılı itibariyle toplam nüfusu 310.384.000'dir. Kişi başına düşen gayri safi milli gelir, 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 2010 yılı verileriyle 2.4'tür. 1000 Nüfus başına düşen yatak sayısı ise 3.1 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca; cepten yapılan sağlık ödemelerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı %11.8'dir.

2.4.3.1. 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 müracatı yapılır. Sağlık hizmetleri süreci genellikle bu şekilde işlemektedir. Ancak Amerika'da sevk zinciri bu teşkilatlanmadan 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 hekimi, 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.

Tedavi edici hizmetler dışındaki birincil sağlık hizmetleri, ayrı örgütler aracılığıyla ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. Bu nedenle ABD için birinci basamak diye adlandırabileceğimiz yapı, bireylerin hastalandıklarında gidebilecekleri özel hekim muayenelerinden ya da hastanelerden oluşmaktadır. ABD'de hekimlerin çoğu özel kuruluşlarda çalışmakta ve ücretlerini kişi başına tedavi ile almaktadırlar. Ödemeler ise; hasta tarafından karşılandığı gibi sağlık sigortası tarafından da karşılanabilmektedir (Oral, 2003: 63-64).

Hekimler açısından uygulama ise şu şekildedir; doktorlar öncelikle çalışmak istedikleri eyaleti belirler ve bu eyalet için lisans almak zorundadır. Bunun için, gerekli ücreti ödeyip tıp fakültesi diplomasını ibraz eder. Son olarak, ulusal kurulun üç basamaktan oluşan yeterlik sınavını başarmak koşulu aranmaktadır. Kazanan hekimlerin

ayrıca lisanslarını devam ettirebilmeleri için her iki yılda bir belirli süre sürekli eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Aksi takdirde bu hekimlerin çalışma lisansları iptal edilmektedir (Oral, 2003: 63-64).

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 imkan hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi, maddi gücü ve anlaşmalı doktorlarla sınırlı kalmaktadır (Oral, 2003: 63-64).

2.4.3.2. Sağlık Sisteminin Finansmanı

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 programlardan bahsetmek 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 (single payer) 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 bakım evindeki tıbbi masraflar da (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 görece olarak iyi olanlar bunu karşılayabilmek için tamamlayıcı sigorta satın alırlar; aksi halde bu bakımdan yararlanamayacaklarıdır (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 araştırdığı, gelirlerine bakıldığı, ihtiyaca dayalı (means-tested) sosyal bir programdır. Medicare'den daha kapsamlıdır (Akalin, 2011: 4-5).

Son yıllarda yoksulluğun patlaması nedeniyle bu programa katılanların sayısının artması eyalet bütçelerini sıkıntıya sokmuştur. Medicaid yardımlarından yararlanabilmek için yoksul olmak birincil koşul, fakat tek başına yeterli değildir. Medicaid'den yararlanabilmek için yoksul olmanın yanında belirli ölçütlere uymak gereklidir: üzerinde mülk olmamak, gelir, yaş, gebelik, engellilik, körlük, Amerikan vatandaşı veya kabul edilmiş göçmen olmak vb. bakım evlerinde kalanların veya evlerinde bakılan engellilerin

belli ölçütlere uymaları gereklidir. Çocukların durumu, ailelerinin veya kendilerine bakanların yardımlara hak sahibi olup olmamalarına bakılmaksızın değerlendirilir. Medicaid'den yararlananların sayısı 2008 yılında 42.6 milyon iken, bu rakam 2009 yılında 47.8 milyona yükselmiştir (Akalın, 2011: 4-5).

Tablo 17: 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	24.7	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

Finansman sağlayan sigorta şirketleri, 2008 verilerine göre toplumun ancak %84.6'sını kapsayabilmektedir. Geri kalan %15.4'lük kesimin ise hiçbir sigortası yoktur (Tablo 17). ABD toplumundaki özel sigortalı yüzdesi 1980'li yıllardan başlayarak giderek düşmektedir. 1990'lı yıllarda özel sağlık sigortası yüzdesi 1960'lı yıllarla eşdeğer düzeye gelmiştir.

Özel sigorta şirketlerinin içinde yer alan Maviler ve Sağlık Organizasyonlarının finansmanını sağlayan bağımsız Sigorta Planları kar amaçlı bulunmamaktadır. Özel sigorta şirketleri grubunun %50'sinden fazlasını ise kar 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 olur olmaz anne babalarının poliçelerinden ayrılmak zorunda kalan genç grup, çoğunlukla part time işlerde ya da sağlık sigortası olmayan küçük şirketlerde çalışmaktadır (<http://saglikyonetimi.wordpress.com/2012>).

2.4.4. Almanya

2.4.4.1. Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Harcamaları

Sağlık fonksiyonuna göre yapılmış olan tüm harcamalar sadece 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 ve Almanya'da 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 olanlarında sağlık sigortası yaptırma zorunluluğunun getirilmesi, hastalık sigortalarının rekabete açılması, doktorların ücret sistemlerinin basitleştirilmesi, özel sağlık sigortalarına özel tarifeler belirleme koşulu vb. şartları kapsamaktadır (Şanlıoğlu, 2011: 107-111).

Almanya Sağlık harcamaları 2000 ve 2010 yılları arasında yılda ortalama %2 oranında nispi olarak artmıştır. Birçok Avrupa Birliği ülkesinde durgunluk ve krizlerin dönüşleri sert olmasına rağmen, son yıllarda Almanya'da sağlık harcamalarında herhangi bir azalma olmamıştır ve ve harcamalar 2010 yılında reel olarak %2.6 oranında artmaya devam etmiştir (<http://www.oecd.org/2012>).

2.5. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

2.5.1. Türk Sağlık Sisteminin Yapısı

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 ve 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, kar amacı güden özel kesim bulunmaktadır. Bu açıdan, sağlık hizmetleri yapılaşması arz-talep yönünden çeşitlilik göstermektedir (Aytekin ve Çiftçi Aytekin, 2010: 171).

Geçmişten günümüze sağlık hizmetleri aşağıdaki süreçlerden geçmiştir;

1. 1920-1923 yılları arasındaki sağlık yapısı
2. 1923-1946 yılları arasındaki sağlık yapısı
3. 1946-1960 yılları arasındaki sağlık yapısı
4. 1960-1980 yılları arasındaki sağlık yapısı
5. 1980- 2002 yılları arasındaki sağlık yapısı
6. 2003 yılı sonrası sağlıkta değişimler

2.5.1.1. 1920-1923 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı

1920 yılında T.B.M.M. hükümetinin ilk sağlık bakanı, Dr. Adnan Adıvar’dır. Bu dönemde, Kurtuluş savaşı sonrası oluşan yaraların sarılması sağlanmış ve düzenli bir kayıt tutulamadığı için daha çok mevzuat geliştirilmeye çalışılmıştır (Akdağ, 2008: 14).

2.5.1.2. 1923-1946 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte, sağlık hizmetlerinin profesyonelleştirilmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Dr. Refik Saydam, Türkiye sağlık sisteminin kemikleşmesine önderlik etmiş ve hizmetlerin organize olmasına katkı sağlamıştır. Bu dönemde sağlıkta asıl ilke; epidemik etki eden bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin tesis edilmesidir. Ayrıca, özel muayeneler kısıtlanmış

ve doktorların sadece Sağlık Bakanlığı için çalışması istenmiştir. Refik Saydam'a göre; yerel yönetimlerde sağlık hizmetlerine katkı sağlamalı ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin içerisinde yer almalıdır. Bu doğrultuda ilk olarak numune hastaneleri tesis edilmiş ve verem, sıtma, frengi gibi tedavisi özel hastalıklar için kurumlar oluşturulmuştur. O zamanlarda merkezi organizasyon yapısı da dikey olarak koşullandırılmıştır (Koç, 2007: 15).

Tablo 18: 1923-1945 Yıllarında Arasında Kanunlaştırılan Sağlık Hizmetleri

Yıl	Kanun
1920	38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu
1927	922 sayılı Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu
1928	1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu
1928	1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
1930	1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
1936	3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
1937	3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun
1940	3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun

Kaynak: Filiz, 2010: 38

2.5.1.3. 1946-1960 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı

1946-1960 yılları arasındaki dönemde, Türkiye'deki vatandaşlara entegre sağlık hizmetleri sunması amacıyla sağlık ocakları kurulmuştur. Yine bu dönemde, tüm hastaneler (Numune hastaneleri vb.) yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK, özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında kurulmuştur (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 32). 1945 yılında 'Sıtma İle Olağanüstü Mücadele Yasası' parlamentoda kabul edilmiştir. Verem ile mücadele için Verem Savaş Derneği'nin şehirlerde, Sağlık Bakanlığı'nın ise kırsal kesimlerde hizmet vermesine karar verilmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın bu hastalık ile mücadelede beklenen başarıyı gösterememesi üzerine 1960 yılında Verem Savaş Müdürlüğü kurulmuştur. Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri ise; 1952'de anneye ve

çocuğa doğum öncesi ve sonrası sağlık hizmeti sunmak için kurulmuştur. Ancak, tedavi hizmetlerine odaklanmak hiç bir sorunu çözmemiş ve hatta temel sağlık hizmetleri personeli açığını arttırmıştır (Filiz, 2010: 39).

Tablo 19: 1946-1960 Yıllarında Arasında Kanunlaştırılan Sağlık Hizmetleri

Yıl	Kanun
1953	6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun
1953	6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun
1954	6283 sayılı Hemşirelik Kanunu
1956	6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu

Kaynak: Filiz, 2010: 38

2.5.1.4. 1960-1980 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı

1961 yılında sağlıkta sosyalleşmeye gidilmiş ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Ama esasen sağlıkta sosyalleşme 1963 yılında başlamış ve 1983 yılında ülke geneline yayılmıştır. Bunun sonucunda, kademeli olarak il, ilçe hastaneleri ve sağlık ocakları bu yapılaşmaya gitmiştir. Ayrıca, nüfus arttırıcı politikadan 554 sayılı kanunla nüfus sınırlayıcı politikaya geçilmiştir. Geniş bölgede tek yönlü hizmetin yerini, dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı almıştır (Akdağ, 2008: 14).

2.5.1.5. 1980- 2002 Yılları Arasındaki Sağlık Yapısı

1980’li yıllar Türkiye için çetin geçmiştir. 1980 yılının eylül ayında tekrar askeri darbe yaşayan ülke, ekonomik ve politik anlamda başka bir sürece girmiştir. Devletin temel yapısında değişikliğe gidilmiş ve hizmet veren devlet yapısı, hizmetlerin kolaylaştırılması ve düzenlenmesi yönüne kaymıştır. Bu dönemde özel sektör daha çok ön plana çıkmıştır.

Sağlıkta sosyalleştirme politikalarına 1980’lerde de devam edilmiş ve bunun bir ürünü olarak da 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yasalaşmıştır. Ancak, bu

yasada belirlenen reformların hala tam olarak gerçekleştirildiği söylenemez (Kaya, 2008: 8-9).

1989 yılı Haziran ayında 1990-1994 dönemini kapsayan altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (BYKP), TBMM’de onaylandı. Bu plandan beklenen dönemin sonunda; tahmini yaşam beklentisinin 68 yıla yükseltilmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun ilk basamak sağlık ünitelerince karşılanması, bebek ölüm oranının binde 50’nin altına düşürülmesi ve 1011 kişiye bir hekim, 4845 kişiye bir diş hekimi, 3655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi olarak belirlenmiştir (Er, 2011: 137).

2.5.1.6. 2003 Yılı Sonrası Sağlıkta Değişimler

2002 – 2003 yıllarında 58. ve 59. Hükümetler, Acil Eylem Planı çerçevesinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hazırlamışlardır. Bu programın bileşenleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Baran, 2009: 59-60);

- ✓ Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı (Sağlık hizmeti üretimi yerine)
- ✓ Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası;
- ✓ Yaygın, erişimi kolay ve güleryüzlü sağlık hizmet sistemi
- ✓ Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
- ✓ Etkili, basamaklı sevk zinciri
- ✓ Yönetmelik ve parasal özerkliğe sahip sağlık işletmeleri;
- ✓ Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek güdülenme ile çalışan sağlık insan gücü;
- ✓ Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları;
- ✓ Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için nitelik (kalite) ve akreditasyon yapılanması;
- ✓ Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
- ✓ Ulusal ilaç kurumu
- ✓ Tıbbi cihaz kurumu
- ✓ Karar sürecinde etkili bilgiye erişim, sağlık bilgi sistemi,
- ✓ Daha iyi bir gelecek için sağlığın iyileştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,

- ✓ Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörlerarası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- ✓ Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri

2.5.2. Türkiye'nin Genel Sağlık Durumu

2.5.2.1. 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 (Akın, 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'dır. Erkekler için en yüksek yaşam beklentisi olan ülke 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 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>).

2.5.2.2. Bebek Ölüm Oranları

Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliğinde, Türkiye'de 1991 yılından beri anne 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 ünvanı 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 gerçekleştirildikten sonra giderek azalma olduğu gözlemlenmiş ve 2008 yılı için ise; 13.1 bulunmuştur (<http://www.oecd.org/2012>).

2.5.3. 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 sosyoekonomik seviyeye göre sigorta kapsamında farklılıklar görülmektedir (<http://www.euro.who.int>).

2.5.4. Türkiye'de 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 ve diğerleri: 2005,19).

2.5.4.1. 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/>).

Ancak, özellikle 2000'li yıllara kadar ülkemizde sosyal güvenlik alanında uzun yıllar mali dengeler gözetilmeden alınan kararlar, sosyal güvenlik sisteminin zayıflamasına, dolayısıyla sağlık ve sigorta hizmetinin yeterli olmamasına neden olmuştur. Sosyal güvenlik sisteminde zamanla ortaya çıkan finansal ve yapısal sorunlar, bu alanda reformların yapılmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. Tablo 20. '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 yılına baktığımızda, toplam gelirlerin toplam giderleri karşılama oranı %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 yıllardır problemlerle 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 20: 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
2001	13.360.579	55.8	17.830.745	62.3	4.470.166	74.9
2002	20.018.189	49.8	27.982.464	56.9	7.964.275	71.5
2003	27.916.539	39.5	41.336.077	47.7	13.419.538	67.5
2004	34.689.248	24.3	50.621.622	22.5	15.932.374	68.5
2005	41.249.438	18.9	59.941.373	18.4	18.691.935	68.8
2006	53.830.886	30.5	71.867.475	19.9	18.036.589	74.9
2007	56.874.830	5.7	81.915.401	14.0	25.040.571	69.4
2008	67.257.484	18.3	93.159.462	13.7	25.901.978	72.2
2009	78.072.788	16.1	106.775.443	14.6	28.702.655	73.1
2010	95.273.183	22.0	121.997.301	14.3	26.724.118	78.1
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 istatistik verileri kullanılmıştır.

