



G20 Ülkelerinin Sağlık Sistemleri Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi ve Değerlendirilmesi*

Comparative Examination and Evaluation of Health Systems in G20 Countries

Öğr. Gör. Mehmet Veysi KAYA¹, Doç. Dr. Ümit NALDÖKEN²

Öz

Ülkelerin sağlık harcamalarını dolayısıyla sağlıkla ilgili etkinlik çıktılarını etkileyen en önemli faktörlerden biri uygulayıcısı olduğu sağlık sistemi modelleri ve bu modellerin özellikleridir. Çalışmada G20 üyesi 19 ülkenin 2000-2015 dönemine ilişkin veriler doğrultusunda sağlık sistemi modelleri sağlık, demografik ve ekonomik göstergeler açısından karşılaştırılmalı olarak incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme de kötü durumda olan model ve ülkelerin ABD haricindeki Serbest Piyasa Sistemi uygulayıcıları olduğu görülmektedir. Değerlendirme de iyi durumda olan model ve ülkeler Bismarck Sistemi uygulayıcıları Almanya, Japonya; Beveridge Sistemi uygulayıcıları Avustralya, İtalya'dır. Ülkelerin ekonomik gelişmişliklerinin bir yansıması olarak Türkiye'de sağlık ile ilgili etkinlik çıktıları ve sağlığa ayrılan finansman diğer G20 üyesi ülkelere göre düşük görünmesine rağmen sağlık göstergelerinde gösterilen iyileşme ve bunun bir anlamda refah düzeyinde yansıtmasının sonucu iyi durumda olduğu; elde edilen başarıların devamının ve reformların sürekliliğinin gerekliliğini belirtmek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: G20, sağlık sistemi, karşılaştırmalı analiz

Makale Türü: Araştırma

Abstract

One of the most important factors affecting the health expenditures of the countries, and therefore the health-related efficiency outputs, is the health system models that it implements and the characteristics of these models. In the study, health system models of 19 G20 member countries were examined and evaluated comparatively in terms of health, demographic and economic indicators in line with the data for the period of 2000-2015. In the evaluation, it is seen that the models and countries that are in bad shape are the practitioners of the Free Market System, except for the USA. Models and countries in good standing in evaluation Bismarck System practitioners Germany, Japan; Beveridge System practitioners are Australia, Italy. As a reflection of the economic development of the countries, although the health-related efficiency outputs and the financing allocated to health in Turkey seem low compared to other G20 member countries, the improvement in health indicators and its reflection in a sense of welfare are in good condition; It is possible to state the necessity of the continuation of the achievements and the continuity of the reforms.

Keywords: G20, health system, comparative analysis

Paper Type: Research

Giriş

* Bu araştırma, Doç. Dr. Ümit NALDÖKEN danışmanlığında Öğr. Gör. Mehmet Veysi KAYA tarafından yapılan "Türk Sağlık Sisteminin Panel Veri ve Karşılaştırmalı Analiz Yöntemleriyle İncelenmesi ve Bir Değerlendirme" başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹Batman Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, mehmetveysi.kaya@batman.edu.tr

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, unaldoken@cumhuriyet.edu.tr

Atf için (to cite): Kaya, M. V. ve Naldöken, Ü. (2023). G20 ülkelerinin sağlık sistemleri açısından karşılaştırmalı olarak incelenmesi ve değerlendirilmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 244-256.

Sağlığı geliştirmeye, yeniden tesis etmeye ve sürekliliğini sağlamaya yönelik olan hizmetlerin ve faaliyetlerin tümü, sağlık alanında ya da sektöründe faaliyet yürüten tüm kurumlar/kuruluşlar ve sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere tahsis edilen kaynaklar sağlık sistemi şeklinde ifade edilmektedir (WHO, 2000, s. 5). Sağlık sisteminin bileşenleri; israf edilmeden minimum kaynak kullanımı ile sağlanan iyi sağlık hizmetlerine sahip olması, iyi performans gösteren bir sağlık insan kaynağı, iyi işleyen bir sağlık bilişim sistemi, temel tıbbi ürünlere ve teknolojilere eşit erişim, yeterli finansman, etkin liderlik ve yönetimidir (WHO, 2007, s. 24). Toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak bu sistemin kalitesi sadece sağlık politikası yapıcıları, sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanlarını değil aynı zamanda doğrudan toplumu ve tüm bireyleri de ilgilendirmektedir (Sezer vd., 2018, s. 90). Sağlık hizmetinin halkın tümüne ihtiyaç olduğu anda adalet ile kalite unsurları çerçevesinde sunulması, gereklilik arz eden kaynakların tahsisi, farklılaştırılması, yükseltilmesi ve etkin/verimli yönde teşkilatlanıp kullanılması için ülkeler sağlık sistemlerini revize ederek yeni yapılanmaları izlemektedir (Sezer ve Karadeniz, 2018, s. 47). Sağlık sistemi politika yapıcılarının sisteme hâkim olmaları, sağlık sisteminin performansını iyileştirecek araçları ve müdahaleleri bilmeleri, reform planlamaları için gelişmiş ülke sistemlerini araştırmaları ve bilmeleri gerekir (Hsiao, 2003, s. 1). Başarılı bir sağlık sistemi kurmak için öncelikle sistemin ne olduğunu bilmek ve sağlık sisteminin neden önemli olduğunun kavranması gereklidir. Bu sayede sağlık sisteminin önemi ile ilgili farkındalık oluşabilir ve mevcut problemlerin fark edilmesi sağlanabilir. Sağlık hizmetlerine yönelik küresel harcamalar 21. yüzyılın ilk on yılında dünya GSYH'ın (Gayrisafi Yurt İçi Hasıla) yaklaşık %8'ini oluşturmuştur. Bu değer dünyanın ürettiği kaynakların önemli bir kısmının sağlık hizmetlerine gittiğini ve bugünkü sağlık sistemlerinin dünya ekonomisindeki en büyük, en karmaşık ve en maliyetli sektörlerden birini temsil ettiğini göstermektedir (Burazeri ve Kragelj, 2013, s. 5; Ateş, 2011, s. 65).

DSÖ'ye (Dünya Sağlık Örgütü) göre farklı ülkelerde mevcut olan sağlık sistemleri ilgili toplumlarda geçerli olan normlar ve değerler tarafından güçlü bir şekilde etkilenmektedir. Diğer insani hizmet sistemleri gibi sağlık hizmetleri de genellikle vatandaşların derinden kökleşmiş sosyal ve kültürel beklentilerini yansıtmaktadır. Bu temel değerler, sağlık sisteminin biçimsel yapısı dışında oluşturulmasına rağmen genellikle genel karakterini ve kapasitesini tanımlar. Bu nedenle sağlık sistemleri dünyanın her yerinde farklıdır ve her bir ülkenin benzersiz tarihi, gelenekleri ve politik sistemi tarafından güçlü bir şekilde etkilenmektedir (Freeman ve Frisina, 2010, s. 164).

