

Sağlık Ekonomisi Perspektifinde Seçilmiş Ülkelerin Sağlık Göstergelerinin Değerlendirilmesi

Şule BATBAYLI*

*Doktora Öğrencisi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü
e-mail: batbaylisule@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0836-9203

Geliş Tarihi/Received: 20.05.2021

Kabul Tarihi/Accepted: 07.10.2021

e-Yayın/e-Printed: 25.10.2021

ÖZET

Sağlık ekonomisi ülkelerin sağlık yapılarını ekonomik anlamda inceleyen bilim dalıdır. Sağlık göstergeleri ise sağlık ekonomisinin hem mikro hem de makro ekonomik durumlarını ortaya koymaktadır. Bir ülkenin sağlık durumunun iyi seviyede olması, o ülke için hem sosyal hem ekonomik anlamda kazanımı ifade etmektedir. Diğer yandan ekonomik gelişmişlik de sağlık göstergelerine yansımaktadır. Çalışmada G8 ülkelerine ve gelişmekte olan ülkelere Türkiye, Çin ve Hindistan'a ait önemli sağlık göstergelerine yer verilmiştir. Bu bağlamda gelişmekte olan ülkeleri hem kendi aralarında hem de gelişmiş ülkeler ile kıyaslamak amaçlanmıştır. Değerlendirmeler sonucunda Rusya'nın sağlık alt yapısı nispeten iyi olmasına rağmen, diğer sağlık göstergelerinde gelişmekte olan ülkelere yakın olduğu görülmüştür. Tüm ülkeler içinde Japonya'nın sağlık anlamında en iyi değerlere sahip olduğu görülmüşken, ABD sağlık harcamalarında öne çıkmıştır. Türkiye sağlık alanında gelişme göstermekte, ancak bu durum nispeten yavaş ilerlemektedir. İtalya, Almanya, Fransa, Kanada ve İngiltere sağlık durumunda birbirine benzemektedir. Çin ise sağlık göstergelerinde hızla ilerlemektedir. Türkiye ve Almanya'da sağlık harcamalarında kamunun rolü nispeten fazladır. Gelişmiş ülkelerin çoğu sağlık göstergesinde gelişmekte olan ülkelere nazaran daha olumlu sonuçlara sahip olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Ekonomisi, Sağlık Göstergeleri, G8 Ülkeleri, Gelişmekte Olan Ülkeler

Evaluation of Selected Countries's Health Indicators in Health Economics Perspective

ABSTRACT

Health economics is a science that examines the health structures of countries in economic terms. Health indicators, also, reveal both microeconomic and macroeconomic conditions of the health economy. The good health status of a country means gains in both social and economic terms for that country. On the other hand, economic development is reflected in health indicators. Important health indicators of G8 countries and developing countries Turkey, China and India are appear in the study. In this context, it is aimed to compare developing countries both among themselves and with developed countries. As a result of the evaluations, it has been observed that although Russia's health infrastructure is relatively good, it is close to developing countries in other health indicators. While it is seen that Japan has the best values in terms of health among all countries, the USA has become prominent in health expenditures. Turkey has progressed in the field of health, but this situation is progressing relatively slowly. Italy, Germany, France, Canada and England are similar in health status. China, on the other hand, is advancing rapidly in health indicators. The role of the public in health expenditures is relatively high in Turkey and Germany. It has been found that most developed countries exhibit more positive results in health indicators than developing countries.

Keywords: Health Economics, Health Indicators, G-8 Countries, Developing Countries

GİRİŞ

Sağlık ekonomisi, ekonomi ile sağlık biliminin bir arada incelenmesi sonucunda ortaya çıkmıştır. Sağlık kaynaklarının tahsisi, verimliliği, etkinliği, sağlık harcamaları ekonomi yardımıyla düzenlenmektedir. Sağlık ekonomisinin alt kalemleri sayılan sağlık göstergeleri de ülkelerin sağlık durumlarını ortaya koymaktadır. Doktor sayısı, hemşire sayısı, hastane yatak sayısı gibi sağlık altyapı göstergeleri; yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı, anne ölüm hızı gibi mikro sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları, sağlık yatırımları gibi makro ekonomik sağlık göstergeleri ülkelerin sağlık anlamında hangi düzeyde olduklarını ortaya koymaktadır. Bu bakımdan ekonomik anlamda gelişmiş ülkeler sağlık anlamında da bilinçli olmaktadır. Dolayısıyla sağlığa daha fazla önem vermekte ve bu da sonuçlara yansımaktadır. Diğer yandan sağlık sonuçlarındaki olumlu gelişme beşeri sermayeyi etkilemekte ve yaşamsal iyilik halini ortaya koymaktadır. Böylece sağlık göstergelerindeki iyileşme

sosyo-ekonomik anlamda iyileşme olarak kendisini göstermektedir. Bununla birlikte, Koronavirüs pandemisi gibi salgın hastalıklardan ülkelerin sağlık göstergeleri sonuçları etkilenebilmektedir. Ayrıca sağlık göstergeleri bakımından iyi olan ülkeler olası salgın durumlarında nispeten az hasar alabilmektedir.

Çalışmada önce sağlık ekonomisi anlamında sağlık göstergeleri ve bunların Koronavirüs pandemisi ile ilgisi anlatılmıştır. Daha sonra G8 ülkeleri ve gelişmekte olan ülkelere Türkiye, Çin ile Hindistan için son on yılda sağlık durumlarındaki değişimi ve salgının göstergelere etkisini göstermek amaçlanmıştır. Sağlık göstergeleri önce mikro bazda sonra makro bazda incelenmiştir. Böylece gelişmiş ve gelişmekte olan seçilmiş on bir ülkenin sağlık göstergeleri değerlendirilmiştir. Sonuç kısmında ise tüm ülkeler ve tüm sağlık göstergeleri birlikte ele alınarak yorumlanmıştır.

SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık, "sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve bedensel yönden de tam bir iyilik halidir" (WHO, 2021d). Lalonde bu tanıma ek olarak psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörlerin de sağlığı etkilediğini ilave etmiştir (Lalonde, 2002: 149). Sağlık faaliyetlerinin iktisadi yönü ise sağlık ekonomisinin ilgi alanındadır (Işık, 1997: 9). Ayrıca sağlık kaynakları, ekonomi biliminin "kıt kaynak tahsisi" ve "fırsat maliyeti" kavramları göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetinin sunumu, kaynakların verimli kullanılması, arz-talep dengesinin en iyi şekilde kurulması, sağlık çıktısının finansmanı, planlama ve sağlıkla ilgili tüm durumların toplumun fayda sağlaması için en adaletli ve kaliteli şekilde uygulanması sağlık ekonomisinin kapsamına girmektedir (Paksoy, 2017: 9).

Diğer yandan sağlığın kalitesi ve erişilebilir olması, ekonomik gelişmişliğe katkı sağlamaktadır (Güven vd., 2020: 64). Bu katkıda, sağlık göstergelerinin büyük payı bulunmaktadır. Doğumda beklenen yaşam göstergesindeki yükselme ve ölüm hızındaki düşüş nispeten sağlıklı toplum anlamına gelmektedir. Bununla birlikte kadın istihdam oranındaki ve eğitim seviyesindeki artış doğum hızı göstergesinde ters etki yaratmaktadır. Benzer şekilde birçok az gelişmiş ülkede var olan çeşitli hastalıklar, bebek ve çocuk ölüm hızlarında artışa sebep olmaktadır. Dolayısıyla sosyo-ekonomik gelişmişlik, birey ve toplum üzerinde ölüm, hastalık, doğurganlık oranlarına etki ederken, sağlık göstergelerindeki iyileşme de ekonomik faaliyetlere olumlu yansımaktadır (Çalışkan, 2008: 31).

Yaşam beklentisi göstergesi, hem hastalık hem de ölümlülük ile ilgili olduğu için oldukça önemli bir göstergedir (Mathers vd., 2003: 5). Daha açık bir ifadeyle doğumda beklenen yaşam süresi göstergesi olarak da ifade edilen söz konusu kavramın, bir toplumun genel ölüm oranı hakkında bilgi verdiği bilinmektedir. Bu gösterge çocukları, ergenleri, yetişkinleri ve yaşlıları diğer bir deyişle tüm yaş gruplarını içermektedir. Ayrıca gösterge, yenidoğan bir kişinin yaşaması beklenen ortalama yıl sayısını verdiği için, doğumda beklenen yaşam süresi, bir yaşam tablosunun çıktısı olarak kabul edilmektedir (WHO, 2021a).

Sağlık ekonomisi kapsamındaki bir diğer gösterge, 5 yaş altı ölüm oranıdır. Bu değerler, hem bir popülasyonun genel gelişimi, refahı hem de çocuk sağlığının bir göstergesidir. Birleşmiş Milletler, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin bir göstergesi olarak, 2030 yılına kadar bin canlı doğumda 5 yaş altı ölüm oranını %25'e düşürmeyi hedeflemiştir (OECD, 2021b). Dünyada söz konusu oranda en fazla değere sahip kesim Sahra Altı Afrika'da yoğunlaşmıştır. 5-9 yaş aralığında ölüm oranlarının en fazla olduğu ülkeler ise Hindistan, Nijerya, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Pakistan ve Çin'dir (WHO, 2020). Bebek ölüm oranlarının da yine dünyada en çok görüldüğü ülkeler kişi başına gelirin en düşük olduğu ülkeler olarak raporlarda yer almaktadır. Yoksulluğun azaltılması, sağlık altyapısının iyileştirilmesi, kadınların iş gücüne katılımının ve eğitim seviyelerinin artması, aile planlamalarının iyi yapılması bebek ve çocuk ölümlerinde azalmayı beraberinde getirebilecektir (Guttmacher, 2002: 1-4).

