T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE İLE OECD ÜLKELERİNİN SEÇİLMİŞ SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLE ANALİZİ

YASİN KISAÇ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr.Öğr.Üye. PAKİZE YİĞİT

İSTANBUL-2019

İTHAF

Bu tezi, hiçbir fedakârlığı benden esirgemeyen ve her kararımda yanımda olan Sena HANAĞASI'na ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Üniversite hayatım boyunca bana yol gösteren, tezimin danışmanı olan, bilgi ve tecrübesi ile rehber olmakla kalmayıp birlikte çalıştığımız süre boyunca göstermiş olduğu hoşgörü ve sabrından dolayı değerli hocam Dr.Öğr.Üye. Pakize YİĞİT'e,

Bana olan inançları sayesinde hiçbir fedakârlığı benden esirgemeyen ve hayatım boyunca aldığım her kararda yanımda olup destekleriyle arkamda duran aileme,

Çalışmam boyunca beni yüreklendiren ve destekleyen Sena HANAĞASI, Özlem KARACANOĞLU, Delal DEĞİRMENCİLER ve Barış CAN'a,

Son olarak da tez çalışmamda emeği geçen herkese teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

TEZ ONAYI ..... **i**
BEYAN ..... **ii**
İTHAF ..... **iii**
TEŞEKKÜR ..... **iv**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **vii**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **viii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **ix**
1. ÖZET **1**
2. ABSTRACT **2**
3. GİRİŞVE AMAÇ **3**
4. GENEL BİLGİLER **5**
4.1. Sağlık Kavramı 5
4.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı 6
4.2.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri 7
4.2.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması 8
4.2.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri 10
4.2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri 11
4.2.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri 12
4.3. Sağlık Ekonomisi Kavramı 13
4.4. Sağlık Piyasasının Özellikleri ve İşleyişi 18
4.4.1. Sağlık piyasasında arz 19
4.4.2. Sağlık piyasasında talep 20
4.4.3. Sağlık piyasasında denge sorunsalı ve piyasa başarısızlığı 21
4.5. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi 22
4.5.1. Dünya'da gelişimi 22
4.5.2. Türkiye'de gelişimi 24
4.6. Sağlık Sistemleri 25
4.7. Sağlık Harcamaları Kavramı 26
4.8. Türkiye'de Sağlık Harcamaları 27
4.8.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları 27

4.8.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları 27
4.8.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Harcamaları 31
4.8.1.3. Üniversitelerin sağlık harcamaları 34
4.9. Türkiye'de Sağlık Politikalarının Gelişimi 36
4.9.1. 1923-1946 yılları sağlık politikaları 36
4.9.2. 1946-1960 yılları sağlık politikaları 36
4.9.3. 1960-1980 yılları sağlık politikaları 37
4.9.4. 1980-2002 yılları sağlık politikaları 38
4.9.5. 2003 yılı sonrası sağlık politikaları: Türkiye'de Sağlıkta .....
Dönüşüm Programı 38
4.10. Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi 40
5. MATERYAL VE YÖNTEM 42
5.1. Araştırmanın Amacı 42
5.2. Araştırmanın Sorusu 42
5.3. Araştırmanın Önemi 43
5.4. Araştırmanın Değişkenleri 43
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 44
5.6. Veri Toplama Araçları 45
5.7. Araştırmanın Yöntemi ve Analizi 46
6. BULGULAR. ..... .47
6.1. Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla 48
6.2. Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması 50
6.3. Bebek Ölüm Hızı 52
6.4. Kadınlara Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL) 54
6.5. Erkeklerde Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL) 56
6.6. Kadınlarda Doğumda Beklenen Yaşam Süresi 58
6.7. Erkeklerde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi 60
6.8. Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı(PPP) 62
6.9. Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki İlaç Harcama Oranı 64
6.10. Bin (1000) Kişiye Düşen Yatak Sayısı 66
6.11. Bin (1000) Kişiye Düşen Hemşire Sayısı 68
6.12. Bin (1000) Kişiye Düşen Doktor Sayısı 70

6.13. 65 Yaşında Kadınlarda Doğumda Yaşam Beklentisi 72
6.14. 65 Yaşında Erkeklerde Doğumda Yaşam Beklentisi 74
6.15. Kaba Ölüm Hızı 76
6.16. Çok Boyutlu Ölçekleme Bulgular 77
7. TARTIŞMA VE SONUÇ 85
8. KAYNAKÇA 90
9. ÖZGEÇMİŞ 97

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
TSK	Türk Silahlı Kuvvetleri
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DB	Dünya Bankası
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
BAĞ-KUR	Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
ES	Emekli Sandığı
TTK	Türk Ticaret Kanunu
GSS	Genel Sağlık Sigortası
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
PYLL	Potansiyel Kaybedilen Yaşam Yılı
PPP	Satın Alma Gücü Paritesi
KOH	Kaba Ölüm Hızı
ÇBÖ	Çok Boyutlu Ölçekleme
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
ABD	Amerika Birleşik Devletleri

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Sağlık ekonomisinin kapsamı ……....15
Şekil 4.2. Sağlık hizmeti üretim sürecinde kullanılan girdiler …….....17
Şekil 4.3. Sağlık girdi ve çıktıları …….....22
Şekil 4.4 Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı ...……..34
Şekil 6.1 Kişi Başına Düşen GSYH ……...48
Şekil 6.2 Kişi başına düşen sağlık harcaması……...50
Şekil 6.3 Bebek ölüm oranı……...52
Şekil 6.4 Kadınlarda kaybedilen Potansiyel yaşam yılı (PYLL)……54
Şekil 6.5 Erkeklerde kaybedilen Potansiyel yaşam yılı (PYLL)……56
Şekil 6.6 Erkeklerde doğumda beklenen yaşam süresi……...58
Şekil 6.7 Kadınlarda doğumda beklenen yaşam süresi……...60
Şekil 6.8 Toplam sağlık harcaması içerisindeki kamu harcamasının oranı (PPP)…..62
Şekil 6.9 Toplam sağlık harcaması içerisindeki ilaç harcama oranı……...64
Şekil 6.10 Bin (1000) kişiye düşen yatak sayısı…….66
Şekil 6.11 Bin (1000) kişiye düşen hemşire sayısı…….68
Şekil 6.12 Bin (1000) kişiye düşen doktor sayısı……...70
Şekil 6.13 Kadınlarda doğumda yaşam beklentisi……..72
Şekil 6.14 Erkeklerde doğumda yaşam beklentisi……..74
Şekil 6.15 Kaba ölüm hızı……...76
Şekil 6.16 2003 Yılında ülkelerin iki boyutlu gösterimi ……78
Şekil 6.17 2017 Yılında ülkelerin iki boyutlu gösterimi ……78

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlar hizmet sunumu için ayrılan finansman (milyon TL) …….....29
Tablo 4.2. 2017-2018 yılı Sağlık Bakanlığı Merkezi Yönetim Bütçesi Ödenek Karşılaştırma tablosu, (milyon TL) ……30
Tablo 4.3. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların 2019 yılı merkezi yönetim bütçesi, (milyon TL) ……31
Tablo 4.5. Sosyal güvenlik kurumu sağlık harcamaları (milyon TL) ……35
Tablo 4.6. Sağlık hizmet Sunucusu Türüne Göre SGK Ortalama Maliyet Değişim …….....35
Tablo 4.7. Stres değeri ve uyumluluk arasındaki ilişki ……..41
Tablo 5.1. Seçilmiş sağlık göstergeleri ve ÇBÖ analizinde kullanılma durumu ……43
Tablo 5.2. ÇBÖ analizinde Kullanılan Ülkeler …..……45
Tablo 5.3 Bulgularda Kullanılan Kısaltmalar Listesi ……46
Tablo 6.1. Grafiklerde Kullanılan Renklendirme ……..47
Tablo 6.2. Ülkelerin 2003 yılı İki Boyutlu Koordinat Değerleri ……..79
Tablo 6.3. Ülkelerin 2017 yılı İki Boyutlu Koordinat Değerleri ……...81
Tablo 6.4. 2003 Yılı Farklılıklar Matrisi ……...83
Tablo 6.5. 2017 Yılı Farklılıklar Matrisi ……...84

1. ÖZET

TÜRKİYE İLE OECD ÜLKELERİNİN SEÇİLMİŞ SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLE ANALİZİ

Ülkelerin sağlık sistemleri ve özellikleri, sağlığı etkileyen en önemli faktörler olarak bilinmektedir. Sağlık göstergeleri, sağlık durumunu ve sağlık sistemi performansının ölçülmesi ve ülkeler arasında sağlık durumu ve sağlık performansları hakkında karşılaştırma yapılmasıdır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de 2003'de başlayan sağlıkta dönüşüm programıyla meydana gelen değişimleri OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak incelemektir. Bu nedenle, SDP'nin başladığı 2003 yılı ve 2017 yılı için seçilmiş sağlık göstergeleri ile karşılaştırılmıştır. Çalışmada 2003 ve 2017 yıllarında bebek ölüm hızı, 1000 kişiye düşen yatak sayısı, 1000 kişiye düşen doktor sayısı, 1000 kişiye düşen hemşire sayısı göstergelerinde Türkiye OECD ülke ortalamasının altında kalmıştır. Değişimi çok değişkenli olarak değerlendirebilmek için çok boyutlu ölçekleme analizi yapılmıştır. 2003 ve 2017 yılı model verileri %92,375 & %92,881 oranında açıklamaktadır. Çok boyutlu ölçekleme analizinde 2003 yılında Türkiye (2,5328)'nin en benzer olduğu ülke Meksika (2,467)'dır. En farklı ülke ABD (-1,5518)'dir. 2017 yılında 25 OECD ülkesi ile yapılan analize göre en farklı ülkeler Türkiye (2,2651) ve Meksika (2,4174)'dır. Sağlık hizmet sunumu konusunda Türkiye, OECD ülkeleri ortalamalarına göre hemşire sayısı 1.9 iken ortalama 8.9'dur, hastane yatak sayısı 2.8 iken ortalama 4.6'dır, doktor sayısı 1.8 iken ortalama 3.3'dür. 2003 yılında %29 iken 2017 yılında %10'lara kadar düşmüştür. Son yıllarda sağlıktaki gelişmeler sonucunda bebek ölüm hızında ciddi oranda iyileşme gösterilmiş bu durum ise Türkiye için umut verici olarak düşünülmektedir. Sonuç olarak Türkiye'nin sağlık düzeyini, gelişmiş ülkeler seviyesine ulaştırmak için sağlıkta yapılan reformların devam etmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: OECD, Türkiye, Sağlık göstergeleri, Çok boyutlu ölçekleme analizi

2. ABSTRACT

ANALYSIS OF SELECTED HEALTH INDICATORS OF TURKEY AND OECD COUNTRIES

Health systems of countries and their characteristics are known as the most important factors affecting health. Health indicators include measuring health status and health system performance and comparing health status and health performances across countries. The aim of this study is to examine the changes occurring in Turkey with the Health transformation program started in 2003, in comparison with OECD countries. Therefore, the year 2003 when the HTP started and 2017 displaying the latest update of the data were compared in terms of fifteen health indicators. According to the study, Turkey remained below the OECD average in 2003 and 2017 in the indicators of the infant mortality rate, the number of beds per 1000 people, number of doctors per 1,000 people, the number of nurses per 1000 people. Multidimensional scaling analysis was performed to evaluate the variables as multivariable. The model data for 2003 and 2017 reveal 92.375% & 92.881% of the data. In the multidimensional scaling analysis in 2003, Mexico(2,467) is the country which Turkey(2,5328) is most similar to in numbers. The most difference turns out to be with USA (-1,5518). According to the analysis conducted in 2017 among 25 OECD countries the most different countries are Turkey (2,2651) and Mexico (2,4174). In health service delivery, based on the average number of the OECD countries the number of nurses in Turkey is 1.9 while the average is 8.9, the number of hospital beds is 2.8 while the average is 4.6, the number of doctors is 1.8 while the average is 3.3. The infant mortality rate of our country was observed to be significantly at a high level. While it was 29% in 2003 it decreased to 10% in 2017. In recent years, as a result of the improvements in health, a significant improvement in the infant mortality rate has been shown which is promising for our health condition. Consequently, in order to improve the level of health indicators in Turkey, by increasing the number of health professionals such as nurses, doctors and midwives the foundation of a strong health system should be established.

Key Words: OECD, Turkey, Health Indicators, MPI (Multidimensional scaling analysis)

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü [WHO], temel amacı sağlığımızı geliştirmek olan örgütlerden, kurumlardan, kaynaklardan ve insanlardan oluşan bir sağlık sistemini tanımlar. Bir sağlık sistemi; personele, fonlara, bilgilere, malzemelere, ulaştırmaya, iletişime ve genel rehberlik ve yönelime ihtiyaç duyar. Bir sağlık sistemi, insana iyi davranırken, aynı zamanda, duyarlı ve finansal olarak adil hizmetler sunmalıdır (1).

Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, sağlık çalışanlarının işe alınması, altyapı, sağlık ürünleri, lojistik, takip süreci ve etkin finansman ile ilgili temel kısıtlamaların ele alınmasını içerir. Sağlık sistemlerinde kullanılan kaynaklar ile birlikte uluslararası, coğrafi, kültürel ve demografik farklılıklar, gelir, yaşam tarzı ve alışkanlıklar, teknolojik gelişmeler ve eğitim gibi sağlık dışı faktörlerin de sağlık sistemleri üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (2).

Toplumun geleceğini etkileyen sağlık sektörü, 1960 yılından bu yana dünya çapında geniş kapsamlı çalışmalardan geçmiştir. Dünyadaki birçok ülkede sağlık sistemlerini geliştirmek için yeni uygulamalar ve sistem değişiklikleri yapılmıştır (3). Sağlık hizmetlerine erişim, hakkaniyet, hizmetlerin etkinliği, sağlık politikaları, performans vb. gibi kritik konularda tam ve zamanında veri elde edilerek sağlık sistemleri hakkında izleme ve değerlendirme yapmak mümkündür. Bu amaçla, sağlık sistemlerini değerlendirmek için binlerce gösterge kullanılabilir. Bununla birlikte, göstergelerin sayısı ve teknik çeşitliliği ve Ülkelerin sağlık sistemlerindeki farklılıklar, deneyimlerin aktarılmasını ve karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Temel sağlık göstergeleri, sağlık sistemlerinin ve sağlık harcamalarının etkililiğinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (4).

Türkiye'de sağlık sisteminin finansman ve sunumu ile SDP ile birlikte radikal değişimler olmuştur. SDP'nin temel bileşeni kaynakların verimli olarak kullanılması belirlenmiştir. Ülkemizde sağlığa ayrılan kaynakların sınırlılığı göz önüne alındığında büyük önem arz eden performans ve verimlilik çalışmaları, sağlık için ayrılan kaynakların arttığı ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte daha da önemli hale gelmiştir (5).

Avrupa ülkeleri ile birlikte bütün dünyada son yirmi yıldan bu yana gündeme gelen sağlık reformlarının gerçek amaçlarından biri de, sağlık sistemlerinin performanslarının nasıl geliştirilebileceğidir. Açık bir sistem olan sağlık sistemi ekonomi, eğitim gibi diğer sistemlerle etkileyen ve etkilenen ilişkisi içindedir (6). Sağlık göstergeleri, ülkelerin sağlık sistemlerinin değerlendirilmesinde olduğu kadar gelişmişlik seviyelerinin değerlendirilmesinde de kullanılır. Bu nedenlerle de ülkeler sağlık reformları ile hem sağlık sistemlerinin performansını hem de gelişmişlik seviyesini artırmayı hedeflerler. Ancak sağlık sistemleri üzerinde farklı sonuçlar ortaya çıkaran sağlık reformlarının performansını değerlendirmek basit değildir (7). Sağlık sistemleri değerlendirmesinde bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, doğuştan beklenen yaşam süresi, kişi başına düşen sağlık harcamaları gibi göstergelerden yararlanılmaktadır. Özellikle bebek ölüm hızı ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile ilişkilendirilir (8). Bebek ölüm hızı gelişmiş ülkelerde binde 5, gelişmekte olan ülkelerde binde 44 ve az gelişmiş ülkelerde binde 71 düzeyindedir.

Türkiye gelişmiş ülkeler seviyesine gelebilmek için 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sağlık sisteminde önemli bir değişim noktası olarak ifade edilmektedir. Literatüre bakıldığında bazı araştırmalarda SDP ile sağlık sisteminde hem finansman hem de sağlık hizmetlerinin sunumu anlamında önemli gelişmeler sağlandığı ifade edilirken, bazı çalışmalarda Türkiye'nin sağlık göstergelerinin istenilen seviyeye ulaşamadığı ifade edilmektedir. Bu anlamda özellikle ülkemizin son yıllardaki uygulanan politikalar sonucunda seçilmiş sağlık göstergeleri arasındaki ilişkisinin incelenmesi, OECD'ye üye ülkelerle kıyaslanarak ülkemizin ve diğer OECD ülkelerinin 2003 ve 2017 yıllarında gelmiş oldukları noktayı değerlendirmektir.

Planlanan bu çalışmada Türkiye ile OECD ülkelerini 2003 ve 2017 yıllarında sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık reformları ve sağlık göstergelerindeki değişimleri inceleyerek seçilmiş 9 sağlık göstergelerine göre analizlerinin gerçekleştirilmesi ve Türkiye'nin OECD ülkeleri arasındaki, ülkelerin benzerlik ve farklılıkların belirlenmesi olarak amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı pek çok yerde "hasta olmama" şeklinde hastalıkla ilgili olarak kullanılmaktadır (9). Sağlık hasta olma ve sakat kalma durumlarının olmayışını ifade etmekte olup bu nedenden ötürü de hastalık kavramının açıklanması sağlığın çok daha iyi tanımlanmasına katkı sağlayacaktır (10).

Öncelikli olarak tıbbi açıdan hastalığı tanımlamak gerekirse bedendeki farklı organların kriterlerinin belirlenebilen, nesnel çeşitli ipuçlarıyla açıklanabilen bozuk olma durumları şeklinde tanımlanabilir. İkinci olarak kişi açısından hastalığın tanımlanmasında yarar vardır. Kişi açısından hastalık öznel bir olay olup vücutta ya da ruhsal dengede alışılmadık duygular, farklılıklar ve tedirginlikleri ifade eder. Üçüncü olarak da hastalık kişinin kendini iyi hissetmesi ya da doktor tarafından hasta olduğuna yönelik tanı konulmuş kişiden yapması olası davranışlar, diğer bir ifadeyle bir nevi toplumsal roldür (9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımlamada doku ve hücrelerde oluşum ve işlev açısından alışılagelmişin dışında ortaya çıkan farklılıklar" hastalık olarak ifade edilmektedir. Tüm bu açıklamalar dikkate alındığında sağlığın birbiriyle ilişkili fiziksel, ruhsal, kültürel ve sosyal açıdan son derece kapsamlı bir kavram olduğu açık bir şekilde görülmektedir. Sağlık ve hastalığın tek kapsamlı devamlılığın karşılıklı uçları olarak ifade edilmesi doğru bir yaklaşım tarzı değildir. Fiziksel hastalık ruhsal davranış ve sosyal yardım ile dengeye getirilebilmekte iken öte yandan duygusal sorunlar fiziksel yeterliliğine karşın eksiklik hissedilmesine yol açabilir. Sağlığın bu şekilde birden çok kapsamları genellikler birbirileri üzerinde etkili olur ve dolayısıyla da sağlıklı olmak için en güçlü his bu kavramların yeterli dengeye ulaşması durumunda ve bir bütün oluşturması halinde ortaya çıkar (10).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan sağlık tanımı günümüzde genel kabul görmüş tanımdır. Buna göre sağlı sadece hasta olmama ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak iyilik halidir (9).

Yukarıdaki tanımda da ifade edildiği üzere sağlık sadece fiziki olarak iyi olma durumu olmayıp ruhsal ve toplumsal boyutları da söz konusudur. Sağlığı daha büyük bir çapta ve hayattaki sosyal, ekonomik ve siyasi bağlar ile birlikte olan bu şekildeki bir ifade esasen yeni bir bakış açısıdır (11).

Ekolojik olarak ele alındığında sağlık "kişinin bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan çevreyle uyum içerisinde" olduğu ifade edilmektedir. Bu ifadeye göre kişiyi algılayabilmek, bu bağlamda da kişinin hastalık ve sağlık durumunun belirlenebilmesi için onu çevresi ile bir bütün olarak değerlendirmek ve kişinin çevresiyle olan etkileşimini kavrayabilmek gerekir. Biyolojik, fiziksel ve toplumsal açıdan ayrılan çevre unsurları ile kişi devamlı bir etkileşim içerisinde olup bu etkileşim alanı içinde kişinin bir bütün olarak ele alınması gerekir. Bu şekilde ele almak da bütüncül bir bakış açısıdır (11).

Sağlığın önemi hayatın kendisiyle kesişmektedir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi sağlığın önemini "herhangi bir iktisadi zorunluluk kişinin sağlığını negatif yönde etkileyecek olan işlemin nedeni olamaz" şeklinde ifade etmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık vazgeçilemeyecek bir hak olup devletin koruma altına aldığı hususlar arasında yer almaktadır (11).

4.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Kişilerin ve toplumun sağlığının koruma altına alınması, hasta olduklarında gerekli olan tedavinin uygulanması, sağlıklarını tam manasıyla elde edemeyip sakat kalanlara başka kişilere ihtiyaç duymaksızın hayatlarını devam ettirebilmelerinin sağlanması, toplumun sağlık düzeyinin artırılması için uygulanan planlı çalışmaların tamamı sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır (12). Sağlık hizmetlerinin sosyal refahı artıran ve yaygın hale getiren tesirin hemen algılanması insanların tamamında ondan aynı düzeyde ve yeterli seviyede yararlanma arzusunu geliştirmiştir. Ürün ve hizmetlerden faydalananların bu olgun ve adaletli isteğinin dışında hususun yanıt arayışı içerisindeki modern toplumsal sorunları listesinin ilk sırasında yer alması sağlık hizmetlerinin ne denli önemli olduğunu göstermektedir (13).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hizmetleri "belirli sağlık kuruluşlarında farklı amaçları gerçekleştirmek ve böylelikle de kişilerin ve toplumun sağlığı için gösterilen çaba, verilen emeği her türlü koruyucu ve tedavi edici hizmetler ile gerçekleştirip ülke genelinde teşkilatlanmış bir düzen"dir. Kısaca sağlık hizmetleri her tür sağlık kurumunda hasta olanlara tanı konulup bunların tedavi edilmesi suretiyle kişilerin sahip oldukları sağlıklarını korumak için farklı türde sağlık çalışanlarının göstermiş olduğu çabaların, emeklerin ve çalışmaların tamamını ifade eder (14).

Sağlık hizmetleri "fiziksel açıdan varlığı tıp bilimi tarafından kabul edilen standartlar doğrultusunda uyum, bütünlük ve nizama sahip olup ek olarak psikiyatri dalından onaylanmış kriterler kapsamında ruhi sağlığın koruma altına alınıp tedavi ve rehabilite edilmesi, halkın toplumsal ve çevresel yaşam standartlarını artırmaya yönelik amaçları toplam kalite siyasetinin merkezinde ele alarak bunlardan bir ya da birkaçını veya hepsini gerçekleştirmek için alanında uluslararası standartlara göre eğitim almış kalifiye insan kaynaklarının elde edilen bilime dayalı tecrübe, son teknolojik her türden aletlerin kullanılarak kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum örgütlerine, yerel yönetimlere ve diğer kurumlara ait farklı fiziki kaynaklarla sunulan evrensel özelliklere sahip tüm hizmetler olarak tanımlanabilir (10).

Sağlık hizmetleri kişilerin yaşamlarına fiziksel güç ile karşı koyma gücü, neşe ve hareketli olma durumlarına etki eden bütün eylemleri kapsar. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik 01.05.1961 tarih ve 224 sayılı kanunda sağlık hizmetleri; bireyin sağlığına zararı dokunan farklı etmenlerin tesirinden korunması, hasta olanların tedavi edilmesi, fiziksel ve ruhsal açıdan yetenekleri ve hareketleri azalmış olanların araştırılması için yapılan tıbbi etmenler" şeklinde tanımlanmaktadır (15).

4.2.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Sahip olduğu özellikler bağlamında üretilen diğer ürün ve hizmetlerle aynı kategoride değerlendirilmemesi gereken sağlık hizmetlerinde belirli olmayan koşullarda tercih, simetrik olmayan bilgilenme, hasta olma ihtimalinin ve ne düzeyde yararlanılacağının önceden öngörülememesi gibi durumlar söz konusudur. Etkin sağlık hizmetinde bütünlük tam olmalı, koordinasyon da kusursuz olmalıdır. Etkin bir sağlık hizmeti üretilirken ve sunulurken dikkat edilmesi gereken bu hususlar etkin bir sağlık

hizmetinin barındırması gereken özellikleri ifade eder. Bu özelliklerden herhangi birinin olmaması toplum ve birey sağlığının üzerinde gereksinimlerin yapılamayacağını gösterir. Sağlık hizmetinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için aşağıdaki özelliklere sahip olması gerekir (10), (14), (16):

- Kolay kullanılabilirlik
- Çıktının tanımlanması ve ölçümünün zor olması
- Kalite
- Yapılan faaliyetlerin çoğunun acil ve ertelenemeyecek özellikte olması
- Süreklilik
- Yapılan işlemlerin hata ve belirsizliklere karşı toleransının düşük olması
- Verimlilik
- Sağlık hizmetleri üretim faktörlerinin kıt kaynaklardan olması

4.2.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Kolay Kullanılabilirlik

Hizmetten yararlananlar ve hizmeti sunanlar tarafından bu husus ele alınabilir. Hizmetten yararlananlar açısından değerlendirilecek olursa insanların gereksinim duyduğu mekan ve zamanda hizmetlere erişebilmesi, gereksinim duyduğu ölçüde hizmetlerden yararlanabilmesi olarak değerlendirilebilmekte iken hizmetleri sunanlar açısından ise hizmeti sunanların ihtiyaç duyduğu araç-gereç, tıbbi malzeme, ilaç, hizmet ve diğer personele rahat bir şekilde erişilebilmesini ifade eder (14).