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kapsamlı çalışmalar Roemer (1989; 1993) tarafından yapılmıştır. Roemer, sağlık sistemlerini ülkenin ekonomik düzeyi ve sağlık sistemlerini yöneten politik ideoloji üzere iki sosyal özelliğine göre belirlemiş; sağlık sistemlerini devletin üstlendiği görevlerin en az olduğu sistemden en merkezi yönetim sistemine göre sıralamıştır. Bu dört ana başlıkta değerlendirilen sağlık sistemi modelleri şunlardır: (1) Serbest Piyasa Sağlık Sistemi; sağlık hizmetlerinin arz olarak asıl unsurun özel sektör olduğu ve talep boyutunda ise kişisel ya da özel harcamalar ve özel sağlık sigortaları ile finansman sağlandığı sistemdir (Wallace, 2013, s. 84). (2) Refah Yönelimli Sağlık Sistemi; belirli oranda görece çalışanlar, işverenler ile devlet tarafından sağlanan fonlar vasıtasıyla sosyal güvenlik sigortalarını çerçeveleyen ve devlet tarafından yönetilen bir sosyal sigorta modelinin ilk örneği olarak 1883 yılında Almanya Başbakanı Otto Von Bismarck tarafından ortaya konmuştur. Riskin bölüşülmesi ve önceden ödeme yapmayı gerektiren bu sistem de hem işverenler çalışanlar adına hem de sigorta kapsamına dahil edilen çalışanlar gelirlerine karşılık geldiği kadarı ile sağlık sigortası primi ödemektedirler (Barnighausen ve Sauerborn, 2002, s. 1560; Mendi, 2016, s. 14). (3) Ulusal Sağlık Sistemi, II. Dünya Savaşı sonrasında İngiltere Başbakanı William Beveridge tarafından ortaya atılmış; sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finansmanın sağlandığı vergiye dayalı olarak yürütülen sistemdir (Daştan ve Çetinkaya, 2015, s. 106). (4) 1920'lerin başında, Sovyetler Birliği'nin ilk Sağlık Bakanı olan Doktor Semashko tarafından oluşturulan Sosyalist Sağlık Sistemi, sağlık hizmetleri sunumunun ve finansmanının devlet tarafından sağlandığı ve devletin kısıtlı imkânlarla rağmen koruyucu hekimlik hizmetlerini,

tanısal testleri, hastane hizmetlerini ve yatan hasta ilaçlarını ücretsiz olarak sunduğu sistemdir (Korkmaz vd., 2015, s. 28; Mendi, 2016, s. 17-18).

Alan yazınında Türkiye ile OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ve AB (Avrupa Birliği) ülkeleri, çeşitli seçilmiş ülkelere dair farklı zaman aralıkları ve göstergeler dikkate alınarak karşılaştırmalı analiz bulgularına rastlanmıştır (Karagan, 2008; Dürrü, 2012; Yılmaz, 2012; Çelebi ve Cura, 2013; Daştan ve Çetinkaya, 2015; Loş, 2016; Ünsal, 2016; Karaman, 2019; Lkhagvaa, 2019); fakat Türkiye ile G20 (Group of Twenty) ülkeleri ve Roemer'ın sağlık sistemleri sınıflandırmasına göre karşılaştırılmasına dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle zaman içinde ülkelerde yaşanan değişiklikler ile birlikte farklı bulgu ve sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir. Çalışmada sağlık sistemlerini karşılaştırmak için belirlenen göstergeler üç başlık ile ilişkilendirilerek incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Çalışmanın bu yönüyle özgün bir yapıda olduğu ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bir ülkenin mevcut sağlık sisteminin toplum ihtiyaçlarına ne düzeyde cevap verdiğinin ve dünya gerçekleriyle ne oranda örtüştüğünün belirlenmesi, buna göre gerekli tedbirlerin alınması veya geliştirilmesi için bu tür çalışmaların gerekliliğini ve önemini vurgulamaktır. Bu düşünceden hareketle çalışmanın amacı G20 ülkeleri sağlık sistemi modellerinin sağlık, demografik ve ekonomik göstergeler açısından karşılaştırılması olarak incelenmesi ve değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir. Çalışmanın amacı ve kapsamı doğrultusunda sistemin değerlendirilmesini mümkün kılacak 7 temel soru oluşturulmuş ve bu sorulara cevap aranmıştır:

S1: G20 ülkelerinin seçilen sağlık göstergeleri açısından durumu nedir?

S2: G20 ülkelerinin seçilen demografik göstergeler açısından durumu nedir?

S3: G20 ülkelerinin seçilen ekonomik göstergeler açısından durumu nedir?

S4: Anne ölüm hızı açısından Bismarck Sistemi'ni uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre anne ölüm hızı daha düşük müdür?

S5: Bebek ölüm hızı açısından Bismarck Sistemi'ni uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre bebek ölüm hızı daha düşük müdür?

S6: Beklenen yaşam süresi açısından Bismarck Sistemi'ni uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre beklenen yaşam süresi daha yüksek midir?

S7: Doğurganlık oranı açısından Bismarck Sistemi'ni uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre doğurganlık oranı daha yüksek midir?

1. Yöntem

G20 ülkelerinin ekonomik büyüklükleri dikkate alındığında dünyada üretilen tüm mal ve hizmetlerin parasal olarak yaklaşık %85'ine, dünya ticaretinin ise yaklaşık dörtte üçüne (TMSF, 2019); global finansal sisteminin yapı taşları arasında yer alan Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası içerisinde de yaklaşık %80 oranında temsil gücüne sahiptirler (Yıldız, 2017, s. 66). 5 milyara yakın nüfusa hitap eden G20, 7,4 milyarlık dünya nüfusunun yaklaşık üçte ikisini (%64) barındırması ile dünya nüfusunun önemli bir kısmını kapsamına aldığı ortaya koymaktadır (Yıldız, 2017, s. 64). Global sağlık giderlerinin (7,2 trilyon ABD doları) %77,8'ini (5,6 trilyon ABD doları) G20 ülkelerinin harcamaları oluşturmaktadır (WHO, 2019). Bu bilgiler ışığında, G20 ülkeleri sağlık sistemlerinin değerlendirmesi araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamında G20 üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin mevcut durumun belirlenmesi ve sağlık sistemleri karşılaştırılmasıyla; başarılı bir sağlık sisteminin oluşturulması, sağlık sistemlerinin mevcut problemlerinin tanımlanması ve çözüm önerilerinin belirlenmesi için farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır. G20, 19 ülke ve Avrupa Birliği Komisyonu olmak üzere 20 temsilci üyeden oluşmak ile birlikte Avrupa Birliği Komisyonu verileri belirsizlik gösterdiği için çalışma da analiz dışı bırakılmıştır. Araştırma da 19 ülkenin yıllık verileri ile tablolar da belirtilen OECD ve Dünya ortalamaları, OECD ve Dünya Bankası istatistiklerinden

elde edilmiştir. Ayrıca tablolarda belirtilen bir G20 ortalaması ve sağlık sistemlerinin ortalamaları yazarlar tarafından hesaplanmıştır.

