

## SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YOKSUNLUK GÖSTERGELERİ AÇISINDAN TÜRKİYE VE SEÇİLMİŞ OECD ÜLKELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI\*

### THE COMPARISON OF TURKEY AND SOME SELECTED OECD COUNTRIES IN TERMS OF HEALTH CARE DEPRIVATION INDICATORS

Zeynep Merve DİNLER<sup>1</sup>

Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT<sup>2</sup>

#### ÖZ

Bir ülkenin sağlık hizmetlerinden yoksunluk düzeyi, o ülkenin sağlık hizmetlerindeki gelişmişlik düzeyini gösteren önemli parametrelerden biridir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergelerinin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulgular kritik önem taşımaktadır. Bu bağlamda çalışmada Türkiye'nin sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergeleri seçilmiş OECD ülkeleriyle karşılaştırılarak incelenmiştir. Amaç Türkiye'nin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı zorlukları ve ilerleme potansiyelini diğer ülkeler ile karşılaştırarak ortaya koymaktır. Çalışmada (i) cepten yapılan sağlık harcamaları, (ii) sağlık harcamaları nedeniyle hizmetlere erişememe, (iii) hastane sayısı, (iv) doktor sayısı ve (v) yatak sayısını gösterge olarak kullanılmıştır. TOPSIS yönteminden yararlanarak ülkelerin sağlık hizmetlerinden yoksun kalma düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, OECD ülkeleri arasında sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergelerinde farklılıklar bulunmaktadır. Doktor ve yatak sayılarında değişiklikler olmakla birlikte Birleşik Krallık sıralamada en iyi ülke olduğu tespit edildi. Ayrıca Türkiye ve Meksika'nın sıralamada konumunun olumsuz yönde geliştiği gözlemlenmiştir. Ülkelerin kullandıkları finansman yöntemlerindeki farklılıklar ve yoksunluk göstergelerindeki azalma dikkate alındığında, politika yapıcılara mevcut farkındalığı artırmak için önemli görevler düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yoksunluk, Sağlık Hizmetlerinde Yoksunluk, OECD Ülkeleri.

**JEL Sınıflandırma Kodları:** I39, I19, O50.

#### ABSTRACT


A country's level of deprivation of health services is one of the critical parameters that show the level of development in that country's health services. Therefore, the findings obtained by comparing indicators of deprivation of health services are of critical importance. In this respect, in the study, the deprivation indicators of healthcare services in Turkey are compared and examined with selected OECD countries. The aim is to reveal Turkey's difficulties in accessing health services and its potential for progress by comparing it with other countries. In the study, (i) out-of-pocket health expenses, (ii) inability to access services due to health expenses, (iii) number of hospitals, (iv) number of doctors and (v) number of beds are used as indicators. Using the TOPSIS method, countries' levels of deprivation of health services are compared. According to the study results, there are differences in indicators of lack of health services among OECD countries. Although there are changes in the number of doctors and beds, the United Kingdom is found to be the best country in the ranking. Additionally, it is observed that the positions of Turkey and Mexico in the rankings have developed negatively. Considering the differences in the financing methods countries use and the decrease in deprivation indicators, policymakers must increase the current awareness.

**Keywords:** Deprivation, Deprivation in Healthcare Services, OECD Countries.

**JEL Classification Codes:** I39, I19, O50.

\* Bu çalışma Mahmut AKBOLAT danışmanlığında Zeynep Merve DİNLER tarafından hazırlanan ve 21.04.2020 tarihinde savunulan "Katastrofik Sağlık Harcaması ve Sağlık Hizmetlerinde Yoksunlaştırıcı Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanarak hazırlanmıştır.

<sup>1</sup>  Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, zeynepmervedinler@gmail.com

<sup>2</sup>  Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr

## EXTENDED SUMMARY

### Purpose and Scope:

Despite being a developing country, Turkey has made significant advancements in healthcare services in recent years. However, OECD member countries generally hold a more developed status in healthcare services. Access to healthcare is usually easier in these countries, with lower rates of healthcare deprivation. Nevertheless, it is essential to acknowledge that each country exhibits its variations. For instance, even in an OECD member country, certain social groups might face disadvantages in accessing healthcare. Therefore, comparing indicators of healthcare deprivation between countries has become crucial. Research studies that differentiate countries based on their healthcare system's financial indicators and select country representatives can be valuable in revealing the current state of healthcare services and providing comprehensive and realistic information. This article aims to compare Turkey's healthcare deprivation indicators with selected OECD countries, thus shedding light on the challenges and potential for progress in this area. This comparison could serve as an important roadmap in the development of Turkey's healthcare policies and the improvement of healthcare access.

### Design/methodology/approach:

The research data from various countries was obtained from the World Bank, OECD, and Turkish Statistical Institute (TÜİK) databases in February 2023. The variables to be examined in the research are defined as follows: Out-of-Pocket Health Expenditure, Inability to Access Services Due to Out-of-Pocket Health Expenditure, Availability of an Adequate Number of Hospitals in the Region, Availability of Hospitals with Adequate Number of Clinics and Beds, and Availability of an Adequate Number of Healthcare Personnel, with a total of five subheadings. The TOPSIS method was utilized for comparing OECD countries. This method is an econometric technique that facilitates the selection of the best alternative among various options. Different countries were chosen based on their financial systems. The selected countries for the OECD comparison were the United Kingdom with a tax-based financing system, Germany with social insurance premiums, Canada with a National Health Insurance system, Mexico with widespread out-of-pocket payments, the United States with a mixed system, and Turkey. This research aim to shed light on the challenges and potential for progress in the healthcare sector by comparing Turkey's healthcare deprivation indicators with selected OECD countries. This comparison, using the TOPSIS method, will provide valuable insights for developing healthcare policies and the enhancing healthcare access in Turkey.

### Findings:

Makale When the selected OECD countries were compared over the years, it was found that the highest healthcare expenditures were made by the United States and Mexico. Upon examining the periods, it was observed that healthcare expenditures in the United Kingdom and Turkey varied, showing both increases and decreases, while Canada, Mexico, and the United Kingdom experienced significant increases. In terms of the number of hospitals, it was found that Mexico had the highest increase over the periods, in contrast the United States witnessed a decrease in the number of hospitals in the last three periods. Analyzing the number of physicians, it was observed that Canada had the lowest number of physicians, but all selected countries experienced an increase in the number of physicians over the period. Regarding the number of hospital beds, the United Kingdom, Germany, and Canada showed a decrease over the period, while Turkey demonstrated an increase. According to the TOPSIS results, among the selected six OECD countries, the United Kingdom was identified as the best country in terms of healthcare deprivation indicators in 2010, while the United States ranked as the worst choices. In 2020, the best and worst alternatives remained unchanged, but there were changes in the rankings of other choices. The model was statistically significant for the selected years among the six countries. Overall, this research provides valuable insights into the healthcare sector and healthcare deprivation indicators in the selected OECD countries, offering important information for policy development and improvement of healthcare services in these nations.

### Conclusion and Discussion:

It has been determined that Turkey is the second-best country in terms of healthcare deprivation indicators, and this situation has remained relatively stable over the examined years. This can be attributed to the healthcare reforms and development plans implemented in Turkey, such as the Health Transformation Program and development plans. Therefore, compared to countries like the United States and Germany, it is believed that Turkish physicians excel in diagnosing and treating complex cases due to the quantity and quality of healthcare professionals. This aspect ensures that individuals are not deprived of healthcare services provided by physicians. However, the absence of a referral system negatively impacts the situation despite the abundance of healthcare professionals. The lack of a referral system leads to longer waiting times for patients who skip the primary care level and directly go to university hospitals, depriving individuals of timely access to physicians. In this study, Turkey's healthcare deprivation indicators were evaluated by comparing them with selected OECD countries. The analysis results emphasize the need for improvements in Turkey's healthcare policies and a greater effort to enhance access to healthcare services. This study provides an important roadmap to guide policymakers in addressing healthcare access issues and reducing inequalities in Turkey's healthcare system. Reducing healthcare inequalities and ensuring access to quality healthcare services for all citizens will make Turkey's healthcare system more equitable and inclusive. Therefore, policymakers should use the findings of this study to review and improve healthcare policies.