Tablo 20 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'nun finansmanı için yeterli düzeyde bir artış olamamıştır. Bu yüzden 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.

Kayıt dışı çalışanların sosyal güvenlik bakımından önemi, bir yönü ile sistemin potansiyel prim gelirlerini azaltmaları diğer yönü ile de hükümetlerin farklı gerekçelerle bunlara daha sonra prim affı, hizmet borçlanması ya da sistemin diğer bazı haklarını sağlayarak sistemin giderlerini artırmalarına yol açmasıdır. Ayrıca, sosyal güvenlik sisteminin amaçlarından biri tüm toplum kesimlerini kapsamı, sadece bir bölümünü ele alarak onlara hizmet sunmak ile sınırlı olmamasıdır. Kayıt dışı çalışanların pek çoğunun yoksulluk sınırında olması ve eğitim durumlarının da kendi geleceklerini güven altına alamamasından ötürü sosyal güvenliklerinin temininin sosyal adalet açısından da gerekliliği ortadadır (Gümüş, 2010: 9). Sosyal güvenliğin yoksulluğa karşı etkin bir araç olarak kullanılabilmesi için kayıt dışı istihdam azaltılmalı, sosyal güvenlik tabanı genişletilmelidir (Şener, 2010: 11).

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; Türkiye genelinde %47.04'tür.

**Tablo 21: 2001-2009 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumunun (4/A,4/B,4/C)
Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon tl)**

Yıllar	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007(*)	2008(**)	2009
4/a	2.258	3.594	4.981	6.636	7.065	11.106	14.738		
Tedavi	1.124	1.493	2.530	3.502	3.088	5.486	7.880		
Devlet Hastanesi	820	1.026	1.875	2.618	1.960	3.684	5.196		
Üniversite Hastanesi	118	195	281	383	473	707	1.002		
Özel Hastane	185	272	374	500	655	1.095	1.682		
Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri, Sağlık Ocağı vb.)									
İlaç	993	1.879	2.101	2.687	3.553	5.266	6.379		
Diğer	141	222	350	447	424	354	480		
Diğer(Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs,vb.)	122	199	308	390	387	285	347		
Optik	19	23	42	57	37	69	133		
4/b	1.229	2.195	3.183	3.719	3.626	3.816	3.052		
Tedavi	330	693	966	1.269	1.363	1.667	1.385		
Devlet Hastanesi	250	562	798	1.028	1.125	1.269	997		
Üniversite Hastanesi	31	61	82	127	96	107	69		
Özel Hastane	48	70	87	113	142	291	318		
Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri,Sağlık Ocağı vb)	-	-	-	-	-	-	-		
İlaç	780	1.322	1.997	2.188	1.841	1.841	1.407		
Diğer	118	181	220	262	422	308	260		
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs vb.)	112	168	194	234	396	275	227		
Optik	7	13	26	28	26	33	34		
4/c	1.089	1.840	2.498	2.796	2.917	2.744	2.193		
Tedavi	345	645	867	1.135	1.175	1.337	1.003		
Devlet Hastanesi	114	227	325	436	437	490	206		

Tablo 21. (Devamı)									
Yıllar	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007(*)	2008(**)	2009
Üniversite Hastanesi	181	364	464	569	515	511	452		
Özel Hastane	50	54	78	130	224	336	345		
Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri, Sağlık Ocağı vb.)	-	-	-	-	-	-	-		
İlaç	660	1.100	1.517	1.524	1.607	1.265	1.072		
Diğer	84	95	115	136	135	143	118		
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs vb.)	65	65	70	89	87	99	82		
Optik	19	30	44	48	47	44	36	--	
TOPLAM SAĞLIK	4.576	7.629	10.662	13.150	13.608	17.667	19.984	25.347	28.811
Tedavi	1.799	2.831	4.362	5.906	5.626	8.489	10.267	13.953	15.129
Devlet Hastanesi	1.185	1.815	2.998	4.083	3.521	5.442	6.399	7.325	7.875
Üniversite Hastanesi	330	620	827	1.079	1.083	1.325	1.523	2.247	2.572
Özel Hastane	284	396	538	743	1.021	1.723	2.345	4.381	4.682
Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
İlaç	2.434	4.300	5.615	6.399	7.001	8.372	8.858	10.717	13.161
Diğer	343	498	685	845	980	805	859	677	521
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs vb.)	299	433	573	712	871	659	655	409	225
Optik	44	66	112	133	110	146	203	268	296
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı%	1.90	2.18	2.34	2.35	2.10	2.33	2.38	2.67	3.02

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu 2012 Mali istatistik verileri kullanılmıştır *2007 yılının kasım ve aralık ayına ait 4/b ve 4/c'lilere ilişkin sağlık ödemeleri 4/a üzerinden yapılmıştır. Ayrıca, **4/a,4/b ve 4/c'lilere yönelik sağlık ödemeleri Ocak ayından itibaren SGK adına tek bir yerden yapılmaktadır.

Tablo 21’de, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiş ve SGK kapsamındaki SSK sigortalılarını 4/a sigortalıları, Bağ-Kur sigortalılarını 4/b sigortalıları, Emekli Sandığı iştirakçilerini 4/c sigortalısı olarak adlandırmıştır. 4/a kapsamında bulunan sigortalıların 2001-2007 yılları arasında yapmış olduğu sağlık harcamaları toplam 14.738.000 tl, 4/b kapsamındakiler toplam 3.052.000 tl ve 4/c’liler toplam 2.193.000 tl olarak hesaplanmıştır.

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.

2.5.4.2. 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 ve 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 en önemli 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 finansmanıyla 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 ve Gümüş, 2011: 207).

Sağlık Bakanlığı’nın hangi faaliyete göre ne kadar harcama yaptığının bilinmesi hizmetin fonksiyonunu anlamak açısından son derece önemlidir (<http://www.tubitak.gov.tr/>). 2009 yılı itibariyle 955 hastanesi olan Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılı Nisan ayı verilerine göre 2010 yılında 16 tanesi başka hastanelerle birleştirilen ve

2 tanesi yeni açılan olmak üzere toplam 939 hastanesi mevcuttur. Yatak doluluk oranları 2009 yılında ortalama olarak %50'nin altında olan 245 hastanede ortalama uzman tabip sayısı 21, pratisyen tabip sayısı ise 7'dir. Ortalama 88 yatağı olan bu hastanelerde görev alan ortalama yardımcı sağlık personeli sayısı ise 116'dır. İlgili hastanelerde görev yapan uzman tabip sayısı tüm Sağlık Bakanlığı uzman tabibinin %14.06'sı iken pratisyen tabip sayısı %5.47'si, yardımcı sağlık personeli ise %11.39'udur. (Aytekin ve Çiftçi Aytekin, 2010: 169).

Tablo 22: 2010 Yılı Sağlık Bakanlığı Ödenek ve Harcamaların Ekonomik Sınıflamaya Göre Dağılımı

Ekonomik Sınıflar	Yıl Sonu Ödeneği	Harcama	Harcama/YSÖ Oranı (%)
Personel Giderleri	3.470.147.282	5.492.606.946	158.28
Sos.Güv.Kur.Devlet Primi Gid.	1.022.761.000	1.294.067.850	126.53
Mal ve Hizmet Alım Giderleri	2.532.903.913	2.165.504.590	85.49
Cari Transferler	9.940.900	9.208.324	92.63
Sermaye Giderleri	1.674.420.718	855.018.180	51.01
Sermaye Transferleri	973.000	472.142	48.52
Toplam	8.711.146.813	9.816.878.032	112.69
Yeşil Kart Toplamı	4.959.856.000	4.951.215.368	99.83
Genel Toplam	13.671.002.813	14.768.093.400	108.02

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2010 yılı Faaliyet Raporuna göre düzenlenmiştir.

2010 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesine Yeşilkart ödeneği hariç 9.3 Milyar tl ödenek tahsis edilmiştir. Yıl içi işlemlerle bu rakam 8.7 Milyar tl'ye düşmüş ve 9.8 Milyar tl harcama gerçekleşmiştir. Aradaki 825.897.400 tl'lik farkın, Sosyal Güvenlik Kurumu'na ödenen devlet primi giderlerinden ve personel giderlerinden kaynaklandığı edilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı ödenek ve harcamalarının ekonomik sınıflandırmaya göre dağılımı (Tablo 22) incelendiğinde Yeşilkart ödeneği hariç toplam 8.711.146.813 tl ödenek tahsis edilmiş olup, 9.816.878.032 tl toplam harcama gerçekleşmiştir. (<http://www.sgb.saglik.gov.tr/>). 2002 yılında Sağlık bakanlığı bütçesinin genel bütçe

içindeki payı %2.25 iken, 2010 yılında %3.31'e yükselmiştir ve 2005 yılında %96'lar seviyesinde olan ödenek kullanım oranını 2010 yılında %99.5 seviyesine çıkarılmıştır.

Tablo 23: Türkiye'deki Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

Kurum	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	774	829	767	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 23 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 kar 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 ve Çiftçi Aytekin, 2010: 170).

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 etmekte de son derece önemlidir (Çelik, 2011: 65).

Tablo 24: 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.

Yukarıdaki bilgiler ışığında OECD ülkelerinin finansman tipine göre sağlık harcamaları incelendiğinde (Tablo 24), kamu kesiminde en yüksek sağlık harcaması yapan ülkeler %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.

2.5.4.3. 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 teşkilatlar kısaca incelenecek olursa; Türk mali sisteminde özel bütçeli kuruluşlar içinde yer alan üniversitelere bağlı tıp fakülteleri hastaneleri ile eczacılık fakülteleri, diş hekimliği ve hemşirelik yükseköğülleri, 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 olmaları itibarı ile hem özel bütçeden pay almakta hem de ürettikleri hizmetler karşılığında elde ettikleri gelirleri döner sermayelerinde değerlendirilmektedir. 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 Hastanelerinde 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'de çalışan 171.000 personel ve onların bakmakla yükümlü oldukları yakınlarının sağlık harcamaları KİT'ler tarafından sağlanmaktadır (<http://ekonomi.milliyet.com.tr/>).

Fonlar ise; belirli kamu hizmetini görmek üzere, bütçe kaynaklarından ve kanunla belirlenmiş kamu gelirleri üzerinden ek olarak alınan kaynaklar veya belirli vergileri temel olarak oluşturulan diğer kaynaklardan oluşur. Türkiye'de sağlık harcaması yapan iki

önemli “Fon” kuruluşundan bahsetmek gerekir. Birincisi, 3418 Sayılı Kanun’a göre kurulmuş olan Geliştirme ve Destekleme Fon’u, ikincisi de Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fon’udur. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu sağlık harcamaları açısından en önemli fondur (Gülcan, 2008: 35).

2.5.4.4. 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 hanehalkı 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. Türkiye’de 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 20. Maddesi uyarınca bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların teşkil ettikleri birlikler personelinin malullük, yaşlılık ve ölümlerinde yardım yapmak üzere tesis veya dernek olarak kurulmuş bulunan sandıklar, bu kategori altında yer almaktadır. Bu sektör tarafından sağlanan faydalar, özel olarak finanse edilen sosyal faydalar altında kaydedilmektedir. (Mollahaliloğlu, 2005: 53-54).

Cepten ödemeler ise, vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları harcamalardır. Hastalık oluşumunda, finansmanı kişinin direk kendisidir. 1970’li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya genelinde ortaya çıkan makro boyuttaki daralmalar sonucunda, sağlık sektöründe ek

kaynak oluşturulması gündeme gelmiştir. Bu ihtiyaç, kullanıcı katkısı gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur (İstanbulluoğlu ve diğerleri, 2010: 90). Kişiler satın aldıkları sağlık hizmetlerinin tamamını ya da bir kısmını kendileri karşılamak durumunda kalmışlardır. Cepten yapılan ödemelere örnek vermek gerekirse; gönüllü sağlık sigortalarına ve özel hekimlere verilen primler, kurumlara verilen doğrudan ödemeler, ilaçlara ödenen katkı paylarıdır (Özbay, 2010: 23).

Tablo 25: 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.

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 25) En düşük cepten sağlık harcaması yapan ülkeler ise; Hollanda (%6), Fransa (%7) ve İngiltere (%9)'dir (OECD, 2012: 128). Türkiye'nin cepten yapılan sağlık ödemelerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise %21.8'dir ve OECD ülkelerinin ortalamasından (%20.1) yüksek çıkmıştır. Bir ülke, sağlık için vatandaşlarının cebinden ne derece az para harcatırsa o derece sosyal refah normlarını yakalamış demektir. Çünkü sosyal refah devleti olmanın bir unsuru da, sağlık hizmetlerini vatandaşlarına bedelsiz olarak sunmaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GİRESUN İLİNDE SAĞLIK VE SAĞLIK HARCAMALARININ SOSYAL REFAH YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1. Araştırmanın Genel Yapısı

3.1.1. Araştırmanın Amacı

İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri belirli bir kesime hitap etmeyip bütün insanları kapsar. Sağlık hizmetlerinin faaliyet alanları temel olarak toplumun sağlık koşullarını iyileştirmek ve geliştirmektir. Bu nedenle de sağlık hizmetleri toplumsal bir özellik taşımaktadır (Akın, 2007: 6). Günümüzde sağlık sektöründe önemli değişiklikler olmuştur ve sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaç aşırı artmıştır. Buna, doğal beslenme anlayışının bozulması, yaşlı nüfusun giderek artması, fiziksel aktivitenin yokluğu ve daha birçok etken örnek verilebilir. Sağlık hizmetlerine olan bu ihtiyaç, gerek ülkemizde gerekse dünyada sağlığa yapılan harcamanın da hızla artmasına sebep olmaktadır. Çalışmanın amacı, sosyal refah devletlerindeki sağlık harcamaları konusunu Giresun ili bazında değerlendirip, Giresun'daki sağlık durumu, sağlık hizmetleri tercihleri, gelir durumu ve cepten yapılan sağlık harcamalarını tespit etmektir.