En yaygın kullanılan ve bilinen, sağlık sistemlerini finansman kaynaklarına göre gruplandıran Milton I. Roemer'ın sağlık sistemi modelleri sınıflandırması kullanmıştır. Dünya Bankası verilerine göre G20 organizasyonunda bulunan 19 ülkenin 7'si toplam sağlık harcamalarında özel sektör katılımının %60'dan fazla olması itibarıyla Amerika Birleşik Devletleri, Güney Afrika, Brezilya, Çin, Meksika, Endonezya, Hindistan Serbest Piyasa Sağlık Sistemi (Özel Sağlık Sigortası); 8'i toplam sağlık harcamalarında devletin katılımının %60'tan fazla olduğu Almanya, Fransa, Japonya, Kanada, Güney Kore, Arjantin, Türkiye, Rusya Refah Yönelimli Sağlık Sistemi (Bismarck); 4'ü toplam sağlık harcamalarında devletin katılımının %90'dan fazla olduğu Avustralya, Birleşik Krallık, İtalya, Suudi Arabistan Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge) olarak ele alınmıştır. Sosyalist Sağlık Sistemi uygulayıcısı G20 ülkesi bulunmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

Bu çalışma bilimsel araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmıştır. Uygulamaya geçmeden önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (09.10.2019 tarihli, 2019-10/04 sayılı) yazılı izin alınmıştır.

2. Bulgular

Tablo 1. G20 ülkelerinin sağlık göstergeleri

Ülkeler	Anne Ölüm Hızı (binde)				Bebek Ölüm Hızı (binde)				
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	
Avustralya	9	7	6	6	5,1	4,8	4,1	3,2	
Birleşik Krallık	12	12	10	9	5,5	5,1	4,4	3,8	
İtalya	5	4	4	4	4,7	3,8	3,4	3,1	
Suudi Arabistan	23	18	14	12	18,7	14,2	10,3	7,2	
Almanya	8	7	7	6	4,4	3,9	3,5	3,3	
Arjantin	60	58	58	52	17,7	14,7	13,1	10,2	
Fransa	12	10	9	8	4,4	3,8	3,5	3,5	
Güney Kore	16	14	15	11	6,4	4,7	3,5	3,1	
Japonya	10	7	6	5	3,3	2,8	2,4	2,1	
Kanada	9	9	8	7	5,3	5,2	4,9	4,7	
Rusya	57	42	29	25	16,6	11,9	8,9	7,3	
Türkiye	79	57	23	16	31,9	23,1	16,4	11,6	
ABD	12	13	14	14	7,1	6,8	6,2	5,8	
Brezilya	66	67	65	44	30,4	22,1	16,7	14	
Çin	58	48	35	27	30,1	20,3	13,6	9,2	
Endonezya	265	212	165	126	40,9	33,5	27,5	22,9	
Güney Afrika	85	112	154	138	53,3	52,1	38,4	31,8	
Hindistan	374	280	215	174	66,7	55,7	45,3	35,3	
Meksika	77	54	45	38	22,5	17,6	14,9	12,7	
Ortalamalar	USS Ülkeleri	12,3	10,3	8	7,8	8,5	7	5,6	17,3
	RYSS Ülkeleri	31,4	25,5	19,4	16,3	11,3	8,8	7	5,8
	SPSS Ülkeleri	133,9	112,3	86,6	80,1	35,9	29,7	23,2	18,8
	G20	65,1	54,3	46,4	38	19,7	16,1	12,6	10,2
	OECD	12,2	9,2	7,89	7,25	6,7	5,4	4,5	3,8
	Dünya	342	296	248	219	53,2	44,6	37,1	31,4

Kaynak: World Bank Data

Tablo 1'de 2000 yılında G20 ülkeleri arasında anne ölüm hızı 9 ülkede 20'den az, 4 ülkede ise 20 ile 60 arasında ve 6 ülkede 60'tan fazladır. Sonraki her 5 yılda bir azalmaya başlamış; 2015 yılında anne ölüm hızı 20'den az olan 11 ülke olup, 20 ile 60 arasında 5 ve 60'tan fazla olan ülke sayısı sadece 3'tür. Türkiye de 2000 yılında 79, 2005 yılında 57, 2010 yılında 23 ve 2015 yılında bu oran 16 olarak 2000 yılına göre yaklaşık 5 kat azalmıştır. Anne ölüm hızı kıyaslaması bakımından kötü durumda olan Serbest Piyasa Sağlık Sistemi (SPSS) uygulayıcıları Güney Afrika, Brezilya, Çin, Meksika, Endonezya, Hindistan ülkeleridir.

ABD’de (Amerika Birleşik Devletleri) ise oran düşük olmasına rağmen küçük bir miktar yükselmiştir. Anne ölüm hızı az olan Ulusal Sağlık Sistemi (USS) uygulayıcıları Avustralya, Birleşik Krallık, İtalya, Suudi Arabistan; Refah Yönelimli Sağlık Sistemi (RYSS) uygulayıcı ülkelerde ise durum diğer iki sistem arasında yer almaktadır.

Tablo 1’de 2000 yılında G20 ülkeleri arasında bebek ölüm hızı 10’dan az 9 ülke, 10-20 arasında 3 ülke ve 20’den fazla olan Türkiye dâhil 7 ülke bulunmaktadır. Dönemler dahilinde farklılıklar olmasına karşın incelenen ülke sağlık sistemleri bakımından her 5 yılda bir bebek ölüm hızı azalma yönelimi göstermekte; 2015 yılında 10’dan az olan ülke 12, 10 ile 20 arasında Türkiye dahil 4 ülke ve 20’den fazla olan 3 ülke olduğu gözlenmektedir. Türkiye özelinde bebek ölüm hızının 2000 yılında 31,9; 2005 yılında 23,1; 2010 yılında 16,4; 2015 yılında 11,6 olduğu ve 2000 yılına göre yaklaşık 3 kat azaldığı görülmektedir. 2015 yılında bebek ölüm hızı yüksek olan ülkeler yine anne ölüm hızında olduğu gibi Serbest Piyasa Sistemi uygulayıcıları Güney Afrika, Brezilya, Çin, Meksika, Endonezya, Hindistan ülkeleri olmak üzere; Beveridge ve Bismarck uygulayıcı ülkelerden daha kötü durumdadırlar.