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü yoksulluğu pek çok hastalık ve ölümün önde gelen nedeni olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2022). 1820’li yıllarda ilk defa gündeme gelen “yoksulluğun sağlık üzerinde çok ciddi etkileri olduğu” düşüncesi, daha sonraki yıllarda yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda bilimsel çalışma ile kanıtlanmıştır (Ortiz-Teran vd., 2019; Heard-Garris vd., 2021). Dünyada yoksulluk nedeniyle her gün 22.000’e yakın çocuk hayatını kaybederken 2020 yılı itibariyle, yaklaşık 812 milyon kişi halen temiz su kaynaklarına, 875 milyon kişi ise temel sağlık hizmetlerine erişememektedir (WHO, 2022). Türkiye’de temel sağlık hizmetlerine erişememe oranı 2020 yılınca 1.5 milyon olarak kayıt edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2020).

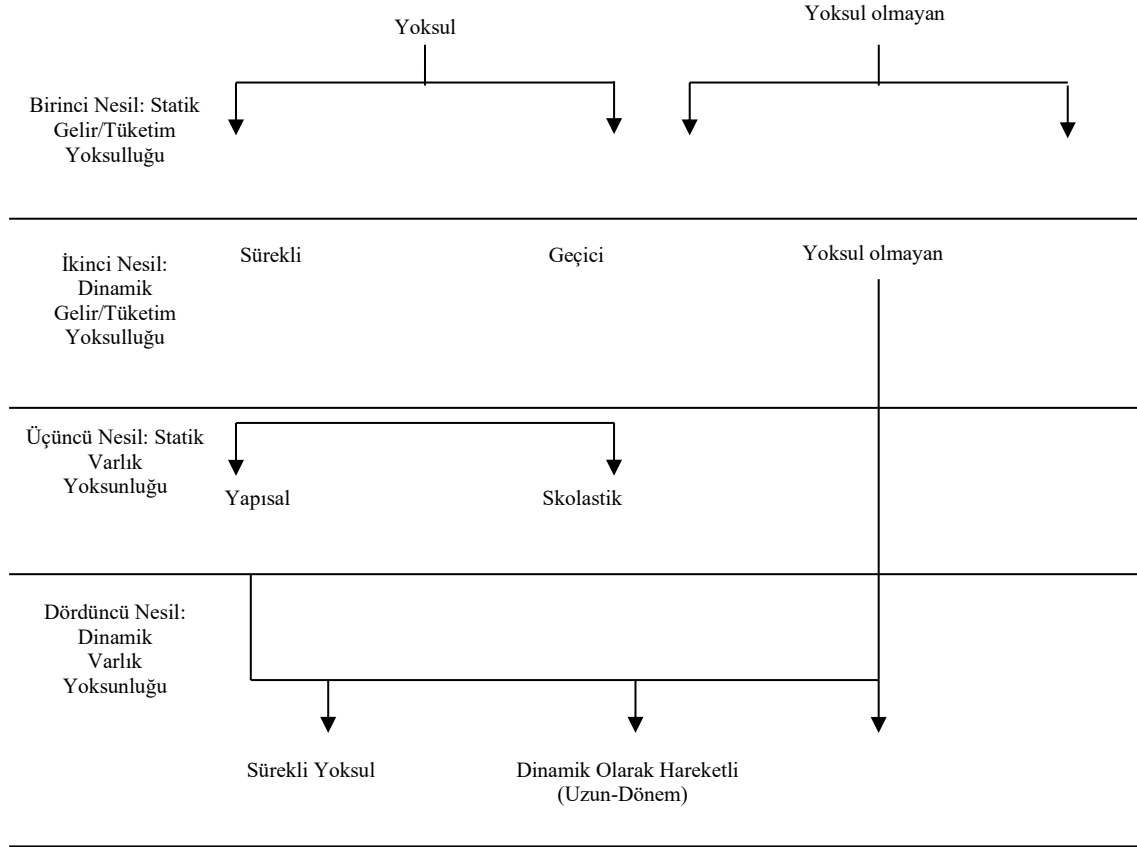
2020 verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık yarısı, 3,4 milyar insan günlük 5,5 doların altında bir gelir ile geçinmek zorundadır (Yoksulluk Göstergeleri, 2020). Yoksulluk, ülkelerin içinde bulunduğu ekonomik koşullarda giderek artan bir sorundur. 2010 yılında yapılan bir çalışmada, ABD’de nüfusun % 15,1’inin, Avrupa Birliği’nde ise % 16,4’ünün yoksulluk sınırının altında yaşadığı tespit edilmiştir (Boyer vd., 2014, s. 286). Türkiye’de ise bu oran %21.4 olarak kayıt edilmiştir (TÜİK, 2020). 2050 yılına gelindiğinde yoksulluk nedeniyle sağlık hizmetlerinden mahrum kalma oranının %80 veya daha fazla oranda artacağı uzmanlar tarafından düşünülmektedir (Cabrera-Barona vd., 2016, s. 2; Burke ve Jones, 2019, s. 93).

Türkiye, gelişmekte olan bir ülke olmasına rağmen son yıllarda sağlık hizmetlerine erişim noktasında önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Ancak hala bazı zorluklarla karşı karşıyadır. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan insanlar, sağlık hizmetlerine ulaşmada daha fazla zorlukla karşılaşmaktadır. Ayrıca, gelir düzeyi düşük olan bireyler ve sosyal yardıma ihtiyaç duyan gruplar da sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadır (WHO, 2020). Bazı OECD üyesi ülkeler ise sağlık hizmetleri konusunda genellikle daha iyi durumdadır. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim genellikle daha kolaydır ve sağlık hizmetlerinden yoksunluk oranları daha düşüktür. Bununla birlikte, her ülkenin kendi içinde bir takım farklılıklar gösterdiği unutulmamalıdır. Örneğin, daha iyi durumdaki bir OECD üyesi ülkede bile bazı sosyal gruplar sağlık hizmetlerine erişim konusunda dezavantajlı olabilmektedir (Han vd., 2020).

Günümüzde gelişmiş ülkeler, daha fazla emek yoğun teknoloji içeren ve maliyetleri yüksek mallar için ucuz bir işgücü piyasası aramaktadır. Komşu ülkelerden daha fazla yatırım çekmek için ücretler üzerindeki baskılar artmaktadır (Burke ve Jones, 2019, s. 92). Bu durum ise sendikasız ve sigortasız düşük ücretle çalışma talebini artırmanın yanı sıra kadın ve çocuk işçi sayısını da etkilemektedir. Düşük ücretlerle ve yoğun mesailerle çalışma sonucunda hane halkı yoksullaşmakta ve insanların sağlık gibi temel hizmetlerden yoksun kalmasına neden olmaktadır (Rambaree, 2011, s. 196). Çünkü yoksul kişilerin tedaviye ulaşımı sınırlıdır. Tedavi masraflarını ödemekte güçlük çekmelerinin yanı sıra tedaviye uyum sağlamaları veya aldıkları bakımın devamlılığını sağlamaları da oldukça zordur (Boyer vd., 2014, s. 286).