3.1.2. Araştırmanın Kriterleri

Kişinin sağlık harcaması yapma durumunu aşağıdaki değişken belirler:

1. Cepten yapılan harcamalar: Cinsiyet, yaş grubu, yerleşim yeri, hanedeki toplam kişi sayısı, medeni durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, sağlık güvencesi durumu, kişinin hanesinin gelir dilimi, kişide hekim tarafından tanı konmuş bir hastalık olma durumu, kişinin özürlü olma durumu, kişinin hanesinde hekim tarafından tanı konmuş bir hastalık olma durumu, kişinin hanesinde özürlü olma durumu

2.Kişi Başına Gelirin Yükselmesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin yükselmesi, sosyal değer yargılarının değişmesi, teknolojik gelişmeler, şehirleşme, yaşam süresinin uzaması, toplumsal düzende meydana gelen değişimler

Araştırmamızda bu değişkenlerin sağlık harcamaları üzerindeki etkisine dikkat çekilmiştir.

3.1.3. Evren

Bu araştırmanın evrenini Giresun merkez mahallerinde yaşayan hane halkı oluşturmaktadır. Türk İstatistik Kurumu'nun 2011 yılı verilerine göre; Giresun merkez nüfusu 101.107'dir.

Tablo 26: Giresun İlçelere göre il/ilçe merkezi ve belde/köy nüfusu-2011

	İl/İlçe Merkezi			Belde/Köy			Toplam		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Giresun Merkez	101.107	50.591	50.516	21.490	10.727	10.763	122.597	61.318	61.279
Toplam	101.107	50.591	50.516	21.490	10.727	10.763	122.597	61.318	61.279

Kaynak: Türk İstatistik Kurumu (2011)-(http://rapor.tuik.gov.tr)

Bu araştırmada Giresun merkez mahalleleri istatistik uygulanarak, sosyo-ekonomik yönden paralara blnmştir. Ayrıca, sağlık harcamalarının varlığı ve ülkenin sosyal refah düzeyi hakkında bilgileri olup olmadığı incelenmiştir.

3.1.4. Örneklem

Araştırmamızda Sağlık Bakanlığı ve Başkent niversitesinin 2003 yılında ortaklaşa yürüttüğü "Ulusal Sağlık Araştırması Anket Formu" ve Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE)'nn 1994 yılında yaptığı " Hane halkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Araştırması Anket formu" temel alınarak oluşturulan toplam 26 soruluk anket formu hazırlanmıştır. rneklemine, Giresun merkezden seilen 10 adet mahalle oluşturmaktadır. Mahalle seiminde bazı kriterler belirlenmiştir. Öncelikle Giresun Belediyesi Halkla İlişkiler Departmanından mahallelerin sosyo-ekonomik yönden durumunu bildirecek bilgiler edinilmiştir. Bu mahalleler 3 gruba ayrılıp kodlanmıştır. Kodlamaya göre;

1 nolu kod: Alt gelir grubu (ıtlakkale, Fevzi akmak ve Hacı Siyam)

2 nolu kod: Orta gelir grubu (ınarlar, Gemilerekeği, Hacı hüseyin ve Nizamiye)

3 nolu kod: Üst gelir grubu (Göre, Kale ve Teyyaredz)

Tablo 27: İl/İle/Mahalle Düzeyinde Uygulanan Anket Sayıları

Sıra	Mahalle	Kod	Nufs	Oran	Anket Sayısı
1	ınarlar	2	3223	0.05	20
2	ıtlakkale	1	10.995	0.17	76
3	Fevzi akmak	1	4488	0.07	27
4	Gemilerekeği	2	7975	0.12	48
5	Göre	3	1279	0.02	8
6	Hacı hüseyin	2	7166	0.11	43
7	Hacı Siyam	1	10.705	0.17	64
8	Kale	3	2260	0.04	14
9	Nizamiye	2	4365	0.07	27
10	Teyyaredz	3	11.536	0.18	70
	Toplam		63.992	1	397

Bu araştırma çerçevesinde nitel veri toplama yöntemleri kullanılmıştır. Nitel araştırma, belli olgu veya olayları kendi doğal ortamları içerisinde çok yönlü ve uzun süreli olarak derinlemesine incelemektir. (Saban, 2006: 469) Örneklem tabakalı rastgele örneklem tasarımına dayandırılmış ve sosyo-ekonomik yönden ayrılmış toplam 10 tabakadan oluşmuştur. Örneklem genişliği, bu 10 tabakaya, her bir tabakanın nüfusuna orantılı olarak dağıtılmıştır. Öngörülen örneklem çerçevesinde toplam 383 hane seçilmiş (Tablo 28) ve alt sınır yakalanmış olup, 397 hane ile görüşme yapılmıştır. Veri toplanması, örneklem çıkan hanelerde önceden eğitim verilmiş 5 anketör vasıtasıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak kendi hazırlamış olduğumuz anketimiz kullanılmıştır.

3.1.5. Araştırma Süresi

Çalışmanın araştırma kısmı bir haftada tamamlanmıştır. Anket çalışması, 18-24 Haziran 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Anket çalışması öncesi, Giresun Belediyesi'nden gerekli çalışma için yazılı izin alınmıştır. Parçalara bölünen merkez mahallelerinde belli bir plana göre hane hane dolaşarak bilgi edinilmiştir. Her haneden bir kişi referans olarak alınmıştır. Böyle yapılmasındaki amaç; anketteki bazı sorular, hane halkının tümünü kapsadığından bireylerde tekrara düşmemek adınadır. Anketle alınan bilgiler istatistiksel analizler ile değerlendirilmiştir.

3.1.6. Anket

Araştırmamızda kullanılan ankette (Ek.1) gözlemlemek istediğimiz bulguların sorulara göre dağılımı aşağıdaki gibidir:

1. Demografik özellikler (1-5 soru)
2. Gelir durumu (6, 18 ve 19. soru)
3. Sosyal güvence durumu (7. ,23. ve 24. soru)
4. Sağlık durumu (8, 9,10, 11 ve 14. soru)
5. Sağlık harcamaları durumu (12, 13, 15, 16,17, 20 ve 21. soru)
6. Sağlık sistemi ve Devlet yapısından Memnuniyet durumu (25 ve 26. Soru)

3.1.7. Örneklemin Belirlenmesi

Tablo 28: $\alpha = 0.05$ İçin Örneklem Büyüklükleri

Evren Büyük- lülüğü	± 0.03 örnekleme hatası (d)			± 0.05 örnekleme hatası (d)			± 0.10 örnekleme hatası (d)		
	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100 milyon	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

Kaynak: Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 50

3.1.8. Verilerin analizi

Araştırma kapsamında uygulanan anket çalışmasında elde edilen veriler SPSS 16.0 Windows paket programında kodlanarak yüklenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda Frekans, Mann-Whitney U testi , ki-kare testi ve Kruskal-Wallis H testine tabi tutulmuştur.

3.1.8.1. Ki-Kare Testi

Ki-kare testi, gözlenen frekanslar (G) ile beklenen frekanslar (B) arasındaki farkın istatistik olarak anlamlı olup olmadığı temeline dayanır. Ki-kare testinde, niteliksel olarak belirtilen veriler kullanılır. Ayrıca, ölçümle belirtilen sürekli değişkenler de belli bir dereceden az veya çok olarak nitelendirilerek ki-kare testi uygulanabilir. Veriler, oranlar veya yüzdelikler olarak ifade edilmişse testin uygulanması mümkün değildir. Ki-kare testi, serbestlik derecesi (sd) ile karakterize edilir. Dağılımın ortalaması sd'ye ve varyansı ise sd'nin iki katına eşittir. Ki-kare değerleri, sıfır ile artı sonsuz arasında değerler alır. Dağılım; küçük sd'lerinde basık olmasına rağmen sd arttıkça normal dağılıma yaklaşır. Ki-kare dağılımı, sürekli bir dağılımdır (Güngör ve Bulut, 2008: 84).

Ki-kare dağılımı oldukça yaygın olarak ve birçok maksatla kullanılan bir dağılımdır. Çoğu araştırmada çeşitli kategorilere giren deneklerin, nesnelerin veya cevapların sayısı ile ilgilenilir. Meselâ, bir grup insan belli bir anketin sorularına verdikleri cevaplara göre sınıflandırılabilirler. Araştırmacı belli bir tip cevabın diğerlerine kıyasla daha sık ortaya çıkıp çıkmayacağını belirlemek isteyebilir. Bu gibi durumlarda ve özellikle de sayımla belirlenen kalitatif özelliklerle ilgili testlerde daha ziyade Ki-Kare testi kullanılır. Ki-Kare dağılımı; uygunluk, bağımsızlık, varyans, homojenlik ve bağımlı grupların testinde oldukça sık kullanılır. Ki-Kare; aritmetik ortalaması sıfır ve varyansı bir olan normal bölünmeli bir ana kütlede her biri diğerinden bağımsız olarak seçilen n birimli bir örnekleme ait değerlerin karelerinin toplamı demektir. Yani, Z_i , $i = 1, \dots, n$ olmak üzere, n tane bağımsız standart normal dağılım için $Z_1^2, Z_2^2, \dots, Z_n^2$ toplamı ile, n serbestlik dereceli Ki-Kare dağılımı elde edilir. Yani,

$$X_n^2 = \sum_{i=1}^n Z_i^2$$

olur. Ki-Kare; iki veya daha fazla veri seti arasında önemli farkın olup olmadığını belirlemede araştırmacının kullanabileceği bir istatistik analiz yöntemidir. Bu yöntemde gözlenen değerler ile beklenen değerler kıyaslanır (Bircan ve diğerleri, 2003: 70-71).

3.1.8.2. Mann-Whitney U Testi

'İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi' parametrik bir test olduğu için, parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde ölçümle belirtilen sürekli bir değişken yönünden bağımsız iki grup arasında fark olup olmadığını test etmek için kullanılır. Parametrik test varsayımları yerine getirilmeden iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinin uygulanması, varılan kararın hatalı olmasına neden olabilir. Bu nedenle, veri sayısal olarak belirtilen kesikli bir değişken ise (doğan, ölen, hastalanan, yaşayan sayısı gibi) veri ölçümle belirtildiği halde her gruptaki denek sayısı 30'dan az ise ya da denek sayısı yeterli olduğu halde veri parametrik test varsayımları yerine getiremiyorsa 'İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi' yerine kullanılacak en güçlü test Mann-Whitney U Testi'dir. Mann-Whitney testi iki dağılımın eşit olup olmadığını karşılaştırır (Sümbüloğlu, 2009: 147).

3.1.8.3. Kruskal-Wallis H Testi

Kruskal-Wallis testi popülasyondan seçilen üç ya da daha fazla birbirinden bağımsız örneğin aynı dağılıma sahip olup olmadığını belirlemek için kullanılan parametrik olmayan testtir (<http://w3.balikesir.edu.tr>).

3.2. Bulgular Ve Tartışma

3.2.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özellikleri

3.2.1.1. Yaş

Katılımcıların yaş dağılımları Tablo 29'da verilmiştir. Yaşların değer aralığına bakıldığında 5 ile 65 yaş ve üstünde olduğu görülmektedir. Yaş ortalamasının 30, standart sapmasının 15.604 olduğu belirlenmiştir. Yaş grubuna bakıldığında 15-44 yaş grubu %54.7 ile ilk sırada, 45-64 yaş grubunun da %32 ile ikinci sırada olduğu gözlenmiştir. Gelişmiş ülkelere baktığımızda ortalama yaşam süresinin yükselmesi ve buna bağlı olarak yaşlı nüfusunun giderek artması sağlık harcamasının da doğru orantılı olarak artmasına neden olmaktadır. Aslında, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve sağlık harcamalarının artması da

aynı şekilde insanların yaşam kalitesini ve süresini arttırmaktadır. Bu yüzden; sağlık harcaması ile yaş arasındaki ilişki önemlidir (Tokalaş, 2006: 29).

Sağlık harcamalarını etkileyen en önemli faktörlerden biri de, nüfusun yaşlanmasıdır. Örneğin, 65 yaş ve üzerindeki nüfusun yüzdesinin Asya’da 2000 yılı ile 2050 yılı arasında %6’dan %18’e ve aynı dönemde Latin Amerika’da %5.5’ten %18’e artması beklenmektedir. Bunun nedeni sadece beklenen yaşam süresindeki artış değil, aynı zamanda birçok ülkede doğum oranlarının düşmüş olmasıdır (Casterline, 2001: 115). Ayrıca, doğum oranlarının yüksek olması da bazı riskleri beraberinde getirir. Yoksul ülkeler, aşırı doğumdan ötürü hastalık yükü ile karşı karşıya kalmıştır. Bebeklerde ishalden başlayıp, yaş ilerledikçe kronik hastalıklara kadar ikili bir hastalık skalası oluşmuştur (WHO, 1999: 38). Türkiye’de 2000 yılında doğan bir bebek, 1960 yılında doğan bir bebeğe nazaran ortalama olarak yaklaşık 20 yıl daha uzun yaşam beklentisine sahiptir. 1960-2000 döneminde, OECD ülkelerinde yaşam beklentisi ortalama dokuz yıl artmıştır. Bu nedenle Türkiye, toplumun yaşam süresini artırma açısından OECD ülkeleri arasında en yüksek başarıyı sağlayanlar arasında yer almaktadır. (Liu ve Diğerleri, 2005: 3) Yaşam süresinin artması demek, sağlığa yapılan harcamalarında artması anlamındadır. Demografi alanında çalışması olan Koray Başol’a göre:

“Gelişmiş ülkelerde birçok hastalık önlenmesine rağmen, nüfus artışlarını belli bir oranda tutmaya çalışırken, gelişmekte olan ülkeler, nüfus artış hızlarını gelişmiş ülkelerin seviyesine çekmeye çalışmaktadırlar. Çünkü kişi başına gelir ile yaşam standardı arasında yakın bir ilişki vardır. Kişi başına gelir arttıkça, yaşam standardı da artmaktadır.”

Tablo 29: Katılımcıların Yaş Dağılımı

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde
5-14	9	2.3
15-44	217	54.7
45-64	127	32.0
65 yaş ve üstü	44	11.1
Toplam	397	100

3.2.1.2. Cinsiyet

Katılımcıların %42.3'ü erkek, %57.7'si kadındır. Değerlere bakıldığında birbirine yakın olduğu görülmektedir. Bu çalışma için önemlidir. Cinsiyet durumunun homojenize olması uygulanan anketinin güvenilirliğini arttıracaktır. Çünkü; anketin gelir, sosyal güvence ve sağlık harcamalarını tespit eden sorularında cinsiyet faktörü doğrudan etkilidir. 2003-2005 yılları arasında yapılan TÜİK Hane Halkı Bütçe araştırması kapsamında toplam 18.690 hane ile görüşülmüştür. Bu araştırmada cinsiyet oranlarına baktığımızda, genel olarak ve yıllar itibariyle hanede erkeklerin yüzdesinin 50'den düşük olması, araştırma kapsamındaki hanelerin kadınların göreceli olarak daha fazla temsil edildiği haneler olduğu anlamına gelmektedir. Genel olarak erkeklerin ortalama yüzdesi 47.84 çıkmıştır. (Öz, 2008: 85) Nitekim, bu çalışmada da aynı durumdan söz edilebilir.