Çıktının Tanımlanması ve Ölçümünün Zor Olması

Sağlık hizmetlerinin çıktısı birey olup her bireye ve hizmeti sunan her işletmeye göre farklılık arz etmektedir. Piyasa yahut ürün üretildiğindeki gibi üretim sırasında görme ihtimali söz konusu değildir. Örneğin üretilen otomobil, ya da herhangi bir beyaz eşyada oluşan hatalar üretim hattında fark edilebilmesine karşın herhangi bir hastalığa yakalan kişiye uygulanan tedavinin sonucu ise nitelik ve nicelik açısından belirlenememektedir (10).

Kalite

Sunulan hizmetin hem bilimsel standart ve ilkelere hem de bireyin ihtiyaçlarına göre sunulması gerekir. Sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edilebilmesi için çalışanların görevlerinde yeterli bilgi, deneyim ve donanıma sahip olması, bireysel kabul edilebilirlik, kalitenin uygun olması gibi hususların dikkate alınması gerekir (14).

Yapılan Faaliyetlerin Çoğunun Acil ve Ertelenemeyecek Özellikte Olması

Sağlık kuruluşları 7/24 kesintisiz hizmet sunulan kuruluşlardır. Sağlıksız kişiler istedikleri zaman sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Sağlık hizmeti için yapılan başvurulması yasalar ve ahlaki açıdan mümkün değildir. Hasta olanların hizmetten yararlanmasının ertelenmesi gibi bir durum da söz konusu değildir (10).

Süreklilik

Sağlık hizmetleri daha önceden ifade edildiği üzere yalnızca tedavi kapmamakta olup sağlık seviyesinin geliştirilmesi için kişi ve toplum sağlığının sürekli olarak takip edilmesini ve gerek duyulan önemlerin alınmasını da kapsamaktadır. Süreklik, sağlık hizmetlerinin bir bütün halinde olması ile mümkün olabilir. Sürekliliğin sağlanabilmesi için bireye yoğunlaşıp bakım, koordinasyon sağlayan birimler ile aynı hizmeti sunmak gerekir (14).

Yapılan İşlemlerin Hata ve Belirsizliklere Karşı Toleransının Düşük Olması

Çıktısı birey olan hizmet üretiliyor ise hizmetin her aşamasında son derece dikkatli olunması gerekir. Bu açıdan denemi ihtimali söz konusu olmayıp her bir aşama ilk yapıldığında her daim hatasız olarak yapılmalıdır. Üretim sektöründe yönetim kararlarının hatalı olması üretimde kayba ve maddi açıdan ciddi zararlara yol açmakta iken sağlık alanındaki hatalar ise kişinin yaşamının kalitesinde azalmaya, daha da kötüsü kişinin hayatını kaybetmesine ve toplum sağlığında aksaklıklara yol açabilmektedir (10).

Verimlilik

Sağlık hizmetleri için gerekli görülen girdilerden yeterli düzeyde yararlanılması verimlilik olarak ifade edilmekte olup sağlık hizmetlerinin maliyetleri bu bağlamda azaltılmakta, insanların yararlanma imkanları da artırılmaktadır. Yeterli mali kaynak, ücret sistemleri, etkin idare ve kaynakların aktif bir şekilde kullanılması sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanılmasını sağlar (14).

Sağlık Hizmetleri Üretim Faktörlerinin Kıt Kaynaklardan Olması

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu sektörde idareci, doktor, hemşire, ebe, teknik personel, insan kaynakları, bina, kullanılan araç-gereç ve tıbbi malzeme maliyetleri yüksek olmasına karşın bunların tamamı kıt kaynaklardır (10).

4.2.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Bu hizmetler adından da anlaşılacağı üzere sağlığın korunması, hastalık oluşmadan önce önlenmesine yönelik hizmetleri kapsar. Bu hizmetler koruyucu hekimlik sistemine dayanan hizmetlerdir. DSÖ koruyucu hekimliği; "bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabaları ile önlemenin yanı sıra kişilerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzer çabalar ile herkes tarafından bir bütün olarak toplum sağlığının daha iyiye götürülmesi amacıyla bütün imkanlar kullanılarak yapılan hekimlik" olarak tanımlamıştır (17).

Koruyucu sağlık hizmetleri üç grup altında ele alınmaktadır, (9):

1. Birincil Koruma: Kişisel veya toplumsal seviyede sağlığı geliştirmek için aşılanma, dengeli beslenme, çevrenin güvenli duruma getirilmesi fiziki ve duygusal açıdan iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınmasıdır.

2. İkinci Koruma: Sağlığın bozulma ihtimaline karşı erken tanı ve tedavi tedbirlerinin bireysel ve toplumsal düzeyde alınmasına yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir.

3. Üçüncül Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların minimize edilmesi, hastanın eni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik alınması gereken önlemleri kapsamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri geleneksel olarak "çevreye yönelik hizmetler" ve "kişiye yönelik" hizmetler şeklinde iki grup altında incelenmektedir.

1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çoğunlukla mühendislik hizmetlerini içeren, hekimlerin direkt olarak görev almadıkları hizmetleri kapsamaktadırlar. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler; besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atık kontrolü, konut sağlığı, iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek faktörlerin kontrolü şeklinde sıralanabilir (9).

2. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı başta hekimler olmak üzere sağlık personeli tarafından verilen sağlık hizmetleri olup bunlar; bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı ve tedavi, yeterli ve dengeli beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi, kişisel bakım ve temizlik şeklinde sıralanabilir.

4.2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalıkların ya da sakatlıkların iyileştirilmesine yönelik verilmekte olan hizmetleri içerir. Hizmet kapsamı ve yoğunluğu baz alınarak 3 grupta ele alınmaktadır:

1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

İnsanların çeşitli sebeplerden ötürü başvurdukları ilk sağlık kurumu ve bu kurumda verilen sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (18). Birinci basamak tedavi hizmetlerinin verildiği sağlık

kurumlarında iyileştirici ve koruyucu hizmetler entegre olarak verilmektedir. Bu sağlık kuruluşları insanların yaşadıkları yere en yakın olan sağlık kuruluşlarıdır. Yataklı tedavi kuruluşlarının önünde birer filtre görevi görmektedirler. Diğer bir deyişle, hastalar öncelikli olarak bu sağlık kurumlarına başvurmalı, daha sonra ise hekimin uygun gördüğü hastanelere sevk edilmelidir. Türkiye'deki muayenehaneler, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, aile hekimliği merkezleri, sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında yer almaktadır.

2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalıkların tanı ve yatırılarak tedavisi amacına yönelik verilmekte olan hizmetler ikinci basamak tedavi hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı tedavi merkezleri bu tarz hizmet veren sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır.

3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için verilen sağlık hizmetleri olup ülkemizde üniversite hastaneleri, kanser hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri bu tarz hizmet veren sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamaklar şeklinde ele alınmasının nedeni bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğinin vurgulanması içindir (9).

4.2.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ve kazalar neticesinde ortaya çıkan kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük yaşam üzerindeki etkilerine mani olmak ya da bu etkileri minimize etmek, kişinin bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına bağımlı olmaksızın yaşamlarını devam ettirmelerini sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Rehabilite edici sağlık hizmetleri "tıbbi rehabilitasyon" ve "sosyal (mesleki) rehabilitasyon" olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (9):

1. Tıbbi Rehabilitasyon

Bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilip kişinin yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik verilen hizmetleri kapsar (9).

2. Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon

Sakatlık veya herhangi bir özrü olanların günlük yaşama aktif bir şekilde katılmaları, başkalarına bağımlı olmaksızın yaşamlarını idame ettirebilmeleri için yapılan işe uyum sağlama, yeni iş bulma veya öğretme çalışmalarını kapsamaktadır (9).

Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda diğer sağlık hizmetlerine kıyasla daha öncelikli olan hizmetlerdir. Zira korumak tedavi etmekten daha az maliyetlidir (17).

4.3. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Sağlık ekonomisi kişi ve toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve daha sağlıklı hale getirilmesi adına mevcut kaynak ve teknolojin en etkin şekilde kullanmanın ve yeni kaynak ve teknoloji geliştirmenin yollarının neler olduğu üzerine çalışmalar gerçekleştiren ekonominin alt dallarından birisidir. Sağlık ekonomisinin çalışma alanına sağlık hizmetlerinin üretiminde gereken kaynakların ve teknolojin sağlanması, kaynakların toplumun tüm kesimlerine ulaşacak biçimde dağılımının planlanması, hizmet sunucuların organizasyonunun sağlanması ve iyi bir yönetim tesis edilerek kalifiye personelin temini, hizmetlerin ulaşılabilir biçimde devamlılığının sağlanması adına gerekenlerin ve bütün bunların finansmanına dair konular girmektedir.

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin geçerli kural, yöntem ve analiz tekniklerinin sağlık alanında uygulanması olup toplumun sağlıklı olmasında uygulanabilir ekonomik ve sosyal sistemler ile sağlık için ayrılması öngörülen kaynakların ne şekilde ayrılacağını belirlemeye yardımcı olmaktadır. Ekonomi son derece kompleks bir bilim dalı ve disipline sahip olduğu için sağlığın geliştirilmesi de kompleks süreçlere sahiptir. Bu sebepten ötürü de sağlık ekonomisi, sağlık hizmeti arz-talebinin özelliklerini, sağlık hizmetleri piyasasının işleyişini, devletin piyasada

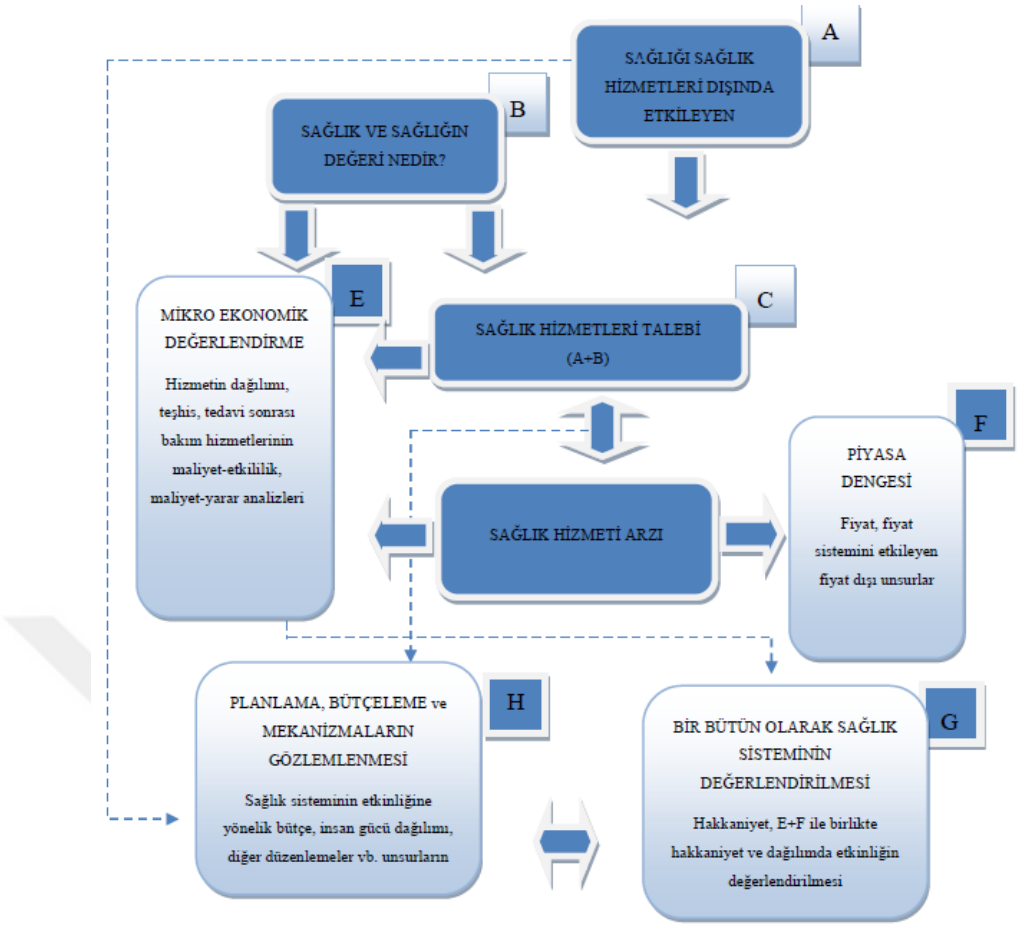
üstlendiği rolü, sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini, sağlık hizmetlerini, bütçe sisteminin tamamının değerlendirilmesini de içine alır (19).

Bekir (20), sağlık ekonomisinin toplumun ve toplumdaki kişilerin sağlığını korumak, sağlığını koruyamadığı hallerde tedavilerini gerçekleştirmek, hastalıklar neticesinde sakatlık gibi durumlar ortaya çıktığında rehabilitasyonunu sağlamak adına toplumun sağlığın geliştirmek için ekonomi biliminin özelliklerinin yararlanılması olduğunu ifade etmiştir.

Mazgit'e (21) göre sağlık ekonomisi hastalıkların ve hekimlerin davranışlarını analiz ettiği için daha çok mikro-ekonomik bir bakış açısı gerektirmektedir. Sağlık ekonomisi sağlık hizmetlerinin hem talep hem de arz ve maliyet yanlarını içine alır. Sağlık hizmetlerinin maliyetinde meydana gelen oranlı artışlar genellikle araştırmaların ve tartışmaların bu alana yoğunlaşmasına yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerine her geçen gün daha fazla kaynak tahsis edilmesi ihtiyacının ve bu hizmetlerin maliyetlerinde meydana gelen artışın nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Kişilerin sağlık alanında meydana gelen gelişmelerden haberdar olmaları neticesinde sağlık bilinçlerinde meydana gelen artışa paralel olarak sağlık hizmeti talebinde meydana gelen artış,
- Yaşam standartlarının olumlu yönde değişmesine bağlı olarak yaşam süresinin artması
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan ürünlerin içermiş olduğu teknolojinin gelişmesine bağlı olarak maliyetlerdeki artış
- Koruyucu önlemlerin alınmasına bağlı olarak bulaşıcı hastalıkların oranındaki düşüşe karşın tedavi sürecini daha da artıran kronik hastalıkların ortaya çıkması

Williams'a (22) göre sağlık hizmeti sunanların görevi hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi, sağlın korunması ve geliştirilmesidir. Sağlık ekonomistlerinin görevi de bu amaçların gerçekleştirilmesinde kaynakların en etkin şekilde kullanılmasını sağlayacak olan yöntemleri araştırmaktır.



Şekil 4.1. Sağlık ekonomisinin kapsamı (22)

Sağlık ekonomisinin yapısı ve temel unsurları Şekil 4.1'deki gibi ifade edilebilir. Şekil 4.1'de görülen A, B, C ve D'den oluşan alanlar sağlık sektörünün temelini teşkil etmekte iken E, F, G ve H alanları da sağlık ekonomisinin uygulama alanlarını ifade etmektedir.

A alanı sağlık hizmetleri dışındaki unsurların etkisini ifade etmekte olup bu unsurların başında gelir seviyesi gelmektedir. Bireyin gelir seviyesi arttıkça beklenen yaşam süresi, yaşam biçimi, eğitim seviyesi, beslenme gibi faktörlerde de artış gerçekleşmektedir. Gelir seviyesindeki artış sağlık hizmetlerinden ve imkanlarından yüksek düzeyde yararlanılmasını sağlamaktadır. Eğitim seviyesinde de gelir düzeyine bağlı olarak bir artış gerçekleşir ki bu da insanların sağlık bilinçlerini artırmak suretiyle sağlık hizmet taleplerinin çeşitlenmesini ve artmasını sağlar. Bunun yanı sıra gelir düzeyinde artış sağlık düzeyinde negatif etkilere de yol açabilmektedir. Yaşam düzeyinin değişmesi, eğitim imkanlarının fazla olması, daha iyi sağlık hizmetlerinden faydalanma gibi sebeplere bağlı olarak kırsal alanlardan kentsel alanlara göç olaylarında

bir artış gerçekleşir ki bu durum neticesinde de hava kirliliği, aşırı iş yüküne bağlı stres, trafik yoğunluğuna bağlı kazalar gibi pek çok olumsuz duruma yol açar.

Şekil 4.1'de görülen B alanı sağlığın değeri sorusunu içine almaktadır. Sağlığın değerini tamamıyla ekonomik büyüklükler ile değerlendirebilmek elbette mümkün değildir. Kişi kendini fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi hissediyorsa ancak ve ancak sağlıklıdır.

Şekil 4.1'de görülen C alanı sağlık hizmetlerine olan talebi ifade etmektedir. Kişi belirli bir sağlık sorunu ile karşı karşıya kaldığında sağlık hizmetlerine talebi de doğal olarak artış kaydetmektedir. Fiyat, başka mallar için talebin gelir ile beraber temel belirleyici olmakla beraber sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen en önemli unsur değildir. Bunun nedeni, kişinin sosyal güvencesi olmasa bile kamunun bu konuda devreye girmesidir. Talebi etkileyen en önemli faktör ihtiyaçtır. Sağlıklı olabilmek için kişinin sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı da ömür boyu sürecektir.

Şekil 4.1'de görülen D alanı sağlık hizmetlerinin arzını ifade etmektedir. Arzın temel belirleyicileri ise üretim maliyetleri, teknikleri, yetişmiş insan gücü, ilaç, cihaz, vb. şeklinde sıralanabilir. Sağlık hizmetleri üretim süreci fiziksel sermaye ve insan sermayesi yoğun bir süreçtir.

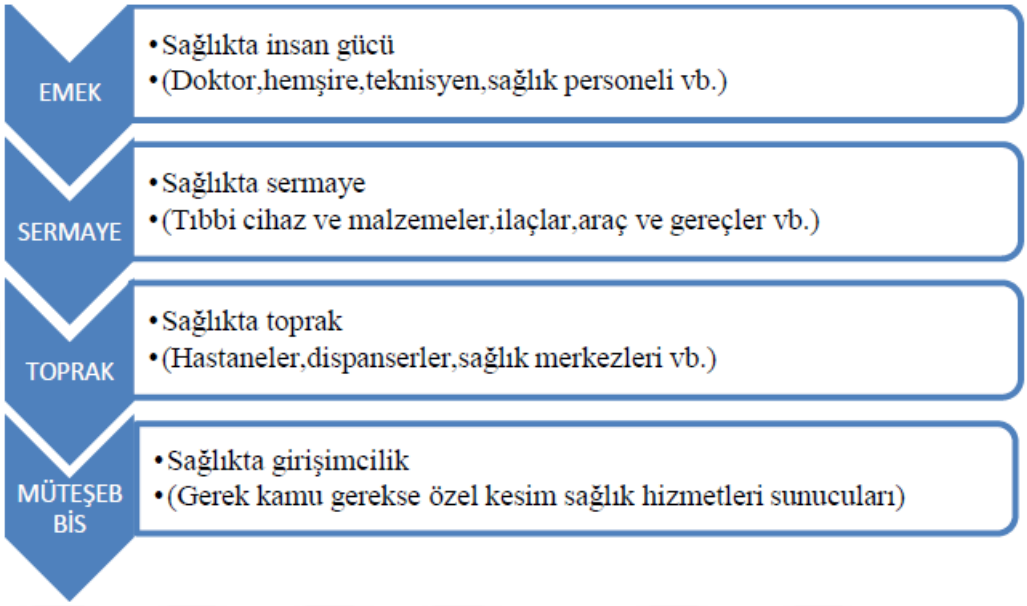
Şekil 4.1'de görülen E alanı, sağlık hizmetlerinin mikro boyutunu ifade etmekte olup maliyet-yarar ve maliyet-etkililik analizlerinin önemini gösterir. Bu iki analiz ile özünde kişinin tanı ve tedavi sonrasında tekrar kazanmış olduğu sağlığının maliyeti ve o kişinin işgücüne yeniden katılması ve verimli çalışması neticesinde ekonomiye olan katkısı değerlendirilmektedir.

F alanı, sağlık hizmetlerinde piyasa dengesi, dengeyi etkileyen fiyat ve fiyat dışı unsurları göstermektedir.

G alanı, bir bütün olarak sağlık sistemini değerlendirmekte iken H alanı ise sağlık hizmetlerinin planlama ve finansman boyutlarını göstermektedir. Bu alan, planların ve bütçelerin içinde bulunulan zamandaki ve gelecekteki ihtiyaç, talep ve

kaynaklar dikkate alınarak ve dinamik bir çerçevede yapılması gerektiğinin önemini göstermektedir.

Her bir ürün ya da hizmetin üretim sürecinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin üretim sürecinin de en önemli unsuru üretim faktörleri girdileridir. Şekil 4.2'de sağlık hizmetlerin üretim sürecinde kullanılan girdiler görülmektedir.



Şekil 4.2. Sağlık hizmeti üretim sürecinde kullanılan girdiler (23)

İnsan sermayesi yalnızca üretim sürecinde değil hizmet sunumu aşamasında da önemli bir fonksiyonu yerine getirdiği için sağlık hizmeti üretiminin en önemli üretim faktörü insan sermayesidir. Bundan çok daha önemlisi, insan sermayesinin niteliğinin yalnızca sağlık hizmetleri üretim ve arzını değil ayrıca talebini de etkilemesidir. Bununla birlikte sağlık üretim faktörleri olarak nitelendirilen girdilerin her biri sağlık ekonomisi sisteminin önemli yapı taşları arasında yer almaktadır. Bu bağlamda sağlık ekonomisi sistemi sağlık hizmetlerinde verimlilik, etkililik, süreklilik, ulaşılabilirlik hedeflerinin elde edilebilmesi için mevcut sınırlı kaynakların gerçekçi bir şekilde kullanımıyla sağlık hizmetleri arz ve talebini belirleyen faktörlerin her birinin fonksiyonunu belirten sistemdir (23).

4.4. Sağlık Piyasasının Özellikleri ve İşleyişi

Sağlık hizmetlerini ihtiyaç duyanlar kullandığı için sağlık hizmetlerini sunumu da bireyseldir. Piyasada sağlık hizmetlerim alım-satımı ve fiyatlandırılması mümkün olmasına karşın Özsarı (24) tarafından da ifade edildiği gibi sağlık hizmetlerinin yarı kamusal bir özelliğe sahip olması ve hem üretim hem de tüketim sürecinde dışsallıkların olması sağlık hizmetlerinin fiyatının gerçek maliyeti yansıtmasına mani olur.

Sağlık hizmeti talep edenler genellikle sağlıklarını bozan faktörler ve tedavisiyle ilgili çok net bilgilere sahip değildirler. Kişi sunulan hizmet ve ihtiyacına dair yeterli bilgiye sahip olmayıp bu durum sağlık hizmetleri piyasasının temel özellikleri arasında yer almaktadır. Ak ve Sevin (25) tarafından da ifade edildiği üzere sağlık hizmetleri piyasasında diğer piyasalardan farklı olarak, sağlık hizmeti alıcıları satın almış oldukları hizmetin özellikleriyle ilgili çoğunlukla yanlış bilgiye sahiptirler. Bu durumun temel sonucu kişinin sağlık talebini kendisinin belirleyememesidir (23).

Sağlık hizmetleri piyasasında eksik bilginin yanı sıra eksik rekabet vardır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmakta olan teknoloji maliyetinin son derece yüksek olması ve sağlık sorunlarının mümkün olan en kısa sürede çözüme kavuşturulmasının zorun olması gibi nedenlerde ötürü sağlık hizmeti talebinde bulunanların pazarlık yapma imkanı genellikle düşüktür (26). Sağlık hizmetleri piyasası diğer ürün ve hizmet piyasalarından farklı olarak tıp eğitiminin getirmiş olduğu ayrıcalık ve sınırlılıklara sahiptir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetleri piyasasına giriş ve çıkış da diğer piyasalara kıyasla çok daha zordur. Diğer taraftan sağlık hizmeti talebiyle gelir düzeyi arasındaki ilişki ekonomideki diğer ürün ve hizmetlerden farklı bir özellik arz eder. Maliyetlerin yüksek olması sağlıktaki olumsuzlukların gelir elde etme kapasitesini de negatif yönde etkilediğinde piyasa başarısızlığı ortaya çıkar.

Sağlık hizmetleri ikame edilemeyen ve ertelenemeyen hizmetler olmasının yanı sıra talebin oluşmasıyla beraber karşılanması gereken ihtiyaçtır. Talep olduğunda karşılanamayan sağlık ihtiyacı gelecekteki yaşamıyla beraber toplumu da etkilemektedir (27).

Sağlık hizmetlerinin arz ve talep süreçleri diğer ürün ve hizmetlerden farklıdır. Sağlık hizmetleri piyasalarında tüketiciler genellikle satın alacakları ürün ve hizmetlerin miktar ve kalitesini, satın alma zamanını belirleyemezler. Sunulacak olan hizmetin miktar ve niteliğinin ve ne kadar bir süreliğine sunulacağının daha önceden belirlenmesinin genellikle imkansız olması hizmetin fiyatının ve maliyetinin de doğal olarak önceden belirlenmesini güçleştirmektedir (25).