Bireyi ilgilendiren veriler sağlık ekonomisinin mikro verileri olarak kabul edilirken (TÜİK, 2019); sağlık harcamaları, sağlık alanındaki istihdam oranları, bunların GSYH içindeki payı ve sağlık yatırımları sağlık ekonomisinin makro ekonomik göstergeleri olarak kabul edilmektedir (Işık, 1997: 27). Sağlık harcamalarında kişi başına düşen payın yükselmesi bebek ölüm oranları, zamansal açıdan ortalama yaşam beklentisi gibi sağlık göstergelerine olumlu yansımaktadır. Ancak bu durumun sağlık göstergelerindeki iyileşme için sağlık harcamalarını arttırmak gerektiği düşüncesini, ifade

etmediği bilinmektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 123). Diğer yandan sağlık harcamaları yaşam beklentisini arttırması durumunda, beşeri sermayenin de artacağı anlamına gelebilmektedir (UNDP, 2020: 258).

Literatürde, sağlık ekonomisi kapsamında en çok dikkate alınan gösterge sağlık harcamalarıdır. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetinin finansmanı, sağlık sistemleri ve ilaç harcamaları konuları önem arz etmektedir (Şantaş, 2017: 89).

Diğer yandan doktor sayısı/mezunları, hemşire sayısı/mezunları, doktor muayene sayısı, sağlık ekipmanları ve hastane yatak sayısı verileri sağlık hizmeti ile alakalı göstergeler arasında sayılmakta ve ülkenin sağlık altyapısını ortaya koymaktadır (Loş, 2016: 2).

Dolayısıyla sağlık göstergeleri sosyo-ekonomik gelişmişliği belirlemede bir ölçüt olarak kullanılmaktadır (Tekin, 2015: 390).

2020 yılında tüm dünyayı saran Koronavirüs Hastalığı (COVID-19 pandemisi) ile birlikte sağlık altyapısı ve ülkelerin sağlık performanslarının önemi daha da anlaşılmıştır. Gelişmiş ve dayanıklı bir halk sağlığı sistemi, herhangi yeni bir sağlık tehdidine karşı uygun yanıtı verebilir. Değerlendirme, politika geliştirme ve güvence sağlama sağlık sistemlerinin temel bileşeni olarak kabul edilmektedir (Benjamin, 2020: 2). Sağlık sistemleri ve bu sistemler içindeki kapasiteler ve planlama seviyelerinin önemi COVID-19 ile belirgin hale gelmiştir (Deschepper, vd., 2021: 1).

Sağlık göstergelerini doğrudan etkileyen COVID-19 pandemisi ülkelere, bölgelere, yaşa ve kronik hastalığın olup olmamasına göre farklılık gösterebilmektedir (Root-Bernstein, 2020: 1). Diğer yandan en güçlü ekonomiler bile bu acil durum karşısında yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle sağlık koşulları olabilecek en iyi seviyeye getirmek ülkeler açısından avantaj sağlayabilecektir (Nardo, vd., 2020: 495).

SEÇİLMİŞ ÜLKELERİN SAĞLIK DÜZEYLERİ

Bu başlık altında incelenecek ülkeler G 8 ülkeleri ile gelişmekte olan ülkelerden Türkiye, Çin ve Hindistan'dır. Türkiye, Çin ve Hindistan son yıllarda, hızlı bir şekilde sağlık hizmetlerini geliştirme eğiliminde olduğundan dolayı bu çalışma için seçilmiştir. Ayrıca söz konusu ülkelerin son yıllarda hem sağlık hizmetleri ihracatında hem de ilaç sektöründe aktif şekilde rol aldığı bilinmektedir. Bununla birlikte Türkiye ve Çin'in yapılan çalışmalarda sağlık göstergeleri bakımından nispi anlamda iyi oldukları gözlenmiştir. Bu nedenle seçilen üç ülke gelişmiş ekonomiler ile kıyaslanabilmektedir (Connell, 2006: 1095; Rickwood ve President, 2017: 4; Öngel vd., 2014: 3). Türkiye'de sağlık personellerinin sundukları hizmetin kalitesini belirlemek amacıyla uygulanan bir çalışmada gelişmiş ülkelere (Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İskoçya) yakın ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Gözüm, vd., 2021: 110). Ayrıca birçok sağlık göstergesi kullanılarak incelenen başka bir çalışmada, Çin sağlık hizmeti performansı 21. yüzyılın ikinci on yılının, ilk on yılına göre daha gelişmiş olduğu belirtilmektedir (Umar, vd., 2021: 14). Hindistan'da sağlık sektörü her geçen gün hızla iyileşme göstermektedir. Sağlık yatırımları yapılmakta, teknolojik gelişmeye önem verilmekte, ilaç sanayi ve laboratuvar alanlarında devlet destekleri uygulanmaktadır. Ancak hasta memnuniyeti, gizlilik, maliyet, hastalara ait olan bilgilerin paylaşımı ve sağlık sunucularının sorumluluğu konularında ülkenin gelişme göstermesi gerektiği vurgulanmaktadır (Churi, vd., 2021: 8, 18). Ayrıca ekonomik anlamda hızlı gelişen Çin ve Hindistan gelişmiş teknolojileri sayesinde teletıp alanında da aktif bir şekilde hizmet vermektedir. Ancak Hindistan'ın kendi sağlık koşullarına daha fazla ağırlık vermesi gerektiği çalışmalarda yer almaktadır (Deloitte, 2020: 38; Öngel vd., 2014: 4).

ABD, Japonya, Çin, Hindistan, Brezilya ve Rusya son yıllarda sağlık ekonomisi kapsamında bulunan ilaç sanayinde oldukça aktif şekilde yer almakta ve ihracat yapmaktadırlar (Özden ve Ersan, 2019: 6). Diğer yandan, ABD, oldukça fazla sağlık harcaması gerçekleştirmesine rağmen ABD'nin yaşam beklentisi Japonya, İngiltere ve Fransa'ya göre daha düşüktür. Türkiye, Rusya, Güney Kore ve Polonya gibi yakın gelir grubunda bulunan ülkeler ise benzer sağlık harcamalarına rağmen yaşam beklentisi açısından Rusya ve Türkiye nispi anlamda düşük kalmaktadır. Bu durum, hem sağlık sistemleri hem de sağlık harcamalarının verimliliği ile doğrudan ilgilidir (Arslanhan, 2010: 4).

Mikro Açıdan Sağlık Göstergeleri

Mikro sağlık göstergelerinden olan hastane yatak sayısı ve toplam doktor sayısı, ülkelerin sağlık altyapısı hakkında genel bir bilgi verdiği bilinmektedir. Hastane yatak sayısı, bir ülkenin sağlık anlamında kapasitesini ortaya koyan birincil ölçüt olarak kullanılmaktadır. Sağlık altyapısını oluşturan gösterge, ülkelerin sağlık hizmeti sunumunun geleceğini belirtmektedir (Green, 2002: 400). (Tablo 1 ve Tablo 2 bu nedenle değerlendirmeye alınmıştır.)

COVID-19 döneminde sağlık personeli sayısının ve hastane yatak sayısının önemi daha da çok anlaşılmıştır. Tüm insanları eşit şekilde etkileyen bu salgın, hastalağın tedavisinde en önemli role sahip olan doktorların (sağlık personelinin) ölüm sayılarını arttırarak, süreci daha da olumsuz hale getirmiştir. Örneğin salgından oldukça fazla etkilenen Hindistan’da, salgın başlangıcından 10 Eylül 2020 tarihine kadar olan süreçte, 2174 doktorun ölüm sebebi COVID-19 pandemisi olarak kaydedilmiştir (Kapoor ve Kapoor, 2020: 3). Benzer şekilde salgının ilk zamanlarında çok fazla ölümün gerçekleştiği İtalya’da, Ağustos 2020 itibariyle 133 doktorun, Rusya’da Haziran 2020 itibariyle 500 civarında sağlık personelinin pandemi sebebiyle öldüğü bilinmektedir (Manzoni ve Milillo, 2020: 106; Teslalova, 2020).

Hasta yatak kapasitesinin yetersiz olduğu ülkelerde COVID-19 pandemisi daha fazla baskı yaratmıştır. Normal hasta yatakları COVID-19 hastaları için yeniden düzenlenmiştir. Bunun yanı sıra yoğun bakım ünitelerindeki sınırlı yatak sayısının ve salgın konusunda eğitilmiş sağlık personellerinin kısıtlı olması pek çok ülkede dikkat çeken bir durum olmuştur. Avrupa’nın 100.000 kişi başına 11.5 olarak düşük bir oranla yoğun bakım yatak kapasitesine sahip olduğu, pandemi sürecinde vurgulanan konular arasında yer almıştır (Deschepper, vd., 2021: 1).