Tablo 30: Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Erkek	168	42.3
Kadın	229	57.7
Toplam	397	100

3.2.1.3. Öğrenim Durumu

Katılımcıların %4.5'u okur-yazar değildir. Grubun %3.3'ü okur-yazar fakat mezun değil, %22.9'u ilkokul ve %10.1'i ortaokul mezunudur. Grubun en büyük bölümünü %34 ile lise mezunları oluşturmaktadır. İkinci sırada ise, %24.2 ile üniversite mezunları bulunmaktadır. Lisansüstü/doktora mezunlarının oranı ise sadece %1'dir. Lise mezunu ve üstü mezunların toplam oranı ise; %59.2'dir. Eğitim durumu arttıkça sağlık durumunun algılanması arasındaki doğru orantının anlaşılabilmesi açısından bu oran önemlidir. TÜİK Hane Halkı Bütçe araştırmasındaki eğitim düzeyleri incelendiğinde, %29.52 ile en yüksek oran olarak ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. İkinci sırayı ise %22.89 ile lise mezunları almaktadır (Öz, 2008: 88). Eğitim, bireylerin iş ve ekonomik koşullarının önemli bir belirleyicisidir. Özellikle, eğitimle belirlenen özel çalışma koşulları ve tüketim seviyeleri sağlık harcamalarıyla yakından ilişkilidir.

Bu bağlantıdan yola çıkarak, eğitim sağlık davranışlarını belirleme de önemli bir faktördür, denebilir (Duncan ve diğerleri, 2002: 1151).

Tablo 31: Katılımcıların Öğrenim Durumu

Öğrenim durumu	Sayı	Yüzde
Okur-yazar değil	18	4.5
Okur-yazar mezun değil	13	3.3
İlkokul	91	22.9
Ortaokul	40	10.1
Lise	135	34
Üniversite	96	24.2
Lisansüstü/Doktora	4	1
Toplam	397	100

3.2.1.4. Aile Büyüklüğü

Anket uygulanan hane referans kişilerine hanedeki kişi sayısı sorulmuştur. Elde edilen verilere göre, ailelerdeki birey sayısı 1 ile 10 arasında değişmektedir. Evlerde yaşayan kişi sayısı ortalama 4, standart sapması 1.394'tür. Yunanistan'da yapılan sağlık harcamaları araştırmasına göre; katılımcıların %40.6 'sı 4 kişi ve daha fazla sayıda üye içeren ailede yaşamaktadır ve bu en yüksek oran olarak bulunmuştur (Siskou, 2008: 286). Yine Meksika'daki bir araştırmaya göre, 1- 2 kişilik aile nüfusuna sahip olanların cepten yaptığı sağlık harcamaları %56.1 iken 5 ve daha fazla bireye sahip olan ailelerde bu oran %66.9'dur (Parker ve Wong, 1997: 244).

Tablo 32: Katılımcıların Hanesindeki Kişi Sayısı

Ailede Üye Sayısı	Sayı	Yüzde
1	14	3.5
2	68	17.1
3	100	25.2
4	124	31.2
5	61	15.4
6	18	4.5
7	8	2
8	1	0.3
9	1	0.3
10	2	0.5
Toplam	397	100

3.2.1.5. Medeni Durum

Katılımcıların medeni durumları Tablo 33’de belirtilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, katılımcıların büyük bir bölümünü %71.8 ile halen evli olanlar oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla %19.4 ile bekar, %6.3 ile dul (Eşi ölmüş) izlemektedir. Ayrı ve birlikte yaşayanlar ve boşanmışların toplam yüzdesi 2.6’dır.

Tablo 33: Katılımcıların Medeni Durumu

Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Hiç Evlenmemiş	77	19.4
Halen evli	285	71.8
Ayrı yaşıyor	3	0.8
Boşanmış	5	1.3
Dul (Eşi ölmüş)	25	6.3
Birlikte yaşıyor	2	0.5
Toplam	397	100

3.2.2. Gelir Durumu

3.2.2.1. Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu

Katılımcılara gelir getiren bir işte çalışıp çalışmadığı sorulmuştur ve sonuçları Tablo 34’de gösterilmiştir. Giresun merkez mahallelerinde yaşayan bireylerin büyük bir kısmının gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir. %42.3’ü aktif olarak çalışırken, %57.7’si çalışmamaktadır. Referans olarak görüşülen kişilerin neredeyse yarısı kadın, yarısı erkek olduğunu cinsiyet bulgularından anlamıştık ve sonuç olarak, çalışmayanların yüzdesinin büyük bir çoğunluğunun ev hanımı olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca getiren bir işte çalışmamanın verdiği negatif durumlarda (Kendisine ait sosyal güvencenin olmayışı, sağlık sisteminden gelir düşüklüğü nedeniyle yeterince yararlanamama vb.) çalışmada gözlenmektedir.

Tablo 34: Katılımcıların Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu

Çalışma durumu	Sayı	Yüzde
Evet	168	42.3
Hayır	229	57.7
Toplam	397	100

3.2.2.2. Aylık Gelir Durumu

Katılımcıların aylık gelir durumu Tablo 35’de verilmiştir. Grubun %38’inin gelirinin olmadığı, %11.3’ünün ise asgari ücrete tabi olduğu görülmüştür. %18’i 702-1000 tl arası kazanırken, %17.4’ü 1001- 1500 tl arası gelir elde etmiştir. %5.8’i 1501-2000 tl arasında aylık geliri varken, %9.1’i 2001 tl ve üstü kazanmaktadır. Katılımcıların neredeyse yarısının (%49.3) alt gelir grubunda olduğu görülmüştür.

Tablo 35: Katılımcıların Aylık Gelir Durumu

Aylık gelir	Sayı	Yüzde
Asgari ücret (701.44 tl)	45	11.3
702-1000 tl arası	73	18.4
1001-1500 tl arası	69	17.4
1501-2000 tl arası	23	5.8
2001 tl ve üstü	36	9.1
Geliri yok	151	38
Toplam	397	100

3.2.2.3. Aylık Hane Halkı Toplam Gelir Durumu

Katılımcılara ailelerinin aylık toplam gelirinin ne kadar olduğu sorulmuş ve elde edilen veriler Tablo 36’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, bu ailelerin %57.2’ sinin ortalama aylık gelirinin 1001-3000 tl arası olduğu görülmüştür. Toplam aylık geliri 3001-6000 tl arası olanlar %16.6, 6001-15.000 tl arası olanlar %2.5 ve son olarak 30.001 tl ve üstü olanlar %0.3 çıkmıştır. Aylık toplam gelir skalasına baktığımızda, yüzdesi en yüksek ikinci grup olarak 1000 tl ve altı (%23.4) olanları görüyoruz. Bu bulgu, ailelerin gelirlerinin dört kişilik bir aile için belirlenen açlık sınırının altında kaldığını göstermektedir. Diğer araştırmalar incelenecek olursa, Siskou’nun (2008) yaptığı çalışmaya göre, ailenin aylık toplam geliri en yüksek 1000-2000 € arasında bulunmuştur ve oranı %47’dir. Ayrıca ikinci sıradaki veri ise %36.5 oranıyla 1000 €’dan altı olan gelir grubudur (Siskou, 2008: 286).

Tablo 36: Katılımcıların Aylık Hane Halkı Toplam Gelir Durumu

Aylık Toplam Gelir	Sayı	Yüzde
1000 tl ve altı	93	23.4
1001-3000 tl arası	227	57.2
3001-6000 tl arası	66	16.6
6001-15.000 tl arası	11	2.8
Toplam	397	100

3.2.3. Sosyal Güvence Durumu

3.2.3.1. Sağlık Güvencesi Durumu

Katılımcılara sağlık güvencesi olup olmadığı sorulmuş ve bulgular Tablo 37 'de gösterilmiştir. Grubun büyük bir yüzdesi (%90.2) sosyal güvenlik kurumuna (SGK) bağlı olduğunu ifade etmiştir.%2'si aktif memur olarak çalışmakta, %2.5'u yeşilkart kullanmakta, %0.8'i ise zorunlu ve özel sigortadan yararlanmaktadır. Yine tabloya baktığımızda, %4.5'unun herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmadığı gözlenmiştir. Sosyal güvencenin olup olmaması sağlık sisteminden ne derecede yararlandığı hakkında bize ipucu vermektedir.

Ülkemizin sosyal güvenlik sisteminin temel finansman sorunu, sistemin gelirlerinin, giderlerine kıyasla oldukça yetersiz olması ve gelir-gider yönetiminden kaynaklanan yönetsel sorunlardır. Bir yandan kayıt dışı ekonominin mevcudiyeti ile sosyal güvenlik sistemi dışında kalan çalışanlar sistemi gelir kaybına uğrattırken, diğer yandan da sistemin sağladığı hak ve hizmetlerden yararlanmanın koşulları farklı siyasal gerekçelerle kolaylaştırılarak sistemin giderleri artmakta, böylelikle ilave finansman ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Öte yandan genç bir nüfus yapısına sahip olan ülkemizin bu nüfusu hızla yaşlanma sürecine girecek, bugün %8 olan yaşlı bağımlılık oranı 2050 yılında %29'a ulaşacaktır. 2035 yılında 60 yaş ve üstü vatandaşların sayısı 16.756 bine ya da nüfusun %18'ine ulaşacaktır. Küresel gelişmeler de dikkate alınarak iş dünyasının talep edeceği

niteliklere sahip işgücünün yetiştirilmesi ve işgücü maliyetlerinin azaltılması önem arz etmektedir. Nüfusun hızla yaşlanma sürecine girmesi bir yandan sosyal güvenlik harcamalarını artıracak ve öte yandan da sistemi finanse edenlerin sayısını azaltarak çok daha şiddetli finansman krizlerine neden olacaktır (Gümüş, 2010: 11).

Tablo 37: Katılımcıların Sağlık Güvencesi Olup Olmadığına Dair Durum

Sosyal güvence	Sayı	Yüzde
Sigortası yok	18	4.5
Sosyal Güvenlik Kurumu (ssk,bağkur, emekli sandığı)	358	90.2
Aktif memur	8	2
Özel sandık	0	0
Yeşilkart	10	2.5
Diğer zorunlular (Yurtdışı vb.)	2	0.5
Zorunlu+özel sigorta	1	0.3
Özel sağlık sigortası	0	0
Toplam	397	100

3.2.4. Sağlık Durumu

Çalışmada yer alan sağlık durumu hakkında, birkaç örnek vermek yeterli olacaktır. Daha detaylı inceleme istatistiksel analizler ile yapılacaktır.

3.2.4.1. Herhangi Bir Hastalık Mevcudiyeti Durumu

Katılımcılara hastalık mevcudiyeti sorulmuş ve elde edilen veriler Tablo 38'de gösterilmiştir. Görüşülen kişilerin %52.6'sı herhangi bir hastalığı olmadığını belirtmiştir. Son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalığım var diyenler %3.3, hem son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hemde son 3 ay hariç tanı konmuş kronik hastalığım var diyenler %1.8' dir. İkinci sırada en yüksek orana ulaşan son 3 ay hariç tanı konmuş kronik

hastalığım var diyenlerdir. Bu grubun yüzdesi %42.3'tür. Genel olarak bakıldığında Giresun Merkezde yaşayanların sağlık durumlarının neredeyse yarı yarıya (%52.6- %42.3) iyi olduğu söylenebilir.

Tablo 38: Katılımcıların Sağlık/Hastalık Durumu

Hastalık varlığı	Sayı	Yüzde
Hastalık yok	209	52.6
Son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık var	13	3.3
Son 3 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	168	42.3
Hem son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hemde son 3 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	7	1.8
Toplam	397	100

3.2.4.2. Sağlık Algısı

Katılımcılara 'Sağlık durumunuzu nasıl algıyorsunuz?' diye sorulmuş ve elde edilen veriler Tablo 39'da gösterilmiştir. Sağlık durumunu orta ve ortanın da altı olarak adlandıran bireylerin oranı %39.2'dir. Kendini iyi ve çok iyi hisseden katılımcılar ise; grubun %60.7'sini oluşturmaktadır. Tabloya baktığımızda, yüzdeler arasında büyük bir farklılık bulunmaktadır. Bu bulgu, hastalığının var olduğunu söyleyen kesimin (%42.3) azımsanmayacak oranda olmasına rağmen, aynı kesimin sağlığını algılayışının daha olumlu olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 39: Sağlık Algısı Durumu

Sağlık durumu	Sayı	Yüzde
Çok kötü	18	4.5
Kötü	22	5.5
Orta	116	29.2
İyi	199	50.1
Çok iyi	42	10.6
Toplam	397	100

3.3. Sağlık Harcaması Durumu

Anketimizi yanıtlayanlara ‘Son 3 ay içinde, herhangi bir hastalık ya da sakatlık nedeniyle sağlık kurumuna gittiğinizde cepten ne kadar harcama yaptınız? (Yol masrafları dahil)’ denilmiştir. Cevapları analiz edilerek Tablo 40’da verilmiştir. Katılımcıların %4’ü 1001 tl ve üstü para harcadığını ifade ederken, bu oran tablomuzda en düşük gruptur. En yüksek grup ise, %49.4 ile 0-50 tl arası harcayanlar olmuştur. İkinci sırada %30 ile 51-250 tl arası, sonra %11.1 ile 251-500 tl arası ve son olarak %5.5 ile 501-1000 tl arası gelmektedir.

Tablo 40: Sağlık Harcaması Yapma Durumu

Son Üç Ay İçindeki Sağlık Harcaması	Sayı	Yüzde
0-50 tl arası	196	49.4
51-250 tl arası	119	30
251-500 tl arası	44	11.1
501-1000 tl arası	22	5.5
1001 tl ve üstü	16	4
Toplam	397	100

3.4. Sağlık Sistemi ve Devlet Yapısından Memnuniyet Durumu

3.4.1. Sağlık Sistemindeki Yeniliklerin Aile Bütçesine Etki Durumu

‘Devletin sağlık sistemindeki yeniliklerinin (Sağlıkta Dönüşüm) sizin aile bütçesine yansımaları olumlu değerlendiriyor musunuz?’ sorusu sorgulanmış ve veriler Tablo 41’de gösterilmiştir. Sağlıkta dönüşümün aile bütçesine yansımaları olumlu bulanlar %68.5 iken, bu değişimi iyi değerlendiremeyenler ise %31.5’tur.