Tablo 2. G20 ülkelerinin sağlık göstergeleri

Ülkeler	Beklenen Yaşam Süresi (yıl)				Doğurganlık Oranı (%)			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
Avustralya	80,2	80,8	81,6	82,4	1,75	1,81	1,82	1,81
Birleşik Krallık	77,7	79,1	80,4	80,9	1,64	1,76	1,92	1,81
İtalya	79,7	80,7	82,1	82,5	1,26	1,34	1,46	1,35
Suudi Arabistan	72,4	73,1	73,5	74,4	3,97	3,41	2,96	2,57
Almanya	77,9	78,9	79,9	80,6	1,38	1,34	1,39	1,51
Arjantin	73,8	74,7	75,5	76,4	2,56	2,45	2,37	2,31
Fransa	79,1	80,1	81,6	82,3	1,89	1,94	2,03	1,96
Güney Kore	75,9	78,1	80,1	82,1	1,46	1,07	1,22	1,23
Japonya	81,1	81,9	82,8	83,7	1,35	1,26	1,39	1,45
Kanada	79,1	80,1	81,2	81,9	1,48	1,54	1,62	1,56
Rusya	65,4	65,5	68,8	71,1	1,19	1,29	1,56	1,77
Türkiye	70,1	72,4	74,1	75,4	2,53	2,27	2,15	2,07
ABD	76,6	77,4	78,5	78,6	2,05	2,05	1,93	1,84
Brezilya	70,1	72,1	73,8	75,2	2,31	1,97	1,81	1,74
Çin	71,9	73,9	75,2	76,1	1,49	1,56	1,59	1,61
Endonezya	66,2	67,1	68,1	69,1	2,51	2,51	2,48	2,38
Güney Afrika	56,3	52,5	55,8	61,9	2,82	2,67	2,58	2,48
Hindistan	62,5	64,5	66,6	68,3	3,31	2,96	2,61	2,35
Meksika	74,3	75,3	76,1	76,9	2,71	2,49	2,34	2,21
Ortalamalar								
USS Ülkeleri	77,5	78,4	79,4	80,1	2,16	2,08	2,04	1,89
RYSS Ülkeleri	75,3	76,5	78	79,2	1,73	1,65	1,72	1,73
SPSS Ülkeleri	68,3	69	70,6	72,3	2,46	2,32	2,19	2,09
G20	73,1	74,1	75,5	76,8	2,07	1,98	1,95	1,89
OECD	76,8	78	79,4	80,4	1,65	1,5	1,73	1,67
Dünya	67,5	68,9	70,5	71,9	2,69	2,58	2,51	2,45

Kaynak: World Bank Data ve OECD Data

Tablo 2’de beklenen yaşam süresinin dönemler içinde artış trendini sürdürdüğü görülmektedir. Beklenen yaşam süresi sıralaması bakımından ise sağlık sistemlerinin dağılımı yine bebek ve anne ölüm hızında olduğu gibi kötü durumda olan Serbest Piyasa Sistemi uygulayıcıları Hindistan, Endonezya, Güney Afrika ve Bismarck uygulayıcısı Rusya’dır. Güney Afrika 2000-2015 döneminde beklenen yaşam süresi bakımından 19 ülke içinde son sırada yer almasına rağmen artış gerçekleşmiştir. Türkiye de ise 2000 yılında 70,1; 2005 yılında 72,4; 2010 yılında 74,1 ve son olarak 2015 yılında 75,4 olarak düzenli olarak artış olduğu görülmektedir. Beklenen yaşam süresinde iyi örnekler yine Beveridge ve Bismarck uygulayıcı ülkeler arasında yer almaktadır.

Tablo 2’de genel olarak doğurganlık oranı zaman içinde azalmaktadır. Ayrıca yıllar geçtikçe doğurganlık oranı 1,5 ile 2,5 arasındaki ülke sayısının artış gösterdiği görülmektedir. Aynı şekilde Türkiye de doğurganlık oranı 2000 yılında 2,53; 2005 yılında 2,27; 2010 yılında 2,15 ve 2015 yılında 2,07 olup bu süreçte logaritmik artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 3. G20 ülkelerinin demografik göstergeleri

Ülkeler	Nüfus (milyon)				Nüfus Artış Hızı (%)				
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	
Avustralya	19,1	20,3	22,1	23,8	1,1	1,3	1,5	1,4	
Birleşik Krallık	58,8	60,4	62,7	65,1	0,3	0,6	0,7	0,7	
İtalya	56,9	57,9	59,2	60,7	0,04	0,4	0,3	-0,09	
Suudi Arabistan	20,6	23,8	27,4	31,7	2,2	2,9	2,9	2,5	
Almanya	82,2	82,4	81,7	81,6	0,1	-0,05	-0,1	0,8	
Arjantin	36,8	38,8	40,7	43,1	1,1	1,1	0,7	1,1	
Fransa	60,9	63,1	65,1	66,5	0,6	0,7	0,4	0,4	
Güney Kore	47	48,1	49,5	51	0,8	0,2	0,4	0,5	
Japonya	126,8	127,7	128,1	127,1	0,1	0,009	0,01	-0,1	
Kanada	30,6	32,2	34,1	35,7	0,9	0,9	1,1	0,7	
Rusya	146,5	143,5	142,8	144,1	-0,4	-0,3	0,04	0,1	
Türkiye	63,2	67,9	72,3	78,5	1,5	1,3	1,4	1,6	
ABD	282,1	295,5	309,3	320,7	1,1	0,9	0,8	0,7	
Brezilya	174,7	186,1	195,7	204,4	1,4	1,1	0,9	0,8	
Çin	1.263,1	1.304,2	1.338,4	1.371,8	0,7	0,5	0,4	0,5	
Endonezya	211,5	226,2	241,8	258,3	1,3	1,3	1,3	1,2	
Güney Afrika	44,9	47,8	51,2	55,3	1,4	1,2	1,4	1,5	
Hindistan	1.057,1	1.148,3	1.234,7	1.315,1	1,7	1,5	1,3	1,1	
Meksika	98,8	106,1	114,1	121,8	1,4	1,4	1,4	1,2	
Ortalamalar	USS Ülkeleri	38,9	40,6	42,9	45,3	0,91	1,3	1,35	1,13
	RYSS Ülkeleri	74,5	75,5	76,8	78,5	0,59	0,48	0,49	0,64
	SPSS Ülkeleri	447,5	473,5	497,9	521,1	1,29	1,13	1,08	1
	G20	204,3	214,8	224,8	234,5	0,91	0,89	0,88	0,86
	OECD	12,2	9,2	7,89	7,25	0,7	0,7	0,73	0,53
	Dünya	342	296	248	219	1,32	1,24	1,20	1,17

Kaynak: World Bank Data

Tablo 3’te G20 ülkelerinin nüfusu incelendiğinde 2000 yılında nüfusu 50 milyondan az olan ülke sayısı 6 iken 50 milyon ile 150 milyon arasında 8 ülke; 150 milyondan fazla olan ülke sayısı da 5’tir. 2015 yılında nüfusu 50 milyondan az olan ülke 4; 50 milyon ile 150 arasında olan 10 ülke; 150 milyondan fazla olan ülke sayısı da 5 olmuştur. Buna göre incelenen ülkelerin yıllar içinde nüfusun arttığı görülmektedir. Dönemler içinde 50 milyon ile 150 milyon arasında olan ülkelere dahil olan Türkiye nüfusunun sürekli arttığı da görülmektedir.