Tablo 1’e göre, hastane kapasitesi bakımından en iyi durumda olan ilk üç ülke sırasıyla Japonya, Rusya ve Almanya’dır. En düşük rakamlara sahip ülke ise Hindistan’dır. Söz konusu ülkelerin yıllar itibariyle mevcut durumlarını koruduğu görülmektedir. Çin 2009 yılında ikinci sırada en az yatak kapasitesine sahip ülke olmasına rağmen, zamanla bu sorunu aşarak, Türkiye, ABD, İngiltere, İtalya ve Kanada’nın önüne geçmiştir. Türkiye’nin başta düşük olan hastane yatak kapasitesi oranı zamanla artış göstererek Kanada ve İngiltere verilerini geride bırakmıştır. 2020 yılında İngiltere’de yatak sayısında düşüş devam etmiştir. Bin kişi başına düşen hastane yatak sayısı Türkiye ve Çin’de nispeten istikrarlı şekilde artarken; Rusya, ABD, İngiltere, Japonya, İtalya, Almanya, Fransa ve Kanada’da azalma eğilimindedir. Ancak COVID-19 nedeniyle 2020 yılında Almanya’da 28.000 olan yoğun bakım ünitesi yatak kapasitesi 40.000’e çıkarılmıştır. Benzer şekilde ABD’de yatak kapasitesini genişletmek için yapılan harcamalar iki katına çıkarılmıştır (Khan, vd., 2020: 2).

Tablo 1. Hastane Yatak Sayısı (1000 Kişi Başına)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Türkiye	2.620	2.740	2.620	2.660	2.650	2.680	2.680	2.750	2.810	2.850	2.880	-
Hindistan	0.440	0.470	0.630	0.490	0.490	0.520	0.580	0.480	0.530	-	-	-
Çin	2.290	2.470	2.690	3.010	3.290	3.550	3.790	4.020	4.310	4.570	4.790	-
Rusya	9.680	9.410	9.420	9.300	9.070	8.810	8.350	8.170	8.060	7.980	8.000	-
ABD	3.080	3.050	2.970	2.930	2.890	2.830	2.800	2.770	2.870	2.830	-	-
İngiltere	3.270	2.930	2.880	2.810	2.760	2.730	2.610	2.570	2.540	2.500	2.450	2.420
Japonya	13.620	13.510	13.400	13.350	13.300	13.210	13.170	13.110	13.050	12.980	12.840	-
İtalya	3.690	3.640	3.520	3.420	3.310	3.210	3.200	3.170	3.180	3.140	3.160	-
Almanya	8.240	8.250	8.380	8.340	8.280	8.230	8.130	8.060	8.000	7.980	7.910	-
Fransa	6.660	6.430	6.360	6.340	6.280	6.200	6.130	6.060	5.980	5.900	5.840	-
Kanada	2.800	2.780	2.800	2.790	2.720	2.670	2.620	2.600	2.530	2.550	2.520	-

Kaynak: OECD Health Data, 2021

Tablo 2’de doktor sayıları, hastalara doğrudan sağlık bakımı sunan “pratisyen” doktorlar olarak ele alınmaktadır. Ancak OECD veri sitesinde Kanada, Fransa ve Türkiye’ye ait olan verilerdeki eksiklik nedeniyle doğrudan pratisyen doktorları ifade etmemektedir. Bunun yerine, sağlık sektöründe bulunan yönetici, eğitimci ve araştırmacı konumundaki tüm hekimleri ifade etmektedir (doktorların% 5-10’unu eklenmiştir). Bu gösterge bin kişi başına ölçülmektedir (OECD, 2021a). Doktor sayısının en

fazla olduğu ilk üç ülke Rusya, İtalya ve Almanya'dır. En az olduğu ülke Hindistan'dır. Rusya ve İtalya hariç diğer ülkelerde, son on yılda, söz konusu sağlık göstergesi istikrarlı şekilde artış göstermiştir. 2009 yılında ikinci en düşük orana sahip ülke Çin olarak görülmektedir. Ancak Çin'de doktor sayılarındaki hızlı artış nedeniyle, ülke son yıllarda üçüncü en düşük orana sahip ülke konumuna gelmiştir. Türkiye ile kıyaslandığında Çin bu konuda daha hızlı gelişme göstermektedir. 2020 yılında İngiltere, Almanya ve Kanada'da doktor sayılarındaki artış devam ederken, İtalya'da düşüş yaşanmıştır. ABD değerleri incelendiğinde hem Tablo 1'de hem de Tablo 2'de yıllar itibariyle ortalama bir değere sahip olduğu gözlenmektedir. ABD, genel olarak doktor sayısı, hemşire sayısı, hastane yatak sayısı gibi sağlık göstergelerinde OECD ülkelerinden daha düşük değere sahiptir (Anderson vd., 2007: 1484). Bunun yanı sıra gelişmekte olan ülkelerin sağlık bakım sistemlerinde doktor sayılarının ve yatak kapasitelerinin yetersiz oluşu, COVID-19'da daha fazla vakalara sebep olmuştur. Bu salgınla birlikte halk sağlığının öne çıkması ülkelerin sağlık alanındaki gelişmişlik seviyesini daha belirgin şekilde ortaya koymuştur (Khan, vd., 2020: 2).

Tablo 2. Toplam Doktor Sayısı (1000 Kişi Başına)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Türkiye	1.650	1.690	1.700	1.730	1.760	1.760	1.810	1.830	1.870	1.880	1.950	-
Hindistan	0.650	0.690	0.740	0.700	0.720	0.720	0.730	0.760	0.780	0.850	0.930	-
Çin	1.400	1.440	1.470	1.550	1.640	1.700	1.780	1.880	1.990	2.110	2.240	-
Rusya	5.010	5.030	4.250	4.030	4.020	4.150	3.900	3.940	4.040	4.080	4.160	-
ABD	2.440	2.430	2.460	2.500	2.560	2.580	2.580	2.590	2.610	2.610	2.640	-
İngiltere	2.640	2.650	2.680	2.700	2.710	2.750	2.770	2.780	2.810	2.840	2.950	3.030
Japonya	-	2.210	-	2.290	-	2.360	-	2.430	-	2.490	-	-
İtalya	3.790	3.820	3.900	3.870	3.900	3.880	3.840	3.950	3.990	3.980	4.050	4.000
Almanya	3.620	3.710	3.880	3.950	4.040	4.110	4.140	4.190	4.250	4.310	4.390	4.470
Fransa	3.270	3.270	3.300	3.310	3.320	3.320	3.330	3.340	3.350	3.340	3.360	-
Kanada	2.340	2.380	2.460	2.510	2.570	2.620	2.670	2.690	2.730	2.780	2.780	2.800

Kaynak: OECD Health Data, 2021

Bir ülkenin sağlık durumunu ortaya koyan diğer önemli gösterge ise, 5 yaş altı ölüm oranı; her bin canlı doğumda beş yaşından küçüklerin ölüm oranıdır. Doğumundan 5 yaşına kadar yaşama olasılığını ifade etmektedir (Knoema, 2021). Bu bağlamda 2019 yılına kadar ulaşılan, verilere göre düzenlenen Tablo 3 incelendiğinde, 5 yaş altı çocuk ölümlerinin en fazla gerçekleştiği ülke Hindistan'dır. Hindistan'ı, Türkiye, Çin ve Rusya takip etmektedir. En az çocuk ölümlerinin yaşandığı ilk üç ülke ise, sırasıyla, Japonya, İtalya ve Almanya'dır. Genel olarak tüm ülkelerde zamanla çocuk ölümlerinde azalma meydana gelmiştir. 2019 yılında ise, Hindistan en fazla orana sahip olma durumunu korumuştur. Akabinde Türkiye, Çin yer alırken, Rusya daha hızlı iyileşme göstermiş ve ABD dördüncü en fazla çocuk ölüm oranlarının olduğu ülke olmuştur.