Tablo 41: Sağlık Sistemindeki Yeniliklerin Aile Bütçesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Sağlıkta dönüşüm bütçeye olumlu yansıdı	Sayı	Yüzde
Evet	272	68.5
Hayır	125	31.5
Toplam	397	100

3.4.2. Sosyal Refah Algısı Durumu

Katılımcılara sosyal refahın kısaca tanımı yapılarak ‘Devletimizin gelir sağlama garantisi veren, toplumu sosyal yönden kalkanıran, muhtaçlara yardım eden ve eğitim, sağlık, konut gibi temel ihtiyaçları sağlayan bir devlet modelinde olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusu yöneltilmiş ve elde edilen veriler Tablo 42’de gösterilmiştir. Grubun %54.7’si devleti, sosyal refah devleti olarak algıarken, %45.3’ü devletin, sosyal refah devleti niteliğinde olduğunu düşünmemektedir.

Tablo 42: Sosyal Refah Algısı Durumu

Sosyal refah devleti mi?	Sayı	Yüzde
Evet	217	54.7
Hayır	180	45.3
Toplam	397	100

3.5. Sağlık Harcamaları İle Diğer Değişkenlerin Kıyaslanması

3.5.1. Sağlık Harcaması Yapma Durumunun Diğer Değişkenlerle Olan İlişkisi

Sağlık harcaması yapma durumu ile cinsiyet arasındaki ilişkinin incelenmesinde Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Bu testte, anlamlılığı belirleyen $p < 0.05$ değeridir. Bu analizde $p=0.183$ bulunduğundan, sağlık harcaması yaparken cinsiyetin önem arz etmediği görünmektedir ve anlamlı bir farklılık gözükmemektedir. TÜİK Hane Halkı Bütçe araştırmasındaki veriler incelendiğinde ise, bu çalışma ile uyumlu olmadığı gözükmektedir. TÜİK'e göre; kadınlardan oluşan haneler erkeklerden oluşan hanelere göre daha yüksek cepten sağlık harcaması yapmıştır. Bunun nedeni olarak, kadınların doğum yapması, yaşam sürelerinin erkeklerden uzun oluşu, ileri yaşlarda daha fazla hastalıkla mücadele etmeleri ve daha fazla ilaç kullanmaları gösterilmektedir (Öz, 2008: 99).

Ayrıca, katılımcıların gözüyle harcama durumu ile sağlık sistemindeki iyileştirmenin daha az para harcamaya neden olup olmadığını araştırmak amacıyla yine bir kıyaslama yapılmıştır. Bu kıyaslama da, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. 'Evet' ve 'Hayır' diyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p= 0.003$). Sağlık harcaması yapanların büyük bir çoğunluğu ($M= 232.60$) sağlık sisteminden memnun olmayıp, sağlıktaki dönüşümün aile bütçesine olumlu katkıları olduğunu düşünmemektedir. Son olarak; sağlık harcaması durumu ile sosyal refah algısı durumu arasındaki ilişki araştırılmıştır. Burada da, Mann-Whitney U Testi uygulanmış ve elde edilen verilere göre, sağlık harcaması yapan katılımcıların belli bir kesimi ($M= 245.28$) mevcut devletin sosyal refah devleti modelinde olmadığını, 'Sosyal refah devleti' tanımlamasına uymadığını ifade etmişlerdir. Bu bulguda önemli bir farklılık ($p=0.004$) bulunmuştur.

Tablo 43: Sağlık Harcaması Yapma Durumunun Diğer Değişkenlerle Olan İlişkisi

	CİNSİYET		SAĞLIK SİSTEMİNDEN MEMNUNİYET		SOSYAL REFAH ALGISI DURUMU	
	Erkek	Kız	Evet	Hayır	Evet	Hayır
SAĞLIK HARCAMASI YAPMA DURUMU	M=193.15	M=206.55	M=186.31	M=232.60	M=164.06	M=245.28
	Z= - 1.330		Z= - 2.947		Z= - 2.852	
	*P=0.183		*P= 0.003		*P= 0.004	

P < 0.05, Mean(M)=Ortalama

3.5.2. Sağlık Harcaması Yapma ve Öğretim Durumu Arasındaki İlişki

Sağlık harcaması yapanların eğitim durumları incelendiğinde, anlamlı bir farklılık gözükmemektedir ($p=0.076$). Oysa ki, 2002-2003 yılları arasında yapılan Türkiye USH Hane halkı Sağlık Harcamaları Araştırması incelendiğinde; lisansüstü eğitim yapmış kişiler en yüksek harcamayı yaparken, en düşük harcamayı yapan grup anaokulu grubu olmuştur (Başara, 2007: 29). Belli bir eğitim düzeyinde olan bireylerin sağlığını algılama kapasitesi daha farklı olduğundan sağlık kuruluşlarını kullanma sıklığı da daha fazla olacaktır. Ancak çalışmadaki bulgu gösteriyor ki, doğuştan ya da sonradan öğrenilen eğilimlerin sağlık harcamasına etkisi olmamakta, bütün eğitim grubundaki katılımcıların sağlığa harcadığı miktar farklı olsa da ‘Sağlığa verilen para’ ziyan gözükmemektedir. Bu ilişkiyi belirlemek amacıyla Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Güney Kore’de yapılan bir araştırmaya göre; eğitim durumu ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ortaokul ve altı mezunu olanlar %58.4 ile en yüksek sağlık harcamasını yapan grup olmuştur. Lise mezunu olan kesimin %24.4’ü ve Üniversite mezununun %17.1’i sağlık harcaması yaptığını belirtmiştir (Kim, 2011: 241). Yine Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre; hanehalkının eğitim düzeyine bakıldığında %35.4’ü ortaokul ve lise mezunu, %64.6’sı ise ilkokul mezunu ve ilköğrenim altı çıkmıştır (Yardım, 2010: 31). Diğer yandan kadının çalışma yaşamında daha çok yer alması ve eğitim düzeyinin yükselmesi gibi etkilere çoğu zaman doğum hızının azaldığı görülmektedir. Bu süreçte ortaya çıkan değişikliklerin sağlık hizmetlerine olan talebin/ihtiyacın biçimini, büyüklüğünü ve kaynak dağılımını etkilediğini belirtmek gerekmektedir (Çalışkan, 2008: 31).

Tablo 44: Sağlık Harcaması Yapma ve Öğretim Durumu Arasındaki İlişki

Sağlık Harcaması Yapma Durumu	Öğretim Durumu						
	Okur-yazar değil M=248.61	Okur-yazar mezun değil M=128.85	İlkokul mezunu M=252.47	Ortaokul mezunu M=174.38	Lise mezunu M=167.78	Yüksekokul/üniversite mezunu M=205.21	Lisansüstü/Doktora mezunu M=325
	X ² = 11.417						
	*P= 0.076						

P<0.05, Mean(M)=Ortalama, x²=Ki-kare

3.5.3. Sağlık Harcaması Yapma ve Hastalık İlişkisi

Sağlık harcaması yapma durumu ile hastalık arasındaki yakınlık incelendiğinde, belirgin bir farklılık görünmektedir. ($p=0.001$) Bu ilişkiyi belirlemek amacıyla Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Ortalamalara bakıldığında, son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalığı olanların en çok sağlık harcaması yaptığı görünmektedir. Bu bulgu, bize katılımcıların yakın tarihte olduğu için sağlık harcamalarını daha net hatırladığını düşündürülebilir. Hem son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 3 ay hariç tanı konmuş kronik hastalığı olanlar ikinci sırayı almıştır. Kronik hastalığı olanlar, sağlıklarını korumak için her daim sağlık kontrolüne gitmek ve düzenli ilaç kullanmak zorundadır. Bu durum, maddi bir külfeti de beraberinde getirir ve yapılan sağlık harcamalarını arttırır. Hastalığı olmadığını belirtenler ise, en az sağlık harcamasını yapmıştır.

Tablo 45: Sağlık Harcaması Yapma ve Hastalık İlişkisi

	Hastalık Durumu			
Sağlık Harcaması Yapma Durumu	Hastalık yok	Son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık var	Son 3 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	Hem son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hemde son 3 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var
	M=163.04	M=286.54	M=236.98	M=267.86
	$X^2=17.524$			
	$P= 0.001$			

$P<0.05$, Mean(M)=Ortalama, x^2 =Ki-kare

3.5.4. Sağlık Harcaması Yapma ve Sağlık Algısı İlişkisi

Sağlık harcamasını yapan katılımcıların sağlık algıları incelendiğinde, önemli bir farklılık ($p=0.001$) gözlenmiştir. Elde edilen veriler Kruskal-Wallis H testi ile yorumlanmıştır. Sağlığının 'Kötü' olduğunu düşünenlerin ortalamasına bakıldığında en çok

sağlık harcaması yapan grup (M= 352.27) olduğu görülmüştür. 'Orta' ve altının ortalamasının toplamı (M= 743.36) kendini 'iyi derecede' algılayanlardan (M= 292.17) büyük olduğundan sağlık harcamasının sağlık algısının düzeyiyle yakından ilişkili olduğu ve sağlık durumu kötüleştikçe sağlık harcamasının arttığı söylenebilir. Sağlık kavramları hekimler ve hastalar tarafından çoğu zaman farklı anlaşılır. Kişilere göre sağlık, genellikle hastalık halinin olmaması olarak tanımlanır. Bazıları kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak değerlendirmezler. Oysa hekimlere göre en basit yakınma ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilir. Halkın eğitim düzeyi düştükçe ve halkla hekimler arasındaki kültür farkı arttıkça, bu gruplar arasındaki anlayış farklılığı da artar (Özkara, 2006: 3).

Tablo 46: Sağlık Harcaması Yapma ve Sağlık Algısı İlişkisi

	Sağlık Algısı				
Sağlık Harcaması Yapma Durumu	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
	M=170.83	M=352.27	M=220.26	M=198.12	M=94.05
	X ² =19.642				
	P=0.001				

P<0.05, Mean(M)=Ortalama, x²=Ki-kare

3.5.5. Sağlık Harcaması Yapma ve Sağlık Harcamasının Kaynağı İlişkisi

Bu bulguların analizinde, Kruskal-Wallis H Testi kullanılmış ve anlamlı farklılıklar görülmüştür (p= 0.006). Analizin içeriğine bakıldığında; sağlık harcaması yapanların büyük bir çoğunluğunun bu parayı borç alarak (M= 485) yaptığı görülmüştür. Ayrıca, birikimleriyle birlikte mevcut gelirini de sağlık masraflarına harcayanların ortalaması da epey yüksektir. Sağlık güvence sisteminden yararlanarak sağlık ihtiyaçlarını karşılayanların ortalamasının yüksek olması gerektiği düşünülmüş, ancak veriler beklentileri karşılayamamıştır. Katılımcılar, sosyal güvencelerinden yeterince yararlanamamaktadır. Ancak, burada hatırlatılması gereken bir nokta var ki; sağlık harcaması sorgulanırken cepten çıkan para ifade edildiği için katılımcıların Sosyal Güvenlik Kurumu'nu (SGK) düşünmediği sonucu çıkarılabilir. Çünkü SGK'dan çıkan sağlık harcamalarının saptanması hem çok zor hem çok maliyetlidir.

Bazı katılımcıların ise, maaşlarındaki sağlık kesintilerini de hesaplayarak cevap verdiği gözlenmiştir. Son olarak, eşya satarak ya da diğer yollardan sağlık masraflarını karşılayanların ortalaması düşüktür.

Tablo 47: Sağlık Harcaması Yapma ve Sağlık Harcamanın Kaynağı İlişkisi

Sağlık Harcaması Yapma Durumu	Sağlık Harcaması Kaynağı					
	Mevcut Gelirden	Birikimlerden	Sağlık güvence Sisteminden	Borç Alarak	Eşya Satarak	Diğer(Yeşil kart vb.)
	M=195.2	M=240.97	M=151.62	M=485	M=87.5	M=25
	X ² =16.366					
	P=0.006					

P<0.05, Mean(M)=Ortalama, x²=Ki-kare

3.5.6. Sağlık Harcaması Yapma ve Gelir Getiren Bir İşte Çalışma İlişkisi

Sağlık harcaması yapanların gelir getiren bir işte çalışıp çalışmadığına bakıldığında belirgin bir farklılık gözlenmiştir (p= 0.040). Çalışma çağındaki olmayanlar ortalamaya girmezken, herhangi bir işte aktif olarak çalışmayan grubun daha çok sağlık harcaması yaptığı incelenmiştir (M= 209.72). Bu bulguların fark edilmesi için Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Tablo 48: Sağlık Harcaması Yapma ve Gelir Getiren Bir İşte Çalışma İlişkisi

Sağlık Harcaması Yapma durumu	Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu		
	Çalışma çağındaki değil	Evet	Hayır
	M=0	M=188.84	M=209.72
	X ² =4.236		
	P= 0.040		

P<0.05, Mean(M)=Ortalama, x²=Ki-kare

3.6. Sağlık Harcamaları ile Gelir İlişkisi

3.6.1. Aylık Gelir ile Sağlık Harcaması Arasındaki İlişki

Sağlık harcaması ile aylık gelir durumu ki-kare testi ile incelenmiştir. Katılımcıların son 3 ay içinde sağlık harcaması yapıp yapmadığını ve aylık gelirin sağlık masrafına olan etkisine bakıldığında $p < 0.05$ olmadığından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ($\chi^2=8.404$, $p=0.135$) Ayrıca, aylık gelir ne olursa olsun sağlık harcamasını etkilemediği anlaşılmıştır. Bulguyu vurgulamak için çalışmaya eklenmiştir.

Tablo 49: Aylık Gelir ve Sağlık Harcaması Yapma Durumu

Son 3 ay içinde yapılan sağlık harcaması	Aylık Gelir						Toplam
	Asgari ücret	702-1000 tl arası	1001-1500 tl arası	1501-2000 tl arası	2001 tl ve üstü	Geliri yok	
Evet	%10.3	%19	%18.3	%6	%7	%39.3	%100
Hayır	%14.4	%16.5	%14.4	%5.2	%15.5	%34	%100

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyal refah devleti; sınırları genişleterek piyasaya daha özgür müdahale olanağı bulan sosyal yönden toplumun kalkınmasını sağlayan bir devlet modeli olmakla birlikte, literatüre ilk kez 1941 yılında girmiştir. Ancak yaygınlık kazanması 1942 yılında Beveridge Raporu ile olmuştur. Ancak refah devletinin ortaya çıkışına zemin hazırlayan faktörlere sanayi devriminin olması, işçi sınıfının siyasal kimlik kazanması, demokratik yönetimlere geçiş örnek verilmektedir. Özellikle Almanya ve İngiltere refah uygulamalarında dünyaya rol model olmuştur.