Tablo 3’te 2000 yılında nüfus artış hızı az olan 5 ülke Japonya, Almanya, Çin, Rusya ve Güney Kore olduğu görülmektedir. İncelenen yıllar itibarıyla sağlık sistemleri açısından dönem içinde Brezilya, Japonya ve İtalya gibi ülkelerde düşüş gösterse de genel olarak nüfus artış hızı pozitif yönde gerçekleşmiştir. Türkiye için 2000 yılında nüfus artış hızı %1,5; 2005 yılında %1,3; 2010 yılında %1,4 ve 2015 yılında %1,6 olarak pozitif yönelimli gerçekleştiği görülmektedir.

Tablo 4. G20 ülkelerinin demografik göstergeleri

Ülkeler	Hekim Sayısı (binde)				Toplam Yatak Kapasitesi (binde)				
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	
Avustralya	2,4	2,7	3,2	3,5	4	3,9	3,7	3,8	
Birleşik Krallık	1,9	2,4	2,6	2,7	4	3,7	2,9	2,6	
İtalya	3,4	3,7	3,8	3,8	4,7	4	3,6	3,2	
Suudi Arabistan	0,7	1,3	2,3	2,5	2,3	2,3	2,2	2,7	
Almanya	3,2	3,4	3,7	4,1	9,1	8,4	8,2	8,1	
Arjantin	3,1	3,2	3,2	4	4,1	4	4,5	5	
Fransa	3,2	3,3	3,2	3,3	7,9	7,2	6,4	6,1	
Güney Kore	1,3	1,6	2	2,2	4,6	5,9	8,7	11,6	
Japonya	1,9	2	2,2	2,4	14,6	14	13,5	13,1	
Kanada	2,1	2,1	2,3	2,6	3,7	3,1	2,7	2,6	
Rusya	4,6	4,8	5	3,9	11,4	11	9,4	8,3	
Türkiye	1,3	1,4	1,7	1,8	2,1	2,5	2,7	2,6	
ABD	2,2	2,4	2,5	2,6	3,5	3,2	3	2,8	
Brezilya	1,3	1,6	1,8	2,1	2,8	2,5	2,3	2,2	
Çin	1,2	1,2	1,4	1,8	1,6	1,8	2,4	3,8	
Endonezya	0,1	0,1	0,1	0,3	0,6	0,6	0,7	0,9	
Güney Afrika	0,5	0,7	0,7	0,8	3,1	2,9	2,3	2,7	
Hindistan	0,5	0,6	0,7	0,7	0,6	0,4	0,4	0,6	
Meksika	1,5	1,7	2	2,3	1,7	1,6	1,5	1,3	
Ortalamalar	USS Ülkeleri	2,1	2,53	2,98	3,13	3,75	3,48	3,1	3,06
	RYSS Ülkeleri	2,59	2,73	2,91	3,04	7,19	7,01	7,01	7,16
	SPSS Ülkeleri	1,04	1,19	1,31	1,51	1,99	1,86	1,8	2,04
	G20	1,9	2,1	2,3	2,5	4,5	4,3	4,2	4,4
	OECD	2,7	2,9	3,2	3,4	7,3	7,9	8,5	8,9
	Dünya	1,2	-	-	1,5	2,6	2,8	2,7	-

Kaynak: OECD Data

Tablo 4'te 2015 yılında her 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1'in altında olan Serbest Piyasa Sistemi'ni uygulayan Güney Afrika, Endonezya ve Hindistan olmuştur. Rusya hariç sağlık sistemleri açısından dönem içinde genel olarak hekim sayıları pozitif yönde artış gerçekleştirmiştir. Türkiye için 2000 yılında her 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1,3; 2005 yılında 1,4; 2010 yılında 1,7 ve 2015 yılında 1,8 olarak artış az olsa da pozitif yönde gerçekleşmiştir. Ayrıca sağlık sistemleri açısından Bismarck ve Beveridge Sistemi uygulayıcı G20 ülkelerinde hekim yoğunluğu ABD haricinde Serbest Piyasa Sistemi uygulayıcı ülkelere göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4'te 2000 yılında her 1000 kişiye düşen yatak sayısı 2'nin altında olan ülkeler Serbest Piyasa Sağlık Sistemi uygulayıcıları Çin, Endonezya, Meksika ve Hindistan olmuştur. 2015 yılı itibarıyla sağlık sistemleri açısından dönem içinde 2005 yılında 4'ün üstü olan ülkelerde azalış olsa da genel olarak yatak sayıları artış göstermiştir. Ayrıca Bismarck Sistemi uygulayıcıları Almanya, Japonya, Fransa, Rusya, Güney Kore ve Arjantin gibi ülkeler diğer sağlık sistemini uygulayan ülkelere göre yatak sayıları daha fazladır. Türkiye için 2000 yılında her 1000 kişiye düşen yatak sayısı 2,1; 2005 yılında 2,5; 2010 yılında 2,7 olarak artış az olsa da pozitif yönde ve 2015 yılında 2,6 olarak bir miktar düşüş gerçekleşmiştir.