Sağlık hizmetleri piyasasının aksak bir piyasaya sahip olmasına yol açan nedenlerden diğerleri ise fiyatlama sürecindeki belirsizlik ve gelir dağılımındaki adaletsizliktir. Bu iki aksaklık kamunun sağlık hizmetleri piyasasına müdahalede bulunmasının temel gerekçelerini teşkil etmektedir. Kamu müdahalesinin en önemi nedeniyse sağlık hizmetinin bireysel ve toplumsal faydasının gelir etkisi, üretim-tüketim etkisi, refah düzeyi, zaman tercihleri gibi standart ekonomik kavramlar ile ele alınarak marjinalist değerlerinin yapılmasının mümkün olmamasıdır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin tüketiminden elde edilen yararlar ekonomik ve ekonomik olmayan yararlar şeklinde iki grup altında ele alınabilir (28):

1. **Ekonomik Yararlar:** Kişinin sağlıklı olması ve bunun devamlılığı ekonomide tüketim ve gelir etkilerine neden olur. Tüketim etkisi sağlıklı kişinin tüketiminin sağlıklı kişiye göre yüksek olacağı varsayımına dayanır.
2. **Ekonomik Olmayan Yararlar:** Ekonomik olmayan yararlar; bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları neticesinde, kendilerini ruhsal yönden tam bir iyilik halinde rahat, huzurlu, mutlu ve güçlü hissetmeleri, bu hizmetlerin tüketilmesinin sağladığı ekonomik olmayan yararlardır.

4.4.1. Sağlık piyasasında arz

İktisadi manada arz, ürün ya da hizmetlerin belirli bir piyasada, belirli bir zamanda, belirli bir fiyattan satılmak için piyasa sunulması anlamına gelmekte iken sağlık hizmetleri arzı ise belirli bir dönemde sağlık kuruluşlarının çeşitli fiyat seviyesinde üretip satmayı arzu ettikleri sağlık hizmeti miktarını ifade eder. Diğer ürün ve hizmetlerin üretimindeki gibi sağlık hizmetleri üretiminde de temel üretim faktörleri sermaye, doğal kaynaklar, emek ve girişimci olup bu faktörlerin fiyatı sağlık hizmetlerinin üretim maliyetini belirlemektedir. Üretim faktörleri fiyatları ikame ve

tamamlayıcı sağlık hizmetleri ürünlerinin fiyatları ve teknoloji seviyesi bir sağlık hizmeti ürünün arzını belirleyen temel değişkenleri meydana getirir.

Sağlık hizmetleri arzı diğer ürün ve hizmetlerin arzına göre sahip olduğu çeşitli özellikleriyle farklılaşmaktadır. Sağlık hizmetleri ürünleri arzını diğer ürün ve hizmetlerin arzından ayrıca özellikler; ulusal ve uluslararası monopoller, ürün ve hizmet üretiminde anlaşmalı mesleki kuruluşların rolü fiyat ve patent konusunda yasal monopollerin varlığı şeklinde sıralanabilir. Sağlık hizmetleri arzı sağlık alanına tahsis edilen kaynakların büyüklüğüne, sağlık sisteminin yapısına, siyasi otoritenin sağlık politikasının niteliğine ve uyguladığı finansman yöntemlerine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal özelliği, sağlık hizmetleri üretimi ve arzında hükümetin sağlık politikasının rolünü de artırmaktadır (29).

Sağlık hizmetlerinde arzın belirlenmesinde hükümetin almış olduğu ve alacağı kararların etkilerine işaret edilmekte olup sağlık hizmetleri ürünlerinin fiyatlarının yasa ve yönetmelikler ile hükümet denetiminde olduğu ifade edilmektedir. Hükümet düşük gelir düzeyindekilere de sağlık hizmetinin sunulması için piyasaya girebilir. Piyasaya müdahale sağlık hizmetleri arzı şeklinde olabileceği gibi düzenleme ve denetleme şeklinde de olabilmektedir (30).

4.4.2. Sağlık piyasasında talep

İktisadi anlamda talep, bireylerin belirli bir zamanda farklı fiyat düzeylerinde fiyat almayı arzuladıkları ürün miktarlarını ifade etmekte iken sağlık hizmetleri talebi ise bireyin sağlığında ortaya çıkan negatif durumlardan sonra eski sağlığını tekrar elde etmesi için sağlık hizmetlerinden faydalanma arzusudur. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetine olan talep sağlık ihtiyacının varlığıyla ilişkilidir.

Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan talep sağlık kavramından türemiş bir talep olup bu talepte hekim kararı önemli olduğundan talep edenin hangi mal ve hizmetlere gerek duyduğunun yine hekim tarafından belirlenmesi türetilmiş bir talep olmasının başka bir nedenidir (31).

4.4.3. Sağlık piyasasında denge sorunsalı ve piyasa başarısızlığı

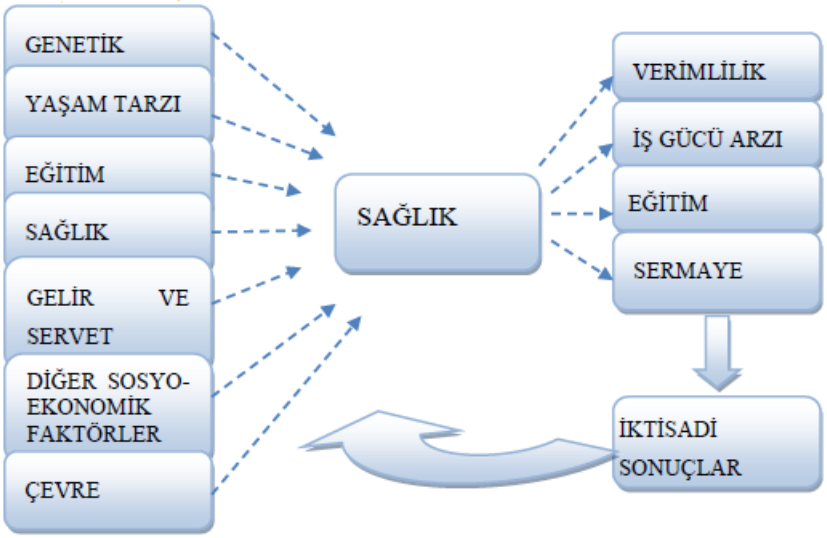
Piyasa dengesi, bir ürünün arz ve talebinin birbirine eşit olmasıdır. Başka bir ifadeyle veri bir fiyat düzeyinde tüketicilerin satın almayı arzuladıkları miktar ile üreticilerin üretim satmayı arzuladıkları miktarın birbirine eşit olması anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında genellikle bir dengesizlik bulunmakta olup bu dengesizliğin ana sebebi hizmeti arz ve talep edenlerin sahip oldukları bilginin niteliği ve düzeyinin devamlı olarak birbirinden farklı olmasıdır. Arz-talep dengesizliğinin başka bir nedeni de sağlık piyasasındaki sağlık sunucularının kendi aralarında anlaşma sağlayarak birlikte hareket etmeleridir (32). Dengesizliğin bir başka nedeni de sağlık hizmetlerinin ikame olmayan ve tüketimi zorunlu bir hizmet olmasından ötürü fiyat eksikliğinin düşüklüğüdür. Öyle ki çoğu zaman talep fiyatlara karşı duyarsızdır. Sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin düşüklüğüne karşılık gelir esnekliği ise aksine son derece yüksektir. Fakat gelir temelli ayrıştırmada talepte bir kırılma söz konusu olup kişiler belirli bir gelir seviyesine ulaşana dek kamu kesimince sunulan ücretsiz ya da son derece düşük bir fiyatla sunulan sağlık hizmetinden faydalanmakta, belirli bir gelir düzeyine ulaştıktan sonra ise genellikle özel kesim tarafından ve dolayısıyla da yüksek fiyatlar sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadırlar (33).

Piyasa dengesi genellikle fiyatlama sürecinin tamamen piyasaya bırakılmasını gerektirmekle birlikte sağlık hizmetlerinin tamamen piyasa mekanizmasına bırakılmasının çeşitli sakıncalarının olduğunu da söylemekte yarar olduğu kanaatindeyiz. Sağlık hizmetlerinin bir kısmı bölünmesi mümkün olmayan, önleyici hizmet niteliğinde olduğu için piyasa başarısızlığı söz konusudur. Toplum yararını alakadar eden sağlık hizmetini belli bir ücret karşılığında sunmak ve ücret ödemeyenlerin bu hizmetlerden yararlanmalarına mani olmak söz konusu olamaz. Bu şekilde toplumu alakadar eden hizmetlerin piyasa tarafından üretilmesi de imkansızdır. Bu sebepten ötürü toplum yararını ilgilendiren sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu tarafından verilmeli ve devlet tarafından üretilmelidir (34).

Günümüzdeki eşitlik kavramı ve adalet anlayışı temel sağlık hizmetlerinin din, dil, ırk, gelir, statü gibi ayrımı gözetmeksizin sunulmasını öngörmekte olup bu

hizmetlerin tamamen piyasa tarafından karşılanması bu hizmetlerden yalnızca maddi durumu iyi olanların faydalanması manasına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin düzey ve niteliği önemli bir gelişmişlik göstergesidir. Şekil 4.3'de kalkınmanın unsurlarıyla sağlık arasındaki ilişki görülmektedir. Temiz içme ve kullanma suyu, nitelikli barınma, dengeli beslenmenin yanı sıra toplumdaki ekonomik ve sosyal bir rol üstlenilmesinin sağlanması, diğer çevresel koşulların uygun olması gibi pek çok faktör sağlık üzerinde etkilidir. Bunların yanı sıra sosyo-ekonomik faktörlerin etkisiyle sağlık hizmetleri sunumundaki farklılıklar iktisadi sonuçlara yol açmakta olup bu sonuçlar kısa ve uzun vadede sağlığı etkilemektedir. Kalkınmanın unsurlarıyla bu nedensellik yapısı sağlık hizmetleri piyasasındaki nedenselliğin temel kaynaklarını da yansıtmaktadır.



Şekil 4.3. Sağlık girdi ve çıktıları (35).

4.5. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

4.5.1. Dünyada gelişimi

Sağlık ekonomisi günümüzdeki halini son 20-25 yıllık süreçte almıştır denilebilir. Sağlık ekonomisinin gelişiminin incelenmesi ve bu konuyla ilgili bilgiler son yıllardaki araştırmacıların dikkatini bu konuya yoğunlaştırmaları ile çok daha belirgin hale gelmiştir. Klarman, sağlık ekonomisinin gelişimini ortaya koyarken 1950'li yılların ardından yaşanan hızlı gelişmelerin sağlıkla ilgili alanlarda etkili olduğu ifade etmiş olup bu gelişmelerden ötürü sağlık alanına çok daha fazla kaynak tahsis edilmiş, ortalama yaşam beklentisi artmış ve ölüm oranları da düşüş kaydetmiştir (36).

Sağlık ekonomisinin gelişiminin Smith'in "Ulusların Zenginliği" isimli eseriyle başladığı ileri sürülmektedir. Gerçekte sağlık ekonomisinin birinci basamağı 2. Dünya Savaşı'nın ardından 1950'li yıllardan sonra ABD'de tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak verilmeye başlanması kabul edilmektedir. Klarman, Rosenthal ve Culyer gibi bu alandaki öncü araştırmacıların yanı sıra modern bir tarihçilerden ABD'li Fox'un yapmış olduğu çalışmalar literatürde son derece önemlidir (36).

1950'lerde sağlık ekonomisinin ekonominin bir alt disiplini olarak ele alınması ilk olarak ABD'de olmuştur. Gelişmiş ülkelerde sağlık ekonomisine olan ilginin artmasına bağlı olarak sağlık ekonomisi bibliyografisi ortaya çıkmıştır. Lee ve Mills bu hususun akademik araştırma ve eğitim programlama girişini sağlamışlardır. Gelişmiş ülkelerde sağlık ekonomisiyle ilgili gözlemlenen diğer bir eğilim de ekonomistlerin bakış açısının değişimiyle alakalıdır. Ekonomistler bu dönemde çoğunlukla sağlık planlaması, yönetimi ve klinik davranışlar gibi uygulamalı ekonomik konulara yöneltmişlerdir. Ekonomistler bu süreçte klasik ekonomi temeli dışında çalışmalar yapmalarının yanı sıra tıp fakülteleri, devletin sağlık üretim birimleri ve buralardaki kişilerle de çalışmışlardır. Bu bakış açısının ekonomistlerce kabul görmesi sağlık faaliyetleri içerisinde doğrudan yer alan sağlık planlamacıları ve yöneticiler gibi diğer kişi ve kurumlar arasında sağlık ekonomisi çok popüler hale gelmiştir (36).

Sağlık ekonomisi gelişmekte olan ülkelerde Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'ya göre daha az ilerleme kaydetmiştir. Ülkeler öncelikle bu alanda çalışan uzman sayısını artırmaya çalışmışlardır. Bu ülkeler gerek duyulduğunda DSÖ ve Dünya Bankası'ndan (DB) yardım talep etmişlerdir. Bu uluslararası kuruluşlar hem kendi amaçlarını

gerçekleştirebilmek hem de bu ülkelere yardımda bulunabilmek için sağlık ekonomistleri istihdamı gerçekleştirmiştir. Buna karşın gelişmekte olan ülkelere bakıldığında halen oldukça yetersiz sayıda sağlık ekonomistine sahip oldukları görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık ekonomistleri, örneğin ekonomi departmanlarında, tıp ve sağlık araştırma enstitülerinde, sağlık bakanlığında ve sağlık sektörünü planlama konumundaki kurum ve kuruluşlarda çalışabilirken gelişmekte olan ülkelerde ise sınırlı sayıdaki sağlık kamu ve kurumlarında çalışmaktadırlar (36).

Günümüz dünyasında sağlık ekonomisi sağlık hizmetlerinde etkinlik ve eşitliğin temini adına sağlıkla alakalı politikaları oluşturanların, sağlık yöneticilerinin, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının faydalanabilecek yeni bir bilim dalı olarak gelişmiştir. Her ne kadar ekonomi bilimi sağlık sorunlarını tanımlayıcı ve belirleyici bir özellik arz etmiyor olsa da mevcut sorunların belirlenmesi bakımından son derece yararlı bakış açılarının geliştirilmesine katkıda bulunan araçları sunmaktadır (26).

4.5.2. Türkiye'de gelişimi

Ülkemizde sağlık ekonomisiyle ilgili kavramlar ilk olarak 1989'da Price Waterhouse tarafından Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) için hazırlanan Master Plan Etüdü ile ortaya çıkmıştır. Hazırlanan bu planla ilk kez sağlık hizmetlerinde kalite, verimlilik, hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması gibi son derece önemli olan kavramlar gündeme gelmiştir. Yaşanan bu gelişmenin ardından sağlık hizmetlerinde reform her daim ülke gündemindeki yerini korumuştur. İlk kez 1993'de ülkemizin ilk ve en kapsamlı sağlık politikası belgesi yayınlanmış ve hizmet sunumuyla finansmanı birbirinden ayıran, bütün nüfusu genel sağlık sigortasıyla güvenceye alan, hastanelerin dahili bir piyasada birbiriyle rekabet edecek özelliğe sahip olduğu, birinci basamakta aile hekimliğine dayalı bir reform paketi ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. 1996-1998 arası dönemde ilk defa kapsamlı sağlık harcamaları araştırmaları gerçekleştirilmiş olup sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakların büyüklüğü ve bunların geldiği yere ve fonksiyonlara göre nasıl dağıldığı ortaya konmuştur. Konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen bu çalışmalar ülkemizde sağlık harcamalarının ayrıntılı bir şekilde ilk defa ele alınmasını sağlamış ve son derece önemli bir bakış açısı getirmiştir. 2000'lerde yöntem ve sonuçları bakımından OECD ile karşılaştırılabilir çalışmalar bu

çalışmaları takip etmiştir (37). Sonuçta ülkemizde sağlık ekonomisi dünyada yaşanan gelişmelere paralel bir seyir takip etmemiştir denilebilir.

4.6. Sağlık Sistemleri

Sağlık Sistemleri, ülkelerin içindeki kendi sosyo-demografik, sosyo-kültürel ve ekonomik açıdan özelliklerine uygun vatandaşlarına bütün sağlık hizmetlerini verme çabası ile ortaya çıkar. "Sağlık sistemi" ile asıl yapılmak istenilen, ülkelerde sağlıkların geliştirilmesi, hastalıkların önüne geçilmesi ve tıbbi hizmetler için var olan bütün kaynaklar, teşkilatlar ile bunların aralarındaki ilişkilerdir. Sağlık sistemlerinde üretilen mal ve hizmetlerden yararlanan kişiler "kamu" ve "özel" olmak üzere iki grupta incelenir (38). Verilen hizmeti, sadece sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen bir kişiye yarar sağlıyorsa o kişiye özeldir. Ancak verilen hizmet birden fazla kişiye, topluma fayda sağlıyorsa bu hizmetten kamu faydalanıyordur. Örneğin, başı ağrıyan bir kişinin doktora gidip sağlık hizmetlerinden faydalanması o kişiye özel bir durumdur. Diğer yandan hava kirliliğinin denetimi, çevreye, topluma, birden fazla kişiye yani kamuya verilmiş bir hizmettir. Bu örnekte olduğu gibi sağlık hizmetlerini bu yönden sınıflandırmak mümkün olmakla birlikte genellikle sağlık hizmetleri karışık bir yapıya sahiptir. Örneğin, bir kişinin bulaşıcı olan hastalıklara karşı aşı yaptırması, o kişiyi hastalıklardan koruyacağı için ona sağlayacağı faydanın yanı sıra bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasının önüne geçilmesi ile çevredeki kişiler için bir yarar da sağlamaktadır. Buna göre, verilen hizmet kişiye özel bir hizmetken, kamuya da yarar sağlayabilmektedir.

Sağlık hizmetleri, genellikle "özel sektör" veya "devlet" tarafından sunulur. Sağlık hizmetlerini sunan özel sektör kuruluşları yani, özel sağlık kurumları, piyasada kâr amacı ile hizmet veren kurumlardır. Özel hizmet veren bu kurumlar, sundukları hizmetleri bir fiyat karşılığında hastalara sunar ancak bu fiyatları ödeyemeyen hastalar bu hizmetten yararlanamaz. Bu bedel özel sigorta aracılığı ya da sosyal güvenlik kurumları tarafından da ödenebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan kamu tarafından vergilerle finansının sağlanması sunumu ise, sağlık hizmetlerinin bizzat kamu yani, özek yönetim ya da mahalli yönetimlere ait sağlık ocakları, poliklinikler ve hastaneler aracılığıyla sunulması demektir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin finansmanı vergilerle veya kamu kaynakları ile karşılanır (39).

4.7. Sağlık Harcamaları Kavramı

Son 40-45 yıllık süreçte sağlık ve ekonominin birlikte anılmaya başlandığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının gerek devlet bütçelerinde gerekse de toplam harcamalarda gün geçtikte daha fazla pay alması bu alana olan ilginin de artmasını sağlamıştır. Aynı zamanda sağlık harcamalarının ülkelerin gayri safi yurtiçi hasılası (GSYİH) içerisinde ciddi paylar almalarının yanı sıra bu harcamaların adil dağılımı ve etkinliği de araştırmacıların dikkatini çeken diğer önemli hususlar arasında yer almıştır (40).

Sağlıklı bir toplum yapısına sahip olabilmek için ülke ekonomisinin güçlü olması ve ekonomik büyümenin de sürdürülebilir hale getirilmesi gerekir. Sağlıklı toplumdan söz edebilmek için toplumsal ihtiyaçları karşılayacak sağlık hizmetlerinin verilmesi gerekir. Bu hizmetlerinin sunumuna dair yapılan bütün harcamalar sağlık harcamaları altında toplanmaktadır. Yalnızca sağlığın kaybolması halinde yeniden sağlıklı hale gelmek adına yapılan harcamalar değil ayrıca aşılama, cinsel hastalıklar ile mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen bütün sağlık harcamalarıyla beslenme, sağlık yatırımları gibi geliştirmeye yönelik harcamalar da sağlık harcamasıdır (41).

Sağlık üzerine gerçekleştirilen çalışmalarda karşı karşıya kalınan en önemli sorunların başında hangi harcamaların sağlık harcaması olarak değerlendirileceğidir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ilaveten son yıllarda ciddi bir şekilde artış kaydeden tıbbi destek ve kozmetik amacıyla yapılan giderlerinde sağlık harcaması statüsünde olup olmayacağının tartışmalı konular arasında yer almasıdır. Saç ekimi, yağı vücuttan aldırma gibi kozmetik amaçlı harcamalara ilaveten kilo vermek için uygulanan kürlerin sağlık harcamalarına ne kadar dahil olduğunu belirleyen indeksin oluşturulması son derece güçtür (41).

DSÖ'ye göre bir ülkede sağlık giderlerine tahsis edilen payın o ülkenin yıllık GSMH'nin asgari %5'i olmalıdır. Bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur (41).

Sağlık giderleri dünyanın genelinde hızlı bir şekilde çoğalmaktadır. Dünya genelinde kamu giderlerinin büyük bir kısmını sağlık giderleri tarafından oluşmaktadır. Bu nedenle sağlık giderlerinin altında yatan nedenleri bulmak önemlidir.

4.8. Türkiye'de Sağlık Harcamaları

Ülkemizde sağlık alanındaki kamu harcamalarını Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu(SGK), Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Bakanlıklar, Üniversiteler, Türk Silahlı Kuvvetleri(TSK), Kamu İktisadi Teşebbüsleri(KİT), belediyeler ve fonlardan yapılan sağlık giderleri oluşturmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetleri 1982 Anayasası'nın 56. Maddesi ile kamunun sunmakla görevli olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet "toplumun hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini devam ettirmek; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık hizmeti sunan işletmeleri tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle görevlendirilmiştir. Devlet bu görevini kamu ve özel yerlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir (42).

4.8.1. Kamu sektörü sağlık harcamaları

Kamu sağlık hizmetleri bir yönüyle toplumsal yatırım, bir yönüyle toplumsal tüketim olduğundan toplumsal sermaye harcaması olarak da nitelendirilebilir. Kamunun sağlık hizmetleri üretimi toplumsal üretime dolaylı olarak katkı sağlamaktadır (43). Kamu sektörü sağlık harcamaları aşağıda başlıklar halinde açıklanmıştır.

4.8.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin güvenilir, etkin, kolay erişilebilir ve ülke düzeyinde dengeli olarak yaygınlaştırılması görevi 03.05.1920 tarihinde kurulan Sağlık Bakanlığı'na aittir. Sağlık Bakanlığı devletin sağlık sektöründe politika belirlemesinden, programlar vasıtasıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından ve sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumundan sorumlu olan temel organ konumundadır (43).

Ülkemiz sağlık politikasını yürütmekten sorumlu olan Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunan en önemli kamu kurumu olup (44), sağlık hizmetlerinin ülke içerisinde yürütülmesinden, kendine bağlı olan hastanelerden doğrudan, diğer özel kurumlarından ise dolaylı olarak sorumludur.

663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye göre bakanlık ve bağlı kuruluşların teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiş olup bunlar, T.C. Sağlık Bakanlığı (45):

1. Bakanlığın görevi: Herkesin bedeni, zihni ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde yaşamlarını devam ettirmelerini sağlamaktır.
2. Bu bağlamda bakanlık;
    - **a.** Halk sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi,
    - **b.** Tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi
    - **c.** Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girişine mani olunması
    - **d.** Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbi cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi,
    - **e.** Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi
    - **f.** İnsan gücünde ve maddi kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke genelinde adil dağılımını sağlamak ve tüm paydaşlar arasında işbirliğini sağlayarak ülke genelinde kaliteli, eşit ve verimli hizmet sunumunun sağlanması,
    - **g.** Kamu ve özel hukuk tüzel kişileriyle gerçek kişilerce açılacak olan sağlık kuruluşlarının ülke genelinde planlanması ve yaygın hale getirilmesiyle ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler.
3. Yukarıdaki amaçlarla bakanlık;
    - **a.** Strateji ve hedefleri belirler, planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar,
    - **b.** Uluslararası ve sektörler arası işbirliği sağlar

c. Rehberlik, takip, değerlendirme, yönlendirme ve denetlemeler yapar, yaptırımlar uygular

d. Acil durum ve afet gibi hallerde sağlık hizmetleri planlamasını yapar ve yürütür

e. Bölgesel farklılıkları ortadan kaldırmaya, herkesin sağlık hizmetlerine erişmelerini sağlamaya ilişkin tedbirler alır

f. İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığına doğrudan ve dolaylı etki eden faktörler ve sosyal belirleyicilere dair uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir, bununla ilgili gereken bildirimlerde bulunur, yaptırımları uygular.

g. Görevin ve hizmetin gerektirdiği tüm tedbirleri alır.

4. İlaç fiyatlarının belirlenmesine dair usul ve esaslar Sağlık Bakanlığı'nın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu tarafından belirlenir.

Sağlık Bakanlığı sunmuş olduğu hizmetleri üremek için kullanmış olduğu finansman kaynaklarının başında genel bütçe ödemeleri ve bunun yanı sıra döner sermaye gelirleri gelmektedir (46).

Devlet memurları, emekliler ve sağlık güvencesi olmayan bütün vatandaşlara hizmet sunan Sağlık Bakanlığı'nın harcamalar genel bütçe ödemeleri (vergiler), döner sermaye gelirleri ve fonlardan karşılanır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan harcamaların temel kaynağını vergiler teşkil etmektedir (47).

Tablo 4.1. Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı kuruluşların hizmet sunumu için ayrılan finansmanı (milyon TL), T.C. Sağlık Bakanlığı (48).

	2018	2019	Değişim (%)
Merkezi Yönetim Bütçesi	37.914	48.783	28,7
Döner Sermaye Bütçesi	36.600	47.700**	30,3

Toplam	**74.514**	**96.483**	**29,5**

Tablo 4.1'de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan harcamaların 2018 ve 2019 yıllarındaki finansman kaynağı görülmektedir. 2017 öncesinde döner sermaye bütçesi en önemli finansman kaynağı iken tablodan da görüleceği üzere 2018 yılında en önemli finansman kaynağı merkezi yönetim bütçesidir.

Tablo 4.2. 2017-2018 yılı Sağlık Bakanlığı Merkezi Yönetim Bütçesi Ödenek Karşılaştırma tablosu, (milyon TL), T.C. Sağlık Bakanlığı (49).