Yoksulluk olgusunun 21. yüzyıla kadar olan değişimi Şekil 1’de verilmektedir. Şekil incelendiğinde: Toplumların ilk önce gelire göre yoksul ve yoksul olmayanlar olarak sınıflandırıldığı daha sonra ikinci nesilde bu sınıflandırmanın yeterli olmadığı yoksullarında kendi içerisinde gelirlerine veyahut aile yapılarına bağlı olarak geçici ve sürekli yoksullar olarak sınıflandırıldığı görülmektedir. Üçüncü nesile gelindiğinde ise yoksulluktan ziyade yoksunluğun öne çıktığı görülmektedir. Buna göre; bir hanenin yaşam kalitesi, varlıklarının stoku için hesaplanan yoksulluk sınırının üzerinde bulunmakla birlikte; elde ettiği gelir standart yoksulluk sınırının altındaysa bu hane stokastik olarak yoksun kabul edilmektedir. Bu yoksunluk hane yapısına göre değişebileceği gibi uzun süre sabit kalarak haneleri yoksulluğa sürükleyebilir.

Şekil 1. Yoksulluğun Değişimi



Kaynak: (Burke ve Jones, 2019).

1980'lerin ortalarından itibaren sağlık araştırmalarında ve planlamasında ülkelerin yoksunluk düzeylerini belirlemek için yaygın olarak Çoklu Yoksulluk Endeksi (IMD) gibi coğrafi yoksunluk endeksleri kullanılmaktadır. Ancak kullanılan indekslerin farklı coğrafyalarda geçerli ve güvenilir sonuçlar vermesi kolay olmayabilir. Çünkü yoksunluğun ölçüsü kişinin bakış açısına göre şekillenmektedir. Bunun yanında kırsal alanlarda ve kentsel alanlarda ikamet eden bireylerin yaşadığı yoksunluk türleri birbirinden farklıdır (Burke ve Jones, 2019, s. 93). Bununla birlikte yoksunluk türlerini yaşam yılı ile ilişkilendiren çalışmalarda mevcuttur. Örneğin, Japonya veya İsveç'te doğup büyüyen bir kişinin 80 yıldan fazla yaşaması beklenir; Bu rakam Brezilya'da 72 yıl; Hindistan'da 63 yıl ve bazı Afrika ülkelerinde 50 yıldan daha az olarak ölçülmüştür (Marmot vd., 2008, s. 1660). Daha az yaşam yılı olan ülkelerdeki insanlar yüksek hastalık seviyelerine ve erken ölüm oranlarına sahip olabilirler. Öte yandan, kısa bir yaşam yılı, düşük bir gelir düzeyi ile sınırlı değildir. Kişinin yaşadığı bölge ne olursa olsun, tüm gelir düzeylerinde sağlık ve hastalık bireylerin yoksullaşmasına sebep olabilir (Marmot vd., 2008, s. 1661).

Bölgesel ve ülkesel farklılıkların yaşam şeklini etkilediği bu durum bireylerin sağlığını ve sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir. Diğer taraftan, ülkelerin sahip olduğu yoksulluk oranlarını kırsal-kentsel farklılıkları ölçmek her zaman kolay değildir (Gilthorpe ve Wilson, 2003, s. 2056). Çünkü insanların sahip olduğu yoksulluk koşulları değişim göstermektedir. Bu nedenle, sosyal koşullara ve sağlık üzerindeki etkilerine odaklanmak, toplum sağlığı düzeyini arttırmak için umut verici bir alan oluşturmaktadır (Vaucher vd., 2012, s. 1).

Diğer taraftan ülkede halkın yoksul olması sağlık hizmetlerine erişimin önünde olumsuz bir etken değildir. Bu konu üzerine yapılan çalışmalar göstermiştir ki bireyler yoksulluk sınırı altında kalsalar dahi eğer temel hizmetlere erişim sağlayabiliyorlarsa sağlıkta yoksunluk durumlarında, kayda değer iyileşmeler olabilmektedir (Dünya Bankası, 1990 s.84; Chowdhury vd., 2013, s.1734). Bu durumda yoksulluk ve yoksunluk kavramlarının birbirinden farklı olduğunu göstermektedir.

Sağlık düzeyinin bir toplumda iyi olması; demografik, eğitim ve ekonomi faktörler, üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Mi vd., 2018). Bu nedenle ülkelerin sağlık düzeyi çeşitli sağlık göstergeleri ile belirlenerek ülkeler arası bir karşılaştırılmanın yapılması gerekmektedir (Yar vd., 2019, s.285). Bu konuda OECD ülkeleri önemli bir sonuç verebilir. Çünkü OECD ülkeleri dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve 2010 yılında 6,5 trilyon dolara yakın sağlık harcamalarıyla tüm dünya sağlık harcamalarının %84'ünü kapsamaktadır (WHO, 2022). OECD üyesi ülkelerin 1980-2012 yılları arası kişi başına sağlık harcamaları incelendiğinde, tüm üye ülkelerin harcamalarının önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015, s.126). Cepten yapılan sağlık harcamaları, özellikle yoksul insanlar için önemlidir. Çünkü bu tür harcamaların yapılabilmesi, insanların hastalıklara çare bulmak için hastanelere başvurma fırsatı vermektedir (Marmot vd., 2008, s.1661). İngiltere gibi gelir düzeyi iyi olan toplumlarda, sağlığın da iyi olması beklenmektedir. Buna karşılık Meksika gibi ülkelerde kamu sağlık harcamalarındaki artışın yanı sıra cepten yapılan sağlık harcamalarının da artması, haneleri en temel ihtiyaçlarını karşılamakta zor duruma soktuğu için bireyleri yoksullaştırmakta ve sonuç olarak sağlık hizmetlerinden mahrum bırakmaktadır (Çinaroğlu ve Şahin, 2016, s.74).

Teoride, kamu tesislerinde verilen hizmetler, tüm nüfusu mali olarak korumayı amaçlar. Ancak uygulamada, hastalar, özellikle ilaç ve tanı hizmetleri için halk sağlığı tesislerinde verilen hizmetler için ödeme yapmaktadır (Htet vd., 2015, s.420). Bu durum yoksul insanları derinden etkilemektedir. Ulusal Sağlık Derneği (NHA), Arakan'da 2009-2010 yıllarında yapılan incelemelerde tüm sağlık harcamalarının %44,6'sını ilaç ve sarf malzemelerinin oluşturduğunu, ilaç ve sarf malzemelerine yapılan harcamaların ise cepten sağlık harcamalarının %53,7'sine denk geldiğini göstermektedir. NHA'nın bu raporuna göre 2009-2010 yıllarında ayakta teşhis ve tedavi harcamaları için yapılan ödemeler, hane halkı sağlık harcamalarının %32,4'ünü oluşturmaktadır (Htet vd., 2015, s.422). Diğer taraftan ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemi modellerinin farklı olması hanelerin cepten yaptığı sağlık harcamalarını değiştirmektedir. Örneğin; kurucusu Birleşik Krallık olan Beveridge modelinde sağlık hizmetlerine erişim ücretsizdir (Tatar, 2011, s.111). Buna karşılık Almanya'da geliştirilen Bismarck modelinde bulunan sigorta sistemi de vatandaşın tümünü kapsamaya çalışmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015, s.107). Beveridge ve Bismarck modelini benimseyen ülkelerde cepten harcamaların az olduğu ve bu durumun sağlık hizmetlerinden yoksun birey sayısını azalttığı yapılan incelemelerde ortaya konulmuştur (Sims, 2006, s.135; Charlton vd., 2013, s. 216).

Türkiye'de; sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve yüksek sağlık ödemelerine karşı halk mali koruma sağlamak için genel sağlık sigortası uygulanmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015, s.107). Dolayısıyla Türkiye'deki sağlık finansmanının temel amacı, finansal açıdan oluşabilecek engelleri ortadan kaldırarak tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlamak için yeterli, sürdürülebilir ve adil kaynak oluşturmak oluşturulan kaynakları verimli bir şekilde kullanmak ve kaynak oluştururken halkın fakirleşmesini engellemektir (Yaşar, 2010, s.31).

Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal olması bu alanda tam rekabet piyasa şartlarından uzakta bir dengenin oluşmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla hükümetlerin çoğu, sağlık sistemine müdahale etmekte ve çeşitli düzenlemelerle bu sektörü kontrol altında tutmaya çalışmaktadırlar. OECD ülkeleri arasında 2020 yılında sağlık harcamalarına kamu katkısının en yüksek olduğu ülke Norveç (%85,5) iken Türkiye %78,0'lik oran ile OECD (35) ortalamasının (%72) üzerindedir (Organisation for Economic Co-Operation and Development [OECD], 2020). Bunun nedeni, bireylerin sağlık hizmetine ulaşabilecek hekim hastane veya hastane yatağına rahat ulaşım sağlamasından kaynaklıdır. Böylelikle bireyler sağlık hizmetlerinden yoksun kalmamaktadır.

Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetlerinden yoksun kalma göstergelerinin ülkeler arası karşılaştırmalar yoluyla belirlenmesinin önemli bir konu haline geldiği söylenebilir. Karşılaştırmaları yaparken sağlık sistemi finansal göstergeleri açısından ülkeleri ayırarak ve ülke temsilcisi seçerek yapılan araştırmalar, hem sağlık hizmetleri bağlamındaki mevcut durumu ortaya koymak hem de daha kapsamlı ve gerçekçi bilgiler sunmak açısından faydalı olacaktır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergelerini seçilmiş OECD ülkeleriyle karşılaştırarak Türkiye'nin bu alanda yaşadığı zorlukları ve ilerleme potansiyelini ortaya koymaktır. Bu karşılaştırma, Türkiye'nin sağlık politikalarının geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi için



önemli bir yol haritası sunabilir. 2020 yılına kadar verileri tamam olan farklı finansman sistemine sahip OECD ülkeleri seçilmiştir. Bu bağlamda en iyi alternatif ülkenin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

## 2.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma kapsamındaki ülkelerin verileri Şubat 2023'de Dünya Bankası, OECD ve TÜİK veri tabanlarından elde edilmiştir. Araştırma kapsamında incelenecek değişkenler şu şekilde tanımlanmaktadır;

*Cepten Yapılan Sağlık Harcaması*; ilaçlar, tıbbi malzemeler, hekim tedavisi ve hastaneye yatış ücreti gibi sağlıkla ilgili yapılan harcamalardır. Bu harcamalar ile bireyler sağlık hizmeti ile ilgili hizmet sunuculara doğrudan ödeme yapar ve ödeme yapan bireylere hiçbir şekilde bu harcamalar geri ödenmez (Şantaş ve Şantaş, 2013, s.236).

*Cepten Yapılan Sağlık Harcaması Nedeniyle Hizmete Ulaşamama*; Sağlık harcamalarının mali tutarı nedeni ile hizmetten yoksun kalan nüfusu ifade etmektedir. Bu nüfusa dahil olan kişiler bir sağlık kuruluşuna başvurmadan hastalıkları tedavi etmeye çalışırlar veya hastalık acil duruma gelene kadar sağlık hizmeti talebini ertelemektedirler (OECD, 2020).

*Bölgedeki Hastane Sayısı*; Bireyin sağlık hizmeti almak için başvuracağı en yakın sağlık kuruluşu, bu kapsamda OECD verilerine göre bölgede bir milyon kişiye düşen hastane sayısı alınmıştır (OECD, 2020).

*Bölgedeki Hastanenin Sahip Olduğu Klinik ve Yatak Sayısı*; Bireyin yatarak tedavi görmesi gerektiği durumlarda Hastanede yer alan klinik ve yatak sayısı, bu kapsamda OECD verilerine göre sadece yüz bin kişiye düşen yatak sayısı alınmıştır (OECD, 2020).

*Bölgedeki sağlık personelinin sayısı*; Hasta olan bireyin tedavisi için uygun teknik ve donanıma sahip sağlık personelinin varlığı, bu kapsamda OECD verilerine göre sadece bin kişiye düşen hekim sayısı alınmıştır (OECD, 2020). Kullanılan değişkenlere ilişkin açıklama tablo 1'de gösterilmektedir.

**Tablo 1.** Değişkenlerin Açıklaması

	Değişken	Kaynak	Periyot
Sağlık Harcaması	Cepten Yapılan Sağlık Harcaması	Dünya Bankası	2004-2020
	Bölgedeki Sağlık Personeli Sayısı	OECD	2004-2020
Sağlık Hizmetlerinde Yoksunluk	Bölgedeki Hastane Sayısı	OECD, TÜİK	2004-2020
	Bölgedeki Yatak Sayısı	OECD	2004-2020
	Cepten Yapılan Sağlık Harcaması Nedeniyle Hizmete Ulaşamama	OECD	2004-2020

## 2.3. Veri Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntem

OECD ülkelerinin karşılaştırılmasında kullanılan TOPSIS yöntemi, alternatifler arasından en iyisinin seçilmesine sağlayan ekonometrik bir tekniktir. TOPSIS yöntemi için altı aşama gereklidir (Özdemir, 2015).

1. *Aşama karar matrisinin belirlenmesi*: Pek çok farklı kriteri barındıran alternatifler bir araya gelerek karar matrisini oluşturulur.

2. *Aşama Normalize matrisinin elde edilmesi*: Her karar matrisinin karesi alınır. Daha sonra her sütundaki değerler ayrı ayrı toplanır. Her sütunun genel toplamının karekökü alınarak elde edilen matristir. Her ülkeye karşılık gelen sağlık hizmetlerinde yoksunluk göstergelerinin kareleri alınır. Daha sonra tüm sütuna ait göstergelerin kareleri toplanmaktadır. Bu toplamın karekökü alınmaktadır. Bu işlemler sütun sütun ayrı yapılmakla birlikte, ilk adımdaki karar matrisinde yer alan her bir değer, bulunan karekök değerine bölünmektedir.

Normalize Matrisinin Elde Edilmesi

$$R_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m x^2}} \quad (1)$$

3. *Aşama Ağırlaştırılmış normalize matrisinin elde edilmesi*: Bunun için oran yöntemi, eşit ağırlık veya uzman görüşüne göre ağırlık belirlenir. Daha sonra normalize matrisindeki her bir sütun bu değer ile çarpılır. Ağırlıklandırılmış normalize matrisinin elde edilebilmesi için öncelikle her bir kriterin ağırlık değeri belirlenmelidir. Bu ağırlık değeri belirlenirken pek çok farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu çalışmada ise

sonuçların güvenilir çıkması açısından eşit ağırlık yöntemi kullanılmıştır. Eşit ağırlık yönteminde toplamları bir olacak şekilde her bir kritere eşit ağırlık değeri verilir. Buna göre araştırmada beş kriter olduğu için her bir kritere 0,2 ağırlık değeri verilmiştir.

Ağırlıklandırılmış normalize matrisi hesaplanırken ağırlık değeri olarak hesaplanan her bir değer  $w_{ij}$  olarak adlandırılır, daha sonra normalize matrisinin sütunlarında yer alan değerler, her bir kritere ait ağırlık kriteri ile çarpılır. Aşağıda yer alan formül ile ağırlıklandırılmış normalize matrisi elde edilir.

Ağırlıklandırılmış Normalize Matrisi

$$V_{ij} = w_{ij} \cdot a_{ij} \quad (2)$$

4. *Aşama İdeal ve Negatif ideal çözüm değerlerinin belirlenmesi*: Ağırlıklandırılmış normalize matrisin her bir sütunundaki en yüksek ve en düşük değerler seçilir.