Tablo 3. Beş Yaş Altı Ölüm Oranı

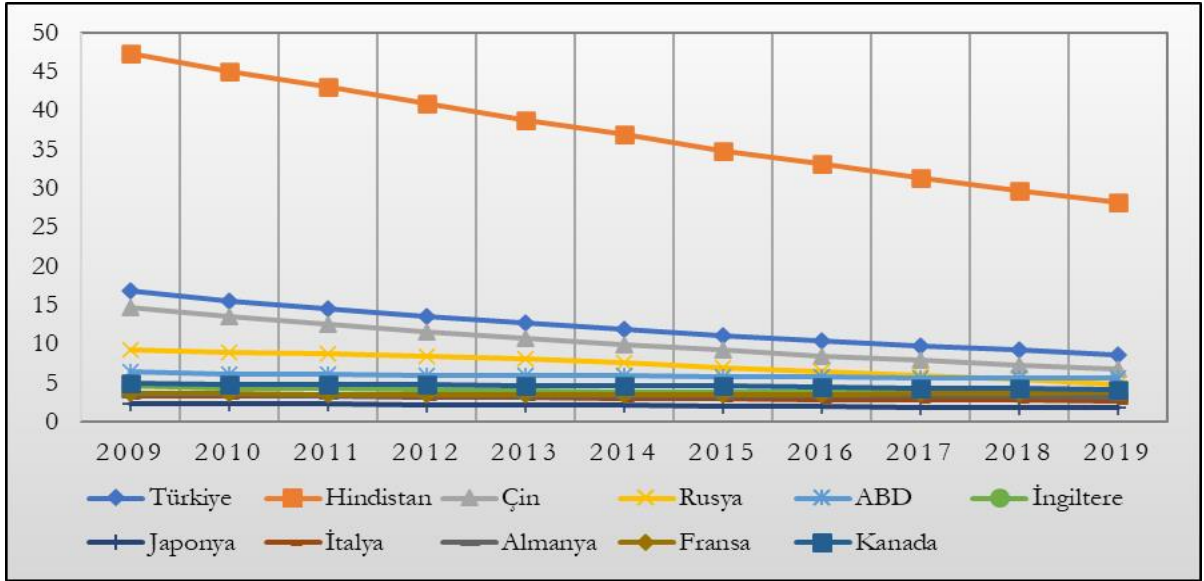
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Türkiye	19,6	18,2	17	15,8	14,8	13,8	13	12,1	11,4	10,7	10
Hindistan	61,4	58,2	55,1	52	49,1	46,2	43,5	40,9	38,5	36,3	34,3
Çin	17,1	15,8	14,6	13,5	12,5	11,6	10,7	9,9	9,2	8,5	7,9
Rusya	10,7	10,4	10,1	9,8	9,5	8,9	8,2	7,5	6,9	6,3	5,8
ABD	7,5	7,3	7,2	7,1	7	6,9	6,8	6,7	6,7	6,6	6,5
İngiltere	5,4	5,2	5	4,8	4,7	4,5	4,5	4,4	4,4	4,3	4,3
Japonya	3,3	3,2	3,2	3	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,5	2,5
İtalya	4,1	4	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1
Almanya	4,3	4,2	4,1	4	4	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,8
Fransa	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	4,2	4,3	4,4	4,5
Kanada	5,7	5,6	5,6	5,5	5,4	5,4	5,3	5,2	5,1	5	4,9

Kaynak: World Bank Database, 2021

Bebek ölüm oranı ise 1 yaşın altındaki ölümler olup bin canlı doğuma göre hesaplanmaktadır (Our World Data, 2021). Yapılan çalışmalarda bebek ölüm oranları ve beş yaş altı ölüm oranı sağlık

personellerinin dağılımıyla, kadın okur yazarlığıyla ve GSYH'nın yüksek olmasıyla ilgili olduğu bulunmuştur (Robinson ve Wharrad, 2000: 28).

Şekil 1'de bebek ölüm oranlarını görmek mümkündür. Hindistan'ın bu sağlık göstergesinde de diğerlerinden ayrıştığı gözlenmektedir. Hindistan, Türkiye, Çin ve Rusya'da yıllar itibariyle bebek ölüm hızlarında yavaşlama olmasına rağmen, söz konusu gösterge diğer ülkelere göre daha yüksektir. 2017 yılından itibaren ABD'deki bebek ölüm oranları Rusya'ya nazaran daha fazla olmaya başlamıştır. Bebek ölüm hızının en düşük olduğu ülke Japonya'dır. (2019 yılında, Japonya 1.8, İtalya 2.7, Almanya 3.2, İngiltere 3.7, Fransa 3.8, Kanada 4.2, Rusya 4.9, ABD 5.6, Çin 6.8, Türkiye 8.6 ve Hindistan 28.3'tür.) Bebek ve çocuk ölüm oranı sağlık göstergelerinin düşürülmesi için eşitsizliklerin giderilmesi ve sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi gerekmektedir (Unicef, 2020). Ekonomik durum, eğitim, ikamet edilen yer ve cinsiyete göre sağlık anlamında eşitsizlik ortaya çıkabilmektedir. Hane halkının ekonomik anlamda zenginliği, annenin eğitim seviyesi, kırsalda veya kentte ikamet etme bebek ve çocukların sağlık durumunu etkileyen unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2021b). (Verilere 2019 yılına kadar ulaşılmıştır.)



Şekil 1. Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)

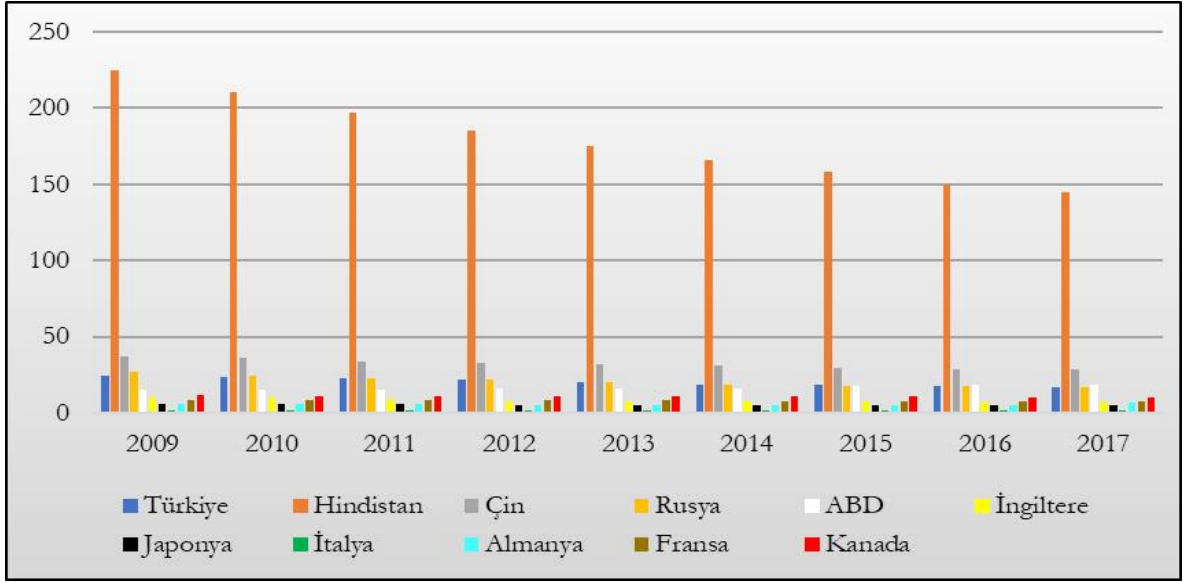
Kaynak: World Bank Database, 2021

Anne ölüm oranı, kaza sonucu oluşan ölümler hariç bir annenin “hamileyken veya gebeliğin sona ermesini takip eden 42 gün içinde ölüm nedenine bakılmaksızın ölümü” ve “hamilelik yeri ve yöntemiyle ilgili ölümü” olarak tanımlanmaktadır. Yine ülkenin gelişmişlik seviyesi bu göstergede önemli rol oynamaktadır (Rogo vd., 2006). Birçok gelişmiş ülkede vakaların nedenleri için derin araştırmalar yapılmaktadır. Bu bağlamda kayıtlar gözden geçirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin çok azında kayıtlar özenle tutulmaktadır. Anne ölümleri ve diğer ölümler için yeterli ve kaliteli veri sisteminin olması, değerlendirmelerin yapılması amacıyla önem arz etmektedir (WHO, 2000: 5).

Normal şartlarda gebelik durumunda, annelerin mikroorganizmalara (bakteri, virüs gibi) karşı duyarlılığı yüksek olduğu bilinmektedir. Geçmiş dönemlerde yaşanan salgınlarda (Middle East Respiratory Syndrome (MERS), Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), Ebola, Influenza ve H1N) hamile kadınların ölüm oranlarında artış görülmüştür. COVID-19 pandemisinin hala devam etmesi nedeniyle bu konuda elde edilen sonuçlar farklılık gösterebilmektedir. Önceleri COVID-19 kaynaklı anne ölümlerinde Çin, ABD ve Avrupa ülkelerinde görülen birkaç vakanın dışında, hamilelerin nüfusun genelinden çok fazla ayrılmadığı düşünülürken, ilerleyen zamanlarda İran'da bu konuda ölüm oranlarının fazla olması, aksini düşündürmüştür. Bunun nedeni olarak ülkelerin gelişmişlik seviyesi gösterilmektedir. Sağlık hizmetinin kalitesi, doğum öncesi ve sonrası bakımın iyi yapılması COVID-19 kaynaklı anne ölümlerini etkilediği ifade edilmektedir (Takemoto, vd., 2020: 1-2).

Şekil 2'de, Hindistan, Çin ve Rusya'daki anne ölüm oranlarının yüksekliği dikkat çekmektedir. Kadınların doğumdan kaynaklanan ölüm oranlarının en az olduğu ülke İtalya sonra Japonya olarak

karşımıza çıkmaktadır. Şekilde dikkat çeken bir başka husus ise, söz konusu sağlık göstergesinde Rusya, ABD ve Türkiye'nin birbirlerine yakın değerlere sahip olduğu ve Rusya ile Türkiye'nin zamanla iyileşme göstermesine rağmen ABD'nin bu değerde artış sergilediğidir. Diğer G8 ülkeleri birbirlerine yakın ve düşük oranlara sahiptir. (2017 yılındaki oranlar, İtalya 2, Japonya 5, Almanya 7 ve İngiltere 7, Fransa 8, Kanada 10, Türkiye 17, Rusya 17, ABD 19, Çin 29 ve Hindistan 145'tir.) (Verilere 2017 yılına kadar ulaşılmıştır.)