	2017	**2018**	**Değişim (%)**
Personel	17.114	20.130	17,6
Mal ve Hizmet Alımı (elektrik, su, yakacak vb.)	9.305	10.580	13,7
Yatırım	5.883	7.204	22,5
Toplam	**32.302**	**37.914**	**17,4**

Tablo 4.2'de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan harcama kalemleri görülmektedir. Tablodan da görüleceği üzere en fazla harcama personel giderlerine yapılmıştır. Tablo incelendiğinde 2018 yılı personel giderlerinin toplam harcamaların %53.09'sini oluşturduğu, mal ve hizmet giderlerinin %27.90'sini, yatırım giderlerinin ise %19.00'ünü oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı kuruluşların 2019 yılına ait merkezi yönetim bütçesi, (milyon TL), T.C. Sağlık Bakanlığı (50).

	Personel	**Diğer Cari**	**Yatırım**	**Toplam**
Sağlık Bakanlığı	53.742	32.376	10.019	**96.137**

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	56	10	73	**139**
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	94	53	10	**157**
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı	17	20	13	**50**
Toplam	**53.909**	**32.459**	**10.115**	**96.483**

Tablo 4.3'de Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı kuruluşların 2019 yılı merkezi yönetim bütçesi görülmektedir. Buna göre en fazla payın 96 milyar 137 milyon TL ile Sağlık Bakanlığı'na ayrıldığı görülmektedir. Bunu 157 milyon TL ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 139 milyon TL ile Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, 50 milyon TL ile Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı takip etmektedir.

4.8.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu Harcamaları

1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) en büyük sigorta kuruluşu olup 09.07.1945 tarih ve 4792 Sayılı Kanun ile İşçi Sigortaları Kurumu ismiyle kurulmuş, 01.03.1964 tarih ve 506 Sayılı Kanun ile SSK adını almıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSB)'na bağlı olarak faaliyette bulunan bu kurum idari ve mali açıdan otonom bir yapıya sahiptir (51).

Ülkemizde hizmet akdiyle çalışmakta olanların 506, kendi nam ve hesabına çalışmakta olanların 1479, devlet memuru olarak çalışanların 5434, tarımda hizmet akdiyle çalışmakta olanların 2925, tarımda kendi nam ve hesabına çalışmakta olanların 2926 Sayılı Kanun'lara tabi olarak sosyal güvenlikleri sağlanmakta idi. Başka bir ifadeyle sigortalıların sosyal güvenlik hakları 5 ayrı yasayla düzenlenmişti. Aynı

zamanda 506 Sayılı Kanun'un 20. maddesindeki sandıklara tabi olanlar da kendi vakıf senetlerine göre sosyal güvenliklerini sağlamakta idi. Fakat bu şekildeki bir sosyal güvenlik sistemi farklı sosyal güvenlik kanunlarına tabi olarak çalışmakta olanların hak ve yükümlülükleri arsındaki norm ve standart birliğini bozmakta idi. Norm birliğinin tesisi ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması için sosyal güvenlik reformu gerekli görülmüş olup bu bağlamda Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü'nü tek bir çatı altında bir araya getiren Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı 20.05.2006 tarih ve 26173 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş olan 5502 Sayılı Kanun ile kurulmuştur. 2006 yılında yapılan bu reform ile sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali açıdan sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür (52).

2. Bağ-Kur

Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Güvenlik Kurumu (Bağ-Kur) 02.09.1971 tarih ve 1479 Sayılı Kanun ile kurulmuş olup ilgili kanunun sigortalılıkla ilgili hükümleri ise 01.10.1972'de uygulama konulmuştur. 01.01.1986'dan itibaren ise bu kanuna tabi sigortalılara sağlık sigortası yardımları verilmeye başlanmıştır. 10.09.1977 tarih ve 2108 Sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Yasası ile köy ve mahalle muhtarlarının Bağ-Kur kapsamında zorunlu sigortalı olmaları da sağlanmıştır. 04.05.1979 tarih ve 2229 Sayılı Kanun ile herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan vatandaşlar ile ev hanımlarına Bağ-Kur kapsamında isteğe bağlı sigortalılık hakkı tanınmış olup bunların da zorunlu sigortalılar ile aynı hak ve sorumluluklara tabi olmaları öngörülmüştür (52).

3. Emekli Sandığı

08.06.1949'da kabul edilen ve 01.01.1950'de yürürlüğe giren 5434 Sayılı Emekli Sandığı Kanunu'yla sayıları 11'i bulan mevcut emeklilik sandıkları ortadan kaldırılarak çalışanlardan ve işverenlerden prim alınması ilkesine dayanan, modern manada bütüncül bir sosyal güvenlik yapısı meydana getirilmiştir. Yeni oluşturulan bu yapının tek bir elden yürütülmesi için de Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü kurulmuştur (52).

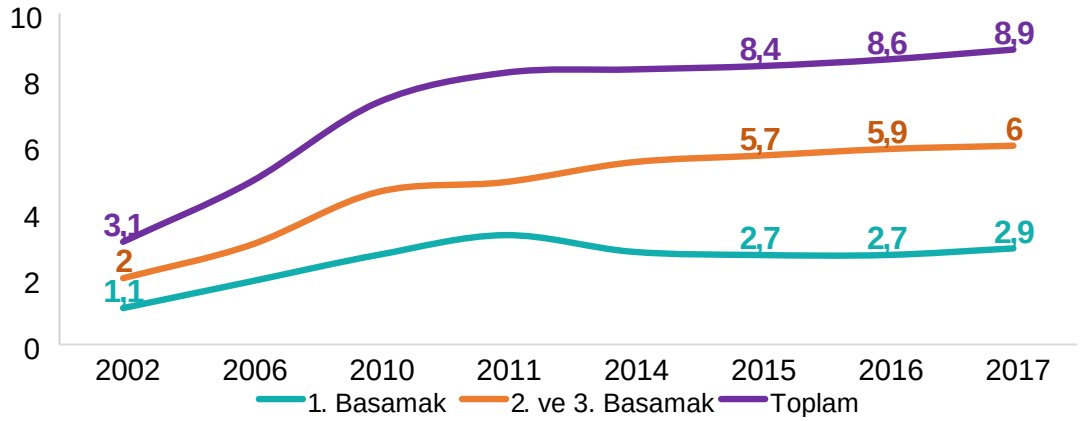
Tablo 4.5. Sosyal güvenlik kurumu sağlık giderleri (milyon TL), T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (52).

Sağlık Harcamaları	2018
Tedavi	**59.092**
Devlet Hastanesi	38.077
Üniversite Hastanesi	10.743
Özel Hastane	10.272
İlaç	**30.989**
Reçete Hizmet Bedeli	**339**
Diğer	**1.146**
Diğer (Tıbbi Malzeme, Diş, Optik vb.)	54
Yolluk Giderleri	1.092
TOPLAM	**91.566**

Tablo 4.5'de SGK tarafından 2018 yılında yapılan sağlık harcamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde 2018 yılında toplam sağlık gideri 91 milyar 566 milyon olmuştur. Toplam sağlık harcaması içindeki en yüksek pay ise tedavi hizmetlerinde 59 milyar 092 milyon yapılmıştır.

4.8.1.3. Üniversitelerin sağlık harcamaları

Türkiye mali modelinde katma bütçeli müessese arasında bulunan üniversitelere bağı tıp fakültesi hastaneleri ile dişçilik, eczacılık fakülteleri ve hemşirelik akademileri sağlık hizmeti üretmek suretiyle gerek sağlık eğitimi vererek gider yapmaktadırlar. Bilhassa tıp fakültesi hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmak suretiyle ciddi boyutlarda sağlık harcamasının yapıldığı sağlık kuruluşlardır. Sigortalı ve sigortasız bütün hastalara hizmet sunmakta olan bu hastaneler hem genel bütçeden almış oldukları pay, hem de kendi döner sermaye gelirleriyle bu harcamalarını karşılamaktadırlar (23).



Şekil 4.4 Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı (53)

Şekil 4.4 incelendiğinde hekimlere başvuru yapanların sayılarının belirlendiği 2017 yılındaki istatistikte; %33'lük bölümün 1.Basamağa, %67'sinin 2. ve 3.Basamağa müracaat yaptığı görülmektedir. Bu duruma göre 2002 yılından sonra sevk hızında azalma görüldüğü söylenebilir.

Tablo 4.5. Sağlık Hizmet Sunucusu Türüne Göre SGK Ortalama Maliyet ve Değişim Oranı (TL) (2014-2017), (54)

	2014 Yılı	**2015 Yılı**	**2016 Yılı**	**2017 Yılı**	**Değişim Oranı (2015-2016)**	**Değişim Oranı (2016-2017)**	**2017 İlk 12 Ay**	**2018 İlk 12 Ay**	**Değişim Oranı (2017-2018)**
DEVLET 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	50,92	50,02	51,38	52,62	2,74%	2,40%	52,62	52,26	-0,67%
DEVLET 3. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	93,09	94,78	98,74	101,44	4,19%	2,74%	101,44	104,55	3,06%
ÖZEL 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	86,50	90,17	100,12	110,61	11,04%	10,48%	110,61	115,18	4,13%
ÜNİVERSİTE SAĞLIK TESİSLERİ	180,58	183,78	197,95	208,45	7,71%	5,30%	208,45	220,22	5,64%
GENEL TOPLAM	**76,45**	**77,53**	**81,33**	**85,82**	**4,90%**	**5,52%**	**85,82**	**87,93**	**2,46%**

NOT: Yukarıdaki veriler ilgili fatura dönemlerine ait sağlık hizmet sunucuları tarafından faturalanan tahakkuk verileridir, ödeme verisi değildir.

Şekil 4.5'te hastanelere başvurulardaki artışların yanı sıra tedavi harcamaları üzerinde etkili olan diğer bir dikkat çekici faktörün hastanelerde müracaat başına düşen ortalama maliyetler oluğu görülmektedir. 2018 yılında en fazla başvuru başına düşen ortalama maliyet artışının yaşandığı hastaneler %5,64'lük artışla üniversite

hastaneleridir. Sırasıyla %4,13'lük artışla özel hastaneler, %3,06'lık artışla 3.Basamak Kamu hastaneleri takip etmektedir. 2.Basamak kamu hastanelerinde ise, 2018 yılında %-0,67'lik bir ortalama maliyet azalması görülmektedir.

4.9. Türkiye'de Sağlık Politikalarının Gelişimi

4.9.1. 1923 - 1946 Yılları Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin kurulmasından sonra Dr. Refik Saydam dönemi denilen bu dönemde, ülkenin sağlık hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesinde önemli katkılar sağlamış bunun yanı sıra halk sağlığı sisteminin temelleri atılmaya başlanmıştır. Bu dönemde, sağlık programlarının yapılandırılması, uygulanması ve planlanmasında yetkili olan Sağlık Bakanlığının görev, sorumluluk ve işlevlerini kesin ve net şekilde ortaya koyan birçok yasada çıkartılmıştır. Ülkenin sağlık alanındaki önceliklerini ve sorunlarını belirlemiş, bunlar; Sağlık teşkilatını genişletmek, Hekim sayısını artırmak, Numune hastaneleri açmak, Hemşire yetiştirmek, Sağlık teknisyeni yetiştirmek, Doğumevi açmak, Verem dispanseri açmak, Sıtma virüsü ile mücadele yapmak, sosyal haklarla mücadele etmek, Sağlık sosyal olarak teşkilatlanmayı köylere götürebilmek, Sağlık ve sosyal yasalarını yapmak, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesinin temelini atmak olarak belirlemiştir (55).

Yine bu dönemde Hıfzıssıhha mektebinin açılmasında sınırlı olanaklara rağmen hükümet, temel sağlık problemlerinin çözümü için büyük emek harcamış ve önemli başarılar elde etmiştir.

4.9.2. 1946-1960 Yılları Sağlık Politikaları

Bu dönemde Dr. Behçet tarafından "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" adı altında 1946 yılında 9. Milli Tıp Kongresinde açıklanmış ancak kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz sağlık bakanlığındaki vazifesinden ayrılmak zorunda kalmıştır.

1950 yılında iktidara gelen Demokrat Parti Hükümet tarafından ikinci kez sağlık bakanı olarak geçen Dr. Behçet Uz 1954 yılında "Milli Sağlık Planı" adıyla ikinci bir program hayata geçirilmiştir. Yerel idarelere bağlı olan belediye ve vakıflara bağlı olan hastanelerin yönetimi Sağlık Bakanlığı'na aktarılmış ve genel bütçeden finanse edilmesi kabul edilmiştir. GSS'nın kurulması için çalışmalar başlatılmış. Uluslararası örgütler ve

özellikle UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir. Sigorta sisteminin kurulmasında Batı'daki sigorta örgütlerinin uygulanmasından farklı olarak, sigorta kurumunun kendi sağlık örgütünü kurması esası alınarak, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründe ki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında kurulmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri 1950-1960 yılları arasında geri planda kalmış, dış borçlanmaya gidilerek büyük devlet hastaneleri yapılmıştır ve hastane hizmetlerine önem verilmiştir.

Bu dönemde konusu eleştirilse de çok particili demokrasinin yaşanmaya başlamasıyla iktidarların halkın talepleri doğrultusunda hareket etmiş olabileceği, bu talepler arasında da koruyucu sağlıktan çok tedavi edici hizmetlerin yer almış olabileceğini, iktidarda olan hükümetin buna göre davranmış olabileceği normal karşılanması gerekir.

4.9.3. 1960-1980 Yılları Sağlık Politikaları

Ülkemizde 1960 yılında Türk Silahlı Kuvvetleri'nin yaptığı askeri ihtilal sonrasında kurulan askeri hükümet Cumhuriyet devlet yapısının birçok alanında olduğu gibi Sağlık Politikalarında da değişikliklere gitmiştir. Bu dönemde 1961 yılında 224 sayılı, Türkiye'de ulusal sağlık ihtimamlarının kurulmasına zemin hazırlayan, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" hakkında kanun çıkarılmıştır. Bu yasa devlete sosyal bir nitelik kazandırmıştır. Sağlık hizmetlerinin tarafsız biçimde, halkın gereksinimleri doğrultusunda ve sürekli sağlanması gerektiği belirtilmiş, yaygın, sürekli, entegre, kademeli bir yapı anlayışıyla il içinde bütünleşmiş sağlık evleri, il ile ilçe hastaneleri şeklinde bir oluşuma gidilmiştir. Bu Kanun ile tüm vatandaşlara farksız – kısmen farksız – sağlık hizmetinin sağlanması hedeflenmiştir.

Bu Kanun'da Sağlık Hizmetlerinin örgütlenmesinde dönüm noktası olarak görülen yasanın amacı, koruyucu sağlık ve çevre sağlığı hizmetleri ile ülkenin her yerinde sağlık eğitimi de dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerinin eşitlik ilkesine uyarak, herkese kolayca sağlık hizmetini sunmaya çalışmasıdır.

Sağlık elemanının Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun 1978 yılında çıkartılmış ve kamuda görev yapan hekimlere özel muayenehane açmaları yasaklanmıştır. Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esasları Kanunu ile 1980 yılında bu madde faaliyetten kaldırılmış ve kamu hekimlerine tekrardan muayenehane açma yetkisi verilmiştir.

4.9.4. 1980-2002 Yılları Sağlık Politikaları

Ülkemizde 1980 yılında Türk Silahlı Kuvvetleri'nin yaptığı askeri ihtilalle birlikte ekonomik ve politik sistemde tüm dünyada etkili olan liberal politikaların uygulanmasına yol açmış ve devletin temel rolünün hizmet sunumundan hizmet düzenlemesine doğru kaymış, özel sektörün rolü özellikle hizmet sunumuna doğru yönelmiştir.

1.Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmış, bu toplantıyla yeniden düzenleme süreci başlatılmıştır. 1993 yılında toplanan 2.Ulusal Sağlık Kongresinde ulusal sağlık politikaları belirlenmiş diğer taraftan aynı yıl sosyal güvenlik alanı kapsamı dışında kalan durumu olmayan bireyler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir.

1990'larda yürütülen Sağlık Reformu çalışmaları, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasını sağlayarak Genel Sağlık Sigortası kurumunun kurulması, birinci basamak sağlık hizmeti sunulması aile hekimliği tarafından geliştirilmesi, hastanelerin otonom bir yapıya yani sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, Sağlık Bakanlığının öncelik olarak koruyucu sağlık hizmetlerine önem veren sağlık işletmelerini denetleyen ve planlayan bir yapıya dönüştürülmesini içerir.

Bu dönemde ülkemizde sağlık sistemiyle ilgili birçok yenilikler yapılmaya çalışılmış ancak hayata geçirilememiştir. 2000'li yılların başına gelindiğinde bu eksiklikler artık rahatsız edici bir boyut kazanmıştır.

4.9.5. 2003 Ve Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında hazırlanmış olup bütün sağlık sistemini kapsaması yönünde hazırlanmıştır. 2003 yılı ile 2008 yılları arasındaki dönemde sağlıkta önemli değişikliklerin yaşandığı yıllar olmuştur. 2003 yılının başında hazırlanarak halkoyuna duyurulan izlencelerde, sosyalizasyon ile birlikte mazi tecrübeler ve birikimler, yakın zamanlarda yürütülen sağlık düzletmeleri çalışmalarından ve dünyadaki başarılı ülke örneklerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programı, sağlık hizmetlerini etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde düzenlenmesi, finansmanın sağlanması ve takdim edilmesidir. Burada etkililik; uygulanan politikalarla halkın sağlık seviyesini yükseltmek, verimlilik; maliyeti düşürerek kaynakların ihtiyaçlarına uygun şekilde kullanılarak daha fazla hizmet

üretilmesi, hakkaniyet; toplumun ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmetlerine erişimlerini ve sağlık hizmetleri finansmanın parasal güçleri doğrultusunda katkı sağlamasıdır.
Sağlıkta dönüşüm programı ile SGK oluşturulmuş ve tüm sağlık güvenceleri bir çatı altında toplanarak tam hizmet sucularının hizmet alımlarının alınması amaçlanmıştır. SDP'nin gündeme gelmesinin nedeni;

1.Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere göre sağlık sonuçlarına bakıldığında geri kalınmış olması
2.Sağlık hizmetlerine ulaşmada hakkaniyetsizliklerin yaşanması
3.Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda mali açıdan verimsizliğe yol açan parçalı yapı
4.Hizmet kalitesinin düşük olması nedeniyle hastalara sınırlı cevap verilmesidir.

Cumhuriyetimizin kurulmasından günümüze kadar olan bu dönemde sağlıkta ortaya çıkan tam adımlar değerlendirilmiş, Bakanlık bünyesinde daha önce yürütülen proje çalışmalarının gözden geçirilmesini sağlamış ve geçmişin miraslarına sahip çıkılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Temel Hedefleri (Bileşenleri) şu şekilde özetlenebilir:
1.Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı
2.Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
3.Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti
a-) Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmeti, b-) Etkili, Kademeli Sevk Zinciri, c-) İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişi; Sağlık Bilgi Sistemi (56)

Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirlemiş olduğu illerde 24 Kasım 2004 tarihinde 5258 sayılı 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun' yürürlüğe girmiş, bu doğrultuda, birinci basamak sağlık bakımlarının geliştirilmesi ve koruyucu sağlık

bakımlarına ağırlık verilmesi, kişisel sağlık verilerinin tutulması gibi bu hizmetlere eşit ulaşımın sağlanması hedef olarak belirlenmiştir.

19 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe giren 'Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Departmanlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilmesine ait kanun' ile Cumhurbaşkanlığı, Sayıştay, Yüksek Yargıevi, TSK, Üniversiteler, MİT, Yerel Yönetimler ve Düzenli vakıflar hariç olmak üzere diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait bütün sağlık departmanlarının, bu birimlere ait bütün hak, görev ve sorumlulukları, taşınmazlar, taşınırlar ve taşıtları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, bunu sağlayarak sağlık hizmetlerinin sunumunun bir elden yönetilmesi yönünde önemli bir girişim yapılmıştır.

SGK'ya bağlı olan sigortalıların yalnız kurumun anlaşmalı olduğu eczanelerden ilaç alabilmeleri uygulaması bitirilerek, sigortalarının her eczanelerden ilaç alabilmeleri olanağı sağlanmıştır.

Bu dönemde gerçekleştirilen diğer önemli gelişme fiilen yürürlüğe giren 1 Ekim 2008 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS(Genel Sağlık Sigortası) Kanunu ile Emekli Sandığı, SSK(Sosyal Sigortalar Kurumu) ve Bağ- Kur'a bağlı olan kişiler Genel Sağlık Sigortası adı altında sağlık güvencesine alınmış, yeşil kartı olan vatandaşların GSS kapsamına alınmasına ilişkin çalışmalar gerçekleştirilmiştir.

Sonuç, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ile sonrası karşılaştırıldığında önemli gelişmelerin olduğu görülmektedir. Bu gelişmeler, Doğumda beklenen yaşam süresi artmış, bebek ölümleri azalmış, anne ölümleri azalmış ve bulaşıcı hastalıkların insi dansında önemli azalmalar gerçekleşmiştir. Finansal risk payında kamunun önemi artarak bireylerin üzerindeki yük azalmıştır. Sağlık hizmetlerine duyulan memnuniyet artmış, sağlık hizmetlerinden yararlanma büyük ölçüde iyileşme göstermiştir. Bu dönüşüm ile sağlıkta atılan önemli adımlar, kamu sektöründen özel sektöre, en zenginimizden en yoksulumuza vatandaşlarımızın hayatlarında yer bulmuştur.

4.10. Çok boyutlu Ölçekleme Analizi

Çok boyutlu ölçekleme analizi, n tane nesne (birim; birey; gözlem) arasındaki uzaklık değerlerini kullanarak nesnelerin çok boyutlu uzaydaki konumlarına ilişkin gösterimlerini (konfigürasyonlarını) ortaya koymak için kullanılmaktadır. Çok boyutlu ölçekleme analizi, veriler ile ilgili dağılım varsayımı gerektirmeyen bir yöntemdir (57).

Çok boyutlu ölçekleme analizi, k boyutlu bir uzayda gösterilebilen nesneleri orijinal konumlarına çok yakın bir biçimde daha az boyutlu (iki, üç...) kavramsal bir uzayda göstererek, neneler arasındaki ilişkileri belirlemeye yardımcı olur. Analizin genel amacı, mümkün olduğunca az boyutla nesnelerin yapısını orijinal şekle yakın bir biçimde ortaya koymaktır. Bu amaçla, nesneler ya da birimler arasındaki uzaklıklar hesaplanır. Bu orijinal uzaklıklara göre uygun ve daha az boyutlu bir geometrik gösterim elde edilmeye çalışılır. Orijinal uzaklıklar ile gösterim uzaklıkları arasındaki uygunluk stress istatistiği ile ölçülür. Stress istatistiği değişik yöntemlere göre hesaplanabilir. Bu hesaplama yöntemlerinden Kruskal stress istatistiği,

$$stress1 = \sqrt{\frac{\sum\sum\left(d_{ij} - \hat{d}_{ij}\right)^2}{\sum\hat{d}_{ij}^2}}$$

şeklinde hesaplanır. Çok boyutlu ölçekleme analizi, verilerin türüne bağlı olarak metrik çok boyutlu ölçekleme ve metrik olmayan çok boyutlu ölçekleme olmak üzere iki biçimde uygulanmaktadır (58). Analizin genel amacı, uzaklık değerlerinden hareketle en az boyutla birimlerin ilişki yapısını orijinal yapıya en yakın şekilde belirlemektir. Bu analiz ile çok boyutlu veri matrisindeki birimler arasındaki karmaşık ilişkilerin daha kolay anlaşılabilir ve açıklanabilir boyutlara indirgenmesi sağlanabilmektedir (59).

ÇBÖ analizinin stres istatistiklerini sıfıra yakın bir seviyede belirlemesi arzu edilir. Stres değerlerine göre konfigürasyon mesafelerinin orijinal mesafelere uygunluğu Tablo 4.7.'de gösterilmiştir (58).

Tablo 4.7. Stres değeri ve Uyumluluk Arasındaki İlişki

Stress Değeri	Uyumluluk
|>0.20	Uyumsuz gösterim
0.10-<0.20	Düşük uyum
0.05-<0.10	İyi Uyum
0.025-<0.05	Mükemmel Uyum

5. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, soruları, önemi, değişkenler, sınırlılıklar, veri toplama araçları, verilerin yöntemi ve analizine ilişkin bilgiler verilmiştir.

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, Türkiye'nin 2003 ve 2017 yıllarında sağlık reformları ile sağlık göstergelerindeki değişimleri inceleyerek, Türkiye ve diğer OECD ülkelerinin arasındaki, ülkelerin benzerlik ve farklılıklarının belirlenmesidir. Bu amaçla, Türkiye'de 2003'de başlayan sağlıkta dönüşüm programıyla meydana gelen değişimleri 2017 yılı OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak incelemektir.

5.2. Araştırmanın Sorusu

Araştırmanın soruları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Türkiye ve diğer OECD ülkelerinin seçilmiş sağlık göstergelerine göre en benzer ve en farklı olduğu ülkeler 2003 ve 2017 yıllarında hangileridir?
- Türkiye ve diğer OECD ülkelerinin konumu seçilmiş sağlık göstergelerine göre 2003 ve 2017 yıllarında farklılık göstermekte midir?

5.3. Araştırmanın Önemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında hazırlanmış olup bütün sağlık sistemini kapsaması yönünde hazırlanmıştır. 2003 yılı ile 2008 yılları arasındaki dönemde sağlıkta önemli değişikliklerin yaşandığı yıllar olmuştur. 2003 yılının başında hazırlanarak halkoyuna duyurulan izlencelerde, sosyalizasyon ile birlikte mazi tecrübeler ve birikimler, yakın zamanlarda yürütülen sağlık düzletmeleri çalışmalarından ve dünyadaki başarılı ülke örneklerinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Sağlık reformlarının öncesi ile sonrası karşılaştırıldığında önemli gelişmelerin olduğu görülmektedir. Bu gelişmeler, Doğumda beklenen yaşam süresi artmış, bebek ölümleri azalmış, anne ölümleri azalmış ve bulaşıcı hastalıkların insi dansında önemli azalmalar

gerçekleşmiştir. Finansal risk payında kamunun önemi artarak bireylerin üzerindeki yük azalmıştır.