Tablo 5. G20 ülkelerinin ekonomik göstergeleri

Ülkeler	Kişi Başına Düşen GSYH (ABD Doları)				GSYH Büyüme Hızı (%)				
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	
Avustralya	21679	33997	52022	56748	3,9	3,2	2,1	2,3	
Birleşik Krallık	27987	41803	39079	44472	3,4	3,1	1,7	2,3	
İtalya	20051	31959	35849	30170	3,7	0,9	1,6	0,9	
Suudi Arabistan	9171	13791	19262	20627	5,6	5,5	5,1	4,1	
Almanya	23718	34696	41785	41394	2,9	0,7	4,1	1,7	
Arjantin	7708	5109	10385	13789	-0,7	8,8	10,1	2,7	
Fransa	22364	34760	40638	36613	3,9	1,6	1,9	1,1	
Güney Kore	11947	18639	22086	27105	8,9	3,9	6,4	2,7	
Japonya	38532	37217	44507	34524	2,7	1,6	4,1	1,2	
Kanada	24190	36266	47450	43495	5,1	3,2	3,1	0,6	
Rusya	1771	5323	10674	9313	10	6,4	4,5	-2,3	
Türkiye	4316	7384	10672	10948	6,6	9,1	8,4	6,1	
ABD	36334	44114	48466	56803	4,1	3,5	2,5	2,8	
Brezilya	3749	4790	11286	8814	4,3	3,2	7,5	-3,5	
Çin	959	1753	4550	8033	8,4	11,3	10,6	6,9	
Endonezya	780	1263	3122	3331	4,9	5,6	6,2	4,8	
Güney Afrika	3032	5381	7328	5733	4,2	5,2	3,1	1,2	
Hindistan	443	714	1357	1605	3,8	7,9	8,4	7,9	
Meksika	7157	8277	9271	9605	4,9	2,3	5,1	3,2	
Ortalamalar	USS Ülkeleri	19722	30387	36553	38004	4,15	3,18	2,63	2,4
	RYSS Ülkeleri	16818	22424	28525	27148	4,93	4,41	5,33	1,73
	SPSS Ülkeleri	7493,4	9470,3	12917	13418	4,94	5,57	6,2	3,33
	G20	13994	19328	24199	24374	5,4	4,5	5,1	2,4
	OECD	23258	28853	34790	41261	4,1	2,9	3	2,6
	Dünya	5491	7287	9538	10217	4,3	3,8	4,2	2,8

Kaynak: World Bank Data

Tablo 5'te 2015 yılında kişi başına düşen GSYH 9000 ABD doları altında olan ülkeler Serbest Piyasa Sağlık Sistemi uygulayıcıları Çin, Hindistan, Brezilya, Endonezya ve Güney Afrika olmuştur. 2015 yılına kadar genellikle artış olsa da 2015 yılında Kanada, Fransa, İtalya, Brezilya, Rusya ve Güney Afrika gibi ülkelerde düşüş göstermiştir. Türkiye için 2000 yılında 4316; 2005 yılında 7384; 2010 yılında 10672 ve 2015 yılında 10948 ABD doları olarak 2010 yılına göre az da olsa artış gerçekleşmiştir.

Tablo 5'te 2015 yılında %6 üstü GSYH büyüme hızına sahip olan ülkeler Çin, Hindistan ve Türkiye'dir. Ayrıca 2015 yılı itibarıyla incelenen 19 ülkeden 13'ünde büyüme logaritmik artış olarak; Brezilya ve Rusya' da ise 2015 yılı gayri safi yurtiçi hasıla büyüme hızı eksi olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 6. G20 ülkelerinin ekonomik göstergeleri

Ülkeler	Sağlık Harcamaları GSYH Oranı (%)				Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD Doları)			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
Avustralya	7,6	7,9	8,4	9,3	2154	2872	3595	4381
Birleşik Krallık	5,9	7,1	8,4	9,6	1561	2318	2871	3703
İtalya	7,5	8,3	8,9	8,9	2029	2504	3103	3129
Suudi Arabistan	4,2	3,4	3,6	5,9	276	340	435	851
Almanya	9,8	10,2	11,1	11,1	2889	3421	4412	5291
Arjantin	8,4	7,6	8,6	8,7	705	390	890	1298
Fransa	9,5	10,2	11,2	11,4	2686	3265	4048	4676
Güney Kore	4	4,9	6,2	7	726	1142	1890	2488
Japonya	7,1	7,7	9,1	10,8	1851	2471	3170	4517
Kanada	8,2	9,1	10,7	10,5	2451	3292	4167	4551
Rusya	5,1	4,7	4,9	5,2	447	704	1205	1425
Türkiye	4,6	4,9	5,1	4,1	432	588	843	1040
ABD	12,5	14,6	16,3	16,7	4557	6443	7939	9505
Brezilya	8,3	8,1	7,9	8,8	539	662	987	1279
Çin	4,5	4,1	4,1	4,9	95	170	352	641
Endonezya	1,9	2,5	2,9	3,1	61	112	213	278
Güney Afrika	7,4	6,7	7,4	8,2	504	613	865	1075
Hindistan	4,1	3,9	3,3	3,5	86	117	146	194
Meksika	4,4	5,8	5,9	5,7	506	761	927	1075
Ortalamalar								
USS Ülkeleri	6,3	6,68	7,33	8,43	1505	2009	2501	3016
RYSS Ülkeleri	7,09	7,41	8,36	8,6	1523	1909	2578	3161
SPSS Ülkeleri	6,16	6,53	6,83	7,27	907	1268	1633	2007
G20	6,5	6,9	7,5	8	1292	1693	2213	2705
OECD	7,2	7,9	8,7	8,8	1761	2429	3177	3633
Dünya	8,6	9,3	9,5	9,8	472	680	907	1001

Kaynak: World Bank Data ve OECD Data

Tablo 6’da sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı genel olarak 2000 yılından 2015 yılına kadar artış göstermiş olduğu %7 üstü olan ülke sayılarındaki artışlardan görülmektedir. Türkiye için 2000 yılında %4,6 iken 2015 yılında ise %4,1 olarak düşmüştür. Ancak çoğu ülkedeki sağlık harcamalarının GSYH’ye oranında pek bir değişiklik olmamıştır. Sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı açısından ülkeler incelendiğinde, 2000-2015 yılları arasında gerçekleşen kişi başına düşen GSYH’deki sıralamaya ve demografik değişkenlerdeki dağılımına benzer şekilde aynı ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar önceki dönemlere kıyasla görece artmıştır. Seçilen ülkelerdeki dönem ortalamaları bakımından toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının artması dolayısıyla diğer etkinlik göstergelerinde de istisnaların olması haricinde genel itibarıyla pozitif değişimin olduğu bir yönelim gerçekleşmiştir.

Tablo 6’da G20 ülkelerinin 2015 yılı için ilk sırada yer alan ABD vatandaşlarına sağlık harcamaları için kişi başı ortalama 9505 ABD doları ayırmıştır. 2015 yılına ilişkin G20 ülkeleri içinde en az kişi başı toplam sağlık harcaması gerçekleştiren ülkeler ise Çin, Hindistan, Endonezya ve Suudi Arabistan’dır (Serbest Piyasa Sistemi). Türkiye kişi başına sağlık harcaması 2000 yılında 432 iken 2015 yılında 1040’a yükselmiştir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Karagan (2008), Ünsal (2016), Karaman (2019) çalışmalarında AB ülkeleri ile Türkiye; Dürrü (2012) tarafından yapılan OECD ve AB ülkeleri ile Türkiye; Yılmaz (2012), Çelebi ve Cura (2013), Daştan ve Çetinkaya (2015), Loş (2016), Lkhagvaa (2019) çalışmalarında OECD ülkeleri ile Türkiye karşılaştırmalarında bu çalışmanın bulguları ve sonuçlarına paralel olarak sağlık göstergeleri, hekim ve yatak sayıları, sağlık harcamaları gibi pek çok gösterge dayanak alındığında geri de olmasına rağmen sağlık sistemi ülkenin refah düzeyi açısından tatmin edici olduğu ortaya konmuştur.

