



## Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi

Filiz Ersöz

KHO Sav.Bil.Ens..  
[fersoz@yahoo.com](mailto:fersoz@yahoo.com)

### Özet

Bu çalışmada OECD'ye (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) üye ülkelerin sağlık düzeyi ve sağlık harcamaları göstergeleri dikkate alınarak, ülkelerin seçilmiş sağlık göstergeleri bakımından birbirlerine göre benzerliklerin ya da farklılıkların ortaya konulması ve bu benzerlikleri/uzaklıkları temel alarak iki yada daha fazla gruplar halinde bölünmesi amaçlanmıştır. Yapılan çok boyutlu analiz sonucunda; birincil boyutta Türkiye'nin, Kore Cumhuriyeti, Meksika, Polonya, Slovak Cumhuriyeti ile on dört sağlık değişkeni açısından benzer algılandıkları görülmektedir. İkinci boyutta ise en önemli ayrıştırıcının Amerika olduğu görülmüştür. Farklılık matrisine bakıldığında; Türkiye'nin Avusturya, Almanya ve Norveç ile oldukça farklılık gösterdiği görülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** OECD sağlık göstergeleri; Çok boyutlu ölçekleme analizi.

### Abstract

#### Analysis of health levels and expenditures of Turkey and OECD countries

*In this article, we proposed to display the similarity or disparity of countries' selected health indicators by taking in to account the health levels data of health expenditures of the member states of OECD, thus the classification of the countries has been provided. In the result of the multidimensional scaling analysis, Turkey, Republic of Korea, Mexico, Poland and Slovakia are perceived as similar in the major dimension. As the secondary dimension, the most different country is USA. Turkey could be seen as the most different country in the difference matrix from Austria, Germany and Norway.*

**Keywords:** OECD health indicators; Multidimensional scaling analysis.

### 1. Giriş

Dünyadaki bütün demokratik sistem ve organizasyonlar, temelde, sağlıklı birey ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumu gerçekleştirmeyi hedef alır. Zira güvenliğin, gücün, istikrarın, refahın ve mutluluğun temelinde ruh ve beden sağlığına sahip bireyler ve toplumlar vardır [2].

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 [1]. Sağlık hizmetlerinin temel girdileri; insan kaynakları,

sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlar, çıktıları ise; yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir [10].

Günümüzde gelişmiş ya da belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan gücüne yapılan yatırım olması nedeni ile, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için her yıl daha fazla kaynak tahsis etmektedirler. Ekonomik kalkınmanın da temel unsuru olan insanın sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için, gelişmiş ülkeler Gayri Safi Yurtiçi Hasıllarından (GSYH) her geçen yıl daha fazla pay ayırabilmektedirler. Bir anlamda sağlığa yapılan yatırımlar “üretken yatırım” olarak kabul edilmektedir [9].

Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır [8]. Ekonomik gelişmesini belli bir seviyeye ulaştırabilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık konusunda farkındalıkları da artmaktadır. Bununla birlikte sağlık düzeyinin gelişimi de ekonomik gelişimi hızlandırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, ekonomik göstergelerde meydana gelen iyileşmelerin sağlık göstergelerini pozitif yönde etkilediği gözlenmiştir. Ülkeler sanayileştikçe ve gelir seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmaktadır [5].

Son on yıl içerisinde OECD ülkelerine baktığımızda sağlık harcamaları ortalama % 4,4 artış göstermiştir [6]. Ülkelerin zaman içerisinde gelirlerindeki artış da dikkate alındığında sağlık harcamaları için ayrılan ödeneklerin rakamsal olarak da daha yüksek miktarlarda olduğu açıkça söylenebilir.