Çalışmamızda 2003 ve 2017 yılları için belirlenen sağlık göstergeleriyle Türkiye ve OECD ülkelerinin uygulanan sağlık reformları sonucunda farklılık ve benzerliklerinin karşılaştırılmasıdır.

5.4. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmada kullanılan değişkenler sağlık sistemi değerlendirilmesi çalışmalarında ulusal ve uluslararası literatürde en çok kullanılan değişkenlerdir.

Bu değişkenler;

Tablo 5.1 Seçilmiş Sağlık Göstergeleri ve ÇBÖ Analizinde Kullanılma Durumu

Sağlık Göstergeleri	2003	2017
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	✓	✓
Bebek Ölüm Hızı/**Yaşama Oranı**	✓	✓
Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP)	✓	✓
Bin (1000) Kişiye Düşen Yatak Sayısı	✓	✓
Bin (1000) Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	✓	✓
Bin (1000) Kişiye Düşen Doktor Sayısı	✓	✓
Kadınlarda 65 yaş üstü Yaşam Beklentisi	✓	✓
Erkeklerde 65 yaş üstü Yaşam Beklentisi	✓	✓
Kaba Ölüm Hızı	✓	✓

✓ : ÇBÖ'de Kullanılan değişkenler

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın değişkenleri, Temel Sağlık Göstergeleri için 15 değişken seçilmiştir. Çok değişkenli analizler için incelenen dönemde verilerin tam eksiksiz olarak var olması kıstas alındığı için 9 değişken olarak belirlenmiştir.

Araştırmada 2003 yılında başlayan SDP'nin uygulanmaya konulmasıyla Türkiye'nin OECD ülkeleri sağlık göstergelerindeki değişimleri 2017 yılına gelindiğinde uygulanan sağlık reformları sonucunda seçilmiş göstergelere göre OECD ülkelerindeki değişimlerin ne boyutlarda olduğunu belirlemektir.

Çalışmanın verileri, 2003-2017 yılları için Ekonomik Kalkınma ve işbirliği Örgütü (Organization for Economic Cooperation and Development / OECD)' den alınmıştır ve veriler toplamı 34 ülke için elde edilmiştir. Çok değişkenli analizler için incelenen dönemde verilerin tam eksiksiz olarak var olması kıstas alındığı için 25 ülke olarak sınır belirlenmiştir.

Bu ülkeler;

Tablo 5.2 ÇBÖ analizinde Kullanılan Ülkeler

1.Avustralya	10.Almanya	18.Polonya
2.Avusturya	11.Macaristan	19.Slovak Cumhuriyeti
3.Belçika	12.İsrail	20.Slovenya
4.Kanada	13.Japonya	21.İspanya
5.Çek Cumhuriyeti	14.Lüksemburg	22.İsveç
6.Danimarka	15.Meksika	23.Türkiye
7.Estonya	16.Hollanda	24.Birleşik Krallık
8.Finlandiya	17.Norveç	25.ABD
9.Fransa		

5.6. Veri Toplama Araçları

Yapmış olduğumuz çalışmada veri toplama aracı olarak Türkiye'nin de içinde bulunduğu 25 OECD ülkesi dahil edilmiştir. Araştırmada kullanılan değişkenlere ilişkin verilerin toplanması OECD veri tabanında yer alan istatistiklerden (https://data.oecd.org/health.htm) elde edilmiştir. Sadece değişkenlerden kaba ölüm hızının verisi Türkiye istatistik kurumundan (http://www.tuik.gov.tr/Start.do) alınmıştır.

Tablo 5.3 Bulgularda Kullanılan Kısaltmalar Listesi

Kısaltmalar Listesi	
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
BOH	Bebek ölüm Hızı
PYLL	Kaybedilen yaşam yılı
EDBYS	Erkeklerde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
KDBYS	Kadınlarda Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
PPP	Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Kamu Kamu harcama oranı
TSİHO	Toplam Sağlık Harcama İçindeki İlaç Harcama Oranı
KDYS	Kişi Başı Düşen Yatak Sayısı
HS	Hemşire Sayısı
Dr.S	Doktor Sayısı
DYB	Doğumda Yaşam Beklentisi
KOH	Kaba Ölüm Hızı

5.7. Araştırmanın Yöntemi ve Analizi

Çalışmanın analizleri öncelikle değişkenlere ait 2003 ve 2017 yılı seçilmiş sağlık göstergeleri verileri Microsoft Excel 10 grafik yardımıyla tek değişkenli olarak karşılaştırıldı. Ardından, her iki yıl için eksiksiz var olan dokuz değişken kullanılarak çok boyutlu ölçekleme ile çok değişkenli olarak karşılaştırılmıştır.

Çok Boyutlu Ölçekleme (ÇBÖ) analizi ve IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 paket programları kullanılarak yapılmıştır. Bu yöntemle verilerin sınıflandırılması ve gruplandırılması sağlanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve yüzde dağılımlar verilmiştir.

Değişkenleri çok değişkenli olarak değerlendirebilmek için çok boyutlu ölçekleme analizi yapılmıştır. Analize başlamadan önce, değişkenler arasındaki korelasyona bakılmıştır.

- Kişi Başına Düşen GSYH, KBDSH ile yüksek korelasyonlu bulunmuş, bu nedenle Kişi Başına Düşen GSYH değişkeni analiz dışı bırakılmıştır.
- Kaybedilen yaşam yılı (PYLL) 2003 yılı için Türkiye'de bulunmamaktadır. O nedenle analiz dışı bırakılmıştır.
- Toplam Sağlık Harcaması İçindeki İlaç Harcama Oranı 2003 yılı için Türkiye'de bulunmamaktadır. O nedenle analiz dışı bırakılmıştır.

Çalışmadaki bütün değişkenler pozitif yönlüdür, fakat bebek ölümü değişkeni ters yönlüdür. Bu nedenle bu değişkene dönüşüm uygulanmış ve bebek yaşama oranı olarak analize alınmıştır. Ayrıca, değişkenlerin dağılımı çok geniş olduğu için değişkenler normalize edilerek analize alınmıştır.

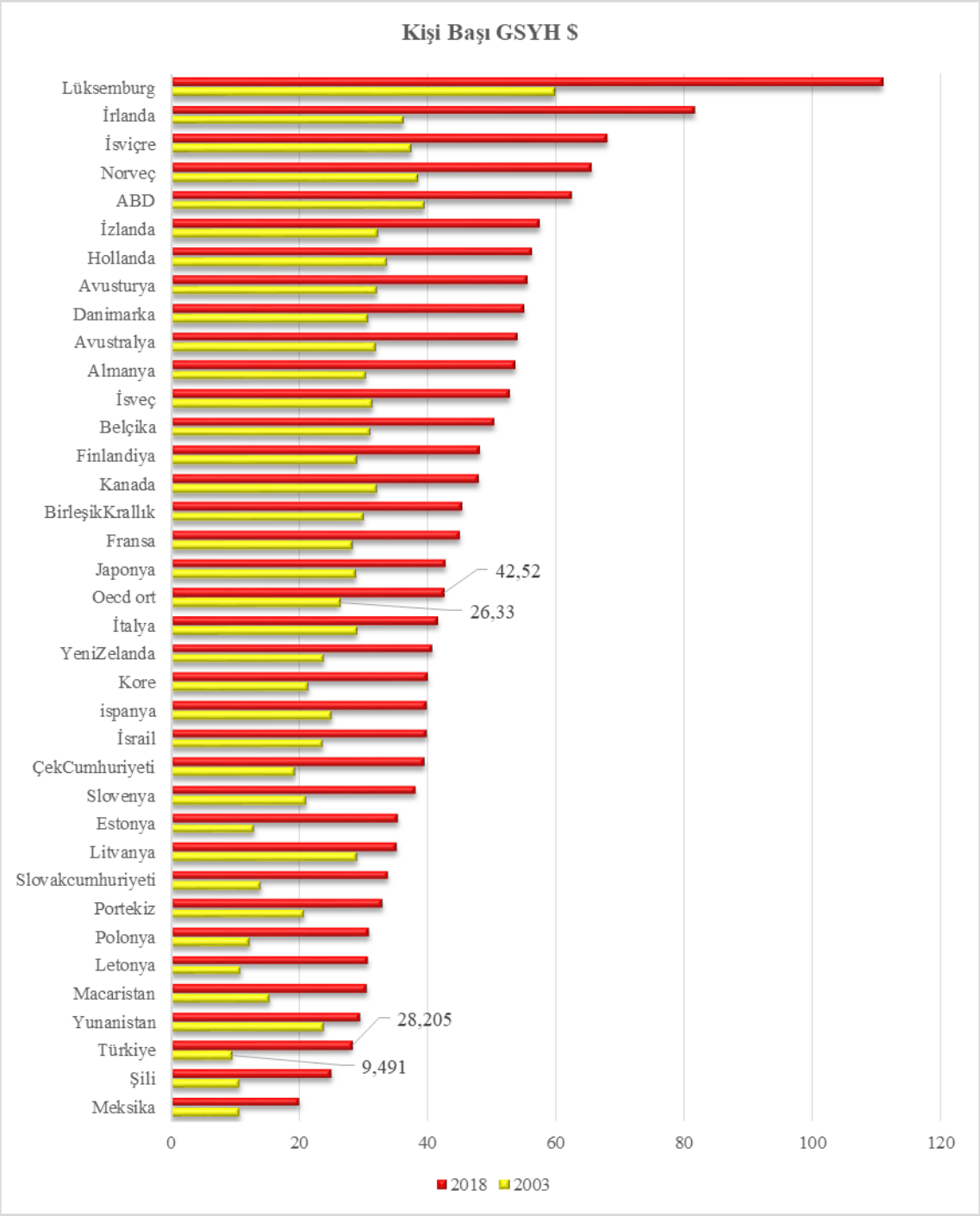
6. BULGULAR

Bu bölümde Türkiye ile OECD ülkelerinin seçilmiş sağlık göstergeleri Microsoft Excel 10'dan faydalanarak grafikler yardımı ile incelenmiştir. Türkiye ile OECD ülkelerinin seçilmiş sağlık göstergeleri ile Çok Boyutlu Ölçekleme Yöntemi kullanılarak analiz yapılmıştır.

Tablo 6.1 Grafiklerde kullanılan Renklendirme

Renkler	Yıllar
Sarı	2003 yılı göstergesi
Kırmızı	2017 yılı göstergesi

6.1. Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla



Şekil 6.1. Kişi Başına Düşen GSYH

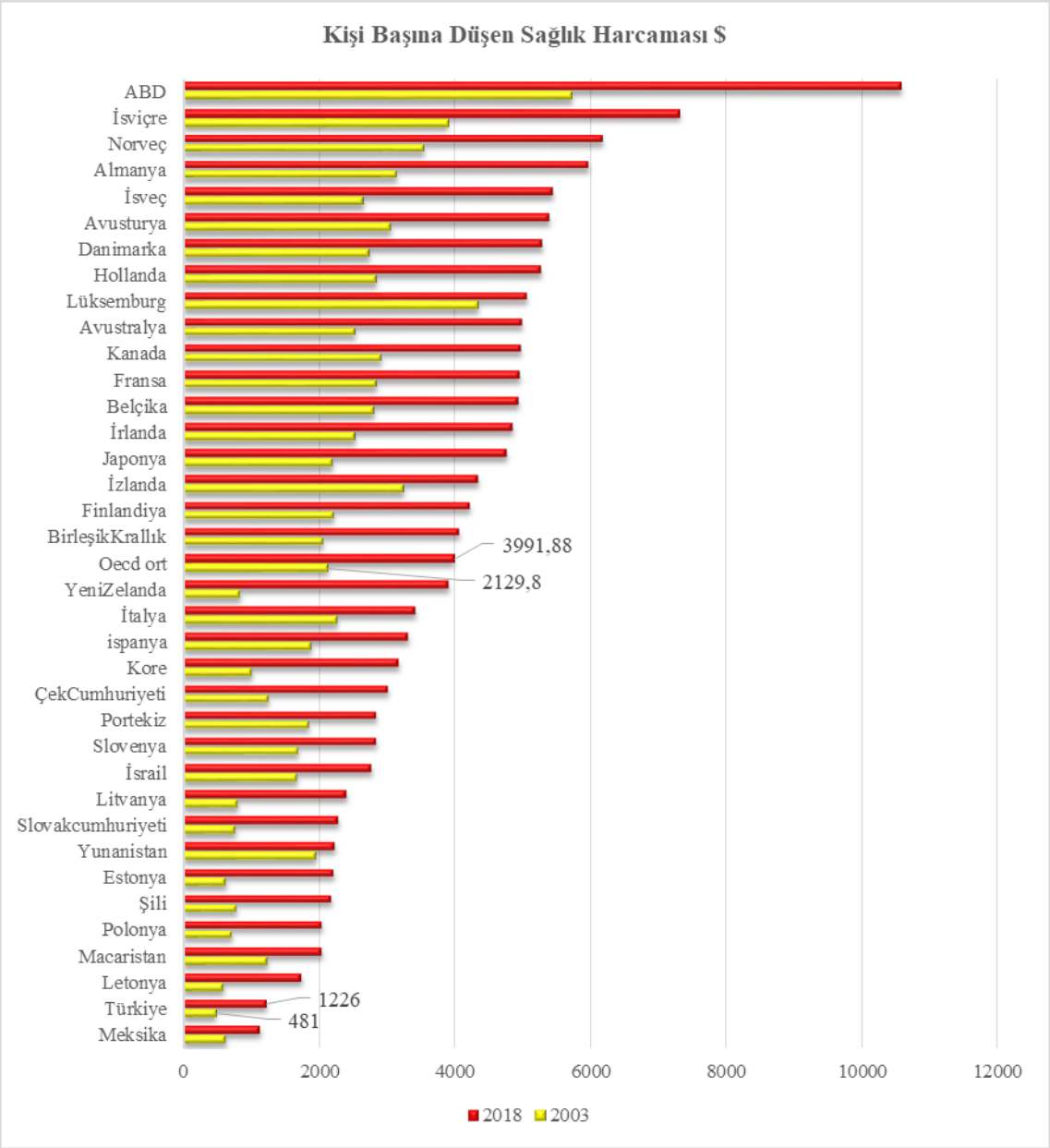
36 OECD ülkesi için Kişi başına düşen GSYH oranı 2003 ve 2018 yılları için Şekil 6.1.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak Kişi başına düşen GSYH oranı 2003 yılında %9,49'dür. OECD ülkelerinin toplam ortalaması %26,33'tür. Bu oranlara göre Türkiye 34 OECD

ülke içinde 34. sırada yer almaktadır. Türkiye, OECD ülkeleri arasında kişi başına düşen GSYH oranı en düşük olan ülke konumundadır.

2018 yılında ise, Türkiye'nin GSYH oranı %28,20'dir. OECD ülkelerin toplam ortalaması %42,52'dir. Bu oranlara göre Türkiye 34 OECD ülke içinde 32. sırada yer almaktadır. Türkiye, OECD ülkeleri arasından yalnızca Şili ve Meksika'nın oranından yüksek olduğu görülmektedir.

6.2.Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması



Şekil 6.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması

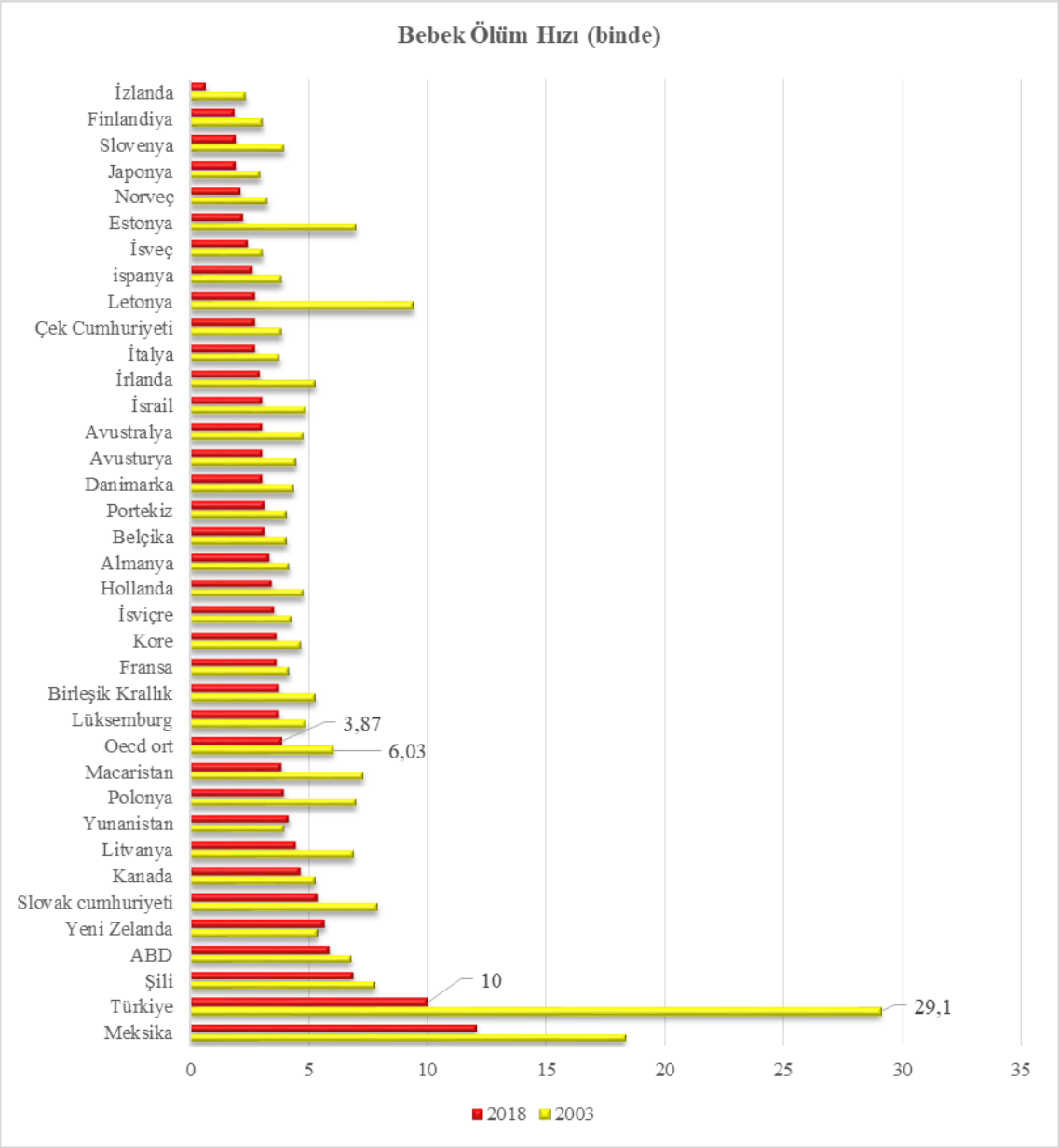
36 OECD ülkesi için Kişi başına düşen sağlık harcaması ($) 2003 ve 2018 yılları için Şekil 6.2.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak KBDSH'sı 2003 yılında 481 USD'dir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması kişi başına 2129 USD'dir. Bu harcamalara göre Türkiye, OECD ülkeleri arasında KBDSH'sı en düşük olan ülke konumundadır. OECD içinde en düşük KBDSH'na sahip olan ülkeler, Letonya (605 USD), Estonya (638 USD),

Meksika (643 USD), en fazla KBDSH'na sahip olan ülkeler, ABD (5737 USD), Lüksemburg (436 1USD), İsviçre (3909 USD)'dir.

2018 yılında ise; Türkiye'de KBDSH'sı 1226 USD'dir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması kişi başına 3991 USD'dir. Bu harcamalara göre Türkiye, OECD ülkeleri arasında sadece KBDSH'sı en düşük olan Meksika'yı (1138 USD) geçebilmiştir. OECD içinde en düşük KBDSH'na sahip olan ülkeler, Meksika (1138 USD), Türkiye (1226 USD), Letonya (1748 USD), Macaristan (2046 USD), en fazla KBDSH sahip olan ülkeler, ABD (10586 USD), İsviçre (7316 USD), Norveç (6186 USD) ve Almanya (5986 USD)'dir.

6.3. Bebek Ölüm Hızı



Şekil 6.3. Bebek Ölüm Hızı

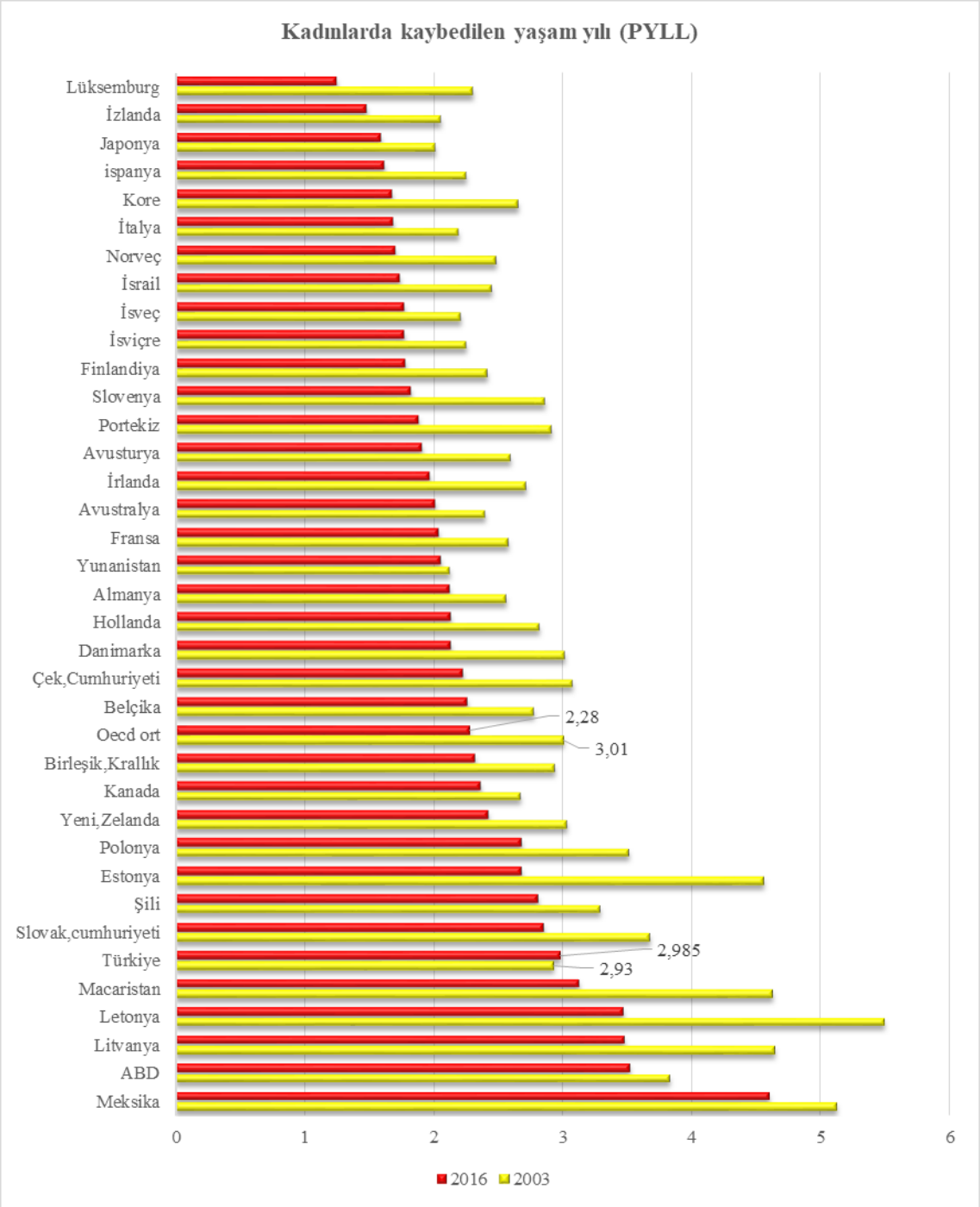
36 OECD ülkesi için 1000 Canlı Doğumda Bebek ölüm hızı 2003 ve 2018 yılları için Şekil 6.3.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak BOH 2003 yılında binde 29,1'dir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması BOH binde 6,03'dür. Bu oranlara göre Türkiye, OECD ülkeleri arasında BOH'nda 34.sırada yer almaktadır. OECD içinde BOH en yüksek olan ülkeler, Meksika (binde 18,3), Letonya (binde 9,4), Slovak Cumhuriyeti (binde 7,9), Şili (binde 7,8), en düşük BOH'na sahip olan ülkeler, İzlanda (binde 2,4), Japonya (binde 3), İsveç & Finlandiya (binde 3,1)'dir.

2018 yılında ise; Türkiye'de BOH binde 10'dur. OECD ülkelerinin toplam ortalaması binde 3.87'dir. Bu oranlara göre Türkiye, OECD ülkeleri arasında BOH en yüksek olan Meksika'dan (binde 12,1) sonra yer almaktadır. OECD içinde BOH en yüksek olan ülkeler, Meksika (binde 12,1), Şili (binde 7,8), ABD (binde 5,9), Yeni Zelanda (binde 5,7), en düşük olan ülkeler, İzlanda (binde 0,7), Finlandiya (binde 1,9), Slovenya & Japonya (binde 2) ve Norveç (binde 2,2)'dir.

Aynı zamanda Türkiye'nin 2003 yılındaki BOH binde 29,1'iken, 2018 yılında BOH binde 10'a düşmüştür. Bu sonuç sağlık durumu için umut vericidir.