Şekil 2. Anne Ölüm Oranı (100.000 canlı doğumda)

Kaynak: World Bank Database, 2021

Mevcut gerçek yaşam süreleri ve ölüm oranları kullanılarak hesaplanan yaşam beklentisi göstergesi, en sık kullanılan sağlık durumu göstergelerinden biridir. Doğumda beklenen yaşam süresindeki olumlu seyir, yükselen yaşam standartları, iyileşmiş yaşam tarzı ve daha iyi eğitimin yansımasıdır. Ayrıca, kaliteli sağlık hizmetlerine daha fazla erişimin olduğu anlamında gelmektedir. Söz konusu gösterge yıl cinsinden ölçülür (OECD, 2021a).

Yıllar itibariyle COVID-19 kaynaklı ölümler artmaya devam ederse, doğumda yaşam beklentisi verileri üzerinde etkisi olabilir. Örneğin, 1918 influenza pandemisi ve 2014 Ebola virüsü salgını gibi önceki salgınlar, yaşam beklentilerinde ABD'de 11.8 yıl ve Liberya'da 1.6-5.6 yıl kadar düşüşe yol açmıştır. Bu nedenle COVID-19'dan dolayı hayatını kaybedenlerin sayısındaki artış, yaşam yıllarının kaybedilmesine sebep olması muhtemeldir (Marois, vd., 2020: 3).

Tablo 4'e göre, 2019 yılına kadar açıklanan veriler doğrultusunda, en iyi yaşamsal çıktıyı ifade eden ülke Japonya'dır. Japonya'yı, İtalya, Fransa, Kanada, İngiltere, Almanya ve ABD takip etmektedir. En düşük değerler, sırasıyla, Hindistan, Rusya, Türkiye ve Çin'e aittir. Genel olarak ülkelerde söz konusu göstergenin iyileşme eğiliminde olduğu söylenebilir. Gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında yaşamsal anlamda çok büyük farklılıkların olmadığı gözlenmektedir.

Tablo 4. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Türkiye	74,07	74,51	74,94	75,37	75,78	76,17	76,53	76,86	77,16	77,44	77,69
Hindistan	66,24	66,69	67,13	67,55	67,93	68,29	68,61	68,9	69,17	69,42	69,66
Çin	74,12	74,41	74,71	75,01	75,32	75,63	75,93	76,21	76,47	76,7	76,91
Rusya	68,68	68,84	69,68	70,07	70,58	70,74	71,18	71,65	72,45	72,66	73,08
ABD	78,39	78,54	78,64	78,74	78,74	78,84	78,69	78,54	78,54	78,64	78,79
İngiltere	80,05	80,4	80,95	80,9	81	81,3	80,96	81,16	81,26	81,26	81,2
Japonya	82,93	82,84	82,59	83,1	83,33	83,59	83,79	83,98	84,1	84,21	84,36
İtalya	81,64	82,04	82,19	82,24	82,69	83,09	82,54	83,24	82,95	83,35	83,2
Almanya	79,84	79,99	80,44	80,54	80,49	81,09	80,64	80,99	80,99	80,89	80,94
Fransa	81,41	81,66	82,11	81,97	82,22	82,72	82,32	82,57	82,58	82,72	82,58
Kanada	81	81,25	81,45	81,65	81,75	81,8	81,9	81,9	81,9	82,05	82,05

Kaynak: Kaynak: World Bank Database, 2021

Makroekonomik Sağlık Göstergeleri

Hem kişisel hem de kamusal anlamda sağlık harcamaları bütçede önemli paya sahiptir. Bunun nedeni sağlığın hem ülkenin gelişmesine katkı yapması hem de gelişmişliğin göstergesi olarak kabul edilmesidir (Barlas vd., 2014: 1).

Küresel salgın ile birlikte ülkelerin sağlık harcamalarına yapılan vurgu artmıştır. Salgının yarattığı ekonomik kriz sebebiyle bütçelerin baskı altına girmesi ve sağlık harcamalarının normalden daha fazla artması birçok örgütün gündeminde yer almıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) toplum sağlığı için sağlık harcamalarının artması gerektiğini belirterek, kamusal harcamalara vurgu yapmıştır. Bu bağlamda DSÖ yetkilileri tarafından hükümetlere “artan bütçe baskısına rağmen, daha fazla sağlık kamu fonu yatırımı yapmak, sağlık hizmetlerindeki aksaklığın yarattığı gecikmeyi ele almak, yetersiz hizmet sunumu, işsizlik ve yoksulluğun sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini ve gelecekteki şokları azaltmak, eşitsizliklerin artmasını önlemek amacıyla kaynakların kullanımını kontrol etmek” gerektiği belirtilmiştir.

2008 krizinden önce sağlık harcamaları artmış, 2008 yılından sonra bütçeden sağlık harcaması anlamında kısıtlama olarak kendini göstermiştir. Bunun sonucunda özel sağlık harcamaları giderek yükselmiş ve ülkeler arasında sosyoekonomik eşitsizlikler ortaya çıkmaya başlamıştır. Oysa COVID-19 ile birlikte kamu sağlık harcaması yoluyla sağlık sistemlerinin geliştirilmesinin uzun vadede fayda sağladığı ve sağlık sistemlerinin dayanıklı olduğu görülmüştür. Bu anlamda bazı ülkeler ek fonlara başvurmuştur (WHO, 2021c). Diğer yandan ekonomilerdeki olumsuzluk ve sağlık harcamalarının yapılamamasından dolayı IMF (International Monetary Fund) tarafından pekçok ülkeye COVID-19 fonu sağlanmıştır (Rahim, vd., 2020: 6).

COVID-19 pandemisi döneminde sağlık için yapılan harcamaların artması gerekirken, ekonomik sorunlardan dolayı bazı ülkelerde harcamalar düşmüştür. 2020 yılında yapılan sağlık harcamaları ise büyük oranda virüsle mücadele için kullanılmıştır. Ayrıca aşı çalışmaları nedeniyle yapılan harcamalar artmıştır. Diğer yandan fiziksel temas olmaması için sağlık bakım hizmetleri azalmıştır. Yaşanan bu dönüşüm tüm ülkeleri etkilerken, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarında daha fazla artış olabileceği belirtilmektedir (The Economist, 2021). Ayrıca kişi başına düşen sağlık harcamalarının az olduğu gelişmekte olan ülkelerde, COVID-19 pandemisi daha ağır hastalık yükü oluşturmuştur (Khan, vd., 2020: 2).

Tablo 5’e göre, seçilen ülkelerden, GSYH içinden sağlık için en fazla pay ayıran ülke ABD’dir. ABD’yi Fransa, Almanya ve Kanada izlemektedir. 2009 yılında İngiltere beşinci, Japonya altıncı en fazla sağlık harcaması yapan ülke konumundayken, zamanla bu durum değişmiş ve Japonya’nın İngiltere’ye nazaran GSYH içinden sağlık için daha fazla pay ayırdığı gözlenmiştir. Sağlık harcamalarının GSYH’da en az paya sahip olan ülkeler ise sırasıyla Hindistan, Çin, Türkiye ve Rusya olarak görülmektedir. Zamanla Türkiye’de bu oran azalırken, Çin’de artmıştır. Türkiye rakamlarının Rusya ile çok benzerlik gösterdiği, ancak G7 ülkelerinin oldukça gerisinde kaldığı gözlenmektedir. Diğer gelişmekte olan ülkeler ile Türkiye’nin yakın değerleri dikkat çekmektedir. Pandemi döneminde İngiltere, İtalya ve Almanya’da harcamaların önceki yıllara göre nispeten fazla arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarını olumlu yönde etkileyecek finansal gelişmişlik, eğitim seviyesi, beslenme harcaması gibi unsurlara odaklanmak söz konusu gösterge açısından yararlı olacaktır (Wagstaff, vd., 2018: 170; Yereli vd., 2014: 288, 293).