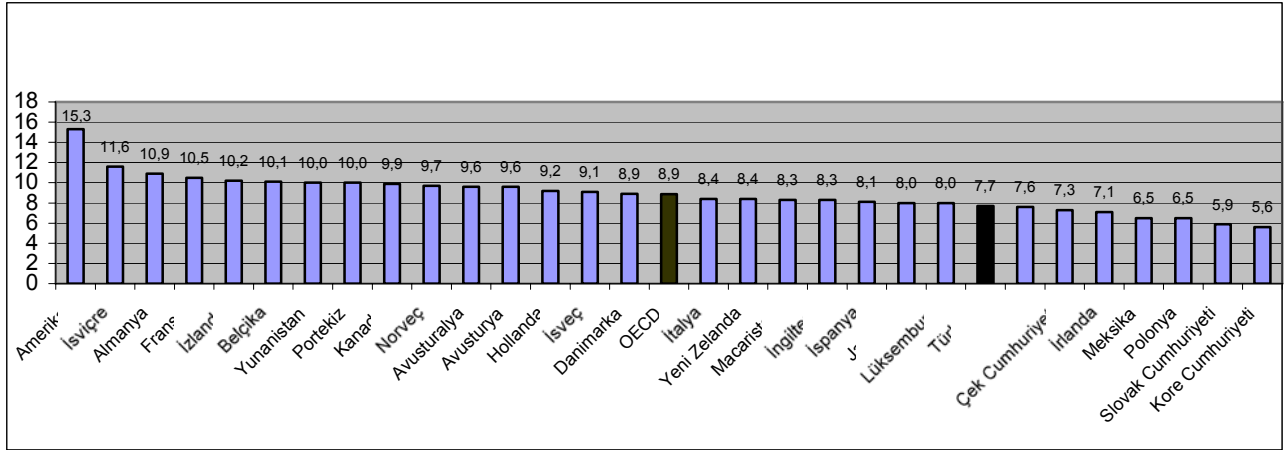
## 2. Gereç ve yöntem

Bu çalışmada OECD’ye üye ülkelerinin 2004 yılına ilişkin; toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı, kişi başına düşen sağlık harcaması (satın alma gücü paritesi (USD, Amerika Birleşik Devletleri Doları), toplam sağlık harcamasının yıllık büyüme oranı, toplam sağlık harcaması içerisindeki kamu harcamasının oranı, toplam sağlık harcaması içerisindeki ilaç harcaması oranı, 1000 kişiye düşen yatak sayısı, 1000 kişiye düşen doktor sayısı, 1000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1 milyon kişiye düşen MRI cihazı sayısı, doğumda yaşam beklentisi, her 1000 doğumdaki bebek ölüm sayısı, doğurganlık oranı, 15 yaş ve üzerindeki tütün tüketim oranı, 15 yaş ve üzerindeki alkol tüketim oranı (litre) gibi on dört sağlık göstergesi seçilmiş ve veriler toplam 30 ülke için elde edilmiştir [6]. Söz konusu göstergeler kullanılarak tanımlayıcı istatistikler ve ülkelerin benzerlik ve farklılıklarını incelemek için de çok boyutlu ölçekleme analizi uygulanmıştır. Analizde SPSS 11.0 programı kullanılmıştır.

## 3. Bulgular

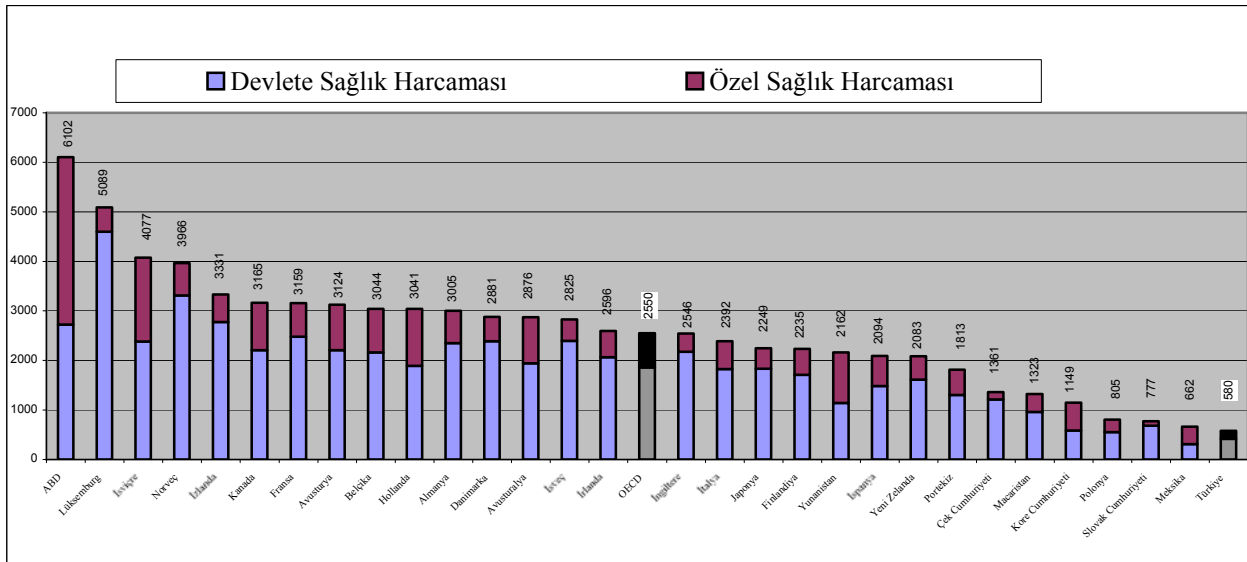
### 3.1. Sağlık harcamaları

Türkiye’nin toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı 2004 yılında % 7.7 dir. Bu oran OECD ülke ortalaması olan %8,9’dan oldukça düşüktür. Ayrıca Türkiye 30 OECD ülkelerinden yalnızca Kore Cumhuriyeti, Slovak Cumhuriyeti, Polonya, Meksika, İrlanda, Çek Cumhuriyeti ve Finlandiya’dan yüksek olduğu görülmektedir.