6.4. Kadınlara Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL)



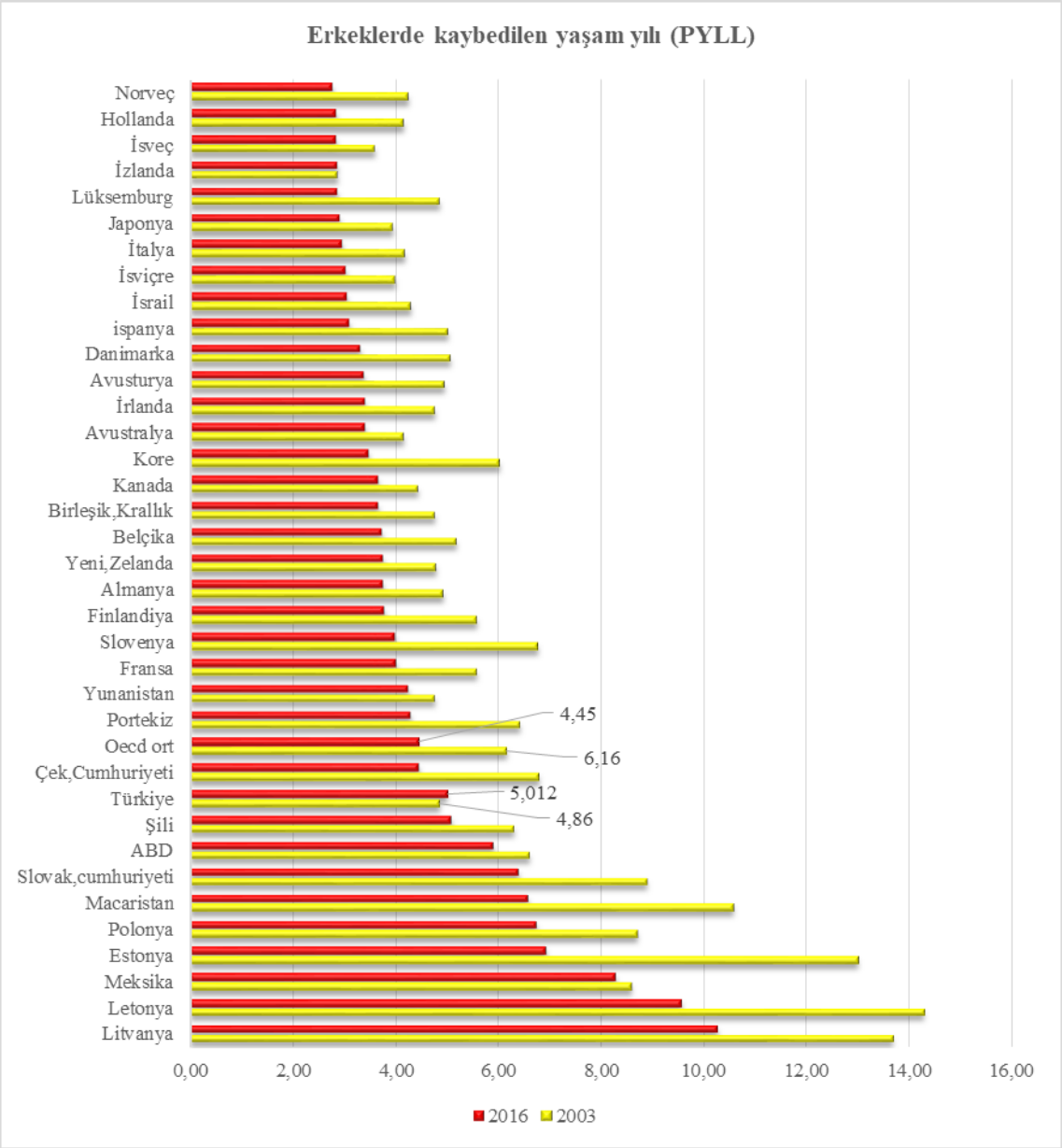
Şekil 6.4. Kadınlarda Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL)

Türkiye'nin bu göstergede en güncel verisi olan 2009 yılına ait verisi kullanılmıştır. 36 OECD ülkesi için Kadınlarda kaybedilen yaşam yılı (PYLL) 2003 ve 2016 yılları için Şekil 6.4.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak kadınlarda PYLL 2003 (2009) yılında %2,3'dür. OECD ülkelerinin toplam ortalaması %3,1'dir. OECD verilerinde 100.000 kişide PYLL sınırı 70 yaş olarak kullanılır. Bu oranlara göre Türkiye 34 OECD ülke içinde 23. sırada yer almaktadır. OECD içinde en fazla PYLL'na sahip olan ülkeler, Meksika (% 5,12), Letonya (% 5,50), Litvanya (% 4,65), en az PYLL'na sahip olan ülkeler, Lüksemburg (% 2,30), İzlanda (% 2,06), Japonya (% 2,01) ve İspanya (% 2,25)'dir.

2016 yılında ise; Türkiye'nin PYLL'sı% 2,98'dir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması % 2,28'dir. Bu oranlara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalaması olan % 2,28'nin altında kalmıştır. OECD içinde en fazla PYLL'na sahip olan ülkeler, Meksika (% 4,64), ABD (% 3,52), Litvanya (% 3,48) ve Letonya (% 3,47), en az PYLL'na sahip olan ülkeler, Lüksemburg (% 1,25), İzlanda (% 1,48), Japonya (% 1,6) ve İspanya (% 1,61)'dir.

6.5. Erkeklerde Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL)



Şekil 6.5. Erkeklerde Kaybedilen Yaşam Yılı (PYLL)

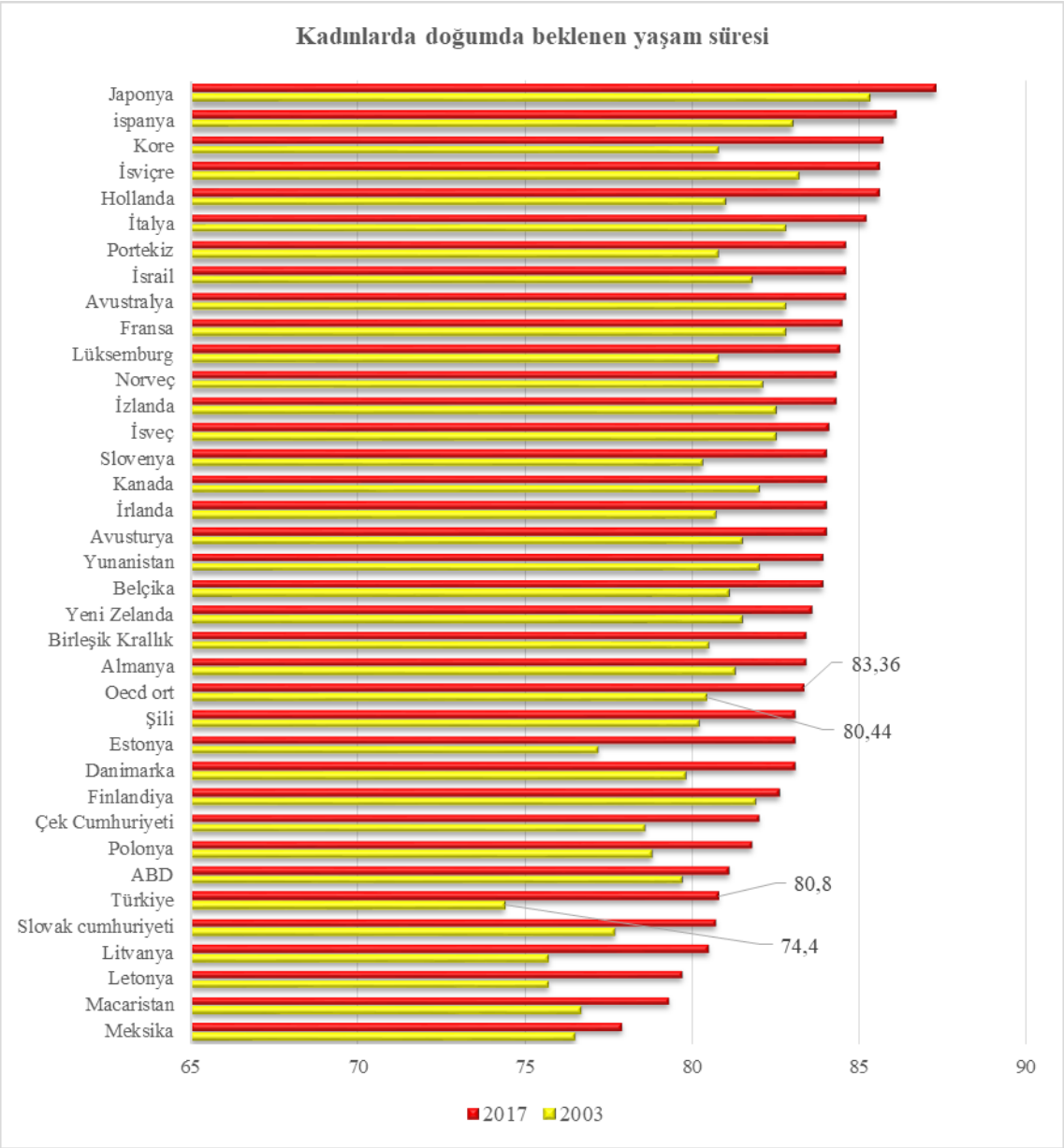
Türkiye'nin bu göstergede en güncel verisi olan 2009 yılına ait verisi kullanılmıştır. 36 OECD ülkesi için Erkeklerde kaybedilen yaşam yılı (PYLL) 2003 ve 2016 yılları için Şekil 6.5.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak erkeklerde PYLL 2003 (2009) yılında % 4,86'dır. OECD ülkelerinin toplam ortalaması % 6,06'dir. OECD verilerinde 100.000 kişide PYLL sınırı 70 yaş olarak kullanılır. Bu oranlara göre Türkiye 34 OECD ülke içinde 18. sırada yer almaktadır. OECD içinde en fazla PYLL'na sahip olan ülkeler, Estonya (%

13,01), Letonya (% 14,29), Litvanya (% 13,68), Macaristan (% 10,58), en az PYLL'na sahip olan ülkeler, İsviçre (% 3,99), Japonya (% 3,96), İsveç (% 3,61) ve İzlanda (% 2,87)'dir.

2016 yılında ise; Türkiye'nin PYLL'sı % 5,01'dir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması % 4,45'dir. Bu oranlara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalaması olan % 4,45'nin altında kalmıştır. OECD içinde en fazla PYLL'na sahip olan ülkeler, Letonya (% 9,27), Litvanya (% 10,26), Meksika (% 8,29) ve Estonya (% 6,93), en az PYLL'na sahip olan ülkeler, Norveç (% 2,78), Hollanda (% 2,84), İsveç (% 2,85) ve İzlanda (% 2,87)'dir.

6.6. Kadınlarda Doğumda Beklenen Yaşam Süresi



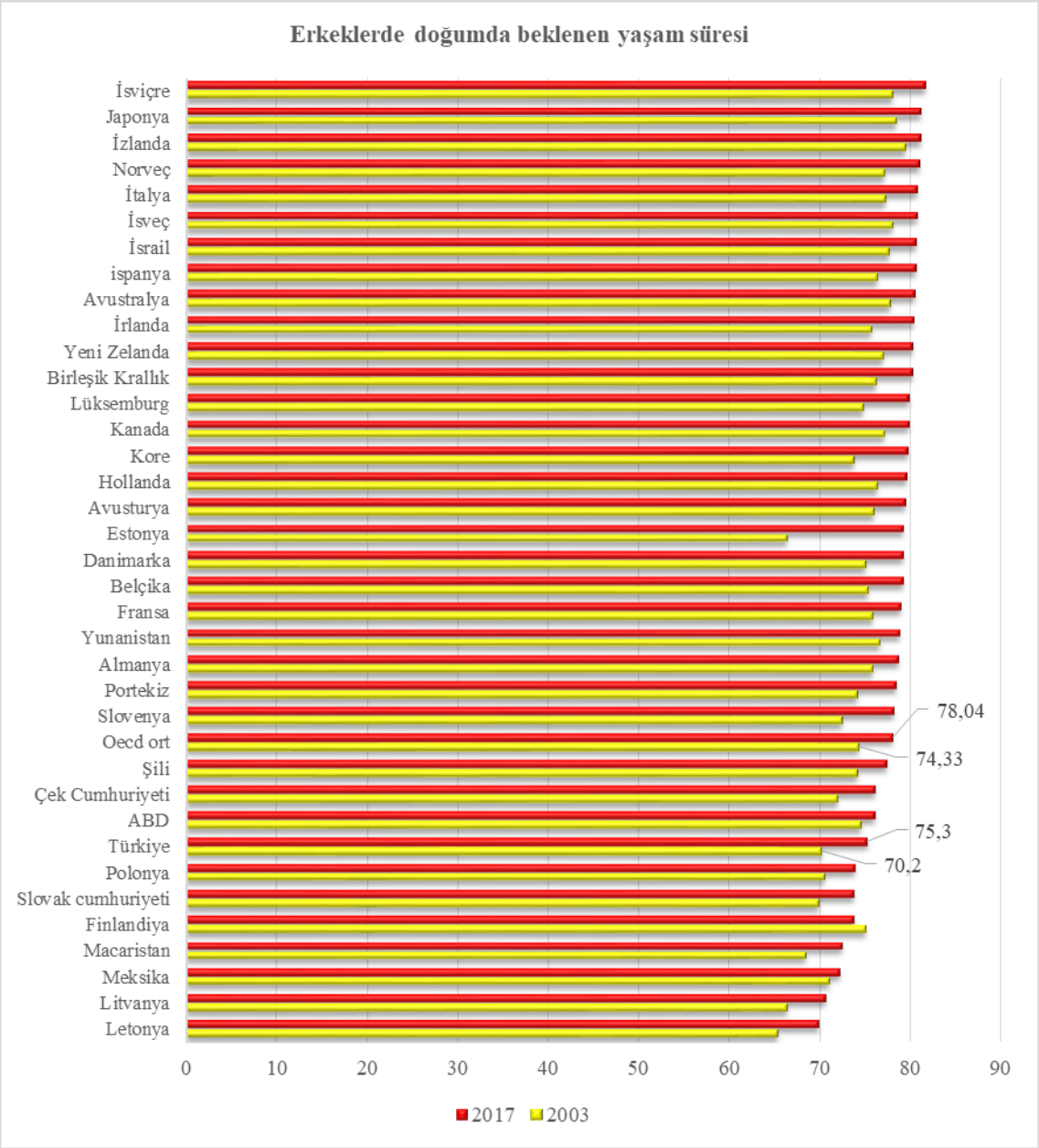
Şekil 6.6 Kadınlarda doğumda beklenilen yaşam süresi

36 OECD ülkesi için Kadınlarda doğumda beklenen yaşam süresi 2003 ve 2017 yılları için Şekil 6.6.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak KDBYS 2003 yılında 74,4 yıldır. OECD ülkelerinin toplam ortalaması 80,4 yıldır. Bu sayılara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre yaşam süresi yılı olarak 6 yıllık bir kayıp söz konusudur. OECD içinde en düşük KDBYS'ye sahip olan ülkeler, Meksika 76.5 yıl, Macaristan 76.7 yıl, Letonya & Litvanya 75.7 yıl, en yüksek KDBYS'ne sahip olan ülkeler, Japonya 85.3 yıl, İspanya 83 yıl, İsviçre 83.2 ve Fransa & İtalya 82.2 yıl olarak görülmektedir.

2017 yılında ise; Türkiye'nin KDBYS 80.8 yıl olarak görülmektedir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması 83.3 yıldır. Bu durumda ortalamaya göre Türkiye 29. sırada yer almaktadır. 2003 yılına göre anlamlı bir iyileşme olduğunu söyleyebiliriz. OECD içinde en düşük KDBYS'ye sahip olan ülkeler, Meksika 77.9 yıl, Macaristan 79.3 yıl, Letonya 79.7 yıl ve Litvanya 80.5 yıl, en yüksek KDBYS'ne sahip olan ülkeler, Japonya 87.3 yıl, İspanya 86.1 yıl, Kore 85.7 yıl ve İsviçre& Hollanda 85.6 yıl olarak görülmektedir.

6.7. Erkeklerde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi



Şekil 6.7 Erkeklerde doğumda beklenilen yaşam süresi

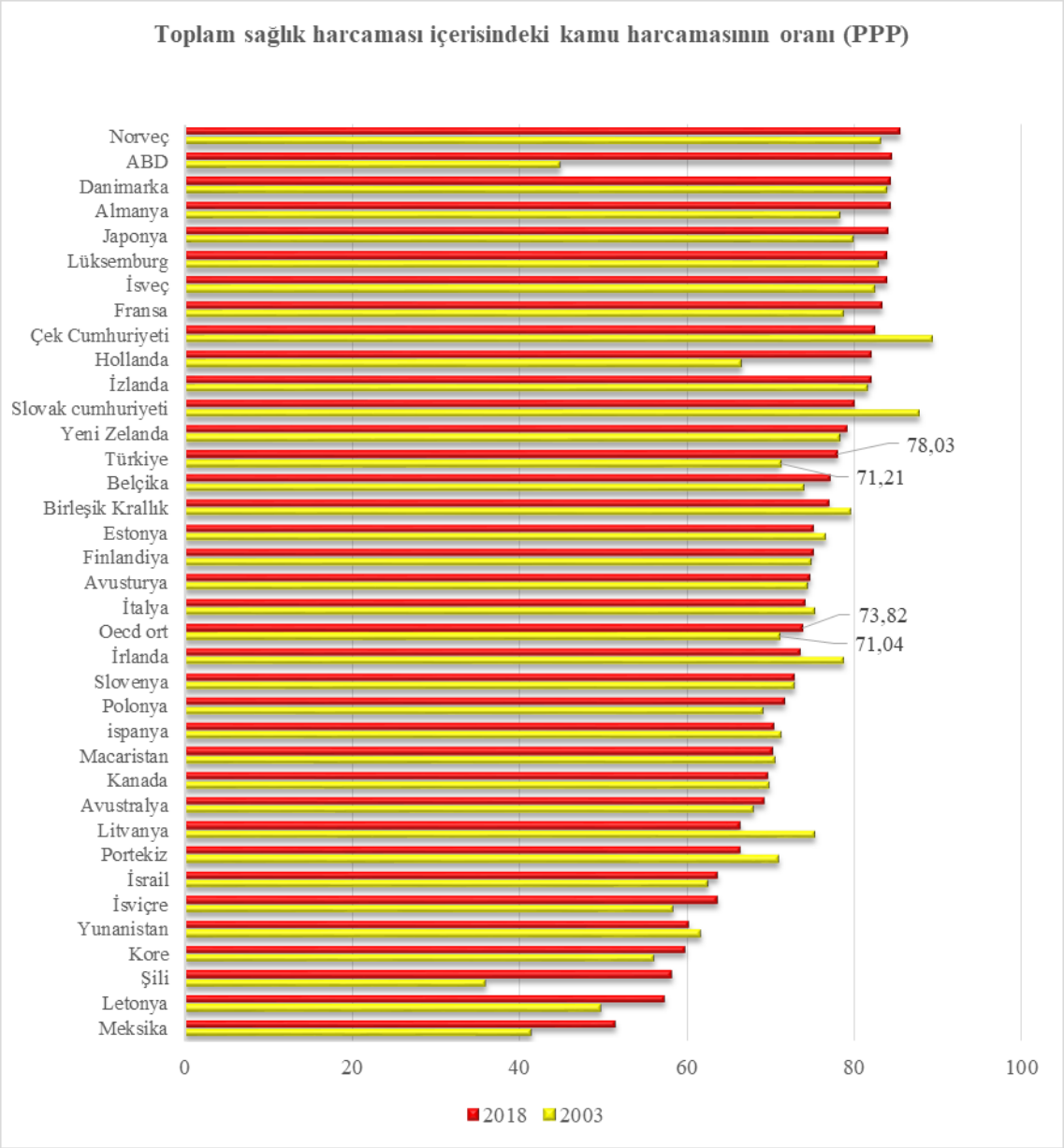
36 OECD ülkesi için Erkeklerde doğumda beklenen yaşam süresi 2003 ve 2017 yılları için Şekil 6.7.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak EDBYS 2003 yılında 70,2 yıldır. OECD ülkelerinin toplam ortalaması 74,3 yıldır. Bu sayılara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre yaşam süresi yılı olarak 29. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük EDBYS'ye sahip olan ülkeler, Letonya 65.3 yıl, Litvanya 66.4 yıl, Macaristan 68.4 yıl

ve Estonya 66.4 yıl, en yüksek EDBYS'ne sahip olan ülkeler, Japonya 78.4 yıl, İzlanda 79.5 yıl, İsviçre 78 yıl, Avusturalya 77.8 yıl ve İsveç 78 yıl olarak görülmektedir.

2017 yılında ise; Türkiye'nin EDBYS 75.3 yıl olarak görülmektedir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması 78 yıldır. Bu sayılara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre yaşam süresi yılı olarak 26. sırada yer almaktadır. 2003 yılına göre iyileşme olduğunu söyleyebiliriz. OECD içinde en düşük EDBYS'ye sahip olan ülkeler, Letonya 69.8 yıl, Litvanya 70.7 yıl, Macaristan 72.5 ve Meksika 72.2 yıl, en yüksek EDBYS'ne sahip olan ülkeler, Japonya & İzlanda 81.1 yıl, İsviçre 81.6, Norveç 81.1 yıl ve İtalya & İsveç 80.8 yıl olarak görülmektedir.

6.8. Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP)



Şekil 6.8. Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP)

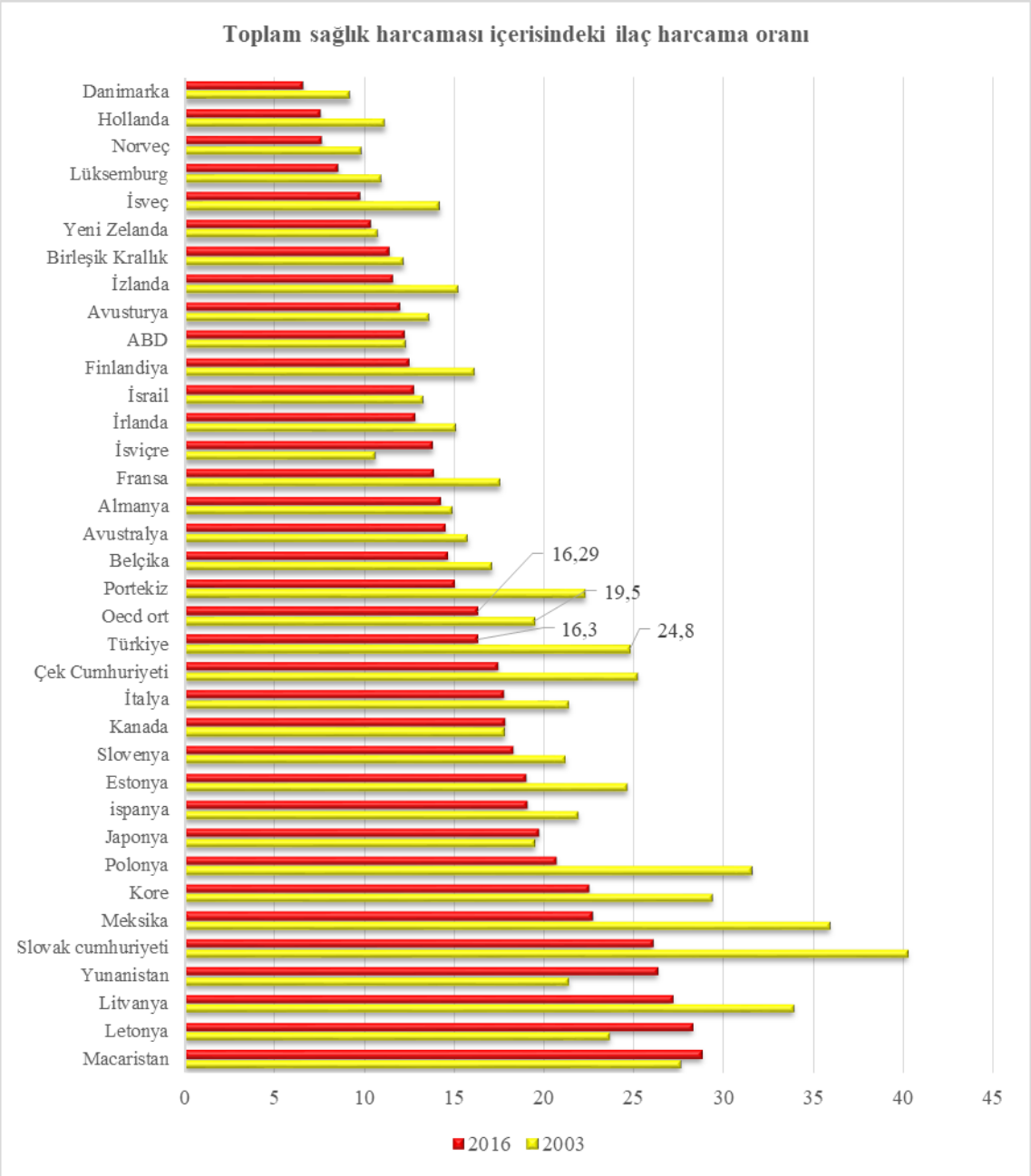
36 OECD ülkesi için Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP) 2003 ve 2018 yılları için Şekil 6.8.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak PPP 2003 yılında payı %71,21'dür. OECD ülkelerinin toplam ortalaması % 71'dir. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre PPP olarak 24. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük PPP'ye paya sahip olan ülkeler,

Şili (% 35,98), Meksika (% 41,51), Letonya (5 49,83) ve Kore (% 56,1), en yüksek PPP'ye paya sahip olan ülkeler, Norveç (% 83,17), Danimarka (% 83,91) , Slovak Cumhuriyeti (% 87,79) ve Çek Cumhuriyeti (% 89,39)'dur.