Toplumda eşitliğin sağlanması, işsizliğin azaltılması, sosyal güvenlik oluşturulması ve sosyal yardım verilmesi, gelir dağılımını yeniden yaparak adaletli olunması, ekonomik büyüme ve sosyal dengenin sağlanması bir sosyal refah devletinden beklenen adımlardır. Bu adımları ise; harcamalar ve vergiler yoluyla yapmaktadır. 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 katettiğini söylemek mümkündür.

Sosyal refah devleti olabilmenin esaslarını kavramış ve gelişmiş ülkeler olarak adlandırılan ülkelerin ise günümüzde asıl sorun haline getirdikleri 'Sosyal Refah Devletinin iyileştirici eli nereye kadar uzanmalıdır?' tartışmaları olmuştur. 21. yüzyılda ülkeler global krizlerle, afetlerle ve topraklarının sınırlarını korumakla o denli uğraşmışlardır ki, kimi zaman sosyal politikalardan 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 piyasaya bırakılmıştır. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri de özelleştirilerek Yeni Liberal ekonomiden nasibini almıştır.

Refah uygulamalarının lokomotiflerinden biri olan sağlık sektöründe, Türk sağlık hizmetlerinin gidişatı 2003 yılında uygulamaya konulan ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile değişmiştir. Sağlık Hizmetleri tek çatı altında toplanarak Sağlık Bakanlığı’na hizmet götüren değil denetleyen misyonu verilmiştir. Aile Hekimliği uygulamasına geçilerek, temel sağlık hizmetlerinin önemi arttırılmış ve sevk zincirinin işlevselliği canlı tutulmak istenmiştir. Ancak, alt gelir grubunun yararlandığı tedavi üniteleri yapısından öteye geçememiştir. 2012 yılından itibaren Genel Sağlık Sigortası düzenlenmiş, asgari ücretin 1/3’ünden az gelire sahip olan yoksullar dışında toplumun her kesimi zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Yapılan tüm uygulamalara rağmen, 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.

Çalışmanın amacı, sosyal refah devletlerindeki sağlık harcamaları konusunu Giresun ili bazında değerlendirip, Giresun’daki sağlık durumu, sağlık hizmetleri tercihleri, gelir durumu ve cepten yapılan sağlık harcamalarını tespit etmektir. Bu araştırmada Giresun merkez mahallelerine istatistik uygulanarak, sosyo-ekonomik yönden parçalara bölünmüştür. Ayrıca, sağlık harcamalarının varlığı ve ülkenin sosyal refah düzeyi hakkında bilgileri olup olmadığı incelenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre;

- ✓ Katılımcılara sağlık güvencesi olup olmadığı sorulmuş ve grubun büyük bir yüzdesi (%90.2) sosyal güvenlik kurumuna (SGK) bağlı olduğunu ifade etmiştir. %2’si aktif memur olarak çalışmakta, %2.5’u yeşilkart kullanmakta, %0.8’i ise zorunlu ve özel sigortadan yararlanmaktadır. %4.5’inin herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmadığı gözlenmiştir. Sosyal güvencenin olup olmaması sağlık sisteminden ne derecede yararlandığı hakkında bize ipucu vermektedir ve genel olarak Giresun ili sosyal güvence kapsamındadır.
- ✓ Katılımcıların hastalık mevcudiyetine göre incelendiğinde; görüşülen kişilerin %52.6’sı herhangi bir hastalığı olmadığını belirtmiştir. Genel olarak bakıldığında Giresun Merkezde yaşayanların sağlık durumlarının neredeyse yarı yarıya (%52.6- %42.3) iyi olduğu söylenebilmektedir.

- ✓ Katılımcılara ailelerinin aylık toplam gelirinin ne kadar olduğu sorulmuştur. bu ailelerin %57.2' sinin ortalama aylık gelirinin 1001-3000 tl arası olduğu görülmüştür. Aylık toplam gelir skalasına bakıldığında, yüzdesi en yüksek ikinci grup olarak 1000 tl ve altı (%23.4) olanlar görülmektedir. Bu bulgu, ailelerin gelirlerinin dört kişilik bir aile için belirlenen açlık sınırının altında kaldığını göstermektedir.
- ✓ 'Son 3 ay içinde, herhangi bir hastalık ya da sakatlık nedeniyle sağlık kurumuna gittiğinizde cepten ne kadar harcama yaptınız? (Yol masrafları dahil)' denilmiştir. Cevaplara göre, En yüksek grup ise, %49.4 ile 0-50 tl arası harcayanlar olmuştur. Giresun merkezin yerleşim olarak küçük olması sebebiyle ve ankete katılanların devlet hastanelerini daha fazla tercih ediyor olması yapılan sağlık harcamalarını azaltmaktadır.
- ✓ Devletin sağlık sistemindeki yeniliklerinin (Sağlıkta Dönüşüm) sizin aile bütçesine yansımaları olumlu değerlendiriyor musunuz?' sorusu sorgulanmış ve aile bütçesine yansımaları olumlu bulanlar %68.5 iken, bu değişimi iyi değerlendiremeyenler ise %31.5'tur. Ancak, Giresun halkının anket uygulama esnasında en çok şikayet ettikleri; aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri ya da hastanelere gittikten sonra eczaneler tarafından tahsil edilen katılım paylarıdır. Ayrıca, sosyal güvenceleri olduğu halde sağlık kuruluşlarında ek ödeme yapmakta vatandaşlar için kötü bir uygulamadır.
- ✓ Katılımcılara sosyal refahın kısaca tanımı yapılarak 'Devletimizin gelir sağlama garantisi veren, toplumu sosyal yönden kalkındıran, muhtaçlara yardım eden ve eğitim, sağlık, konut gibi temel ihtiyaçları sağlayan bir devlet modelinde olduğunu düşünüyor musunuz?' sorusu yöneltilmiştir. Grubun %54.7'si devleti, sosyal refah devleti olarak algılamakta, %45.3'ü devletin, sosyal refah devleti niteliğinde olduğunu düşünmemiştir. Neredeyse yarı yarıya olan bu bulguya göre; Giresun halkının Türkiye'yi sosyal refah devleti olarak görmediği söylenebilir. Nitekim, sağlık harcaması yapan katılımcıların belli bir kesimi mevcut devletin sosyal refah devleti modelinde olmadığını, 'Sosyal refah devleti' tanımlamasına uymadığını ifade etmişlerdir. Bu bulguda önemli bir farklılık bulunmuştur.

Son olarak, ÷lkelerin gelişmişliği açısından sağlık harcamaları önemli bir gösterge olduğundan, Türkiye’de sağlığa yapılan yatırımların daha planlı ele alınması ve sağlık alanında yapılan özelleştirmelerin sistematik bir çerçeve içinde, denetleyici olarak ele alınması gerekmektedir. Gelişi güzel ve plansız yapılan sağlık harcamalarının dönüşümü ağır olmaktadır.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- AB Ülkelerinin Temel Ekonomik Göstergeleri (2012), http://www.iso.org.tr/tr/documents/arastirmaab_temel_ekonomik_veriler.pdf?redirected=1 (23.11.2012).
- Akalın, Güneri (1986), **Kamu Ekonomisi**, No:554, İkinci Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.
- Akalın, Mehmet Akif (2011), **ABD’de Tıbbi Hizmetlerin Finansmanı**, Akademia Education, http://www.academia.edu/1745671/ABDDE_TIBBI_HIZMETLERIN_FINANSMANI (11.10.2012).
- Akbelen, M. Murat (2007), **Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Ve Isparta İli Üzerinde Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akbıyık, Nihat ve Koç, Muzaffer (2010), **Küresel Krizler Ve Sosyal Politikalara Etkileri**, İnönü Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Turgut Özal Uluslar arası Ekonomi ve Siyaset Kongresi-1, <http://web.inonu.edu.tr/~ozal.congress/pdf/71.pdf> (16.06.2012).
- Akdağ, Recep (2008), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Alma Ata’nın 30. Yılı Hatırasına)**, No: 770, Kasım, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- 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.
- Akgeyik, Tekin (2009), “Neo-Liberal Çağda Sosyal Devlette Sorumlu Toplumsal İnsiyatife”, **Çerçeve Dergisi**, (49), 38-44.

- 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.
- Akkaya Kızılbayrak, Yüksel (2006), “Avrupa Birliği, Sosyal Güvenlik ve İşçi Sınıfı: Dünden Bugüne”, **Sendika organizasyon**, www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=4515 (01.02.2011).
- Aksoy, Kazım (2006), “Avrupa Refah Devletinin Bunalımı”, **İlem Yıllık**, 1 (1), 7-26.
- Aktan, Coşkun Can ve Vural, İsmail Yaşar (2002), **Gelir Dağılımında Adalet(siz)lik ve Gelir Eşit(siz)liği: Terminoloji, Temel Kavramlar ve Ölçüm Yöntemleri, Yoksullukla Mücadele Stratejileri**, Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları, <http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/birinci-bol/aktan-vural-gelirdagilimi.pdf>, (01.02.2012).
- Aktan, C. Can ve Özkıvrak, Özlem (2008), **Sosyal Refah Devleti**, İstanbul: Okutan Yayıncılık.
- Aktel, Mehmet (2003), **Küreselleşme ve Kamu Yönetimi**, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Akyüz, Ferhat (2008), “Sosyal Yardımdan Sosyal Sigortaya: Bismarckyan ve İngiltere Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Tarihsel Dönüşümü”, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 1(5), 58-70.
- Albayrak, Özlem (2003), **Refah İktisadının Teorik Temelleri: Piyasa ve Refah İlişkisi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alcock, Pete ve diğerleri (2002), **The Blackwell Dictionary of Social Policy**, Oxford: Blackwell Publishing.
- Alp, Ömer (2008), **Yeni Bir Refah Devleti Modeline İlişkin Temellendirme (Aristotelesçi Bir Yaklaşım: Yetenekler ve İşlevlilikler)**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Altan, Ömer Zühtü (2007), **Sosyal Politika**, No:900, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

- Altay, Asuman (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, (64), 33-58.
- Altıok Gürel, Pınar (1994), **Küreselleşen Devletin Yeni İşlevi: Yeni-Liberal Ekonomi, Politikalarına Krizler Bağlamında Bir Bakış**, Turgut Özal Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Kongresi, İnönü Üniversitesi.
- Anayasa Mahkemesi Kararı (1985), **T.C. Resmi Gazete**, E. 84/9, K. 85/4 sayılı, 18.02.1985.
- Arısoy, İbrahim (2005), **Türkiye’de Kamu Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi (1950-2003)**, Türkiye Ekonomi Kurumu Metni, (15), <http://www.tek.org.tr> (10.08.2012).
- Aslan, Dilek ve diğerleri (2004), “Bir Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları İle İlgili Görüşleri Ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler”, **Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 13 (2), 30-38.
- Aşçılı, İrem (2005), **Avrupa Birliğinde Sosyal Politikalar-Avrupa Halkı Oluşturdu Mu?**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ataay, Faruk (2007), **Neo-liberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması: Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, Ankara: De Ki Yayınları.
- Aytekin, Sinan ve Çiftçi Aytekin, A. Gamze (2010), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı”, **Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi**, (2), 591-610.
- Balseven, Hale (2009), “İngiltere’de Refah Reformlarının Ekonomi Politikası”, **Akdeniz Üniversitesi İİBF Dergisi**, 9 (18), 337-349.
- Baran, Emine (2009), **Türkiye’de Sosyalleştirme’den “Sağlıkta Dönüşüm”e Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı**, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi.
- Barr, Nicolas (1993), **The Economics of Welfare State**, California: Stanford Univ. Press.

Başara, Berrak Bora (2007), **Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.

Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (2012), http://www.sydgm.gov.tr/site_kutuphane/upload/kutuphane/1282220834r2983.pinar_gunal.pdf (11.10.2012).

Başol, Koray (1994), **Demografi**, İzmir: Anadolu Matbaası.

Beaud, Michel (2003), **Kapitalizmin Tarihi**, Birinci Baskı: Dost Kitabevi.

Bilen, Mahmut (2002), **Piyasa Ekonomisinde Devletin Değişen Rolü**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Bilgin, Kamil Ufuk (1995), **Kamu Yönetiminde Kaliteli Hizmet Anlayışı, Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri**, 1, Ankara: TODAİE.

Bircan, Hasan ve diğerleri (2003), “Ki-Kare Ve Kolmogorov Smirnov Uygunluk Testlerinin Simulasyon İle Elde Edilen Veriler Üzerinde Karşılaştırılması”, **C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 4 (1), 69-80.

Bradley, David ve diğerleri (2003) ,“Determinants of Relative Poverty in Advanced Capitalist Democracies”, **American Sociological Review**, 68 (3), 22-51.

Briggs, Asa (1961), “The Welfare State At Historical Perspective”, **Archives Européennes de Sociologie**, 2, 221-258.

Block Fred and Somers Margaret (2003), “In the Shadow of Speenhamland: Social Policy and the Old Poor Law”, **Politics Society**, 283-323.

Block Fred (2003), “Karl Polanyi and The Writing of The Great Transformation”, **Theory and Society**, 275-306.

Bulut, Cihan (2001), “Kamu Sektörü Ve Harcamalarının Ekonomik Etkileri”, **Journal of Qafqaz University**, 8, 43-56.

Bulut, Nihat (2001), **Sosyal Devletin Düşünsel Temelleri ve Çağdaş Sosyal Devlet Anlayışı**, Prof. Dr. Turan Tufan Yüce’ye Armağan, İzmir: Dokuz Eylül

Üniversitesi Yayını, <http://archiv.jura.uni-saarland.de/turkish/NBulut2.html>
(14.03.2012).

————— (2003), “Küreselleşme: “Sosyal Devletin Sonu mu?”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 52 (2), 173-197.

Casterline, John B. (2001), **Diffusion Processes and Fertility Transition: Selecte Perspectives**, Washington, DC: National Academy Press.

Cural, Mehmet (2009), “OECD Ülkelerinde Gelir Dağılımının 1980 Sonrası Gelişimi ve Eşitsizliği Azaltıcı Müdahaleler”, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi**, 4(2), 73-97.

Çalışkan, Abdülkerim (2001), **Sosyal Refahın Sağlanması Devletin Etkinliği ve Türkiye Örneği**, Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Çalışkan, Zafer (2008), “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, **H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 26 (2), 29-50.