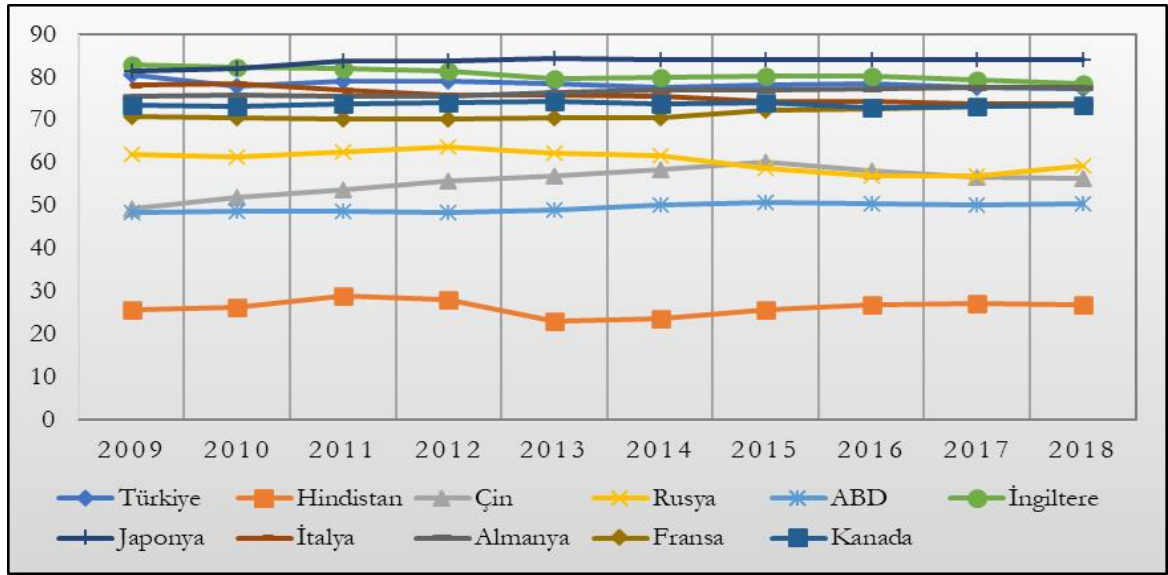
Tablo 5. GSYH İçinde Sağlık Harcamaları

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Türkiye	5.49	5.02	4.65	4.44	4.37	4.33	4.12	4.29	4.18	4.12	4.34	-
Hindistan	3.59	3.38	3.25	3.33	3.75	3.62	3.60	3.54	3.60	3.57	-	-
Çin	4.34	4.19	4.31	4.57	4.74	4.80	4.96	4.98	5.05	5.15	-	-
Rusya	5.63	4.96	4.79	4.94	5.08	5.18	5.30	5.29	5.36	5.32	5.61	-
ABD	16.23	16.26	16.20	16.18	16.07	16.25	16.52	16.84	16.81	16.69	16.77	-
İngiltere	9.88	9.84	9.85	9.91	9.98	9.95	9.90	9.87	9.81	9.90	10.15	12.75
Japonya	9.06	9.16	10.62	10.79	10.79	10.83	10.89	10.84	10.80	10.93	11.04	-
İtalya	8.95	8.92	8.77	8.78	8.78	8.87	8.86	8.72	8.68	8.68	8.67	9.72
Almanya	11.24	11.10	10.78	10.85	11.00	11.02	11.18	11.24	11.33	11.45	11.70	12.53

Fransa	11.29	11.22	11.19	11.30	11.42	11.54	11.45	11.47	11.33	11.20	11.11	-
Kanada	10.72	10.70	10.40	10.51	10.40	10.25	10.73	11.02	10.84	10.81	10.84	-

Kaynak: OECD Health Data, 2021

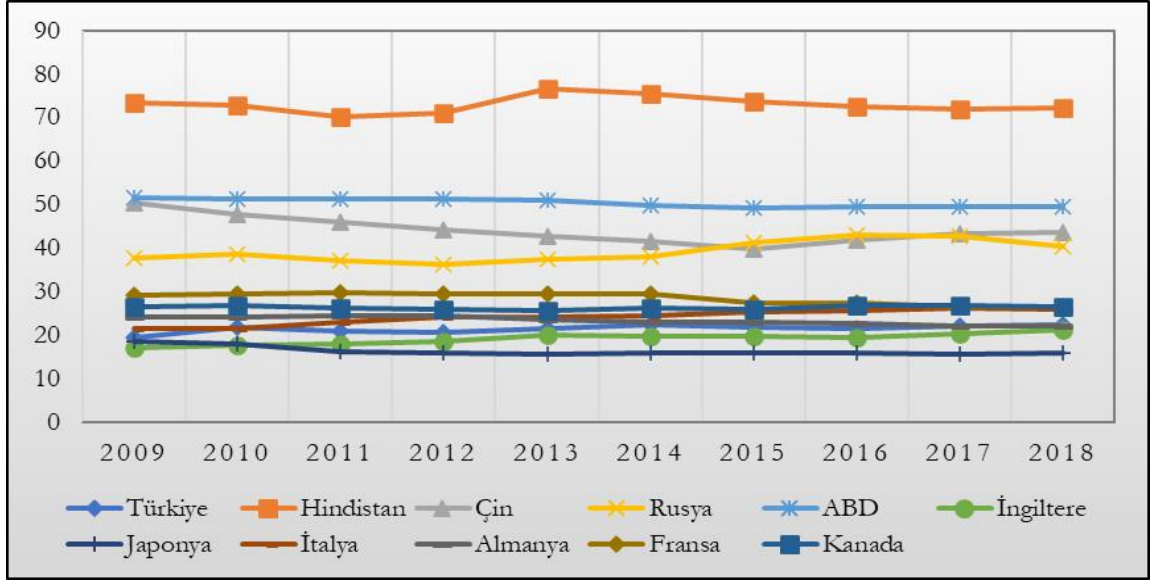
Kamu harcamalarında sağlık harcamaları pek çok ülkede önemli paya sahiptir. Diğer yandan ekonomilerdeki gelişmeler sağlık harcamalarına da yansımaktadır. Ayrıca özel sağlık harcamaları da sırasıyla birey ve toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir (Güven vd., 2020: 66-67). Şekil 3'te kamu tarafından yapılan sağlık harcamaları yer almaktadır. 2009 ve 2010 yıllarında İngiltere'de kamu sağlık harcamaları nispeten fazladır. Sonraki yıllarda Japonya'da kamu sağlık harcamaları artarak, diğer ülkelerin değer açısından önüne geçmiştir. Gelişmekte olan ülkelere Çin, Hindistan ile Rusya ve ABD'de kamunun sağlıktaki rolü nispeten düşük kalmıştır. Bununla birlikte Türkiye değerleri Almanya ve İngiltere değerlerine oldukça yakın olduğu dikkat çekmektedir. 2010 yılı hariç Türkiye'de sağlık harcamalarında kamunun aktifliği İtalya, Kanada, Fransa, Rusya, Çin, ABD ve Hindistan'dan daha fazla olduğu görülmektedir. (2018 yılında Japonya 84.09, İngiltere 78.6, Almanya 77.68, Türkiye 77.38, İtalya 73.89, Kanada 73.49, Fransa 73.37, Rusya 59.46, Çin 56.42, ABD 50.41 ve Hindistan 26,95'tir.) (Verilere 2018 yılına kadar ulaşılmıştır.)



Şekil 3. Cari Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcamaları

Kaynak: World Bank Database, 2021

Şekil 3'te, Hindistan'ın negatif ayrıştığı gözlenirken, Hindistan'dan sonra ikinci en düşük rakamlar ABD'ye aittir. ABD'nin sağlık harcaması/GSYH oranı nispi en yüksek oran olduğu Tablo 5'te görülmektedir. Ancak sağlık harcamaları büyük oranda kamu değil özel kesim tarafından yapılmaktadır (Şekil 4). Benzer durum Hindistan'da da görülmektedir. Hindistan'da sağlık harcaması/GSYH oranı oldukça düşüktür, ancak sağlık harcamalarının içinde özel kesimin payı kamuya göre daha fazladır. Şekil 4'e göre, Hindistan'da özel sağlık harcamaları diğer gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre oldukça fazladır. Özel sektör harcaması sırasıyla ABD'de, Çin'de, Rusya'da ve Fransa'da daha fazladır. Ancak Fransa'da 2016 yılından itibaren özel sektör payı azalma gösterirken kamu payı artma eğilimindedir. Şekil 3 ve Şekil 4 birlikte değerlendirildiğinde Japonya ve İngiltere için durumların zamanla tersine döndüğü görülmektedir. Diğer bir ifadeyle başlarda Japonya'da özel sektör harcamaları kamuya göre fazlayken, 2010 yılından itibaren kamunun ağırlığı artmıştır. İngiltere'de ise 2010 yılından itibaren özel kesim sağlık harcaması kamusal harcamadan daha fazla olmaya başlamıştır. Türkiye, Almanya, İtalya, İngiltere değerleri ortalama olarak birbirlerine yakın seyretmektedir. Devlet ile toplum ilişkisinde sağlık, eğitim, çevre gibi kamu hizmetleri güveni arttıran unsurlar olarak görüldüğü için, ülkeler sağlık harcamalarında kamunun rolüne önem vermektedir (Durkal ve Korkmaz, 2017: 2163). (2018 yılında Hindistan 72.35, ABD 49.59, Çin 43.58, Rusya 40.54, Fransa 26.63, Kanada 26.51, İtalya 26.11, Türkiye 22.62, Almanya 22.32, İngiltere 21.38 ve Japonya 15.91'dir.) (Verilere 2018 yılına kadar ulaşılmıştır.)