2018 yılında ise; Türkiye'nin PPP payı % 78,03'dür. OECD ülkelerinin toplam ortalaması %73,82'lik paya sahiptir. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre PPP olarak 16. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük PPP'ye paya sahip olan ülkeler, Şili (% 58,31), Meksika (% 51,48), Letonya (% 57,41) ve Kore (% 59,77), en yüksek PPP'ye paya sahip olan ülkeler, Norveç (% 85,48), ABD (% 84,54), Danimarka (% 84,4) ve Almanya (% 84,36)'dır.

6.9. Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki İlaç Harcama Oranı



Şekil 6.9. Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki İlaç Harcama Oranı

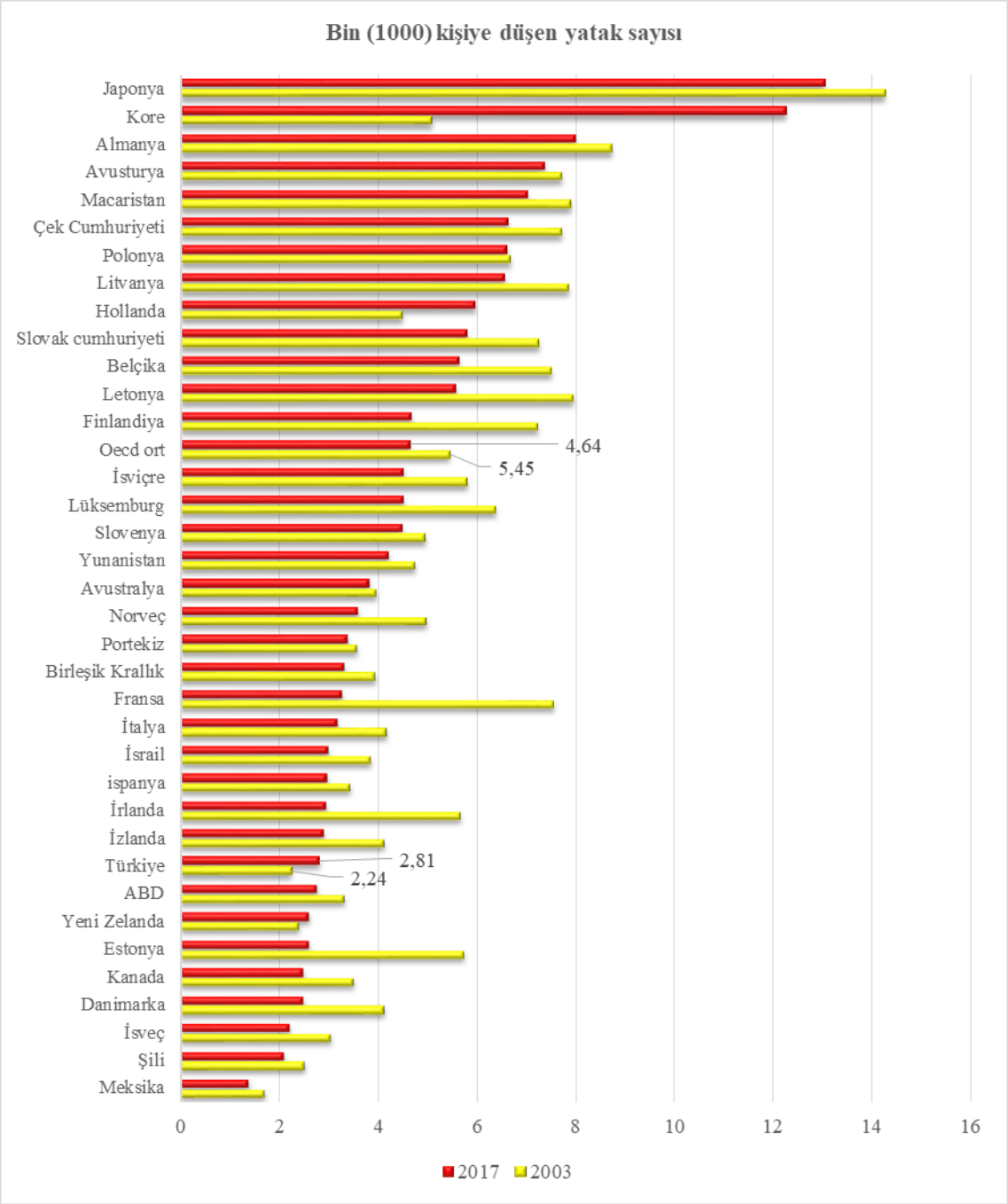
Türkiye'nin bu göstergede en güncel verisi olan 2000 yılına ait verisi kullanılmıştır. Şili'ye ait bu göstergede veri bulunamadığı için alınmamıştır. 35 OECD ülkesi için Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki İlaç Harcama Oranı 2003 ve 2016 yılları için Şekil 6.9.'da gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak TSHİHO 2003 yılındaki oranı % 24.8'dir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı % 19.5'dir. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri

ortalamasına göre 28. sırada yer almaktadır. OECD içinde en yüksek TSHİHO'na sahip olan ülkeler, Slovak Cumhuriyeti (% 40,24), Meksika (%35,89), Litvanya (%33,91) ve Polonya (% 31,57), en düşük TSHİHO'na paya sahip olan ülkeler, Danimarka (% 9,24), Norveç (% 9,88), Yeni Zelanda (% 70,77) ve Lüksemburg (% 10,96)'dur.

2016 yılında ise; Türkiye'nin TSHİHO'nın payı % 16,3'dür. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı % 16,29'dur. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre 20. sırada yer almaktadır. OECD içinde en yüksek TSHİHO'na sahip olan ülkeler, Macaristan (% 28,76), Letonya (% 28,28), Litvanya (% 27,15) ve Yunanistan (%26,28), en düşük TSHİHO'na paya sahip olan ülkeler, Danimarka (% 6,60), Norveç (% 7,63), Hollanda (% 7,61) ve Lüksemburg (% 8,59)'dur.

6.10. Bin (1000) Kişiye Düşen Yatak Sayısı



Şekil 6.10. Bin (1000) kişiye düşen yatak sayısı

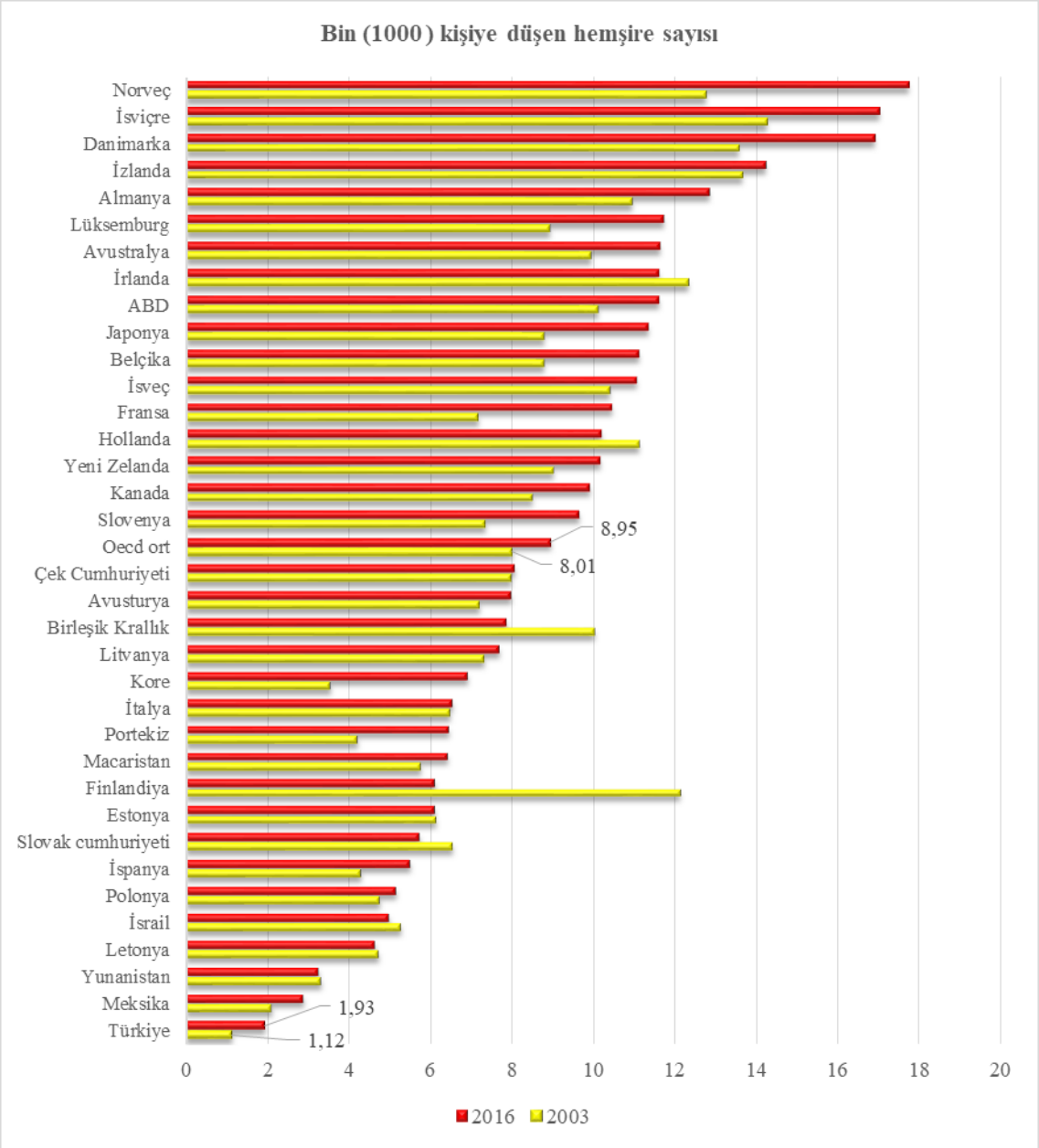
36 OECD ülkesi için Bin (1000) kişiye düşen yatak sayısı 2003 ve 2017 yılları için Şekil 6.10.'da gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak BDYS 2003 yılındaki oranı % 2,24'dür. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı % 5,45'dür. Bu paylara göre Türkiye, OECD

ülkeleri ortalamasına göre 33. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük BDYS'na sahip olan ülkeler, Meksika (% 1,7), Yeni Zelanda(% 2,41), Şili (% 2,51) ve İsveç (% 3,05), en yüksek BDYS'na sahip olan ülkeler, Japonya (% 14,26), Almanya (% 8,74), Letonya (% 7,95) ve Litvanya (% 7,85)'dır.

2017 yılında ise; Türkiye'nin BDYS'nın payı % 2,81'dir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı % 4,64'dür. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre 28. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük BDYS'na sahip olan ülkeler, Meksika (% 1,38), Şili (% 2,11), İsveç (% 2,22) ve Danimarka (% 2,15), en yüksek BDYS'na sahip olan ülkeler, Japonya (% 13,05), Almanya (% 8), Kore (% 12,27) ve Avusturya (% 7,37)'dir.

6.11. Bin (1000) Kişiye Düşen Hemşire Sayısı



Şekil 6.11. Bin (1000) kişiye düşen hemşire sayısı

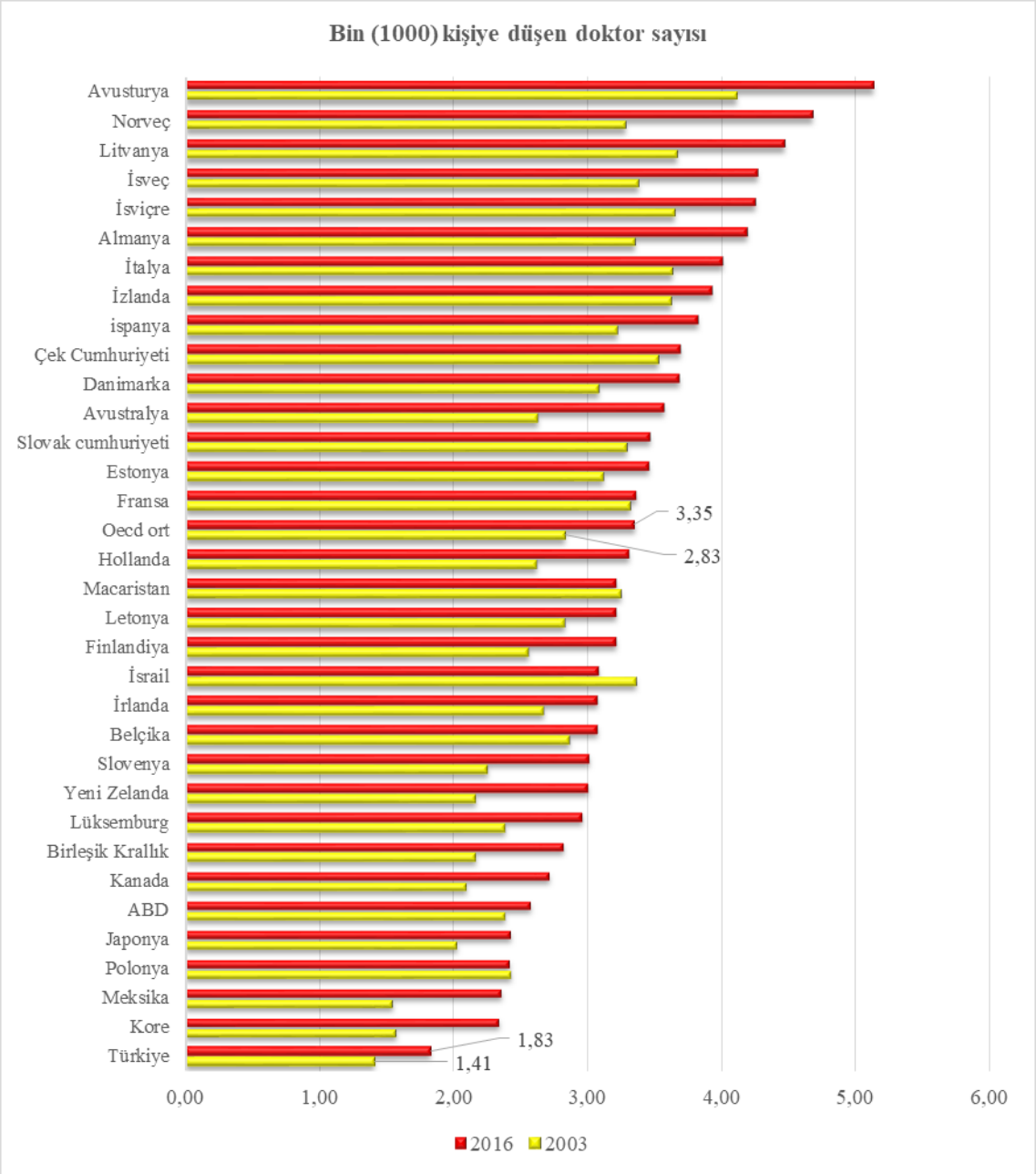
Şili'ye ait bu göstergede veri bulunamadığı için alınmamıştır.35 OECD ülkesi için Bin (1000) kişiye düşen hemşire sayısı 2003 ve 2016 yılları için Şekil 6.11.'da gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak BDHS 2003 yılındaki oranı % 1,12'dir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı % 8,1'dir. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre BDHS'nda 34. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük

BDHS'na sahip olan ülkeler, Meksika (% 2,1), Yunanistan (% 3,32), Kore (% 3,54) ve Portekiz (% 4,22), en yüksek BDHS'na sahip olan ülkeler, İsviçre (% 14,26), İzlanda (% 13,64), Danimarka (% 13,58) ve Norveç (% 12,76)'dır.

2017 yılında ise; Türkiye'nin BDHS'nın payı % 1,93'dür. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı % 8,95'dür. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre BDHS'nda 34. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük BDHS'na sahip olan ülkeler, Meksika (% 2,89), Yunanistan (% 3,25), Letonya (% 4,64) ve İsrail (% 4,99), en yüksek BDHS'na sahip olan ülkeler, İsviçre (% 17,02), İzlanda (% 14,22), Danimarka (% 16,9) ve Norveç (% 17,73)'dür.

6.12. Bin (1000) Kişiye Düşen Doktor Sayısı



Şekil 6.12. Bin (1000) kişiye düşen doktor sayısı

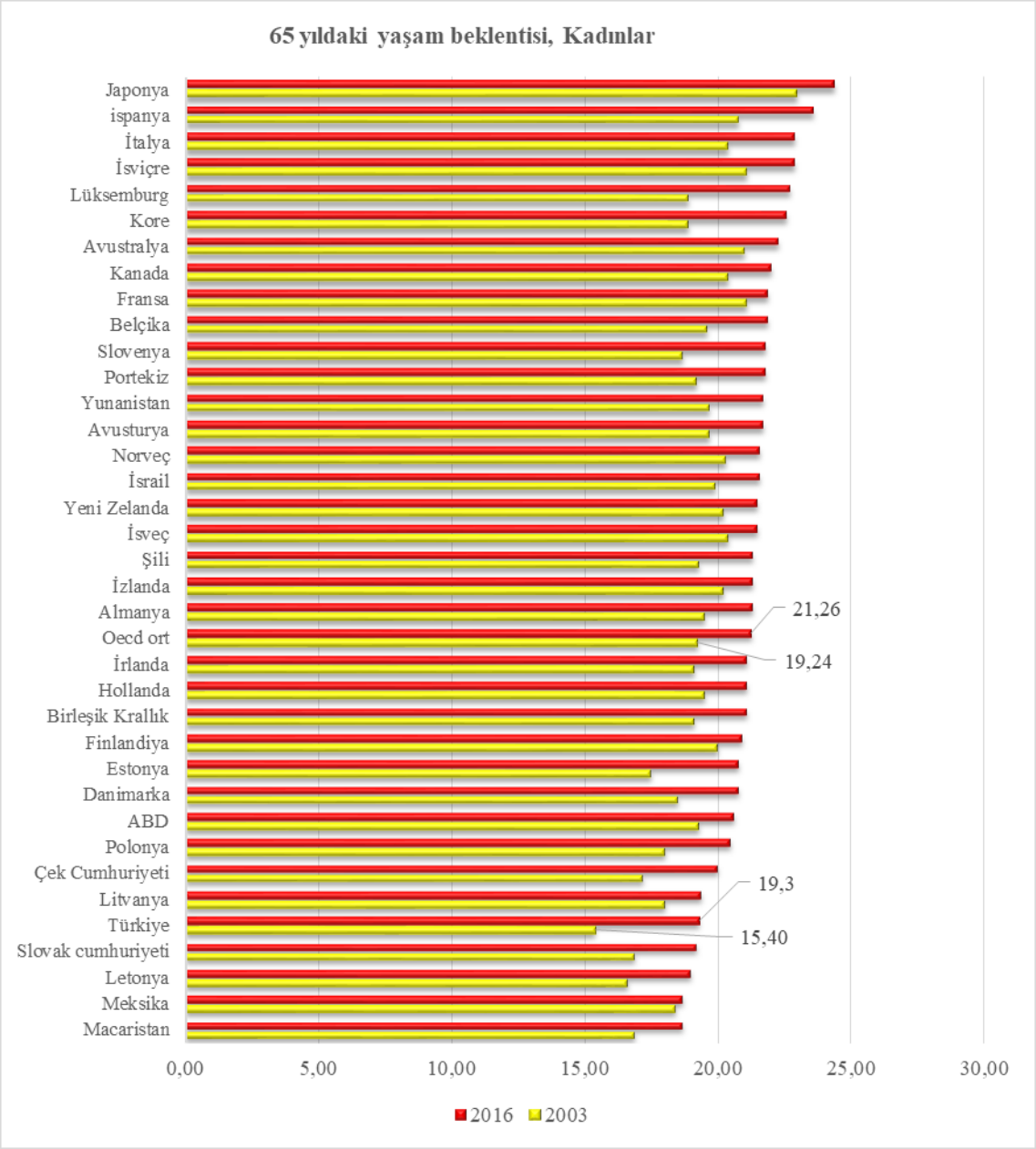
Şili, Yunanistan ve Portekiz'e ait bu göstergede veriler bulunamadığı için alınmamıştır.33 OECD ülkesi için Bin (1000) kişiye düşen doktor sayısı 2003 ve 2016 yılları için Şekil 6.12.'da gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak BDDr.S 2003 yılındaki oranı % 1,41'dir. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı % 2,83'dür. Bu paylara göre Türkiye, OECD

ülkeleri ortalamasına göre BDDr.S'nda 34. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük BDDr.S'na sahip olan ülkeler, Meksika (% 1,55), Kore (% 1,57), Polonya (% 2,43) ve Japonya (% 2,03), en yüksek BDDr.S'na sahip olan ülkeler, Avusturya (% 4,11), İsviçre (% 3,65), Litvanya (% 3,67) ve İtalya (% 3,63)'dür.

2016 yılında ise; Türkiye'nin BDDr.S'nın payı % 1,83'dür. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı % 3,35'dir. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre BDDr.S'nda 34. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük BDDr.S'na sahip olan ülkeler, Meksika (% 2,36), Kore (% 2,34), Polonya (% 2,42) ve Japonya (% 2,43),en yüksek BDDr.S'na sahip olan ülkeler, Avusturya (% 5,13), Litvanya (% 4,47), İsveç (% 4,27) ve Norveç (% 4,68)'dir.

6.13. 65 Yaşında Kadınlarda Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 6.13. 65 Yaşında Kadınlarda Doğumda Yaşam Beklentisi

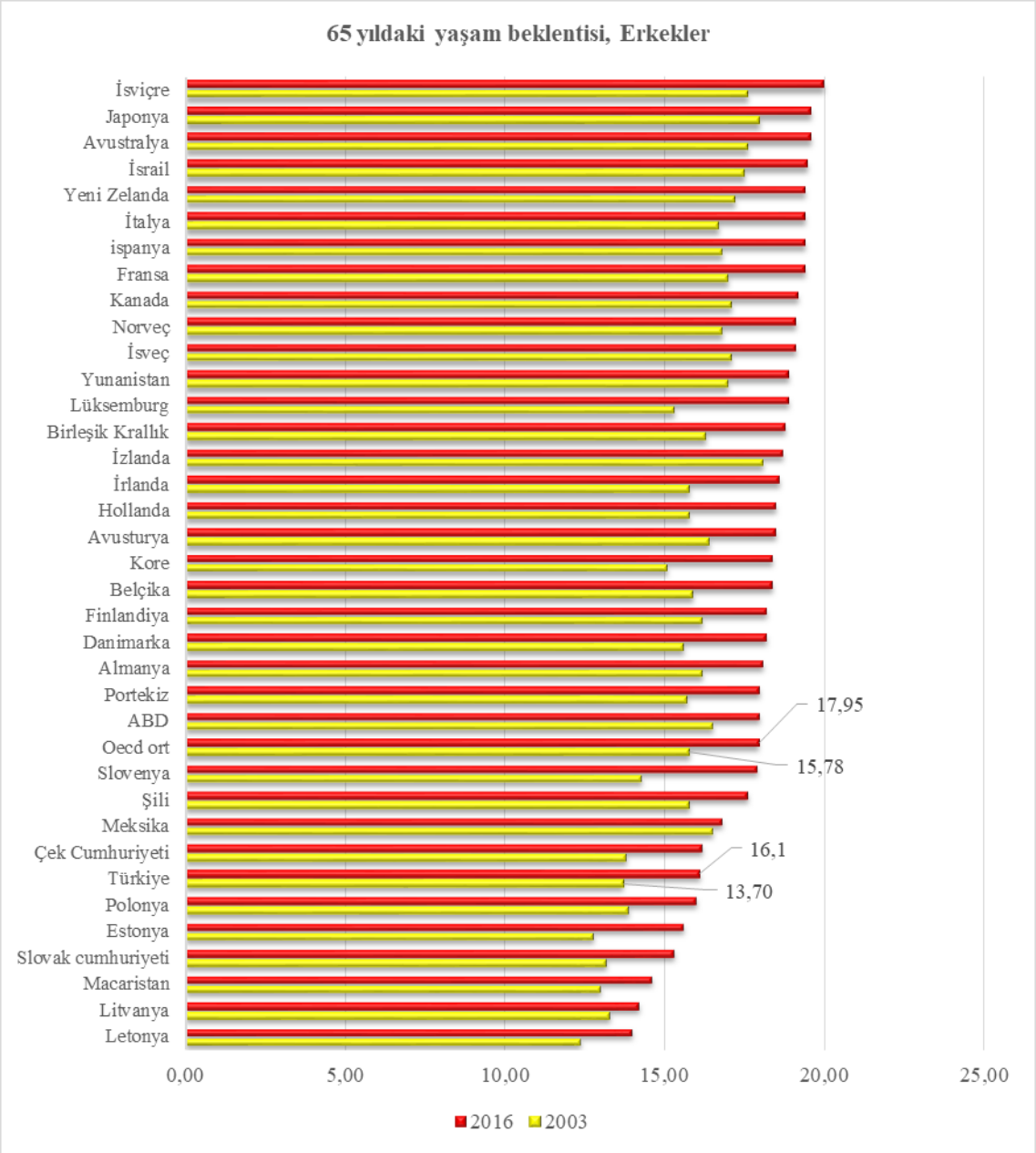
36 OECD ülkesi için 65 yaşında kadınlarda doğumda yaşam beklentisi 2003 ve 2016 yılları için Şekil 6.13.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak 65 YKDYB 2003 yılındaki oranı 15.40 yıldır. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı 19.24 yıldır. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre 65 YKDYB'de 34. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük 65 YKDYB'ne sahip olan ülkeler, Macaristan & Slovak Cumhuriyeti 16.9 yıl,

Letonya 16.60 yılı, Meksika 18.40 ve Çek Cumhuriyeti 17.20 yıl, en yüksek 65 YKDYB'ne sahip olan ülkeler, Japonya 23 yıl, Fransa & İsviçre 21.1 yıl, Avustralya 21 yıl ve İspanya 20.8 yıldır.