Çelik, Abdülhalim (2007), “Refah Devletinde Kriz ve Yeniden Yapılanma”, **İstanbul Üniversitesi Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, (50), 302-318.

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.

Çetin, Rana (2007) “İngiltere, Almanya Ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri Ve Sağlık Reformları”, <http://www.sendikanet.org/tr/modules/news/print.php?storyid=25>, (23.05.2012).

Çetin, Halis (2002), “Liberalizmin Tarihsel Kökenleri”, **C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 3 (1), 79-96.

Çıraklı, Zeynep ve Sayım, Ferhat (2009), **Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi**

Göstergelelerinin İncelenmesi, Mart, Ankara, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı.

Çolak, Ömer Faruk (2011), “Genel Teori’nin 75. Yılında Keynes’in İktisadı Yine Gündemde”, **İktisat Ve Toplum Dergisi**, 1(5), 26-29.

Demirbilek, Sevda (2003), **Sosyal Güvenlik Sosyolojisi**, Yayınlanmamış Doçentlik Çalışması, İzmir.

Demirci, Neşet (t.y.), “Parametrik Olmayan Testler, Balıkesir Üniversitesi NEF Fizik Eğitimi”, <http://w3.balikesir.edu.tr/~demirci/ist9.pdf> (20.08.2012).

Dilnot, Andrew (2003), Refah Devletinin Geleceği, (Çev. Zeynel Bakıcı), http://www.canaktan.org/politika/anti_leviathan/diger-yazilar/bakicirefah.devleti.pdf. (01.02.2012).

DPT (2001), **8. Beş yıllık kalkınma Planı**, Ankara: Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu.

— (2007), **Gelir Dağılımı ve Yoksullukla Mücadele**, Ankara: Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Dokuzuncu Kalkınma Planı.

Driver, Felix (1993), **Power and Pauperism: The Workhouse System**, Cambridge, Cambridge University Press.

Duncan, Greg J. ve diğerleri (2002), “Optimal Indicators of Socioeconomic Status For Health Research”, **American Journal of Public Health**, 92 (7), 1151-1157.

Dural, Baran ve Con, Gülçin (2011), **Türkiye’de Sosyal Devlet Ve Yaşlı Hakları Üzerine Bir İnceleme:**, Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu.

Durdu, Zafer (2009), “Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti”, **Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, (22), 37-50.

Durmuş, Mustafa (2011), “Obama Sağlık Reformu: Kanseri Aspirinle Tedavi Etmek!”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, (4), 59-72.

- Ecevit, Eyyup ve Çetin, Murat (2010), “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regrasyon Analizi”, **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, 11 (2), 166-182.
- Ekin, Nusret ve diğerleri (1999), **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi'nde Arayışlar: Özelleştirme ve Yeniden Yapılanma**, İstanbul: İTO Yayınları.
- Er, Ünal (2011), **Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erdem, Iğın (2005), **Avrupa’da Asgari Gelir Uygulamaları, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu**, Araştırma Raporu, <http://www.spf.boun.edu.tr/index.php/tr/arastirma-raporlari> (14.12.2012).
- Erdoğan, Seyfettin ve Bozkurt, Hilal (2008), “Türkiye’de Yaşam Beklentisi - Ekonomik Büyüme İlişkisi: Ardl Modeli İle Bir Analiz”, **Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi**, 3, 25-38.
- Erdoğan, Seyhan (2005), “Avrupa Birliği ve Sosyal Politika”, **Genel-İş Emek Araştırma Dergisi**, (1), 19-33.
- Erol, İbrahim (t.y.), “Ekonomi Açısından Devlet ve Piyasa”, **Ankara Üniversitesi Dergisi**, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/457/5196.pdf> (02.04.2011).
- Ersöz, Filiz (2008), “Türkiye İle Oecd Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri Ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, **İstatistikçiler Dergisi**, 2, 95-104.
- Ersöz, Halis Yunus (2000), **Sosyal Politika Açısından Yerel Yönetimler: İngiltere, İsveç ve Türkiye Örneği**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Eser, H.Bahadır ve diğerleri (2011), “Sosyal Siyasetin Üretilmesi Sürecinde Refah Devletinden Neo-Liberal Devlete Geçiş: Devletin Kamu Hizmeti Sunma İşlevinin Değişimi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 16 (2), 201-217.
- Esping-Andersen, Gosta (1990), **The Three Worlds of Welfare Capitalism**, Cambridge: Polity Pres.

-
- (2002), **Towards The Good Society, Once Again?, Why We Need a New Welfare State?**, New York: Oxford University Press.
- Filiz, Yasemin (2010), **Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Fişek, A.Gürhan (1997), “Sosyal Güvenliğin Yolu Refahtan Mı Geçiyor?”, **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, 21 (200).
- Fişek, Nusret (t.y.), “Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları”, Kitaplaşmamış Yazılar-I, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html. (11.04.2011).
- Gough, Ian (1987), **The Welfare State, in: The New Palgrave Dictionary of Economic Theory and Doctrine**, London: Macmillan Press Ltd. (Çev. Kamil Güngör) http://www.canaktan.org/politika/anti_leviathan/diger-yazilar/gungor-refah-devleti.pdf (25.05.2012).
- Gökbunar, Ramazan ve Kovancılar, Birol (1998), “Sosyal Refah Devleti ve Değişim”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi**, (3), 251-266.
- Gökbayrak, Şenay (2010), “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, (2), 141-162.
- Gözübüyük, Şeref (2006), **Anayasa Hukuku**, Ankara: Turhan Kitabevi.
- Greve, Bent (1998), **Historical Dictionary of the Welfare State**, London: The Scarecrow Press.
- Gül, Songül Sallan (2004), **Sosyal Devlet Bitti, Yaşamın Piyasa!**, İstanbul: Etik Yayınları.
- 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).

Güngör Fatih ve Özüğurlu Metin (1997), **İngiliz Yoksul Yasaları: Paternalizm, Piyasa ya da Sosyal Devlet**, Working Paper Series.

Güngör, Mehmet ve Bulut, Nihat (2008), **Ki-Kare Testi Üzerine**, Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları.

Güngör, Kamil (1999), “Kamu Harcamaları-Bütçe Açıkları İlişkisi”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi İibf Dergisi**, 1 (2), 1-18.

Güzel, Ali ve Okur, Ali Rıza (2002), **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 8.Basım, İstanbul: Betaş Yayınları.

Hamzaoğlu, Onur (2005), **Sosyal Güvenlikte Finansman, Sosyal Güvenliğin Gaspı-SSK'nın Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sunumundaki Yeri ve Geleceği**, Petrol-İş Ankara şube Konferans Salonu: ATO-SES Yayınları.

Hastaneler Birliği, “Üniversite Hastaneleri Sorunları ve Çözüm Önerileri”, http://www.uhbd.org/PDF/uh_sorunlari_ve_cozum_onerileri.pdf (14.10.2012).

Himmelfarb, Gertrude (1984), **The Idea of Poverty: England in the Early Industrial Age**, London: Faber and Faber.

İşikli, Alpaslan (2001), **Küresel Saldırı Karşısında Devlet ve Sendikalar**, Emek Platformu Emek Politikaları Sempozyumu, <http://www.ankara.edu.tr/faculties/political/cekonomi/isikli1.htm> (01.02.2012).

————— (2011), **Sağlıkta Tekelleşme ve İşçileşme**, Hikmet Boran 2. Ulusal Tıp Günleri Kongresi.

İşık, Nihat ve Alagöz, Mehmet (2005), “Kamu Harcamaları Ve Büyüme Arasındaki İlişki”, **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, (24), 63-75.

İlkin, Akın (1988), **Kalkınma ve Sanayi Ekonomisi**, 5. Baskı, İstanbul: İ.Ü. İktisat Fakültesi Matbaası.

“İngiltere’de İşsiz Sayısı Arttı” (01.08.2012), BBC News. http://www.bbc.co.uk/turkce/haberler/2012/07/120718_uk_unemployment.shtml.

İstanbulluoğlu, Hakan (2010), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, **Dirim tıp Gazetesi**.

Jessop, Bob (2009), **Kapitalist Devletin Geleceği**, (Çev. Ahmet Özcan), Ankara: Epos Yayınları.

Kantarıcı, Hasan Bülent (2003), “Sosyal Devlet, Sosyal Güvenlik Ve Türkiyede Zorunlu Askerlik Hizmeti”, **Bağkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 6 (10), 75-85.

Karabulut, Kerem (2010), “Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması”, **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 13 (1), 139-152.

Karasioğlu, Fehmi ve Çam, Alper Veli (2008), “Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması”, **Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi**, 1(1), 15-24.

Kaya, Neval (2008), **Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kaya, Ersin (2009), **Yoksullukla Mücadelede Avrupa'nın ve Türkiye'nin Sosyal Yardım Modeli**, Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi.

Karımlı, Javidan (2011), **Avrupa Birliği'nde Uygulanan Sosyal Refah Politikaları ve Üyelik Müzakere Sürecinde Türkiye'ye Yansımaları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kılınç, Beyazıt (2005), **Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Mali Dönüşümü**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kim, Younhee ve Yang, Bongmin (2011), “Relationship Between Catastrophic Health Expenditures And Household Incomes and Expenditure Patterns in South Korea”, **Health Policy**, 100 (2-3), 239-246.

“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>.

- Kitapcı, İsmail (2007), **Sosyal Devlet Işığında Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları Ve Reform Arayışları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kitschelt, Herbert ve diğerleri (2003), “Contiunity And Change in Contemporary Capitalism”, 2. Edition, New York: Cambridge University Press:6 & Öztürk, Şenol (2011) “Sosyal Politikada Aktifleşme Stratejisi: Refah Devletinin Çıkış Yolu Mu, Çöküş Yolu Mu?”, **Kamu-İş Dergisi**, 12 (1), 101-154.
- Kenworthy, Lane (1999), “Do social-welfare policies reduce poverty? A cross-national assessment”, **Social Forces**,77 (3).
- Koca, Esmâ ve Gülsoy, Ebru (2012), **ABD Ülke Raporu**, T.C. Ekonomi Bakanlığı İhracat Genel Müdürlüğü Ülke Masaları 1 Dairesi, Amerika Şubesi.
- Koç, Özgür Emre (2007), **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Finansman Sorunu ve Çözüm Önerileri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Koçak, Orhan (2009), **Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründe Gelişmeler**, Anadolu International Conference in Economics.
- Konya Ticaret Odası (2011), **Danimarka Krallığı Ülke Raporu**, Etüd-Araştırma Servisi (3), www.kto.org.tr/d/file/danimarka-ulke-raporu-2011.doc. (05.04.2012).
- Koray Meryem (2002), **Avrupa Toplum Modeli? Nereden Nereye**, İstanbul: Tüses Yayınları.
- Liu, Yuanli ve diğerleri (2005), **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, Sağlıkta Umut Vakfı ve Pfizer Araştırması.
- Marangoz, Şermin (2001), **Refah Devleti, Gelişimi, Oluşumu, Modelleri Ve Güncel Değişimler**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Midgley, James (1999), **Social Development, The Developmental Perspective in Social Welfare**, Second Edition, London: Sage Publications.

Mishra, Ramesh (1999), **Globalization and the Welfare State**, Massachusetts: Edward Elgar Publisher Limited.

Mollahaliloğlu, Salih (2005), **Türkiye’de Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hane Halkının Cebinden Yaptığı Sağlık Harcamaları**, Yayınlanmış doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Munck, Ronaldo (2003), **Emeğin Yeni Dünyası: Küresel Mücadele, Küresel Dayanışma**, (Çev. Mahmut Tekçe), İstanbul: Kitap Yayınevi.

OECD (2008), **Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış**, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye.

——— (2005), **Extending Opportunities: How Active Social Policy Can Benefit Us All**, Multilingual Summaries.

——— (2012), **Health at a Glance: Europe 2012**, OECD Publishing.

OECD (2012), “Health Data 2012 How Does Denmark Compare”, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNoteDENMARK2012.pdf> (14.11.2012).

OECD (2012), “Health Data 2012 How Does Sweden Compare”, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNoteSWEDEN2012.pdf> (14.11.2012).

OECD (2012), “Health Data 2012 How Does Norway Compare”, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNoteNORWAY2012.pdf> (14.11.2012).

OECD (2012), “Social Expenditure Database 2012-Social Expenditure in GDP”, http://www.oecd.org/els/familiesandchildren/social expendituredatabasesocx.htm#socx_data (11.12.2012).

OECD (2012), “Health Data 2012, Frequently Requested Data”, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012frequentlyrequesteddata.htm> (26.11.2012).

- OECD (2011), “Society at a Glance – OECD Social Indicators Key Findings: Denmark”, <http://www.oecd.org/els/socialpoliciesanddata/47573552.pdf> (12.12.2012).
- OECD (2012), “Country Statistical Profile: Switzerland” <http://www.oecd.org/switzerland/> (15.12.2012).
- OECD (2012), “Country Statistical Profile: Norway 2011-2012” <http://www.oecd.org/norway/> (03.01.2012).
- Okur, Nejla (2008), **Avrupa Birliği Sürecinde Türkiye’de Sosyal Devletin Geleceği**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Oral, A. İlhan (2003), “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 61-78.
- Orhaner, Emine (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, **Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, (1), 1-22.
- Öz, Ece (2008), **Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özbay, Hüseyin (2010), **Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Döner Sermaye Harcamalarının Değerlendirilmesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özbilen, Şevki (2001), “Türkiye’de İktisadi Krizin Temel Nedenleri Ve Bir Mali Sistem Reform Önerisi 2”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Kriz Özel, (1), 1-19.
- Özkara, Yasemin (2006), **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özdamar, Öznur (2007), **Sosyal Politikalarının Refah Etkilerinin Ampirik Ölçümü: Türkiye’de Temel Eğitimle İlgili Politikaların Ve Sosyal Yardımların Refah**

Etkilerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdemir, İsmail Mansur (2008), **Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Sosyal Devlet Ve Sosyal Hizmetler**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdemir, Süleyman (2007), **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.

Özen, Ahmet (2003), “Türkiye’de Transfer Harcamalarının Gelişimi ve Ekonomik Etkilerinin Değerlendirilmesi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 5 (1), 205-228.

Öztürk, Nazım ve Göktolga, Z. Gökcalp (2010), “Yoksulluk ve Gelir Bölüşümünü Belirlemede Kullanılan Ölçütler”, **Bütçe Dünyası Dergisi**, 2 (34), 3-25.

Parker, Susan W. and Wong, Rebeca (1997) “Household Income and Health Care Expenditures in Mexico”, **Health Policy**, 40 (3), 237-255.

Pierson, Christopher (1991), **Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare**, First edition, Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press.