Şekil 1. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı

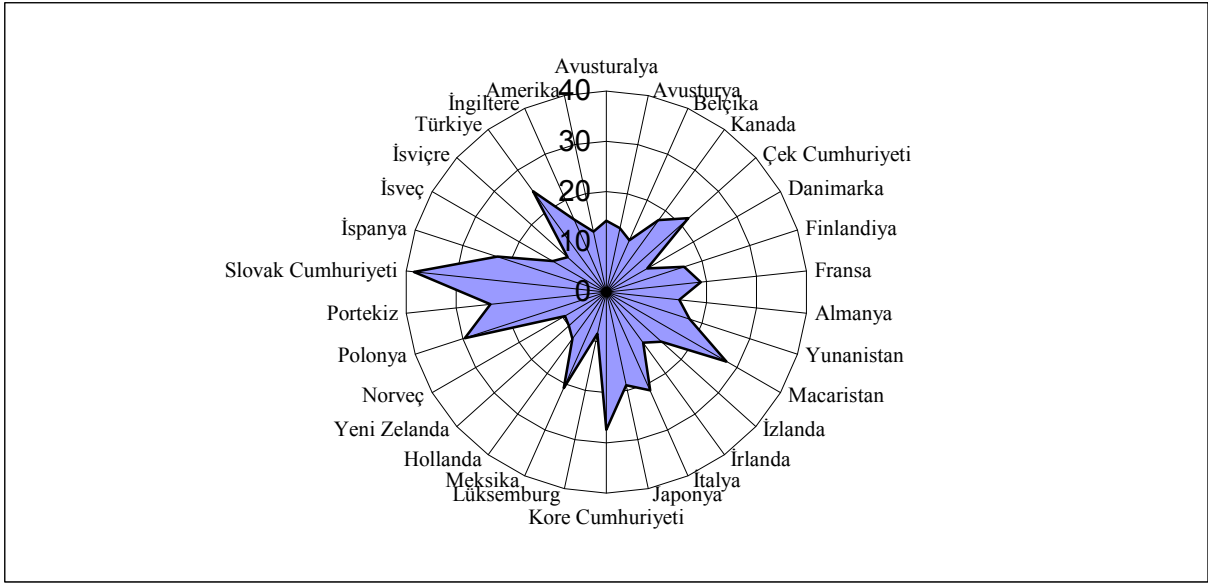
Türkiye kişi başına sağlık harcaması bakımından tüm OECD ülkeleri içinde en son sırada yer aldığı görülmektedir (Kişi başına 580 USD). OECD ortalaması kişi başına 2550 USD'dir. En büyük kişi başına sağlık harcamasına sahip olan ülkeler, ABD (6102 USD), Lüksemburg (5089 USD) ve İsviçre (4077 USD) dir.



Şekil 2. Kişi başına düşen sağlık harcaması

Ayrıca kişi başına sağlık harcamasının yıllık büyüme oranı, Türkiye'nin % 8,6 ile OECD ortalaması olan % 3,7 den daha yüksektir. Bu sonuç sağlık sektörümüz için umut vericidir.

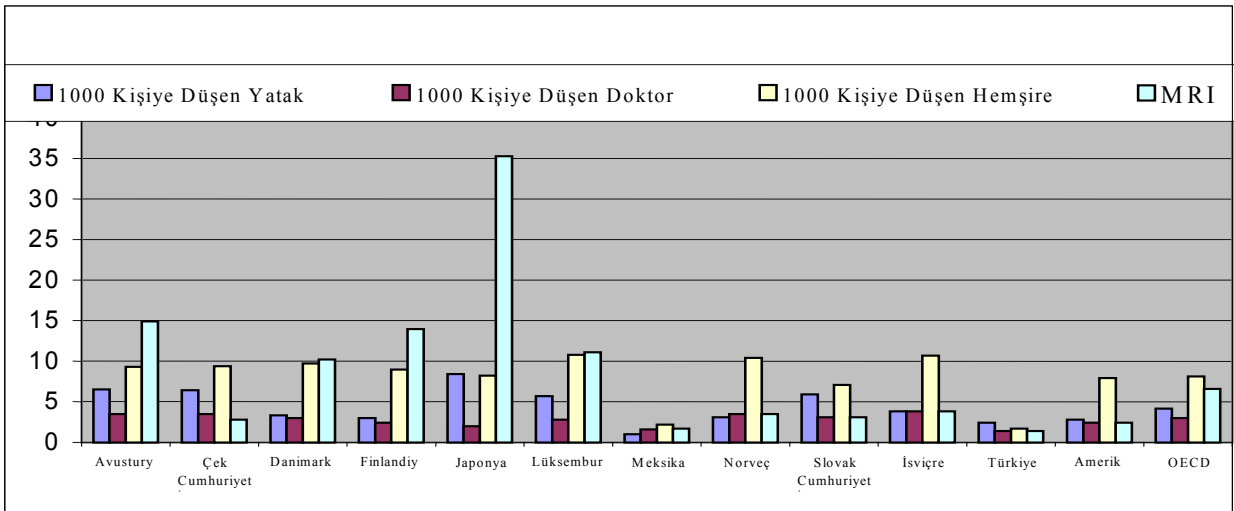
Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içindeki ilaç harcamalarının payı % 24,8 (2000 yılı) ile OECD ülkelerinin ortalaması %17,58'den (2004) yüksek olduğu görülmektedir. En düşük ilaç harcaması olan ülkelerin ise Lüksemburg (% 8,5) ve Danimarka (% 9,4), en yüksek ilaç harcaması olan ülkelerin ise Slovak Cumhuriyeti (% 38,5) ve Polonya (% 29,6)'nın olduğu görülmektedir (Şekil 3).