Şekil 4. Cari Sağlık Harcamaları İçinde Özel Sağlık Harcamaları

Kaynak: World Bank Database, 2021

Gelişmiş ekonomi olma ile sağlık seviyesi arasındaki ilişki oldukça fazladır. Bu bağlamda yüksek ekonomik gelire sahip ülkeler bütçelerinden sağlık için daha fazla pay ayırabilmektedir. Ayrıca gelişmiş ülkelerde sağlık anlamında bireysel ve toplumsal farkındalık ve bilgi daha yüksektir. Sağlık seviyesindeki yükselme ekonomiye pozitif yansıtacağı gibi, ekonomik anlamda yükselme de sağlık göstergelerine olumlu yansımaktadır (Sayılı vd., 2017: 2). Ancak sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları gibi sağlık ile ilgili unsurların yanında ülkelerin ekonomik ve toplumsal yapıları, hakkaniyet ve kalite sunma şekilleri vb. pekçok hususla birlikte değerlendirilmelidir. Dolayısıyla bu şekilde ülkelerin karşılaştırılması daha sağlıklı sonuçlar verebilecektir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 128).

Öte yandan Covid-19 salgını sağlık personeli ve yatak sayısı ile ters orantılı olup, ölüm oranları ile doğru orantılı olduğu çalışmalarda yer almaktadır. Ancak pandemi döneminde sağlık harcamaları artmasına rağmen, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin ölüm oranlarını çok fazla etkilemediği görülmüştür (Mattiuzzi, vd., 2021: 42).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık ekonomisinin gelişmişliği sağlık göstergelerinin iyi seviyede olması ile açığa çıkmaktadır. Bu durum da ekonomik gelişmişliğe yansımaktadır. Diğer yandan ekonomik gelişmişlik sağlık ekonomisinde kendisini olumlu olarak göstermekte ve sağlık göstergelerinde iyileşmeye yol açmaktadır. Benzer şekilde COVID-19 pandemisi sağlık göstergelerinin hem nedeni hem de sonucu olmaktadır. Dolayısıyla sağlık ve ekonomik anlamda gelişme birey ve toplum refahında iyileşme meydana getirmektedir.

Çalışmada ekonomik anlamda gelişmiş olan G8 ülkeleri ile gelişmekte olan ülkelere Türkiye, Çin ve Hindistan için sağlık göstergeleri incelenmiştir. Dikkate alınan sağlık hizmeti göstergeleri hastane yatak sayısı ve doktor sayısı, diğer sağlık göstergeleri olarak beş yaş altı ölüm oranı, bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı ve yaşam beklentisi ile sağlık ekonomisinin makro ekonomik göstergeleri olan GSYH içinde sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamalarıdır.

Doktor sayısı, anne ölüm oranı ve sağlık harcaması/GSYH oranı hariç diğer göstergelerde en olumlu sonuçlar Japonya'ya aittir. Yaşamsal anlamda bir ülkenin durumunu ortaya koyan yaşam beklentisi değişkenine göre en iyi yaşamsal çıktı sonucu Japonya'dadır. Bununla birlikte, hastane yatak sayısı bakımından diğer ülkelere göre oldukça yüksek değerlere sahiptir.

İtalya ve Almanya sağlık altyapısını gösteren indikatörler ve diğer sağlık göstergelerinde en olumlu sonuç veren ülkeler arasında yer almaktadır. İtalya, doğumdan kaynaklanan anne ölümlerinin

en az olduğu ülkedir. Sağlık ekonomisi makro ekonomik göstergelerinde Almanya, İtalya'ya göre, hem GSYH'da daha fazla pay ayırmakta hem de Almanya'da sağlıkta kamunun rolü daha fazladır.

İngiltere, Fransa ve Kanada sağlık göstergelerinde birbirlerine oldukça yakın değerler almıştır. Ancak Fransa sağlık altyapısı bakımından İngiltere ve Kanada'ya göre daha iyi konumdayken; İngiltere'de sağlık harcamalarından kamunun rolü nispeten fazladır.

G8 ülkeleri içinde ABD ve Rusya nispeten en olumsuz değerlere sahip ülkelerdir. Rusya sağlık altyapısına önem vermiş ve diğer sağlık göstergelerinde yıllar itibari ile olumlu anlamda gelişme göstermiştir. ABD ise makro ekonomik perspektifte sağlığa ağırlık vermekte ve sağlık harcaması/GSYH göstergesinde diğer ülkelere göre oldukça fazla paya sahiptir. Bununla birlikte söz konusu payı büyük oranda özel sağlık harcaması oluşturmaktadır. Rusya'da sağlık harcamalarında devletin payı daha yüksektir. Ancak ABD'nin en genel yaşamsal çıktıyı ifade eden yaşam beklentisi sonuçlarında diğer gelişmiş ülkelerin oldukça gerisinde kaldığı göz ardı edilmemelidir.

Türkiye, Çin ve Hindistan birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye ile Çin birbirlerine yakın sağlık değerlerine sahip olup Çin'in Türkiye'ye nazaran sağlık anlamında daha hızlı gelişme gösterdiği görülmüştür. Bununla birlikte Türkiye anne ölüm hızı ve sağlık harcaması/GSYH göstergelerinde Rusya ile yakın değerlere sahiptir. Yaşamsal çıktı anlamında Türkiye; Hindistan ve Rusya'dan daha olumlu sonuçlara sahipken Çin de Türkiye'den daha iyi sonuçlar barındırmaktadır. Bununla birlikte Türkiye'nin yaşam beklentisi sonuçları, gelişmiş ekonomilerden, ABD ve Almanya'ya yakındır. G8 ülkeleri ve Türkiye ile Çin sağlık alanında hızla gelişme gösteren ülkeler arasında yer almaktadır.

Son olarak sağlık harcaması/GSYH göstergesi hariç diğer sağlık göstergelerinde G7 ülkeleri birbirlerine yakın sonuçlara sahiptir. G8 ülkeleri içinde yer alan Rusya ise sağlık altyapısı bakımından gelişmiş ülkeler ile aynı seviyede olmasına rağmen, diğer göstergeler de gelişmekte olan ülkelere yakın değerler almıştır. Gelişmekte olan ülkeler içinde Hindistan nispeten olumsuz sağlık durumu sergilerken, Türkiye ve Çin birbirlerine yakın sağlık durumuna sahiptir.

Çalışmadan anlaşıldığı üzere, COVID-19 gibi geçmiş dönemlerde de yaşanan salgın hastalıklar hem sağlık göstergelerinden (yatak kapasitesi gibi) etkilenmiş hem de salgın sonucunda sağlık göstergelerini etkilemiştir. Sağlık alt yapısı iyi olan ülkeler böyle bir hastalığı patlak vermesi durumunda yeterli düzeyde imkana sahip olduğu için, sağlık çıktısı nispeten olumlu olacaktır. Aksi takdirde hem salgının seyri hem de yetersiz sağlık alt yapısı daha fazla ölümlere yol açabilmektedir. Ancak salgın döneminde mikro ve makroekonomik sağlık göstergelerini iyileştirmeye çalışan gelişmiş ülkeler, ölümlülük durumunun azalmasına engel olamadığı görülmüştür. Bu durumun gelişmiş ülkelerde, daha az gelişmiş ülkelere nazaran olumlu sonuç verdiği görülmüştür. Diğer yandan ölüm oranlarına göre belirlenen yaşam beklentisi göstergesi salgın dönemlerinden olumsuz etkilenmektedir.

Sonuç olarak, sağlık göstergelerindeki iyileşme pekçok nedene bağlı olabilir. Ancak çalışmada gelişmiş ekonomilerde göstergelerin daha olumlu sonuçlar ortaya koyduğu görülmüştür. Bu nedenle, sağlık ekonomisinin mikro ve makroekonomik göstergelerinin, genel olarak, ülkelerin gelişmişlik seviyeleri ile doğru orantılı olduğu söylenebilir. Bu bağlamda gelişmekte olan ülkeler sağlık altyapısına yatırım yaparak, sağlıkta kalite ve teknolojiye önem vererek, sağlık planlamasını geliştirerek ve bütçeden sağlığa daha fazla pay ayırarak, sağlık göstergelerinde en iyi seviyeye ulaşmayı sağlayabilirler. Dolayısıyla söz konusu ülkeler sağlık alanında gelişmiş ülkeler ile aynı düzeye gelebileceklerdir. Ayrıca en iyi ve en gelişmiş sağlık koşullarına sahip ülkeler olası bir salgın durumunda daha hızlı müdahale edebileceklerdir. Böylece onların hasarı nispeten en az seviyeye indirebilmeleri muhtemeldir.

KAYNAKÇA

Anderson, G. F., Frogner, B. K. ve Reinhardt, U. E. (2007). Health spending in OECD countries in 2004: An update. *Health Affairs*, 26(5), 1481-1489.

Arslanhan, S. (2010). Artan sağlık harcamaları temel sağlık göstergelerini nasıl etkiliyor? *TEPAV Değerlendirme Notu Temmuz 2010*, 1-6.

Barlas, E., Şantaş, F. ve Kar, A. (2014). Türkiye'de bölgesel bebek ölüm hızlarının sağlık ekonomisi perspektifinden karşılaştırmalı analizi. International Conference on Eurasian Economies, 1-2 July 2014, Skopje, Makedonya.

Benjamin, G. C. (2020). Ensuring health equity during the COVID-19 pandemic: The role of public health infrastructure. Pan American Journal of Public Health, 1-4.