5. *Aşama İdeal ve Negatif ideal uzaklık değerlerinin belirlenmesi*: Bu aşamada, her bir değer negatif ideal ya da ideal olarak belirlenen değerden tek tek çıkarılıp her bir alternatif için toplandıktan sonra karekökünün alınmasını ifade eder. Uzaklık değerleri belirlenirken 3. Adımda elde edilen ağırlıklandırılmış normalize matris değerlerinden faydalanılarak elde edilir.  $S_i^+$  değeri hesaplanırken ağırlıklandırılmış normalize matrisindeki değerlerden ideal çözüm değeri çıkarılır. Her bir ülke için kriterlerin toplamının karekökü alınarak ideal çözüm değeri hesaplanmış olur, aynı işlemler negatif ideal çözüm değeri için tekrarlanır.

İdeal Uzaklık

$$S_i^+ = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^+)^2} \quad (3)$$

Formül 4: Negatif İdeal Uzaklık

$$S_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^-)^2} \quad (4)$$

6. *Aşama Görelî Yakınlık hesaplama ve Karar*: Son aşamada ise bulunan her bir negatif ideal çözüm değeri, ideal çözüm değeri ile toplanarak negatif ideal çözüme bölünür. Bulunan değerler büyükten küçüğe doğru sıralandığında en yüksek değeri veren alternatif en iyi alternatif olarak adlandırılmaktadır (TOPSIS Eğitimi, 2020). Yukarıda sözel bir şekilde anlatılan aşamaların bulgularda formüller ile birlikte açıklamalı örneği mevcuttur. Görelî yakınlık değerleri hesaplanırken negatif ideal uzaklık değerinin ideal uzaklık değeri ile toplanarak negatif ideal uzaklık değerine bölünmesi ile elde edilir. Elde edilen sonuçlar büyükten küçüğe doğru sıralandığında birinci sırada yer alan sonuç TOPSIS uygulamasına göre verilerin en ideal seçimini ifade etmektedir.

Görelî Yakınlık

$$C_i^+ = \frac{S_i^-}{S_i^- + S_i^+} \quad (5)$$

Analizler Microsoft Excel paket programından yararlanılarak gerçekleştirilmiştir.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması

Seçilmiş OECD ülkelerinin yıllara göre karşılaştırılması yapıldığında en yüksek harcamayı Amerika ve Meksika'nın yaptığı tespit edilmiştir. Dönemler itibariyle incelendiğinde ise İngiltere ve Türkiye'de sağlık harcamaları artıp azalma noktasında değişkenlik gösterirken Kanada, Meksika ve İngiltere'de kayda değer artışların olduğu tespit edilmiştir.

Hastane sayısı incelendiğinde dönemler itibariyle en yüksek artışın Meksika'da olduğu, Amerika'da ise son üç dönemde hastane sayılarında azalma olduğu tespit edilmiştir.

Hekim sayıları incelendiğinde en az hekim sayısının Kanada'da olduğu, ancak seçilen tüm ülkelerde dönemler itibari ile hekim sayılarında artış olduğu tespit edilmiştir.

Yatak sayıları incelendiğinde İngiltere Almanya ve Kanada'da dönemler itibariyle yatak sayılarında azalma, Türkiye'de ise dönemler itibariyle yatak sayısında artış olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 2. OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması**

	İngiltere		Almanya		Amerika		Kanada		Meksika		Türkiye	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sağlık Harcaması</b>												
2004	138.302	-	210.342	-	2.519.345	-	130.913	-	720.435	-	50.299	-
2008	176.280	+27	291.328	+38	2.574.121	+23	170.321	+31	840.527	+21	80.540	+60
2012	170.971	-3	297.962	+2	2.619.643	+14	192.125	+13	896.110	+6	70.287	-12
2016	195.518	+13	352.114	+18	3.139.497	+19	223.480	+16	1.117.857	+24	112.540	+60
2020	257.563	+31	431.875	+22	3.937.330	+25	285.548	+27	1.458.007	+30	233.062	+108
<b>Hastane Sayısı</b>												
2004	1.221	-	3.460	-	5.760	-	734	-	4.110	-	1.217	-
2008	1.432	+17	3.322	-4	5.815	+0,9	724	-1	4.379	+6	1.350	+10
2012	1.568	+9	3.229	-2,7	5.723	-1,5	720	-0,5	4.421	+1	1.483	+9
2016	1.922	+22	3.100	-4	5.534	-3	722	+0,2	4.474	+1	1.510	+2
2020	1.921	+0.05	3.006	-3	6.090	-10	702	-2	4.909	+9	1.534	-1
<b>Hekim Sayısı</b>												
2004	139.194	-	278.444	-	700.287	-	65.301	-	172.771	-	97.110	-
2008	158.597	+13	290.723	+4	740.867	+5	71.990	+10	216.021	+25	113.151	+16
2012	236.230	+49	457.091	+57	784.633	+5	83.629	+16	247.662	+14	129.772	+14
2016	237.237	+0,4	494.137	+8	835.937	+6	94.643	+13	286.675	+15	144.827	+11
2020	267.275	+12	534.653	+8	908.024	+8	107.852	+12	304.258	+6	171.259	+18
<b>Yatak Sayısı</b>												
2004	231.399	-	707.806	-	955.885	-	109.868	-	180.623	-	166.707	-
2008	205.976	-10	674.720	-4	951.045	-0,5	94.801	-13	180.953	+0,1	183.183	+9
2012	178.841	-13	670.443	-0.5	920.829	-0,3	96.710	+2	164.873	-8	200.072	+9
2016	168.934	-5	663.941	-1	894.574	-3	93.715	-3	169.337	+3	217.771	+8
2020	162.723	+3	650.167	-2	919.559	+2	96.849	+3	126.440	-25	251.182	+15

### 3.2. TOPSİS Uygulaması ile OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması

Bu bölümde, belirlenen OECD ülkelerinin karar matrisi 1: 2010 ve karar matrisi 2: 2020 yıllarındaki değerlerine TOPSİS uygulanarak aradaki değişim karşılaştırılmıştır. OECD'nin resmi web sitesinde sağlık hizmetlerinde yoksunluk göstergesi bağlamında en son 2020 yılını kapsayan verilere yer verildiği için 2010 ve 2020 verileri üzerinden analiz gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2.1. Karar Matrisin (A) Oluşturulması

Karar matrisinin satırlarında birbiriyle karşılaştırılacak olan OECD ülkeleri, (altı adet ülke) sütunlarda sağlık hizmetlerinde yoksunluğu ölçmede kullanacak olan değerler (beş adet değer) yer almaktadır. Her yılın verisi ayrı ayrı verilmiştir. Karar matrisi (6x5) boyutludur.



**Şekil 2.** Karar Matrisi

$$\begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & a_{13} & a_{14} & a_{15} \\ a_{21} & a_{22} & a_{23} & a_{24} & a_{25} \\ a_{31} & a_{32} & a_{33} & a_{34} & a_{35} \\ a_{41} & a_{42} & a_{43} & a_{44} & a_{45} \\ a_{51} & a_{52} & a_{53} & a_{54} & a_{55} \\ a_{61} & a_{62} & a_{63} & a_{64} & a_{65} \end{bmatrix}$$

Oluşturulan karar matrisinin sütunların da İngiltere, Almanya, Amerika, Kanada, Meksika ve Türkiye olmak üzere 6 tane ülke yer almaktadır. Bu ülkelerin seçilmesinin nedeni finansman sistemlerinin farklı olmasıdır. Karar matrisinin satırlarında ise sağlık hizmeti yoksunluk göstergelerinden olan hane sağlık harcaması, Ülkelerin sağlık harcaması nedeni ile hizmete ulaşamama yüzdesi, bin kişiye düşen hekim, bir milyon kişiye düşen hastane sayısı ve on bin kişiye düşen yatak sayısı yer almaktadır.