Şekil 3. OECD ülkelerinin toplam sağlık harcaması içerisindeki ilaç harcaması oranı

### 3.2. Sağlık sektöründeki kaynaklar (insan, fiziksel, teknolojik)

Türkiye'nin OECD ülkeleri içindeki sağlık kaynaklarını incelediğimizde; 1000 kişiye düşen yatak sayısı, 1000 kişiye düşen doktor sayısı, 1000 kişiye düşen hemşire sayısı ve 1 milyon kişiye düşen MRI (Magnetic Resonance Imaging) cihazı sayısı göre OECD ülkelerinin ortalaması, sırasıyla % 4,2, %3,0, % 8.1 ve % 6,6 iken Türkiye'de bu rakamları, %2,4, % 1,4, %1,7 ve %1,4 dür.

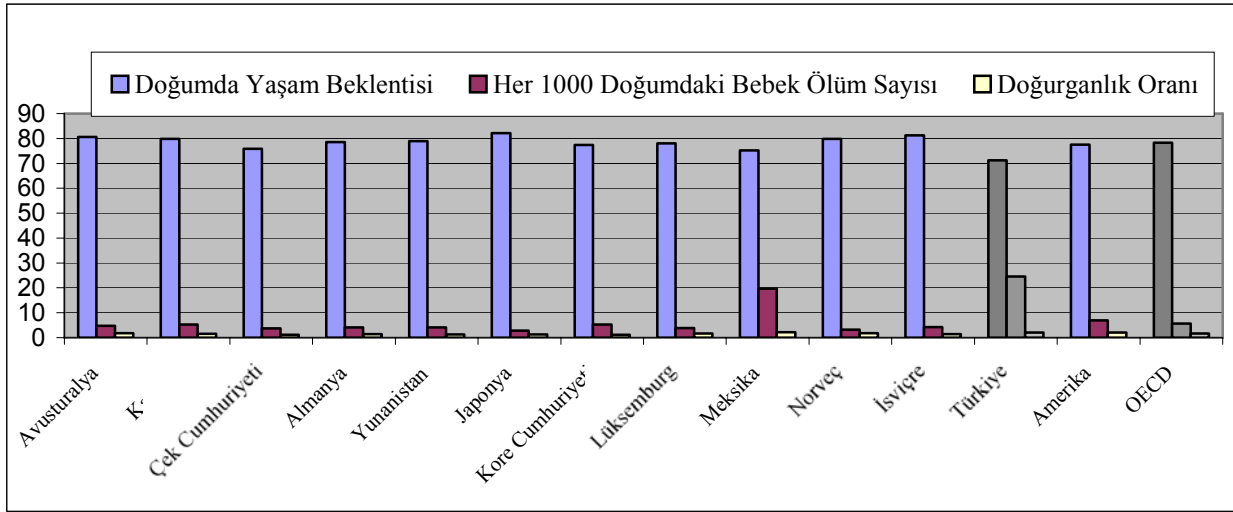


Şekil 4. Seçilmiş OECD ülkelerinin sağlık kaynakları

### 3.3. Sağlık durumu ve risk faktörü

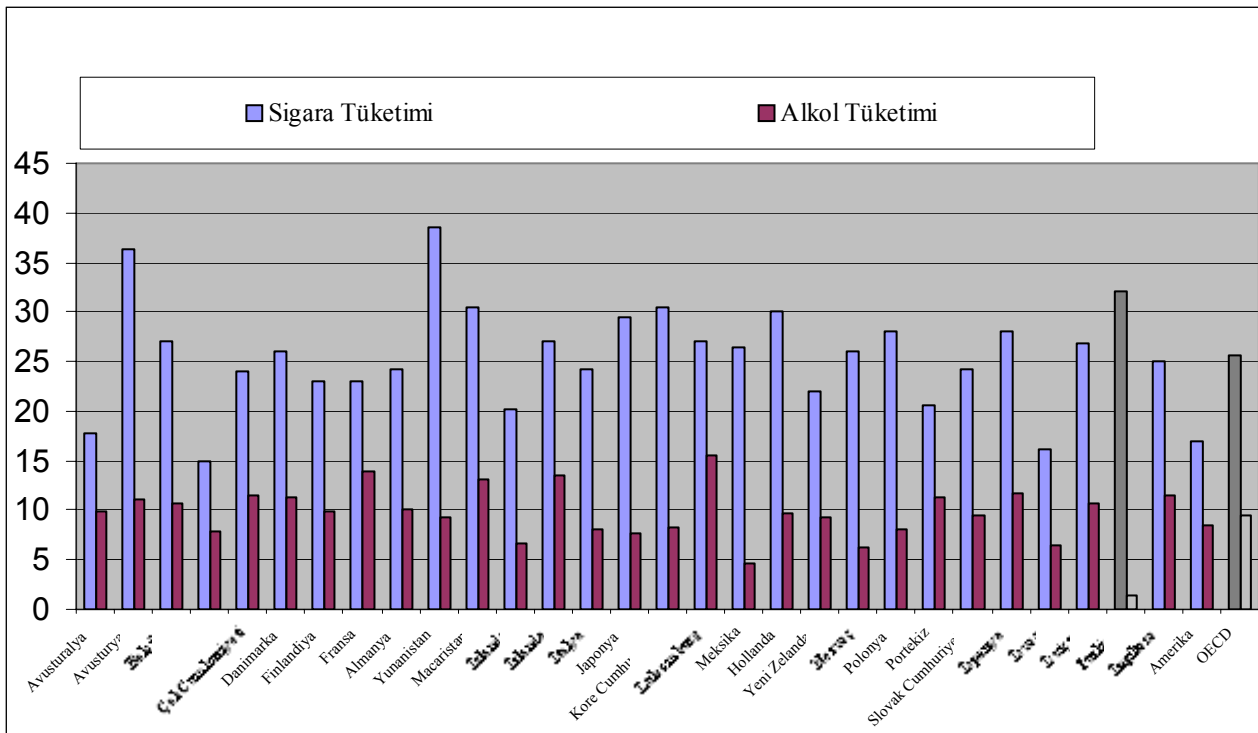
Birçok OECD ülkesinin yaşam koşullarının iyileşmesinden dolayı, geçmiş 40 yıl boyunca yaşam beklentisinde büyük artış olmuştur. Türkiye için doğumda yaşam beklentisinin 1960 yılında 48,3 iken, 2004 yılında 71,2'ye yükselmiştir. OECD ortalaması ise 1960 yılında 68,5 dan 2004 yılında 78,3 yükselmiştir. Temel sağlık göstergesi olarak kabul edilen yaşam beklentisi OECD'nin gelişmiş ülkelerinde insan için en doğal haklardan olan sağlıklı ve uzun yaşama hakkı en üst düzeydedir. Türkiye'de her 1000 doğumdaki bebek ölüm sayısı 24,6 (2000 yılı) ile OECD ortalaması olan 5,7'den