Churi, P., Pawar, A. ve Moreno-Guerrero, A.-J. (2021). A comprehensive survey on data utility and privacy: Taking Indian healthcare system as a potential case study. Invention, MDPI, 6(3), 1-30.

Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. Tourism Management, 27(6), 1093-1100.

Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: Kavramsal bir yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(2), 29-50.

Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, 104-134.

Deloitte. (2020). Sağlık ve İlaç Sektörü 2020 Öngörülleri, Deloitte Centre for Health Solutions. <https://www2.deloitte.com/tr/tr/pages/about-deloitte/articles/saglik-ve-ilac-sektoru-2020-ongoruleri.html>, (15.04.2021).

Deschepper, M., Eeckloo, K., Malfait, S., Benoit, D., Callens, S. ve Vansteelandt, S. (2021). Prediction of hospital bed capacity during the COVID-19 pandemic. BMC Health Services Research. doi.org/10.1186/s12913-021-06492-3, 1-10.

Durkal, M. E. ve Korkmaz, H. (2017). Kamu güveni inşasında kurumların rolü: BİMER örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2159-2181.

Gözüm, S., Nelson, J. W., Yıldırım, N. ve Kavla, İ. (2021). Translation and psychometric testing of the healthcare environment survey in Turkey. Florence Nightingale J Nurs, 29(1), 103-112.

Green, L. V. (2002). How many hospital beds? The Journal of Health Care, 400-412.

Guttmacher. (2002). Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels, Guttmacher Institute: <https://www.guttmacher.org/report/family-planning-can-reduce-high-infant-mortality-levels#> (01.03.2021).

Güven, E., Tefik, A. T. ve Ebru, R. (2020). Sağlık ekonomisi kapsamında sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin finansmanı: Bir uygulama. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 3(1), 63-81.

Işık, A. (1997). Sağlık ekonomisi: Finansmanı ve ekonometrik bir analiz çerçevesi. Yayınlanmış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kapoor, A. ve Kapoor, K. M. (2020). Covid-19 Related Deaths Among Doctors in India. India: medRxiv. <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/ppmedrxiv-20202796>, (09.08.2021).

Khan, J. R., Awan, N., Islam, M. M. ve Muurlink, O. (2020). Healthcare capacity, health expenditure, and civil society as predictors of COVID-19 case fatalities: A global analysis. Frontiers in Public Health, 1-10.

Knoema. (2021). Turkey-under-five Mortality Rate, World Data Atlas: [https://knoema.com/atlas/Turkey/topics/Demographics/Mortality/Under-5-mortality-rate#:~:text=In%202020%2C%20under%2D5%20mortality,thousand%20live%20births%20in%202020](https://knoema.com/atlas/Turkey/topics/Demographics/Mortality/Under-5-mortality-rate#:~:text=In%202020%2C%20under%2D5%20mortality,thousand%20live%20births%20in%202020,), (01.03.2021).

Lalonde, M. (2002). New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* 12(3), 149-152.

Loş, N. (2016). Sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırmalı analizi: OECD ülkeleri ve Türkiye örneği. Yayınlanmış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, İstanbul.

Manzoni, P. ve Milillo, C. (2020). Covid-19 mortality in Italian doctors. *Journal of Infection*, 106-107.

Marois, G., Muttarak, R. ve Scherbov, S. (2020). Assessing the potential impact of COVID-19 on life expectancy. *Plos One* 15(9), 1-12.

Mathers, C. D., Murray, C. J., Salomon, J. A., Sadana, R., Tandon, A., Lopez, A. D. ve Chatterji, S. (2003). Healthy life expectancy: comparison of OECD countries in 2001. *Australian and Zealand Journal of Public Health*, 5-11.

Mattuzzi, C., Lippi, G. ve Henry, B. (2021). Healthcare indicators associated with COVID-19 death rates in the European Union. *Public Health*, 41-42.

Nardo, P. D., Gentilotti, E., Mazzaferri, F., E. C., Hansen, P., Goossens, H. ve Group, T. M. (2020). Multi-Criteria Decision Analysis to prioritize hospital admission of patients affected by COVID-19 in low-resource settings with hospital-bed shortage. *International Journal of Infectious Diseases*, 494-500.

OECD. (2021a). OECD Health Data, Doctors, <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm> (02.08.20 21).

OECD. (2021b). Under Age 5 Mortality, OECDiLibrary: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ea4f3775-en/index.html?itemId=/content/component/ea4f3775-en> (05.04.2021).

Our World Data. (2021). Child and Infant Mortality. <https://ourworldindata.org/child-mortality> (01.02.2021).

Öngel, V., Altındağ, E., ve Öngel, G. (2014). Kişi başına sağlık harcamalarının sağlık göstergeleri üzerindeki etkileri: MINT ve BRIC ülkelerinin karşılaştırmalı analizi. *International Conference on Eurasian Economies: 1-5, July 2014, Skopje, Makedonya.*

Özden, A., ve Ersan, Ö. (2019). İlaç sektörü. A&T Bank, Ekonomik Araştırmalar Departmanı: 1-25.

Paksoy, V. M. (2017). Sağlık ekonomisi perspektifinden teletıp uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, doi: 10.5455/sad.13-1481481194, 9-16.

Rahim, F., Allen, R., Barroy, H., Gores, L. ve Kutzin, J. (2020). COVID-19 Funds in Response to the Pandemic. *International Monetary Fund*: <file:///C:/Users/pc/Downloads/en-special-series-on-covid-19-covid-19-funds-in-response-to-the-pandemic.pdf>, (10.08.2021).

Rickwood, S. ve President, V. (2017). Prescription medicines trends: An overview and perspective on two therapy areas. USA: IQVIA.

Robinson, J. ve Wharrad, H. (2000). Invisible nursing: exploring health outcomes at a global level. Relationships between infant and under-5 mortality rates and the distribution of health professionals, GNP per capita, and female literacy. *J Adv Nurs*, 32(1), 28-40.

Rogo, K. O., Oucho, J. ve Mwalali, P. (2006). Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa. 2nd edition. (ebook). Chapter 16 Maternal Mortality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2288/>, (15.04.2021).

Root-Bernstein, R. (2020). Age and location in severity of COVID-19 pathology: Do lactoferrin and pneumococcal vaccination explain low infant mortality and regional differences? *BioEssays*, 1-11.

Sayılı, U., Sayman, Ö. A., Vehid, S., Köksal, S. S. ve Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(3): 1-12.

Şantaş, F. (2017). Sağlık ekonomisi alanında yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*: 85-93.

Takemoto, M. L., Menezes, M. O., Andreucci, C. B., Knobel, R., Sousa, L. A., Katz, L. ve Amorim, M. M. (2020). Maternal mortality and COVID-19. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-7.

Tekin, B. (2015). Temel sağlık göstergeleri açısından Türkiye'deki illerin gruplandırılması: Bir kümeleme analizi uygulaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2), 389-416.

Teslalova, E. (2020). Russia: Almost 500 Doctors Die from COVID-19, 18 June 2020. *AA News*: <https://www.aa.com.tr/en/europe/russia-almost-500-doctors-die-from-covid-19/1881745>, (10.08.2021).

The Economist. (2021). COVID-19: The Impact on Healthcare Expenditure. *The Economist*: https://onesite.eiu.com/campaigns/covid-19-the-impact-on-healthcare-expenditure/#mktoForm_anchor, (08.08.2021).

TÜİK. (2019). Türkiye sağlık araştırması mikro veri seti. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu, Yayın No: 4590.

Umar, M., Mata, M. N., Abbas, A., Martins, J. M., Dantas, R. M. ve Mata, P. N. (2021). Performance evaluation of the Chinese healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-16.

UNDP. (2020). Yıllık Rapor. Human development report 2020. USA: The United Nations Development Programme.

Unicef. (2020). Levels and trends in child mortality, United Nations inter-agency group for child mortality estimation (UN IGME), Report 2020. New York: Unicef.

Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M.-F., Chepynoga, K., Buisman, L. R. and Eozenou, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*: 169-179.

WHO. (2000). Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva: Department of Reproductive Health and Research WHO.

WHO. (2020, September 08). Children: Improving Survival and Well-Being. *World Health Organization*: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality> (29.04.2021).

WHO. (2021a). Definitions and Metadata, *World Health Organization*: <https://www.who.int/whosis/whostat2006DefinitionsAndMetadata.pdf> (03.05.2021).

WHO. (2021b). Inequality in Child Mortality, https://www.who.int/gho/health_equity/outcomes/under5_mortality/en/ (29.04.2021).

WHO. (2021c). New Report From WHO on Health Spending Calls on Governments Not to Repeat Past Mistakes When Rebuilding from COVID-19. *World Health Organization*: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems->

financing/news/news/2021/4/new-report-from-who-on-health-spending-calls-on-governments-not-to-repeat-past-mistakes-when-rebuilding-from-covid-19, (08.08.2021).

WHO. (2021d). World Health Organization. <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> (01.05.2021).

World Bank. (2021). World Bank Database. <https://databank.worldbank.org/home.aspx>, (02.08.2021).

Yereli, A. B., Köktaş, A. M. ve Selçuk, I. Ş. (2014). Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörler. *Sosyo Ekonomi Dergisi*, 273-295.