————— (1998), “Contemporary Challenges to Welfare State Development”, **Political Studies**, 46 (4), 777-794.

Pierson, Paul (2001), **Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies**, **The New Politics of the Welfare State**, Ed. Paul Pierson, Oxford: Oxford University Press.

Polanyi, Karl (1986), **Büyük Dönüşüm: Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri**, (Çev. Ayşe Buğra), İstanbul: Alan Yayıncılık.

Pringle, Keith (1998), **Children and social Welfare in Europe**, Open University Press.

Rosanvallon, Pierre (2004), **Refah Devletinin Krizi**, (Çev. Burcu Şahinli): Dost Kitabevi Yayınları.

Saban, Ahmet (2006), **Lisansüstü Öğrencilerin Nitel Araştırma Metodolojisine İlişkin Algıları**, XV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi.

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 Bakanlığı Anneleri Uyardı” (11.10.2012), Habertürk gazetesi <http://www.haberturk.com/saglik/haber/782987-saglik-bakanligi-anneleri-uyardi>.

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (2011) http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/24_01_2011_14_52_16.pdf (08.07.2011).

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

Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2011) http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf (19.09.2012).

Sağlık Bakanlığı (2010), “Mali Yılı İdare Faaliyet Raporu”, http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/2010_idare_faaliyet_raporu/files/sb_2010_idare_faaliyet_raporu.pdf (09.12.2012).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sağlığın%20Teşviki%20Sözlük.pdf> (14.05.2012).

Sağbaş, İsa (2008), **Vergi Teorisi**, Ankara: Ece Matbaası.

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

Sarıca, Şermin (2008), **Farklı Refah Devleti Modellerinde Sosyal Harcamaların Niteliği: Emekgücünün Meta Niteliği Açısından Bir Değerlendirme**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Saydam, M. İpek (2009), “Yeni-Keynesçi Yaklaşımda Ücret Katılıkları”, **İktisat Fakültesi Mecmuası**, 59(2).

- Scharpf, Fritz W. (2003), **Economic Integration, Democracy and the Welfare State**”, **Max Planck Institute for the Studies of Societies**, Working Paper No: 96/2, <http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de/pu/workpap/wp96-2/wp-96-2.html>(03.02.2012)
- Siskou, Olga ve diğeri (2008), “Private Health Expenditure in The Grek Health Care System: Where Truth Ends and The Myth Begins”, **Health Policy**, 88 (2-3), 282-293.
- Sennett, Richard (2005), **Saygı: Eşit Olmayan Bir Dünyada**, (Çev. Ümmühan Bardak), 1. Basım, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- 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.
- Seyyar, Ali (2008), **Sosyal Siyaset Terimleri**, 2.Baskı, Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Smith, Adam (1997), **Ulusların Zenginliği**, (Çev: Ayşe Yunus ve Mehmet Bakırcı), İstanbul: Alan Yayınları.
- Sosyal Güvenlik Kurumu, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/kurumumuz> (13.12.2012).
- Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri Ve Gelişimi, <http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=1126>, (16.06.2012)
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2012), Mali İstatistikler Tabloları, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri/ (10.12.2012).
- Sönmez, Mustafa (2011), **Sağlık Hakkı ve Ticarileşme, Eşitlikler kaçınılmaz mıdır?**, 3. Kent ve Sağlık Sempozyumu.

- Sözer, Ali Nazım (1997), **Sosyal Devlet Uygulamaları**, No:8, İzmir: Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları.
- Sümbüloğlu, Kadir ve Sümbüloğlu, Vildan (2009), **Biyoistatistik**, Ankara: Çağ Matbaası.
- Şahbaz, İbrahim (2009), “Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı”, **TBB Dergisi**, (86), 405-424.
- Şahin, Ümit ve diğerleri (2005), **Ülkemiz Sağlık Hizmetlerinde Değişim ve Hastanelerde Bilgi Teknolojisinin Kullanımı**, 2. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Özet Bildiri Kitabı.
- Şanlıoğlu, Ömer (2011), **Sosyal Refah Devletinin Dünü, Bugünü Ve Geleceği: Almanya Örneği**, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Şaylan, Gencay (2003), **Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**, Ankara: İmge Kitabevi.
- Şener, Ülker (2010), **Yoksullukla Mücadelede Sosyal Güvenlik, Sosyal Yardım Mekanizmaları ve İş Gücü Politikaları**, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı.
- Şenkal, Abdülkadir ve Sarıipek Doğa Başar (2007), “Avrupa Birliği’nin Karşılaştırmalı Refah Modelleri ve Sosyal Politikada Devletin Değişen Rolü”, **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 14 (2), 146-175.
- Talas, Cahit (1999), **Ekonomik Sistemler**, 5. Baskı, Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Taşcı, Faruk (2010), “Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri”, **Çalışma ve Toplum**, (24), 175-202.
- Taşpınar, Neşe Seray (2006), **Avrupa Birliği Sosyal Politikası: Avrupa Birliği Sosyal Modeli Ve Türkiye**, ,Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- The Legatum Prosperity Index (2012), <http://www.prosperity.com/KeyFindings-1.aspx> (12.12.2012).

- Tokalaş, Sevinç (2006), **Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Townsend, Joseph (2006) A Dissertation on the Poor Laws, <http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~econ/ugcm/3ll3/townsend/poorlaw.html>. (12.03.2012).
- Tutar, Filiz ve Kılınç, Nurcan (2007), “Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, 9 (1), 31-54.
- Türkiye Cumhuriyeti Dış İşleri Bakanlığı- Danimarka Ekonomisi <http://www.mfa.gov.tr/danimarka-ekonomisi.tr.mfa> (14.12.2012).
- Türkiye Cumhuriyeti Ekonomi Bakanlığı İhracat Bilgi Platformu <http://www.ibp.gov.tr/pg/section-pg-ulke.cfm?id=Norve%C3%A7#raporlar> (03.01.2013).
- Türk Dil Kurumu, Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü <http://www.tdkterim.gov.tr/?kategori=terimarat&kelime=gönenç> (03.07.2012).
- Türk İstatistik Kurumu <http://rapor.tuik.gov.tr> (05.02. 2011).
- TÜSİAD (1995), **Optimal Devlet**, İstanbul: TÜSİAD Yayınları.
- Ulusoy, Ahmet (2007), **Maliye Politikası**, Trabzon: Eflatun Matbaası.
- URL, “Opportunity, Employment and Progression: making skills work, Presented to Parliament by the Secretaries of State of the Department for Work and Pensions and the Department for Innovation”, <http://www.dwp.gov.uk/docs/making-skills-work.pdf> (03.02.2012).
- URL, “Social Security The Jobseeker’s Allowance (Sanctions) (Amendment) Regulations” (2012)<http://www.dwp.gov.uk/docs/jsa-sanctions-draft-regs-2012.pdf> (14.01.2012).
- Uzay, Nisfet (2002), “Kamu Büyüklüğü Ve Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri : Türkiye Örneği (1970-1999)”, **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, (19), 151-172.
- Yardım, Mahmut Sadi (2010), “Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey”, **Health Policy**, 94 (1), 26-33.

Yazıcıoğlu, Yahşı ve Erdoğan, Samiye (2004), **Spss Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Ankara: Detay Yayıncılık.

Yediyıldız, Bahaeddin (1994), **Tarih**, İstanbul: MEB Yayınları.

Yenimahalleli-Yaşar, Gülbiye (2007), **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, Ankara: Ankara Üniversitesi.

Yıldırım, Hasan Hüseyin (2000), **Sağlık Reformları ve Maliyet Sınırlama Stratejiler**, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi.

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

Yumuşak, İbrahim Güran ve Yıldırım, Durmuş Çağrı (2009), “Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme”, **Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi**, 4 (1), 57-70.

Zeytinoğlu, Erol (1992), **Ekonomik Doktrinler ve Ekonomik sistemler**, İstanbul: Mim Matbaacılık.

World Health Organization (2000), **The World Health Report 1999**, Making a Difference.

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).

www.turkhukuksitesi.com/makale_60.htm (12.10.2012)

EKLER

EK.1- Anket formu

SAYIN KATILIMCI;

Sosyal refah devletlerinde sağlık harcamalarının analizi ve Türkiye'deki durumunu tespit etmek amacıyla Giresun ili bazında bir çalışma yapmak istiyoruz. Bizler de; merkez mahallelerinde yaşayan hane halkının sağlık harcamalarını belirlemek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Bu nedenle, konu hakkında bazı sorular soracağız. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmaların sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. İsim kesinlikle alınmayacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz:

a. ~~Erkek~~ b. Kadın

2. Yaşınız:

a. 0-4 b. 5-14 c. ~~15-44~~ d. 45-64 e. 65 yaş ve üstü

3. Hanede yaşayan toplam kişi Sayısı:

.....

4. Öğrenim Durumunuz:

a. Okul çağında değil b. Okur yazar değil c. Okur yazar-mezun değil d. İlkokul mezunu
e. Ortaokul ve dengi okul mezunu f. İse ve dengi okul mezunu g. Yüksekokul/Üniversite mezunu
h. Lisansüstü/Doktora mezunu

5. Medeni durumunuz:

a. Evlilik çağında değil b. ~~Hiç~~ Evlenmemiş c. Halen evli d. Ayrı yaşıyor
e. Boşanmış f. Dul (eşi ölmüş) g. Birlikte yaşıyor

6. Gelir getiren bir işte çalışma durumu:

a. Çalışma çağında değil b. Evet c. ~~Hayır~~

7. Sağlık Güvencesi Durumu:

a. Sigortası yok b. Sosyal güvenlik kurumu (ssk, Bağkur, emekli sandığı) c. Aktif memur
d. Özel sandık e. Yeşil kart f. Diğer zorunlular g. Zorunlu+özel sigorta h. Özel sigorta

8. Herhangi bir hastalığınız var mı?

- a. ~~H~~astalık yok b. Son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık var
c. Son 3 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var
d. Hem son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 3 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var

9. Herhangi bir Özürlünüz (Engel) var mı?

- a. Özürlülük var b. ~~Ö~~zürlülük yok

10. Evinizde hasta olan var mı?

- a. ~~H~~astalık yok b. Son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık var
c. Son 3 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var
d. Hem son 3 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var

11. Evinizde özürlü (Engeli) olan var mı?

- a. ~~E~~vimizde engelli yok b. Evimizde engelli var.

12. Son 3 ay içinde cepten yaptığınız sağlık harcaması var mı?

- a. ~~E~~vet b. Hayır

13. Son 3 ay içinde, herhangi bir hastalık ya da sakatlık nedeniyle sağlık kurumuna gittiğinizde cepten ne kadar harcama yaptınız? (Yol masrafları dahil.)

- a. Hiç b. ~~0-50~~ 0-50 tl arası c. 51-250 tl arası d. 251-500 tl arası e. 501-1000 tl arası
f. 1001- 5000 tl arası g. 5001 tl ve üstü

14. Sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

- a. Çok kötü
b. Kötü
c. Orta
d. İyi
e. ~~Çok~~ iyi

15. Sağlık kuruluşlarına (Aile hekimliği, hastane, eczane vb.) hastalık anında kolay ulaşabiliyor musunuz?

- a. ~~E~~vet b. Hayır

16. Sağlık kuruluşlarına (Aile hekimliği, hastane, eczane vb.) ne kadar sıklıkla gidiyorsunuz?

- a. Ayda birkaç defa
- b. Ayda bir
- c. 6 ayda bir
- d. Yılda bir
- e. ~~Her~~ Neredeyse hiç

17. Sağlık harcamalarınızı en çok hangi hizmet alanında yapıyorsunuz?

- a. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde (Aile hekimliği, Sağlık evi, Evde bakım vb.)
- b. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde (Yataklı tedavi-Hastane)
- c. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde (İleri düzey kapsamlı Hastane)
- d. Hastalık dışı nedenle sağlık hizmeti alma (Eczane vb.)
- e. Fizik tedavi ve dış hekimliği hizmetlerinde

18. Aylık Geliriniz:

- a. Asgari ücret (701.44)
- b. 702 tl -1000 tl arası
- c. 1001-1500 tl arası
- d. 1501-2000 tl arası
- e. 2001 tl ve üstü
- f. ~~6~~ Geliri yok

19. Hane halkının aylık toplam geliri (Kira, Faiz, tarımsal vb.):

- a. 1000 tl ve altı
- b. 1001-3000 tl arası
- c. ~~1001~~ 4001-6000 tl arası
- d. 6001-15.000 tl arası
- e. 15.001-30.000 tl arası
- f. 30.001 ve üstü

20. Ailenizde sağlık sorunu nedeniyle bakıma muhtaç birileri var mı?

a. Evet b. Hayır

21. Hane halkı bireylerinden sağlık problemi nedeniyle sağlık kurumunda halen yatan birileri var mı? (Hastane, Bakımevi, Huzurevi vb.)

a. Evet b. Hayır

22. Son bir yıl içinde sağlık harcaması yaptıysanız, bunu hangi kaynaklardan karşıladınız?

a. Mevcut Gelirden

b. Birikimlerinizden

c. Sağlık güvence sisteminizden (Ssk-Emekli sandığı-Bağkur)

d. Borç alarak

e. Eşya satarak

f. Diğer

23. Özel sağlık sigortanız var mı?

a. Evet b. Hayır

24. Özel sağlık sigortanıza her yıl ödediğiniz prim ne kadardır? (Özel sağlık sigortanız varsa)

a. 250-500 arası

b. 501-1000 tl arası

c. 1001-3000 tl arası

d. 3001-5000 tl arası

e. 5001-10.000 tl arası

25. Devletin sağlık sistemindeki yeniliklerinin (Sağlıkta dönüşüm) sizin aile bütçesinize yansımaları olumlu değerlendiriyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

26. Devletimizin gelir sağlama garantisi veren, toplumu sosyal yönden kalkandıran, muhtaçlara yardım eden ve eğitim, sağlık, konut gibi temel ihtiyaçları sağlayan bir devlet modelinde olduğunu düşünüyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

ÖZGEÇMİŞ

Arzu KURŞUN EKİZ, 14.03.1985 tarihinde İstanbul'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 2003 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Giresun Sağlık Yüksekokulu'nda başladığı lisans eğitimini 2007 yılında bölüm üçüncüsü olarak bitirdi. 2008-2009 eğitim-öğretim yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı yüksek lisans programına girmeye hak kazandı. Bilimsel hazırlık olarak eğitimine devam ederken, 2011 yılı sonlarında Giresun Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na Öğretim Görevlisi olarak atandı. Hala aynı üniversitede görevine devam etmektedir.

KURŞUN EKİZ, İngilizce bilmektedir.