oldukça yüksektir. Aynı şekilde doğurganlık oranı % 2,43 ile OECD ortalaması olan %1,6 dan fazla olduğu görülmektedir.



Şekil 5. Seçilmiş OECD ülkelerinin sağlık durumları

15 yaş ve üzerindeki tütün tüketim oranı pek çok OECD ülkesinde son 20 yıldır gözle görülür bir azalma olmuştur. Bu azalmanın çoğu devlet politikalarında sigara tüketim kampanyası, reklam yasakları ve vergilerin artması dolayısıyladır. Türkiye’de tütün tüketim oranı 1995 yılından 2003 yılına % 47,4’den, % 32,1’e düşmüştür. OECD ortalaması da aynı şekilde 1995 yılından 2003 yılına % 29,52’den, % 25,42’ye azalmıştır.



Şekil 6. OECD ülkelerinde sigara ve alkol tüketim oranı

### 3.4. Çok boyutlu ölçekleme analizi sonuçları

Nesneler ya da birimler arasındaki ilişkileri daha az boyutlu bir uzayda görsel olarak ortaya koymak amacıyla kullanılan MDS; sıralı, eşit aralıklı, eşit orantılı ölçekle ölçülen çeşitli veri tipleri üzerinde uygulanabilmekte olup, yaygın bir kullanım alanına sahiptir [3].

Çok boyutlu ölçekleme analizinin etkinliği Kruskal stress istatistiği ile ölçülür. Kruskal stress istatistiği; konfigürasyon ölçüleri ile tahmini konfigürasyon ölçüleri arasındaki farkların tahmini konfigürasyon uzaklıklarına oranının karekökü olarak hesaplanır ve veri uzaklıkları ile konfigürasyon uzaklıkları arasındaki uygunluğu ifade eder [4]. Analizde k=2 için (Kruskal) stress istatistiğinin 0,001 den küçük olduğu değere kadar iterasyon devam ettirilmiştir. 4. iterasyonda 0,00010 sonucuna ulaşıldığından iterasyon durdurulmuştur. Stress istatistiği 0,18 ve uyumluluk seviyesi olarak “orta uyum” çıkmıştır. Zira stress değerlerinin büyüklüklerine göre konfigürasyon uzaklıklarının orjinal uzaklıklara uyumluluğu; stress  $\geq$  0,20 ise zayıf uyum, stress = 0,10 ise orta uyum, stress = 0,05 ise iyi uyum, stress = 0,00 ise tam ya da mükemmel uyum şeklinde değerlendirilmektedir. MDS çözümlerinde 0 yakın olan stress değeri veren boyut çözümleri arzulanan ya da uygun olarak nitelenebilecek bir çözümdür. Stress değeri Kruskal’ın formülüne göre hesaplanarak 0,88083 bulunmuştur. Bu bağlamda k=2 boyut için stress değeri, verileri 0,88 oranında açıklamaktadır.

**Çizelge 1.** Uyarıcı koordinatlar

Uyarıcı Sayısı	Uyarıcı İsmi	1 nci Boyut	2 nci Boyut
1	Avusturalya	-,2588	,6626
2	Avusturya	-,7416	-,7986
3	Belçika	-,3665	,0211
4	Kanada	-,1600	,8070
5	Çek Cumhuriyeti	,0150	-1,0386
6	Danimarka	-,4245	,2032
7	Finlandiya	,0703	,1513
8	Fransa	-,5727	,3407
9	Almanya	-,8464	-,2849
10	Yunanistan	-,3799	-1,5189
11	Macaristan	,6759	-1,1192
12	İzlanda	-1,1742	,6116
13	İrlanda	-,7161	,5726
14	İtalya	,0002	-,4063
15	Japonya	-,7503	-2,2017
16	Kore Cumhuriyeti	1,4802	-1,1296
17	Lüksemburg	-1,4083	-,2270
18	Meksika	2,4494	1,1285
19	Hollanda	-,5620	,3963
20	Yeni Zelanda	,2275	,5706
21	Norveç	-1,0048	,6562
22	Polonya	1,2903	-,6194
23	Portekiz	,3086	-,0076
24	Slovak Cumhuriyeti	1,6684	-1,2770
25	İspanya	,0407	-,3442
26	İsveç	-,6116	,8506
27	İsviçre	-1,1047	,3555
28	Türkiye	3,3586	1,0610
29	İngiltere	,1934	,2577
30	ABD	-,6963	2,3264