Tablo 3 ve Tablo 4’de yer alan veriler de hane halkı sağlık harcaması en fazla Amerika da ortaya çıkmaktadır. 2010’dan 2020’ye her ülkenin sağlık harcaması artarken en az artış ise Meksika da olmuştur. Bu duruma bağlı olarak sağlık hizmetlerine ulaşamama durumu en yüksek Amerika da görülürken 2010’dan 2020’ye hizmete ulaşamama durumunda iyileşmelerin olduğu görülmektedir.

Tablo 3 ve 4’de verilen bin kişiye düşen hekim sayısının 2010 yılında 3.71 ile en yüksek oran Almanya’dadır. 2020 yılında 4.47 ile en yüksek oran Almanya da iken diğer ülkelerinde oranları 2010 yılına göre yükselmiştir. Yine aynı şekilde oran olarak bir milyon kişiye düşen hastane sayısı en yüksek Almanya iken 2020 yılında 2010 yılına göre İngiltere hariç diğer ülkelerin bir milyon kişiye düşen hastane oranları azalmıştır.

Bin kişiye düşen yatak sayısı 2010 ve 2020 yıllarında en fazla sahip olan ülke İngiltere’dir. Yıllar itibariyle her ülkenin yatak sayısında artış gözlemlenmiştir.

**Tablo 3.** Karar Matrisi 1

Ülkeler	Kriterler				
	Hane Sağlık Harcaması (\$)	Sağlık harcaması nedeni ile hizmete ulaşamama (%)	Hekim Sayısı (1000 kişiye düşen)	Hastane Sayısı (1 milyon kişiye düşen)	Yatak Sayısı (10.000 kişiye düşen)
İngiltere	281,10	3,00	2,65	27	7270
Almanya	614,3	9,7	3,71	40,83	1830
Amerika	969,2	21,9	2,43	18,06	6430
Kanada	630,9	5,30	2,28	21,29	6160
Meksika	423,3	10,7	2	38,99	3820
Türkiye	142,3	3,2	1,69	19,69	2660

**Tablo 4.** Karar Matrisi 2

Ülkeler	Kriterler				
	Hane Sağlık Harcaması (\$)	Sağlık harcaması nedeni ile hizmete ulaşamama (%)	Hekim Sayısı (1000 kişiye düşen)	Hastane Sayısı (1 milyon kişiye düşen)	Yatak Sayısı (10.000 kişiye düşen)
İngiltere	762,5	2,60	3,03	28,64	7029
Almanya	812,2	3,7	4,47	36,15	1734
Amerika	1205	16,5	2,64	18,55	5902
Kanada	742,4	5,90	2,73	18,49	5650
Meksika	452,4	7,5	2,41	38,41	3601
Türkiye	223,6	3,9	2,08	18,40	2932

### 3.2.2. OECD Ülkelerinin Karşılaştırma Sonucu

Tablo 4 ve 5’de TOPSIS uygulaması sonucu verilmektedir. Bu sonuca göre seçilen altı OECD ülkesi içerisinde 2010 yılında sağlık hizmetlerinde yoksunluk göstergesi açısından en iyi ülkenin İngiltere olduğu ve en kötü alternatif seçiminin ise Amerika olduğu tespit edilmiştir. Yılın değişmesi ile 2020 yılında en iyi ve en kötü alternatifler değişmezken diğer alternatiflerin sırasında değişimler gözlemlenmiştir. Seçilen yıllar itibariyle altı ülke içinde model istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Tablo 5.** Ülkelerin 2010 Yılı Göreli Yakınlık Sonuçları

Ülkeler (2010)	$S_i^-$	$S_i^- + S_i^+$	SONUÇ(Cİ+)	Sıralama
İngiltere	0,19504	0,250281546	0,77928247	1
Almanya	0,137529	0,257713269	0,53365162	5
Amerika	0,077142	0,274876595	0,28064274	6
Kanada	0,149987	0,252493285	0,59402223	3
Meksika	0,131744	0,236069132	0,55807318	4
Türkiye	0,181481	0,296111976	0,61288084	2

**Tablo 5.** Ülkelerin 2020 Yılı Göreli Yakınlık Sonuçları

Ülkeler (2020)	$S_i^-$	$S_i^- + S_i^+$	SONUÇ(Cİ+)	Sıralama
İngiltere	0,176512594	0,251939807	0,700614152	1
Almanya	0,158641835	0,268618848	0,590583409	2
Amerika	0,071911952	0,263343603	0,273072712	6
Kanada	0,135590343	0,237541793	0,570806261	4
Meksika	0,138309087	0,235805271	0,586539419	5
Türkiye	0,16533507	0,277829828	0,595094743	3

## 4. TARTIŞMA

OECD ülkeleri arasında sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergelerinde farklılıklar bulunmaktadır. Yapılan incelemeler sonucunda Türkiye'nin sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergeleri, seçilmiş OECD ülkeleriyle karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Bu karşılaştırma; hekim ve yatak sayılarında değişimler olmasına rağmen en iyi sistemlerden olan birinci sıradaki Birleşik Krallık ile son sıradaki Amerika'nın incelenen ülkeler arasındaki yerinin değişmediği tespit edilmiştir. Bu durum Türkiye'nin sağlık sistemindeki zorlukları ve ilerleme potansiyelini anlamak için önemli bir perspektif sunmaktadır.

İncelemeler sonucunda Birleşik Krallık sağlık hizmetlerinde yoksunluk göstergeleri açısından en iyi ülke olarak tespit edilmiştir. Üstelik bu durum incelenen yıllar arasında değişmediği saptanmıştır. Burada UK Sağlık bakanlığının belirlemiş olduğu sağlık politikaları etkili olabilir. Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığının uyguladığı sistem kapsamında birey acil durum haricinde birinci basamak sağlık hizmetleri almadan doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri alamazlar (Yıldırım ve Yıldırım, 2015, s.286). Bu durum diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında sağlık harcamalarını azaltmakta ve hastane, hekim, yatak sayılarının verimli kullanılmasını sağlamaktadır (Dünya Bankası, 2021).

Bir diğer bulgu ise sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergeleri açısından en iyi ikinci ülkenin Türkiye olduğu ve bu durumun incelenen yıllar içerisinde çok fazla değişmediği tespit edilmiştir. Burada Türkiye'nin sağlık noktasında yapmış olduğu uygulamalar kaynak olabilir. Bu uygulamalara örnek olarak sağlıkta dönüşüm programı ve kalkınma planları örnek verilebilir (Sağlık Araştırmaları, 2021). Bu yüzden Türkiye'deki hekimler, Amerika ve Almanya gibi ülkelerdeki hekimler ile karşılaştırıldığında; Türkiye'deki hekimlerin tanı koyma ve tedavi yetisinin, diğer ülkelerdeki hekimlere göre daha iyi olduğunu düşünülmemektedir (Şantaş ve Şantaş, 2013). Bu durumda sağlık hizmetlerinde yoksunluk noktasında bireyleri sağlık hizmeti sunan hekimlerden mahrum bırakmamaktadır. Ancak nicelik açısından iyi olan durumu sevk sisteminin olmaması kötü etkilemektedir. Birinci basamakta çözülecek bir problem iki basamak birden atlayarak üçüncü basamak sağlık hizmetlerine gelen hastalar nedeniyle bekleme süreleri artmakta, hekime ulaşma noktasında bireyleri yoksun bırakmaktadır (Ruhadam, 2020).

Sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergeleri açısından en kötü ülkenin Amerika olduğu ve bu durumunda incelenen yıllar içerisinde değişmediği tespit edilmiştir. Rice ve diğerlerine göre Amerika sağlık sistemi, yetersiz fonlamadan dolayı yerel düzeydeki kaynaklar yetersizdir (Rice vd., 2013, s. 221). Bununla birlikte Amerika'daki sağlık sisteminin etkisiz ve verimsiz olması hastanın sağlık talebi ile sağlık harcamaları arasında bir farka neden olmaktadır (Vigo vd., 2019, s. e89). Bu fark en çok birinci basamak sağlık hizmetlerinde bir problem olarak ortaya çıkarken bu durumdan en çok etkilenen insanlar ise birinci basamak sağlık hizmetini kullanmayı talep eden yoksullardır. Çünkü yoksullar acil sağlık hizmetleri için birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurarak ertelemek zorunda kalmaktadır (Rice vd., 2013, s.230). Amerika da ki sağlık sisteminin yapısından kaynaklı Amerikalılar birinci basamak sağlık hizmetlerinden dahi yoksun kalmaktadırlar. Bu durumda bireyleri kötü etkilemektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre Meksika sağlık hizmetlerinde yoksunluk göstergeleri Türkiye'nin tersine yıllar itibari ile olumsuz etkilenmiştir. Araştırmalar Amerika sağlık sistemi ve Meksika sağlık sistemi karşılaştırıldığında erişilebilir ve ucuz sağlık hizmeti sağladığı için birçok Amerikan vatandaşı tarafından Meksika'nın tercih edilmesi önemli bir durum olarak görmektedir (Saturk, 2020). Bir başka yönü ise Meksika halkının %3,3'ü sağlık harcamalarından kaynaklı fakirleşirken bu oran yıllar itibariyle %0,8'e gerilemiştir. Ancak sağlık hizmeti almak için bireylerin cepten harcama oranı hala %45 ile yüksek bir seviyededir ve halkın %20'si sağlık hizmetine kolay erişememektedir (Ataç ve Sur, 2020). Meksika sağlık sisteminin en önemli dezavantajı ise kalite standartlarını karşılayan kuruluş sayısının az olmasıdır (Saturk, 2020). Bu durum kontrol edilmeyen hastane ve yatak niceliği-niteliği açısından sağlık hizmeti almak isteyen bireyleri sağlık hizmetinden yoksun bırakmaktadır.

Almanya halkının sağlık hizmetlerinde yoksunluk göstergelerinin Türk halkına göre daha iyi durumda olduğu tespit edilmiştir. Almanya'daki bireylerde işsizlik oranlarının azlığı, primlerin düzenli yatırılıyor olması, teknolojik gelişmelerin sağlık sistemine hızlı adaptasyonu hekim-hastane-hastane yatağı sayılarını olumlu etkileyerek sağlıkta yoksunluk göstergelerini olumlu etkilemektedir (Rump ve Schöffski, 2016, s.65). Bu göstergelerde çok hızlı bir iyileşme olduğu ve sağlık hizmetlerinde yoksunluk açısından bireyleri olumlu etkilediği söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinde yoksunluk göstergesi açısından yıllar itibari ile Türkiye'ye göre olumsuz etkilenen bir diğer ülke Kanada'dır. Kanada yüksek gelirli bir ülke olmasına rağmen bireylerin ödeme durumuna bakılmaksızın ihtiyacı olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi temel almaktadır (Charlton vd., 2013). Kanada'yı sağlık sistemi açısından diğer ülkeler ile karşılaştığımızda RHA olarak adlandırılan bölgesel sağlık otoriteleri dikkat çekmektedir (Martin vd., 2018, s.320). Bu durum bireylerin sağlık hizmetine ulaşması önünde engel olabilir ve sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergelerini etkilemektedir.

## 5. SONUÇ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinden yoksunluk göstergelerini seçilmiş OECD ülkeleriyle karşılaştırarak Türkiye'nin bu alandaki zorluklarını ve ilerleme potansiyelini ortaya koymaktır. Analiz sonuçları, Türkiye'nin sağlık hizmetlerine erişimde bazı zorluklarla karşılaştığını ve bu alanda hala iyileştirme gerektiğini göstermiştir.

Bu araştırmanın sonucunda; OECD ülkelerine bakıldığında en yüksek sağlık harcamasını Kanada ve Amerika yapmıştır. Dönemler itibariyle bakıldığında ise Kanada, Türkiye ve Meksika'da sağlık harcamaları azalırken Amerika ve İngiltere'de sağlık harcamaları kayda değer artış göstermiştir. 2016 yılında yapılan bir çalışmada; OECD ülkeleri sağlık hizmetlerine erişimde bir sorun yaşamadığı fakat sağlık harcamaları sebebiyle yoksullaştığı tespit etmişlerdir (Arsenijevic vd., 2016). Bu sonucu kronik hastalıkların varlığı doğrudan etkilemektedir (Health Status, 2020.) Çünkü yoksul insanlar yoksul olmayanlara göre daha çok kronik hastalıklara yakalanırken kronik hastalıklara yakalananlar ise sağlık harcamalarından kaynaklı daha çok yoksullaşmaktadır.

Çalışma kapsamında hastane sayısı noktasında en çok artış İngiltere'de tespit edilirken, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise son iki dönemde kayda değer bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Hekim sayısı incelendiğinde tüm ülkelerde dönemler itibari ile hekim sayısında artış tespit edilmiştir. Dikkat çeken bir nokta ise en az hekim Türkiye'de bulunmaktadır.

İngiltere, Almanya ve Kanada'da yatak sayılarının zamanla azaldığı gözlemlenirken, Türkiye'de ise aynı dönemlerde yatak sayısında artış yaşandığı görülmektedir. Türkiye'nin sağlık alanındaki dönüşüm programı sayesinde, bireylerin kendi ceplerinden yaptığı ödemelerde belirgin bir düşüş gözlemlenmiştir. Ancak bu çalışma aynı zamanda göstermiştir ki, bölgelerde hastane, hekim ve yatak sayısı eksikliği durumunda bireyler sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk yaşamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması amacıyla arz tarafında tedbirler alınması gereklidir. Bu noktada, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde kullanılması da büyük bir önem taşımaktadır.

Araştırma kapsamında yer alan OECD ülkeleri incelendiğinde, bazı ülkelerde son zamanlarda hastane sayısının azaldığı ve bununla paralel olarak hekim sayısının arttığı gözlemlenmiştir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin varlığının ve bölge pratisyen hekimlerinin sayısının ölçülmesi önerilebilir. Yüksek cep harcamalarının rastlandığı bölgelerde, dezavantaj yaratan fiziksel koşulların tespit edilerek, bu koşulların yerel düzeydeki sağlık politikalarıyla en aza indirilmesi düşünülebilir. Türkiye'de özellikle Genel Sağlık Sigortası'nın tüm nüfusu kapsamamasının, cep harcamalarını önemli ölçüde azalttığı kabul edilirken, sağlık hizmetine gereksinim duyan ancak kolayca ulaşamayan hanelerin hala cep harcamaları yaptığı görülmektedir. Bu nedenle, hekim ve hastane eksikliği yaşanan durumlar veya birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin kapsamının halka açıklanarak eşitsiz kullanımın giderilmesi için politika yapımcıların somut adımlar atması gereklidir.

Analiz sonuçları, Türkiye'nin sağlık politikalarında iyileştirmeler yapılması gerektiğini ve sağlık hizmetlerine erişimin geliştirilmesi için daha fazla çaba sarf edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu çalışma, Türkiye'nin sağlık politikalarının geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi için önemli bir yol haritası sunmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin azaltılması ve tüm vatandaşların kaliteli sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması, Türkiye'nin sağlık sistemini daha adil ve kapsayıcı hale getirecektir. Bu amaçla, politika yapımcıların bu çalışmanın sonuçlarından faydalanarak sağlık politikalarını gözden geçirmeleri ve iyileştirmeleri önemlidir. Diğer taraftan OECD ülkeleri arasında da göstergeler açısından farkların olduğu tespit edilmiştir. Ülkelerin kullandıkları finansman yöntemlerindeki farklılıklar ve yoksunluk göstergelerindeki azalmalar olduğu göz önüne alındığında mevcut bilinçlenmenin artırılarak devam etmesi önerilebilir.