Sağlık sistemleri ülkelerin yaşam, kültürel ve sosyal dokuları, refah, ekonomik ve politik koşulları hakkında bilgi vermektedir. Bu nedenle sağlık sistemleri tüm dünyada farklılıklar göstermekte ülkeler tek tipte bir politika benimseyememektedirler. Ayrıca farklı sağlık sistemlerinin yanında ülkeler sabit bir hizmet sunucusunu da benimseyememekte zamanın doğal akışı içerisinde sağlık hizmetleri ve politikaları ekonomik ve politik seyre bağlı olarak değişim göstermektedir.

Ülkelerin birbirlerinden öğrenecekleri olması bağlamında çalışmanın bulgularında görüldüğü gibi Türkiye'nin göstergeleri bakımından üyesi olduğu G20 organizasyonundaki ülkelere göre konumu gelişmiş ülke olma yolunda bu öğrenme sürecini daha da önemli hale getirmektedir. Ayrıca çevresel durumlar ve yaşam tarzları gibi insan sağlığını etkileyen temel faktörlerin değişkenliği ülkelere göre değişebildiği için Türkiye'nin, sağlıkta başarılı G20 ülkelerinin başarıya nasıl ulaştıklarını iyi tahlil edip dersler çıkararak politikalarını ona göre şekillendirmesi gerekmektedir.

Sağlık göstergeleri karşılaştırması açısından sağlık sistemlerinin dağılımı benzer şekilde olmak ile birlikte kötü durum da olanlar Serbest Piyasa Sistemi uygulayıcıları Hindistan, Endonezya ve Güney Afrika'dır. İyi durum da olan ülkeler ise Bismarck Sistemi'nin geçerli olduğu Almanya, Japonya; Beveridge Sistemi'nin geçerli olduğu Avustralya, İtalya'dır. Türkiye anne ve bebek ölüm hızı, beklenen yaşam süresi bakımından orta sıralarda; doğurganlık oranı bakımında ise ortalamanın üstünde bulunmaktadır. Göstergeler doğrultusunda ortaya konan veriler durum belirtilerek S1 sorusuna cevap bulunmuştur.

Sağlık sistemleri açısından Bismarck ve Beveridge Sistemleri uygulayıcısı ülkelere hekim sayısı ABD hariç Serbest Piyasa Sistemi uygulayıcılarına göre daha fazla ve iyi durumda olduğu gözlemlenmiştir. Göstergeler açısından ortalama altında olan Serbest Piyasa Sistemi uygulayıcısı ülkeler Güney Afrika, Endonezya ve Hindistan olmuştur. ABD hariç sağlık sistemleri açısından dönem içinde genel olarak göstergeler de pozitif yönde artış gerçekleşmiştir. Türkiye nüfus, hekim ve yatak sayısı bağlamında yine sağlık göstergelerinde olduğu gibi orta sıralarda; nüfus artış hızına göre ikinci sıra da yer almaktadır. Göstergeler doğrultusunda ortaya konan veriler durum belirtilerek S2 sorusuna cevap bulunmuştur.

Yıllar içinde gerçekleşen ekonomik göstergeler açısından sıralamaya ve sağlık göstergeleri dağılımına benzer şekilde aynı ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar önceki dönemlere kıyasla görece artmıştır. G20 ülkeleri dönem ortalamaları bakımından sağlık harcamalarının artması dolayısıyla diğer etkinlik göstergelerinde de istisnaların olması haricinde genel itibarıyla pozitif değişimin olduğu bir yönelim gerçekleşmiştir. Türkiye kişi başına GSYH ve sağlık harcamaları, sağlık harcamaları GSYH payı diğer G20 ülkelerinin ortalamasının altında; GSYH büyüme hızına göre sıralama da üçüncü sıra da yer almaktadır. Göstergeler doğrultusunda ortaya konan veriler durum belirtilerek S3 sorusuna cevap bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen ülkeler ve kapsam dolayısıyla zaman aralıkları, nominal değerler itibarıyla ve diğer değişkenler sabit tutularak eşit değerde değerlendirme yapıldığı için genelleme yapılmasını kısıtlamaktadır. Farklı sağlık sistemi modelleri uygulayıcıları veya aynı sağlık sistemi modelleri uygulayıcıları olsalar da tüm G20 üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları ve bu sağlık harcamalarının GSYH'deki paylarının farklılık göstermesi ve artması sağlık göstergeleri ile sağlık sistemlerinin başarı ve verimlilikleri ile birebir bir ilişki içinde olmadığı görülmektedir. Ekonomik olarak etkinlik seviyesinin ne miktarda sağlığa yansıtıldığının ortaya konulması ile sağlık hizmetleri kalitesinin artması ve refah düzeyi artması arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması hedefiyle toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları göstergeleri seçilmiştir.

Genel olarak ülkelerin ekonomik gelişmişliklerinin bir yansıması olarak Türkiye'de sağlık ile ilgili etkinlik çıktıları ve sağlığa ayrılan finansman G20 ülkelere göre düşük görünmesine rağmen sağlık hizmetleri ve bir anlamda o ülkenin ekonomik gelişmişliğini de yansıtmasının sonucu iyi durum da olduğu; elde edilen başarıların devamlılığının sağlanması ve

hala kat edilmesi gereken yol olduğu değerlendirilebilir. Anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı, beklenen yaşam süresi, doğurganlık oranı açısından Bismarck Sistemi'ni uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre göreceli olarak durumun daha iyi olduğu Türkiye'nin ekonomik açıdan göstergelerine dayanarak sağlık harcamalarının düşük seviye de olmasına dönem içinde gerçekleşen gelişmenin dikkate alınması ile model değişikliği boyutunda bir farklılığın gerekmediği görülmektedir. Bulgular doğrultusunda genel değerlendirme ile S4, S5, S6 ve S7 sorularına cevap bulunmuştur.