Çizelge 1'deki uyarıcı koordinat tablosuna göre; birincil boyutta Kore, Meksika, Polonya, Slovak Cumhuriyeti ve Türkiye hem pozitif yüklü hem de 1'in üzerinde değerlerle en büyük değerlere sahiplerdir. Dolayısıyla birincil derecede bu ülkelerin on dört sağlık değişkeni açısından benzer algılandıkları görülmektedir. Bu ülkelerin aldıkları değerler diğerlerine göre daha yüksek olduğundan birincil boyutta en önemli ayrıştırıcılarıdır. Diğer değişkenlerin değerleri sıfıra yakın olduğu görülmektedir. Yine birincil boyutta dikkat çekici bir durum ise; Avusturalya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, Japonya, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, İsveç, İsviçre, Amerika'nın negatif yüke sahip olmasıdır. Bu ülkelerden; İzlanda, Lüksemburg, Norveç, İsviçre 1'in üzerinde negatif değerle en farklı ülkeler olarak karşımıza çıkmakta, diğer ülkeler birbirine benzer ülkeler olarak görülmektedir. Bu durumda sayılan bu ülkeler birincil derecede önemli değillerdir.

İkinci boyutta ise, Meksika ve Türkiye 1'in üzerinde pozitif yüküdür. Ancak ikinci boyuttaki en yüksek değer Amerika ülkesinde 2'nin üzerindeki değerle görülmektedir. Diğerleri ise yine sıfıra yakın bir şekilde gerçekleşmiştir. Yani ikinci boyutta en önemli ayrıştırıcı Amerika ülkesidir. İkincil boyuttaki negatif yüklülere bakıldığında Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Macaristan, Kore Cumhuriyeti, Slovak Cumhuriyeti 1'in üzerinde negatif değere, Japonya ise 2'ye yakın negatif değerlere sahiptir. Bu bağlamda; bu ülkeler özellikle japonya ikincil boyutta önemsizdir.

Koordinat tablosundan sonra farklılık matrisi de elde edilmiştir. Bu matris de hangi ülkelerin birbirlerine en yakın olarak algılandıkları, hangilerinin birbirinden oldukça farklı algılandığı görülmektedir. 30 ülkenin birbirlerine olan uzaklıklarının hesaplandığı bu matris büyük olduğundan aşağıda bir kısmına yer verilmiştir.