#### YAZARLARIN BEYANI

**Katkı Oranı Beyanı:** Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

**Çatışma Beyanı:** Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

#### KAYNAKÇA

- Arsenijevic, J., Pavlova, M., Rechel, B. ve Groot, W. (2016). Catastrophic health care expenditure among older people with chronic diseases in 15 European countries. *PLoS ONE*, *11*(7), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157765>
- Ataç, Ö., ve Sur, H. (2020). *Meksika sağlık sistemi*. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/543/Saglik-sistemleri-3-Meksika.aspx> adresinden 5 Nisan 2020 tarihinde alınmıştır.
- Boyer, L., Baumstarck, K., Iordanova, T., Fernandez, J., Jean, P. ve Auquier, P. (2014). A poverty-related quality of life questionnaire can help to detect health inequalities in emergency departments. *Journal of Clinical Epidemiology*, *67*(3), 285–295. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.021>
- Burke, A. ve Jones, A. (2019). The development of an index of rural deprivation: A case study of Norfolk, England. *Social Science and Medicine*, *227*(January 2018), 93–103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.019>
- Cabrera-Barona, P., Wei, C. ve Hagenlocher, M. (2016). Multiscale evaluation of an urban deprivation index: Implications for quality of life and healthcare accessibility planning. *Applied Geography*, *70*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2016.02.009>
- Charlton, J., Rudisill, C., Bhattarai, N. ve Gulliford, M. (2013). Impact of deprivation on occurrence, outcomes and health care costs of people with multiple morbidity. *Journal of Health Services Research and Policy*, *18*(4), 215–223. <https://doi.org/10.1177/1355819613493772>
- Chowdhury, A. M. R., Bhuiya, A., Chowdhury, M. E., Rasheed, S., Hussain, Z. ve Chen, L. C. (2013). The Bangladesh paradox: Exceptional health achievement despite economic poverty. *The Lancet*, *382*(9906), 1734–1745. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62148-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62148-0)

- Çınaroğlu, S. ve Şahin, B. (2016). Katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 73–86.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye ' nin sağlık sistemleri , sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması comparing health systems health expenditures and health. *SGD- Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104–134.
- Dünya B. (2020, Ocak). *Health systems: Improving performance*. [https://www.who.int/healthsystems/PR\\_HSS\\_OECD\\_final.pdf](https://www.who.int/healthsystems/PR_HSS_OECD_final.pdf)
- Gilthorpe, M. S. ve Wilson, R. C. (2003). Rural/urban differences in the association between deprivation and healthcare utilisation. *Social Science and Medicine*, 57(11), 2055–2063. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00071-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00071-6)
- Han, J., Meyer, B. ve Sullivan, J. (2020). *Income and poverty in the covid-19 pandemic*. <https://doi.org/10.3386/w27729>
- Health Status. (2020). *Sağlık göstergeleri*. [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) adresinden 23 Ekim 2020 tarihinde alınmıştır.
- Heard-Garris, N., Boyd, R., Kan, K., Perez-Cardona, L., Heard, N. J. ve Johnson, T. J. (2021). Structuring poverty: how racism shapes child poverty and child and adolescent health. *Academic Pediatrics*, 21(8), S108–S116. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.05.026>
- Htet, S., Fan, V., Alam, K. ve Mahal, A. (2015). Financial risks from ill health in myanmar: Evidence and policy implications. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(4), 418–428. <https://doi.org/10.1177/1010539514558332>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. ve Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B. ve Marchildon, G. P. (2018). Canada's universal health-care system: achieving its potential. *The Lancet*, 391(10131), 1718–1735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
- Mi, H., Fan, X., Lu, B., Cai, L. ve Piggott, J. (2018). Preparing for population ageing: Estimating the cost of formal aged care in China. *Journal of the Economics of Ageing*, 100183. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2018.12.002>
- OECD. (2020). *Health expenditure*. [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) adresinden 21 Şubat 2023 tarihinde alınmıştır.
- Ortiz-Teran, E., Ortiz, T., Turrero, A. ve Lopez-Pascual, J. (2019). Neural implications of investment banking experience in decision-making under risk and ambiguity. *Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics*, 12(1), 34–44. <https://doi.org/10.1037/npe0000100>
- Özdemir, D. (2020, Ocak) *Topsis eğitimi*. <http://www.udemy.com.tr/>
- Rambaree, K. (2011). Kronik yoksulluğun ortadan kaldırılması niçin zordur? *Uluslararası Yoksullukla Mücadele Stratejileri Sempozyumu. İstanbul*.
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L., Barnes, A., Saltman, R. ve Van Ginneken, E. (2013). United state of america: health system review. *European Observatory on Health Systems and Policies*.



- Ruhadam, D. (2020). *Türk sağlık sistemi*. <https://twitter.com/DrRuhadam/status/1247641504199385089>
- Rump, A. ve Schöffski, O. (2016). The German and Japanese health care systems: An international comparison using an input–output model. *Public Health*, 141, 63–73. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.06.023>
- Şantaş, F. ve Şantaş G. (2013). Cepten ve katastrofik sağlık harcaması: Türkiye’de 2002-2017 döneminin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9).
- Sağlık Araştırmaları. (2020). *Türkiye sağlık araştırmaları verileri*. [http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf)
- Saturk. (2020). *Meksika sağlık sistemi*. <http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/meksika.pdf>
- Sims, A. (2006). *Deprivation and health: social inequality and equity of access to healthcare services*. Hallam University.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının türkiye’de gelişimi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103–113.
- TÜİK. (2020). *Türkiye verileri*. <https://www.tük.gov.tr> adresinden 22 Eylül 2022 tarihinde alınmıştır.
- Vaucher, P., Bischoff, T., Diserens, E. A., Herzig, L., Meystre-Agustoni, G., Panese, F., Favrat, B., Sass, C. ve Bodenmann, P. (2012). Detecting and measuring deprivation in primary care: Development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: The DiPCare-Q. *BMJ Open*, 2(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000692>
- Vigo, D. V, Kestel, D., Pendakur, K., Thornicroft, G., ve Atun, R. (2019). Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: Cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *The Lancet Public Health*, 4(2), e89–e96. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30203-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30203-2)
- WHO. (2020). Health and poverty. <https://www.who.int/> adresinden 18 Ocak 2022 tarihinde alınmıştır.
- WHO. (2022). *Health systems: Improving performance*. [https://www.who.int/healthsystems/PR\\_HSS\\_OECD\\_final.pdf](https://www.who.int/healthsystems/PR_HSS_OECD_final.pdf)
- Yar, C. E., Çulha, E. D. ve Atilla, A. E. (2019). Sağlık Sistemi kapasite göstergeleri ile ekonomik büyüme ilişkisi üzerine ekonometrik bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 281–304.
- Yaşar, G. (2010). Sağlık finansmanını değerlendirme ölçütleri. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 31–43.
- Yıldırım, H. ve Yıldırım, T. (2015). *Avrupa birliği’ne üyelik sürecinde türkiye sağlık sektörü araştırmaları*. (2. Baskı). Absam yayınları.
- Yılmaz, F. ve Yılmaz, B. (2017). Validity and reliability of turkish version of deprivation in primary care questionnaire (dipcare-q). *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(2), 79–79. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.317738>
- Yoksulluk Göstergeleri. (2020). [www.seffaflik.org](http://www.seffaflik.org) adresinden 1 Şubat 2022 tarihinde alınmıştır.