Sağlık göstergeleri kapsamında sağlık hizmetinde ve çıktılarında iyileşmenin devamı veya istenen daha iyi sonuçların alınabilmesini için sağlık politikalarını oluştururken veya sağlık reformlarını gerçekleştirirken sağlığın bir devlet politikası olmasının gerekliliği unutulmamalıdır. Türkiye sağlıkta mevcut durumu ve kaynakları ile tıbbi çıkarımlar yapmak ve vatandaşlarının ihtiyaçlarına cevap vermek noktasında büyük oranda yeterlidir. Uluslararası karşılaştırma ve daha iyi göstergelere sahip oldukları için Almanya, Avustralya, Fransa, İtalya, Japonya gibi ülkeler sağlık sistemi ve ekonomisi açısından detaylı olarak incelemeler/araştırmalar yürütülmelidir. Sağlık harcamalarıyla ilişkili faktörlerin bilgisi, ileride sağlık politikalarıyla ilgili atılacak adımlarda ülkenin ekonomik gelişimi ve ilişkili sağlık etkinlik çıktılarındaki gelişme; sağlık hizmetlerinde yapılan karşılaştırmalı analizler ile hem daha kaliteli hem daha etkin duruma gelebilmesine katkı sağlayan sağlık politikalarının koyduğu hedeflere ulaşmasına yardımcı olmaktadır.

Bulgular ve sonuçlar kapsamında sağlık sisteminin yönetimi, kalitesi ve finansmanı bakımından revize edilmesi için şu öneriler ortaya konulmuştur. Hizmetin ve sistemin iyi yönetilmesi, hizmet kalitesi, global standartların takibi, hizmet teknolojileri yeniliklerinin doğru şekilde yürütülmesi için bakanlık-kurumlar/kuruluşlar-hasta arasında üç taraflı entegrasyona dayalı bilgi sistemi kurulmalıdır. Sağlık göstergeleri kapsamında sağlık hizmetindeki sorunların giderilmesi ve kalite bakımından istenen sonuçların alınabilmesini öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleşen değişimin başarı oranını düşürmemek için reformların devam ettirilmesi gereklidir. Sağlık göstergeleri kapsamında düşük kalite ile hizmet sunumu yapan kurumların/kuruluşların kaliteyi artırmaya yönelik teşvik politikaları uygulamalıdır. Anne ve bebek ölüm oranının azaltılması için hamile kadınlar ve ailelere yönelik sağlık eğitim programı uygulanması, standartlara göre ihtiyaç duyulan ekipman ve insan kaynağının sağlanması amacıyla ücretleri ve bütçedeki payı artırılması gerekliliğini sağlamalıdır. Sağlık hizmetleri maliyetlerinin yükselmemesi veya maliyetlerin kontrolü amacıyla gerekirse devlet destekleri ile yerli ve milli teknolojinin üretebilir duruma getirilmesi, maliyet etkililik ve maliyet fayda analizleri ile etkinliğe/verimliliğe yönelik çalışmalar yürütülmesi sağlanmalıdır.

Kaynakça

- Ateş, M. (2011). *Sağlık sistemleri*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Barnighausen, T., ve Sauerborn, R. (2002). One hundred and eighteen years of the german health insurance system: are there any lessons for middle and low income countries?. *Social Science & Medicine*, 54(1), 1559-1587.
- Burazeri, G. ve Kragelj, L. Z. (2013). *Health: systems–lifestyle–policies*. Lage: Jacobs Publishing Company.
- Çelebi, A. K., ve Cura, S. (2013). Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri: karşılaştırmalı bir analiz. *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.
- Daştan, İ., ve Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Dürrü, Z. (2012) *OECD üyesi AB ülkelerinin sağlık ekonomisi yönünden karşılaştırılması*. (Yüksek lisans tezi), Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.

- Freeman, R., ve Frisina, L. (2010). Health care systems and the problem of classification. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1-2), 163-178.
- Hsiao, W. C. (2003). *What is a health system? why should we care?*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Karagan, E. (2008). *Bazı Avrupa Birliği ülke sağlık sistemleri ile Türk sağlık sisteminin karşılaştırılması*. (Yüksek lisans tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karaman, S. (2019). *Avrupa Birliği üyesi ülkelerin sağlık sistemleri ile Türk sağlık sisteminin karşılaştırılması: Türkiye- Almanya örneği*. (Yüksek lisans tezi), Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- Korkmaz, C., Biçer, M., Uzcan, D. ve Zurnacı, M. (2015). *Dünya'da sağlık hizmetlerinin finansman politikaları*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Lkhagvaa, U. (2019). *OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması*. (Yüksek lisans tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Loş, N. (2016). *Sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırmalı analizi: OECD ülkeleri ve Türkiye örneği*. (Yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Mendi, B. (2016). *Sağlık bilişimi ve güncel uygulamalar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Roemer, M. I. (1989). National health systems as market interventions. *Journal of Public Health Policy*, 10(1), 62-77.
- Roemer, M. I. (1993). National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14, 335-353.
- Sezer, C., Elezi, O. ve Durmuş, A. (2018). *Satisfaction perception in private health care services: a case study*. 5. Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Araştırmaları Konferansı Özet Kitabı, 89-94.
- Sezer, C., ve Karadeniz, G. (2018). Hastane olgusuna atfedilen metaforik ve açık anlamlar üzerinden sağlık hizmeti algısının belirlenmesi ve analizi. *Reforma International Economic Journal*, 4(80), 45-58.
- TMSF. <https://www.tmsf.org.tr/tr/Tmsf/Info/g20.ulkeler> (Erişim Tarihi: 05.09.2019).
- Ünsal, A. (2016). *Avrupa birliği ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri ve sağlık göstergelerinin karşılaştırmalı analizi*. (Yüksek lisans tezi), Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilecik.
- Wallace, L. S. (2013). A view of health care around the world. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 84.
- WHO. https://www.who.int/gho/health_financing/en/ (Erişim Tarihi: 05.09.2019).
- World Health Organization. (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes: who's framework for action*.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*.
- Yıldız, N. (2017). *G20 gelişimi, yapısı, politikaları, sosyal boyutu ve L20*. Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları.
- Yılmaz, S. (2012). *Türkiye'de sağlık harcamalarının ekonomik analizi ve OECD ülkeleriyle karşılaştırılması*. (Yüksek lisans tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

ETİK ve BİLİMSEL İLKELER SORUMLULUK BEYANI

Bu çalışmanın tüm hazırlanma süreçlerinde etik kurallara ve bilimsel atıf gösterme ilkelerine riayet edildiğini yazar(lar) beyan eder. Aksi bir durumun tespiti halinde Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi'nin hiçbir sorumluluğu olmayıp, tüm sorumluluk makale yazarlarına aittir. Yazarlar etik kurul izni gerektiren çalışmalarda, izinle ilgili bilgileri (kurul adı, tarih ve sayı no) yöntem bölümünde ve ayrıca burada belirtmişlerdir.

Kurul adı: Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Tarih: 09.10.2019

No: 2019-10/04

ARAŞTIRMACILARIN MAKALEYE KATKI ORANI BEYANI

1. yazar katkı oranı : %70

2. yazar katkı oranı : %30