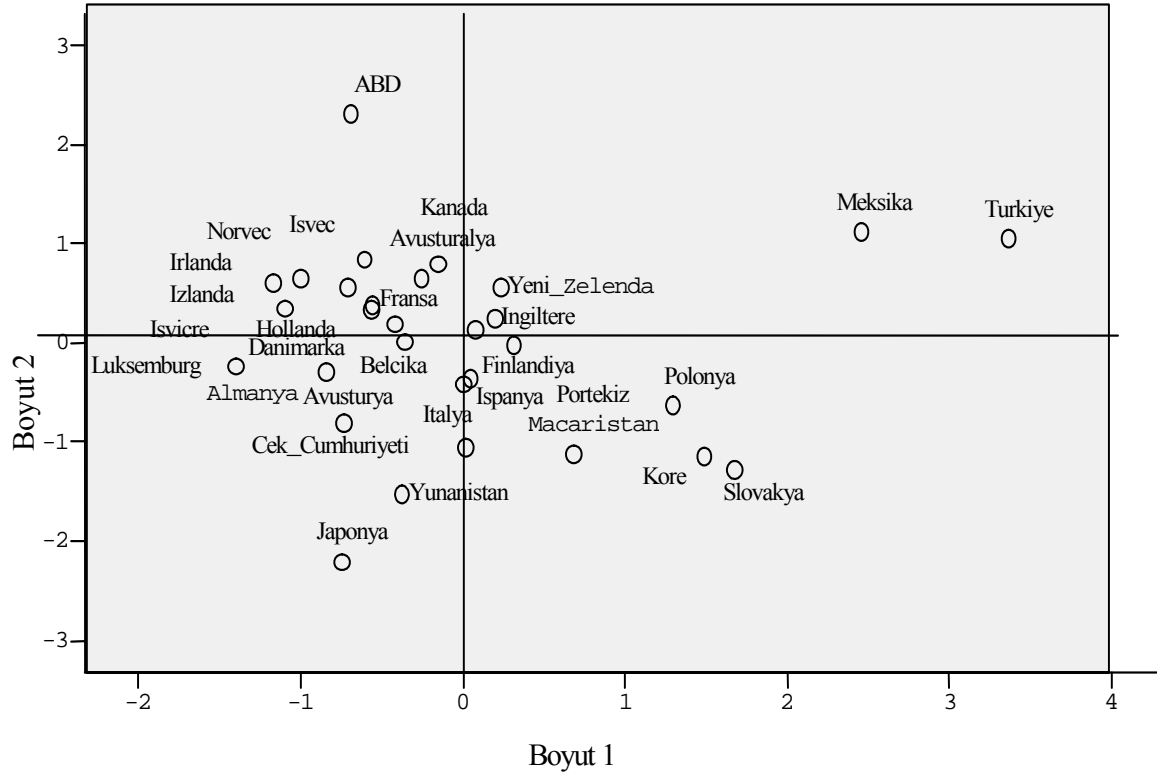
**Çizelge 2.** Farklılıklar matrisi

	Avusturalya	Avusturya	Belçika	Kanada	Çek Cumh.	....
Avusturalya	,000					
Avusturya	1,674	,000				
Belçika	,805	,655	,000			
Kanada	,000	1,952	1,216	,000		
Çek Cumhuriyeti	1,598	1,400	1,226	1,670	,000	
Danimarka	,707	,915	,472	,967	1,137	,000
Finlandiya	,432	1,354	,886	,654	1,321	...
Fransa	,546	1,342	,402	,976	1,357	...
Almanya	1,101	,658	,611	1,110	,815	...
Yunanistan	2,348	1,264	1,138	2,513	2,085	...
Macaristan	2,065	1,470	1,501	2,129	,469	...
İzlanda	,909	1,646	1,308	1,126	2,033	...
İrlanda	,988	1,571	1,384	1,431	1,420	...
İtalya	1,041	1,220	,435	1,136	1,058	...
Japonya	2,636	1,607	2,401	2,630	2,469	...
Kore Cumhuriyeti	2,276	2,062	2,099	2,210	1,969	...
Lüksemburg	1,529	1,481	1,326	2,014	1,834	...
Meksika	2,667	3,540	2,948	2,621	3,405	...
Hollanda	,748	,951	,641	1,162	1,619	...
Yeni Zelanda	,493	1,697	1,058	1,092	1,556	...
Norveç	1,168	1,441	1,028	1,158	1,801	...
Polonya	1,866	2,016	1,707	1,845	1,071	...
Portekiz	,923	1,702	,662	,888	1,023	...
Slovak Cumhuriyeti	2,479	2,764	2,426	2,540	1,303	...
İspanya	,879	1,218	,654	1,115	1,052	...
İsveç	,620	2,047	1,146	,465	1,674	...
İsviçre	,822	,985	,519	1,144	1,930	...
Türkiye	3,704	4,238	3,760	3,689	3,974	...
İngiltere	,455	1,557	,885	,899	1,169	...
ABD	1,705	2,917	2,117	1,695	3,520	...

Yukardaki farklılık matrisine bakıldığında değişkenlerin birbirlerine göre en benzer ve en benzemez olarak algılananlar görülmektedir. Buna göre bakıldığında 0'a yakın olan değerlere sahip olan ülkelerin benzer algılandıkları, 1'in üzerinde olanların ise en benzemez olarak algılandıkları söylenilebilir. Bu bağlamda, ilk olarak Avusturalya ile Kanada, Belçika ile Fransa, Çek Cumhuriyeti ile Macaristan, Danimarka ile Finlandiya, İtalya ile İspanya, Yeni Zelanda ile İngiltere, Norveç ile İsveç, Portekiz ile İspanya 0'a yakın değerlerle birbirlerine en benzer ülkeler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Farklılıklar matrisinde dikkat çeken bir durum ise genellikle ülkelerin 1 ve 2'nin üzerinde değerlere sahip olarak birbirlerinden farklı olarak algılandıklarıdır. Özellikle *Avusturya*, *Almanya* ve *Norveç*'in 4 'ün üzerindeki değerle Türkiye ile oldukça farklılık gösterdiği görülmektedir (Çizelge 2 büyük olduğundan sonuçlar gösterilememiştir). Ayrıca *Portekiz* ile *Amerika*'da yine 4'ün üzerinde yüksele incelenen sağlık değişkenlerine göre birbirine benzemez olarak ortaya çıkmıştır.

Koordinat tablosu ve uzaklık matrisinden sonra iki boyutlu uzayda koordinatlara göre düzenlenen grafiksel gösterim elde edilmiştir. Çok boyutlu ölçekleme analizinde elde edilecek verilerin ölçüm düzeyine göre uzaklıkları değişmektedir. Analizde kullandığımız veriler aralıklı veya orantılı ölçüm düzeyinde ölçüldüğünden öklid uzaklığı ölçüsü kullanılmıştır.



Şekil 7. Öklid mesafesi modeli

Bu grafiksel düzenlemede OECD ülkelerinin birbirlerine en benzer olarak algılananların birarada toplandıkları görülmüştür. Çok boyutlu ölçekleme analizi uygulanması sonucunda, ilgilenilen sağlık göstergelerine göre ülkelerin, iki boyutlu uzayda üç farklı grup oluşturmuştur. Bu bağlamda grafiğe baktığımızda, Türkiye ile Meksika benzer bir alt grup, Kore Cumhuriyeti, Slovak Cumhuriyeti, Polonya, Macaristan yine farklı bir grup, İtalya, İspanya, Portekiz, Yeni Zelanda, İngiltere gibi diğer tüm ülkelerin (ABD ve Japonya hariç) bir grup oluşturdukları görülmüştür. Amerika ve Japonya'nın ise diğer ülkelerden farklı olarak genel eğilimden oldukça farklılık gösterdiği görülmüştür.



#### 4. Tartışma

Sağlık sektörü tüm dünya ülkelerinde özellikle 1960'lı yıllardan sonra üzerinde yoğun çalışmalar yapılan önemli bir sektördür. Dünya'nın birçok ülkesinde sağlık sektörünü geliştirmek için yeni uygulamalar ve sistem değişiklikleri yapılmaktadır. Artık ülkelerin sağlık göstergeleri kalkınma düzeyini belirleyen temel faktörler olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin ulusal hem de uluslararası bazda geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

AB'ne tam üyeliğe aday olan ülkemizin sağlık göstergeleri ile AB ülkelerinin sağlık düzeyi ölçütlerinin incelenmesi konusunda daha önce yapılan benzer bir çalışmada da tespit edildiği gibi [7] sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması için milli gelirden sağlığa ayrılan payın yükseltilmesi gereklidir.

Bu çalışmada OECD'ye üye ülkelerin sağlık düzeyi ve sağlık harcamaları göstergeleri dikkate alınarak, ülkelerin seçilmiş sağlık göstergeleri bakımından birbirlerine göre benzerliklerin ya da farklılıkların ortaya konulması ve benzerliklerini/uzaklıkları ve yakınlıklarını temel alarak iki yada daha fazla gruplar halinde bölünmesi amaçlanmıştır. Yapılan çok boyutlu analiz sonucunda; birincil boyutta Türkiye, Meksika, Kore Cumhuriyeti, Polonya, Slovak Cumhuriyeti'nin on dört sağlık değişkeni açısından benzer algılandıkları görülmektedir. İkinci boyutta ise en önemli ayrıştırıcının Amerika olduğu görülmüştür. Farklılık matrisine bakıldığında; Avusturya ile Kanada, Belçika ile Fransa, Çek Cumhuriyeti ile Macaristan, Danimarka ile Finlandiya, İtalya ile İspanya, Yeni Zelanda ile İngiltere, Norveç ile İsveç, Portekiz ile İspanya'nın birbirlerine en benzer ülkeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle *Avusturya, Almanya ve Norveç'in 4'ün üzerindeki değerle Türkiye ile oldukça farklılık gösterdiği* görülmektedir.

İki boyutlu uzayda koordinatlara göre düzenlenen grafiksel gösterime göre; Türkiye, Meksika gibi gelişmekte olan ülkelerin bir grup olduğu ve kişi başına düşen sağlık harcaması, 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayılarının diğer OECD ülkelerine göre oldukça az olduğu görülmektedir. Japonya ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde ise toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının oldukça yüksek olduğu ve diğer OECD ülkelerinden farklılık gösterdiği dikkat çekmiştir. Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Kore, Polonya ve Slovak Cumhuriyeti'nin de birbirlerine benzer bir grup olduğu ve özellikle ilaç harcamalarının diğer OECD ülkelerine göre oldukça yüksek olduğu görülmüştür.

OECD'ye üye ve AB'ne tam üyeliğe aday olan ülkemizin sağlık göstergeleri ile OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri arasında var olan önemli farklılıkların azaltılması ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması için; toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı, kişi başına düşen sağlık harcaması, 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayılarının artırılması, toplam harcama içerisindeki ilaç harcama oranının azaltılması çok önemlidir. Ayrıca uygun ekonomik politikalarının geliştirilerek, Türkiye'de sağlık sektörünün performansının iyileştirmesi, güçlendirilmiş sağlık sistemlerinin oluşturulması ve devletin kıt kaynaklarının boşa harcanmaması için gereken önlemlerin alınmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

#### Kaynaklar

- [1] Akın C.S., "Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları" (Y.Lisans Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.
- [2] <http://www.saglik.gov.tr/TR>
- [3] Kalaycı, Ş., "SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri", 2nci Baskı, Asil Yayın Dağıtım Ltd.Şti, ISBN 975-9091-14-3, 384.
- [4] Kruskal JB, Wish M. Multidimensional Scaling, Sage Publications, 1978.
- [5] Mazgıt, İsmail (1998), "Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- [6] OECD Health Data, [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata), 2004, Saltık, Ahmet (1995), "Sağlık Ekonomisinde Yen Kavramlar", *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos, Cilt 10, Sayı 68, s. 38.

- [7] Sığırlı D., Ediz B., Cangür Ş., Ercan İ., Kan İ., “*Türkiye ve Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerin Sağlık Düzeyi Ölçütlerinin Çok Boyutlu Ölçkleme Analizi İle İncelenmesi*”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(2) 81-85, 2006.
- [8] Taban, Sami (2004); “*Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi*”, Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, Osmangazi Üniversitesi İİBF, Eskişehir.
- [9] Tokgöz Erdiç (1981), “*Sosyal Gelişmede Sağlık*”, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayınları, Yayın No. 1783, Ankara, 1981, s. 499.
- [10] Tokalaş S., “*Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*”, (Y.Lisans Tezi), İstanbul, 2006.