2016 yılında ise; Türkiye'nin 65 YKDYB'nin payı 19.3 yıldır. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı 21.26 yıldır. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre 65 YKDYB'de 30. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük 65 YKDYB'ne sahip olan ülkeler, Macaristan & Meksika 18.7 yıl, Letonya 19 yıl, Slovak Cumhuriyeti 19.2 yıl ve Litvanya 19.4 yıl, en yüksek 65 YKDYB'ne sahip olan ülkeler, Lüksemburg 22.7 yıl, İsviçre & İtalya 22,9 yıl, İspanya 23,6 yıl ve Japonya 24.4' yıldır.

6.14. 65 Yaşında Erkeklerde Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 6.14. 65 Yaşında Erkeklerde Doğumda Yaşam Beklentisi

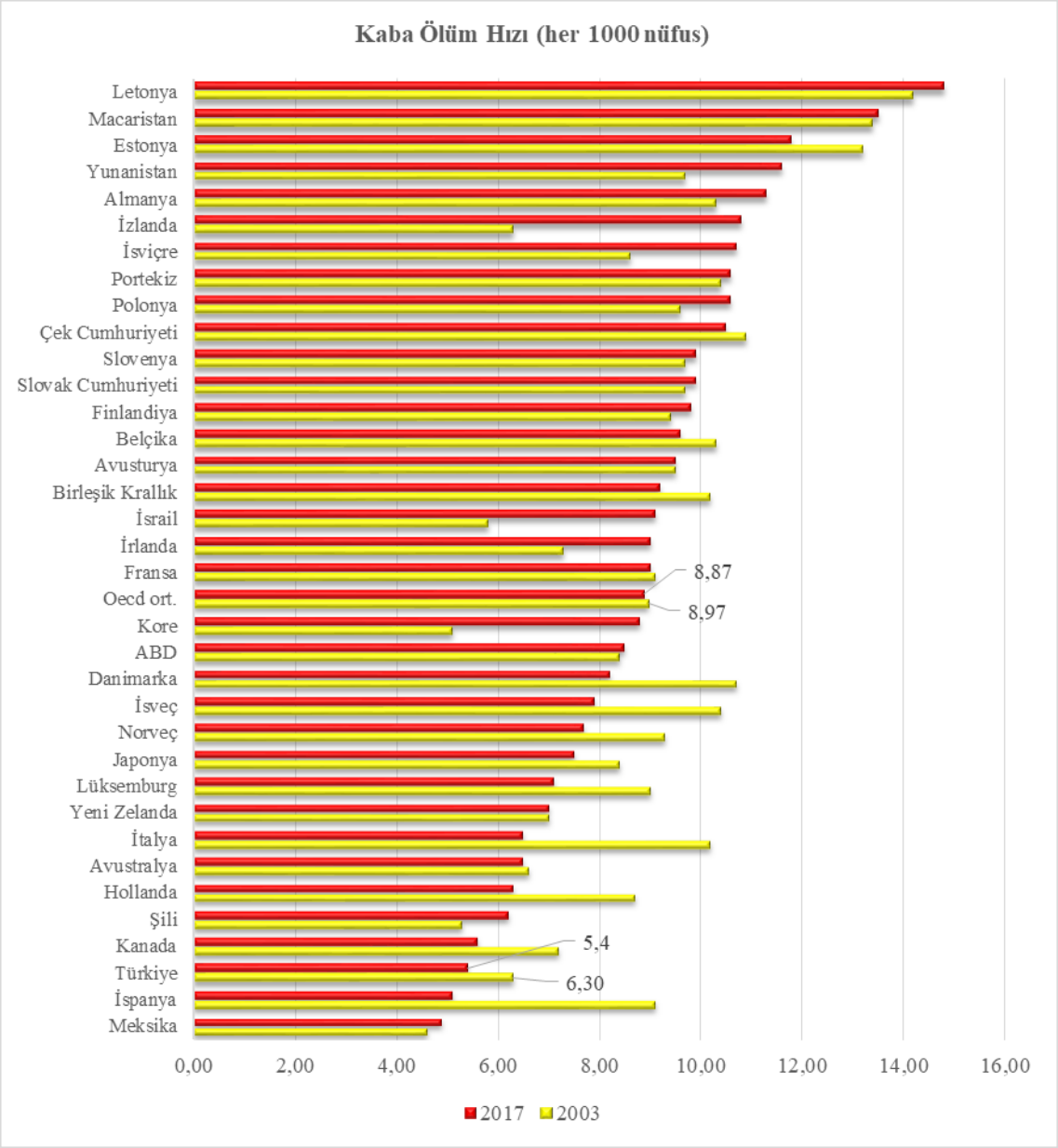
36 OECD ülkesi için 65 yaşında erkeklerde doğumda yaşam beklentisi 2003 ve 2016 yılları için Şekil 6.14.'de gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak 65 YEDYB 2003 yılındaki oranı 13.70 yıldır. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı 15.78 yıldır. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre 65 YEDYB'de 29. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük 65 YEDYB'ne sahip olan ülkeler, Litvanya 13.30 yıl Macaristan 13.1 yıl, Slovak

Cumhuriyeti 13.2 yıl ve Letonya 12.40 yıl, en yüksek 65 YEDYB'ne sahip olan ülkeler, Japonya 18 yıl, İsviçre 17.6 yıl, Avustralya 16.6 yıl ve İzlanda 18.1 yıldır.

2016 yılında ise; Türkiye'nin 65 YEDYB'nin payı 16.1 yıldır. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı 17.95 yıldır. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre 65 YEDYB'de 28. sırada yer almaktadır. OECD içinde en düşük 65 YEDYB'ne sahip olan ülkeler, Litvanya 14 yıl Macaristan 14.6 yıl, Slovak Cumhuriyeti 15.3 yıl ve Letonya 14.2 yıl, en yüksek 65 YEDYB'ne sahip olan ülkeler, İsviçre 20 yıl, İsrail 19.5, Yeni Zelanda 19.4 yıl ve Japonya & Avustralya 19.6' yıldır.

6.15. Kaba Ölüm Hızı



Şekil 6.15. Kaba Ölüm Hızı

Litvanya'ya ait bu göstergede veriler bulunamadığı için alınmamıştır.35 OECD ülkesi için Kaba Ölüm Hızı 2003 ve 2017 yılları için Şekil 6.15.'da gösterilmiştir.

Türkiye'de ulusal olarak KOH'nda 2003 yılındaki oranı binde 6.30'dur. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı binde 8.97'dir. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre KOH'nda 5. sırada yer almaktadır. OECD içinde en yüksek KOH'na sahip olan ülkeler, Letonya binde 14.20, Macaristan binde 13.40, Estonya

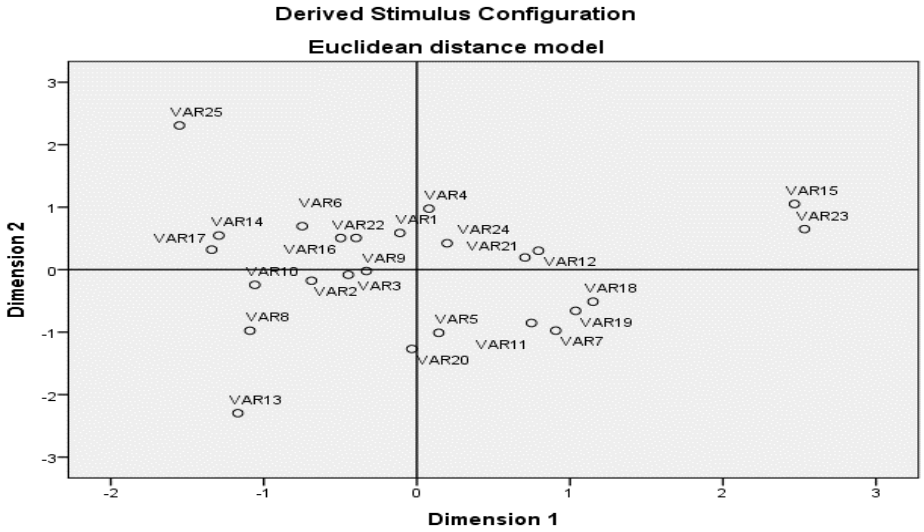
binde 13.20 ve Çek Cumhuriyeti binde 10.90, en düşük KOH'na sahip olan ülkeler, Meksika binde 4.60, Kore binde 5.10, Şili binde 5.30 ve İsrail binde 5.80'dir.

2017 yılında ise; Türkiye'nin KOH oranı binde 5.4'dür. OECD ülkelerinin toplam ortalaması oranı binde 8.87'dir. Bu paylara göre Türkiye, OECD ülkeleri ortalamasına göre KOH'nda 3. sırada yer almaktadır. OECD içinde en yüksek KOH'na sahip olan ülkeler, Letonya binde 14.80, Macaristan binde 13.50, Estonya binde 14.80 ve Yunanistan binde 11.60, en düşük KOH'na sahip olan ülkeler, Meksika binde 4.9, İspanya 5.1, Kanada 5.6 ve Şili 6.2'dir.

Kaba ölüm ve Kaba doğum hızları tek başlarına bir şey ifade etmediği için bu hızlarla çeşitli özel hızları birlikte yorumlayarak bir sonuca varabilmek mümkündür.

6.16. Çok Boyutlu Ölçekleme (ÇBÖ) Bulgular:

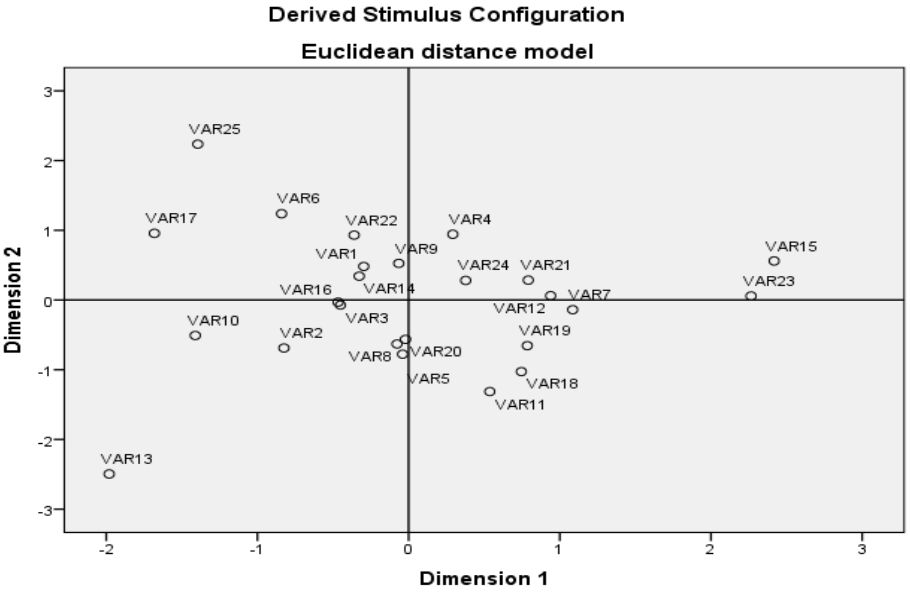
Çalışmada ÇBÖ analizi, 2003 ve 2017 yıllarında 25 ülke için eksiksiz olan 9 değişken ile yapılmıştır. Bu değişkenler; Kişi Başı Düşen Sağlık Harcaması, Bebek Yaşama Oranı, Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı, Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı, Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı, Bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı, 65 Yaşında Erkeklerde Doğumda Yaşam Beklentisi, 65 Yaşında Kadınlarda Doğumda Yaşam Beklentisi ve Kaba Ölüm Hızı'dır. Model 25 ülke arasındaki uzaklıklara dayalı olarak 2 ve 3 boyutlu olarak gerçekleştirilmiştir. Bütün değişkenler aritmetik ortalama 1 olacak şekilde standardize edilmiştir. ÇBÖ analizinde modellerin stress değerleri incelenerek bu değerin her iki yıl için de k=3 boyut için daha yüksek olduğu görülmüştür. Fakat iki boyutlu modelin yorumlaması daha anlaşılır olduğu için iki boyutlu modelin bulgularına yer verilmiştir. 2003 yılı için yapılan ÇBÖ analizinde boyut sayısının uygun olup olmadığının ölçüsü stress istatistiği ile ölçülür, orjinal uzaklıklar ile gösterim uzaklıkları arasındaki arasındaki uygunluğu ölçen ölçüdür. Bu değer ne kadar 0'a yakınsa uyum o kadar yüksektir, 0,20'den az olması kabul edilebilir uyum olduğunun göstergesidir. k=2 boyut için 2003 yılı RSQ istatistiği Kruskal's formülüne göre hesaplanarak RSQ= 0,92375 stress değeri ise 0.13379 bulunmuştur, yani k=2 boyutlu model verileri % 92,375 oranında açıklamaktadır. 2017 yılı için ise stress istatistiği 0.13221, RSQ= 0,92881 olarak bulunmuş,. Model % 92,881 oranında açıklamaktadır.



Şekil 6.16. : 2003 yılında ülkelerin iki boyutlu gösterimi

Bu grafikte VAR'ların hangi ülkeleri gösterdiği aşağıda belirtilmiştir,

Var1. Avustralya, Var2. Avusturya, Var3. Belçika, Var4. Kanada, Var5. Çek Cumhuriyeti, Var6. Danimarka, Var7. Estonya, Var8. Finlandiya, Var9. Fransa, Var10. Almanya, Var11. Macaristan, Var12. İsrail, Var13. Japonya, Var14. Lüksemburg, Var15. Meksika, Var16. Hollanda, Var17. Norveç Var18. Polonya, Var19. Slovak Cumhuriyeti, Var20. Slovenya, Var21. İspanya, Var22. İsveç, Var23. Türkiye, Var24. Birleşik Krallık, Var25. ABD



Şekil 6.17. : 2016 yılında ülkelerin iki boyutlu gösterimi

Bu grafikte VAR'ların hangi ülkeleri gösterdiği aşağıda belirtilmiştir,

Var1. Avustralya, Var2. Avusturya, Var3. Belçika, Var4. Kanada, Var5. Çek Cumhuriyeti, Var6. Danimarka, Var7. Estonya, Var8. Finlandiya, Var9. Fransa, Var10. Almanya, Var11. Macaristan, Var12. İsrail, Var13. Japonya, Var14. Lüksemburg, Var15. Meksika, Var16. Hollanda, Var17. Norveç Var18. Polonya, Var19. Slovak Cumhuriyeti, Var20. Slovenya, Var21. İspanya, Var22. İsveç, Var23. Türkiye, Var24. Birleşik Krallık, Var25. ABD

Tablo 6.2: Ülkelerin 2003 yılı İki Boyutlu Koordinat Değerleri

Kısaltma	**Ülkeler**	**1. boyut**	**2. boyut**
VAR1	Avustralya	-0,1112	0,5871
VAR2	Avusturya	-0,6888	-0,1762
VAR3	Belçika	-0,448	-0,082
VAR4	Kanada	0,0789	0,9772
VAR5	Çek Cumhuriyeti	0,1429	-1,0108
VAR6	Danimarka	-0,7491	0,6955
VAR7	Estonya	0,9075	-0,975
VAR8	Finlandiya	-1,0915	-0,9759
VAR9	Fransa	-0,3303	-0,0214
VAR10	Almanya	-1,0593	-0,243
VAR11	Macaristan	0,7486	-0,8534
VAR12	İsrail	0,7942	0,3027
VAR13	Japonya	-1,1699	-2,2961
VAR14	Lüksemburg	-1,2939	0,5466
VAR15	Meksika	2,467	1,0517
VAR16	Hollanda	-0,3973	0,5081
VAR17	Norveç	-1,3408	0,3209
VAR18	Polonya	1,1507	-0,5119
VAR19	Slovak Cumhuriyeti	1,0373	-0,6587
VAR20	Slovenya	-0,0332	-1,2683
VAR21	İspanya	0,7065	0,1955
VAR22	İsveç	-0,4983	0,5064
VAR23	Türkiye	2,5328	0,6503
VAR24	Birleşik Krallık	0,1971	0,4223
VAR25	ABD	-1,5518	2,3083

2003 yılında 25 OECD ülkesi ile yapılan analize göre, 1. boyutta, hem pozitif yüklü hem de 1'in üzerinde değer alan Slovak Cumhuriyeti (1,0373), Polonya (1,1507), Meksika (2,467), Türkiye (2,5328) çalışmada kullanılan 9 değişkene göre benzer oldukları görülmektedir. Bu ülkeler 1. boyutta en büyük ayrıştırıcılardır. Türkiye diğer ülkelerden en farklı ülkedir ve Türkiye ile en benzeyen ülke Meksika'dır. Bunun

yanında 0'a yakın değerler alan Kanada (0,0789), Çek Cumhuriyeti (0,1429), Birleşik Krallık (0,1971) bu boyutta kullanılan değişkenlere göre en benzeyen ülkelerdir. ABD (-1,5518), Norveç (-1,3408), Lüksemburg (-1,2939), Japonya (-1,1699), Finlandiya (-1,0915), Almanya (-1,0593) 1'in üzerinde ve negatif değerlere sahip olduğu için diğerlerinden farklı ve birbirine benzer ülkelerdir. Danimarka (-0,7491), Avustralya (-0,1112), İsveç (0,7065), Belçika (-0,448), Hollanda (-0,3973), Fransa (-0,3303), Avustralya (-0,1112), Slovenya (-0,0332) bu boyutta eksi değer alan ve birbirine benzer özellikler taşıyan diğer ülkelerdir. İkinci boyutta ise 1'in üzerinde değer alan ülkeler Meksika (1,0517) ve ABD (2,3083) bu boyutta en farklı ülkelerdir, ABD en farklı ülkedir. Çek Cumhuriyeti (-1,0108), Slovenya (-1,2683), Japonya (-2,2961) -1'in üzerinde değer diğer farklı ve birbirlerine benzer ülkelerdir, Japonya ise en farklı ülkedir. İsrail (0,3027), İspanya (0,1955), Norveç (0,3209), Birleşik Krallık (0,4223) 0'yakın pozitif yüklü benzer, Fransa (-0,0214), Belçika (-0,082), Avusturya (-0,1762) negatif yüklü 0'a yakın değer alan araştırmanın değişkenlerine göre benzer ülkelerdir (Tablo 6.2).

2003 yılı farklılıklar matrisine göre (Tablo 6.4) ise en benzer ülkeler,

- Avustralya ile Kanada, Hollanda, Birleşik Krallık
- Avusturya ile Belçika, Almanya, Fransa
- Belçika ile Fransa, Almanya,
- Kanada ile Hollanda, Birleşik Krallık
- Çek Cumhuriyeti benzeyen ülke yok
- Danimarka ile Hollanda
- Fransa ile Almanya
- Macaristan ile Slovak Cumhuriyeti
- İsrail ile İspanya
- Meksika ile Türkiye
- Hollanda ile İsveç, Birleşik Krallık
- Polonya ile Slovak Cumhuriyeti
- Slovak Cumhuriyeti benzeyen ülke yok

2003 yılında analizde kullanılan dokuz değişkene göre Türkiye ile en benzer ülke Meksika'dır. En farklı ülke ise ABD'dir. Ardından Finlandiya, Almanya ve

Lüksemburg gelmektedir. Fakat farklılık matrisi değerleri bütün ülkelerle karşılaştırıldığında 1'in üzerinde olduğu için Türkiye'nin Meksika dışındaki bütün ülkelerden farklı olduğu söylenebilir.

Tablo 6.3 : Ülkelerin 2017 yılı İki Boyutlu Koordinat Değerleri

Kısaltma	Ülkeler	1. boyut	2. boyut
VAR1	Avustralya	-0,2971	0,4818
VAR2	Avusturya	-0,8245	-0,688
VAR3	Belçika	-0,4508	-0,0729
VAR4	Kanada	0,2921	0,9433
VAR5	Çek Cumhuriyeti	-0,0395	-0,7767
VAR6	Danimarka	-0,8402	1,2381
VAR7	Estonya	1,0854	-0,1388
VAR8	Finlandiya	-0,0766	-0,6304
VAR9	Fransa	-0,065	0,5256
VAR10	Almanya	-1,4112	-0,5084
VAR11	Macaristan	0,5372	-1,3132
VAR12	İsrail	0,9394	0,0617
VAR13	Japonya	-1,9805	-2,495
VAR14	Lüksemburg	-0,3269	0,3422
VAR15	Meksika	2,4174	0,5602
VAR16	Hollanda	-0,4664	-0,0309
VAR17	Norveç	-1,6815	0,9565
VAR18	Polonya	0,7457	-1,0271
VAR19	Slovak Cumhuriyeti	0,7847	-0,655
VAR20	Slovenya	-0,0208	-0,5636
VAR21	İspanya	0,7914	0,2851
VAR22	İsveç	-0,3602	0,9309
VAR23	Türkiye	2,2651	0,0574
VAR24	Birleşik Krallık	0,3775	0,281
VAR25	ABD	-1,3949	2,2361

2017 yılında 25 OECD ülkesi ile yapılan analize göre, birinci boyutta Estonya (1,0854), Türkiye (2,2651) ve Meksika (2,4174) araştırmanın değişkenlerine göre en farklı ülkelerdir. Bu boyuttaki en farklı ülke Meksika'dır, ardından Türkiye gelmektedir. ABD (-1,3949), Almanya (-1,4112), Norveç (-1,6815), ve Japonya (-1,9805) ise 1'in üstünde negatif değerler ile diğer en farklı ve kendi aralarından benzer ülkelerdir.

Kanada (0,2921), Birleşik Krallık (0,3775) bu boyutta pozitif yüklü 0'a yakın, Fransa (-0,065), Finlandiya (-0,0766), Avusturya (-0,8245) negatif yüklü 0'yakın ülkelerdir. İkinci boyutta ise, en farklı ülkeler Danimarka (1,2381) ve ABD (2,2361)'dir. Negatif yüklü ve 1'in üzerinde değer alan diğer en farklı ülkeler ise Japonya (-2,495), Macaristan (-1,3132) ve Polonya (-1,0271)'dır. Türkiye (0,0574) ve İsrail (0,0617) bu boyutta benzer özellikler taşımaktadır.

2016 yılı farklılıklar matrisine göre (Tablo 6.5) ise en benzer ülkeler,

- Avustralya ile Belçika, Kanada, Fransa, Lüksemburg, Hollanda, İsveç
- Belçika ile Fransa, Lüksemburg, Hollanda
- Kanada ile Fransa, Lüksemburg, Birleşik Krallık
- Çek Cumhuriyeti ile Macaristan
- Danimarka ile Norveç
- Estonya ile İsrail
- Finlandiya ile Slovenya
- Fransa ile Lüksemburg, İsveç, Birleşik Krallık
- Macaristan ile Polonya, Slovak Cumhuriyeti
- İsrail ile İspanya, Birleşik Krallık
- Lüksemburg ile Hollanda, Birleşik Krallık
- Meksika ile Türkiye
- Polonya ile Slovak Cumhuriyeti
- Slovak Cumhuriyeti benzeyen ülke yok

2017 yılında analizde kullanılan dokuz değişkene göre Türkiye ile en benzer ülke Meksika'dır. En farklı ülke ise Japonya'dır. Ardından Norveç, Almanya ve ABD gelmektedir. Fakat farklılık matrisi değerleri bütün ülkelerle karşılaştırıldığında 1'in üzerinde olduğu için Türkiye'nin Meksika dışındaki bütün ülkelerden farklı olduğu söylenebilir.

Tablo 6.4. 2003 Yılı Farklılıklar Matrisi

	Avustralya	Avusturya	Belçika	Kanada	ÇekCumhuri	Danimarka	Estonya	Finlandiya	Fransa	Almanya	Macaristan	İsrail	Japonya	Lüksemburg	Meksika	Hollanda	Norveç	Polonya	Slovakcumh	Slovenya	İspanya	İsveç	Türkiye	BirleşikKrall	ABD
Avustralya	0																								
Avusturya	1,252	0																							
Belçika	0,845	0,343	0																						
Kanada	0,248	1,511	1,037	0																					
ÇekCumhuriyeti	1,582	1,095	0,954	2,027	0																				
Danimarka	0,746	1,467	0,994	1,024	1,679	0																			
Estonya	1,874	1,811	1,577	2,195	0,521	2,067	0																		
Finlandiya	1,503	1,689	1,316	2,182	1,275	1,64	1,839	0																	
Fransa	0,948	0,055	0	1,073	1,055	1,302	1,698	1,699	0																
Almanya	1,294	0,466	0,158	1,566	1,254	1,077	2,091	1,389	0,43	0															
Macaristan	1,919	1,324	1,104	2,007	0,687	2,001	0,691	2,245	1,131	1,552	0														
İsrail	0,781	1,384	1,391	1,075	1,415	1,815	1,417	2,086	1,196	1,977	1,603	0													
Japonya	2,969	2,242	1,998	3,314	2,08	3,242	2,872	1,958	2,126	1,882	2,52	3,206	0												
Lüksemburg	1,252	1,099	0,819	1,233	2,132	1,4	2,695	1,757	0,998	0,94	2,402	2,112	2,642	0											
Meksika	2,443	3,373	3,089	2,133	3,196	3,338	2,743	4,012	2,957	3,754	2,726	1,761	4,698	3,749	0										
Hollanda	0,029	1,128	0,577	0,399	1,54	0,304	1,888	1,386	0,874	0,939	1,81	1,233	2,888	0,958	2,819	0									
Norveç	0,927	1,231	1,017	1,424	1,82	0,665	2,404	1,072	1,294	0,953	2,468	1,969	2,873	0,816	3,931	0,612	0								
Polonya	1,673	1,768	1,429	1,748	0,974	2,215	0,719	2,304	1,401	2,043	0,533	1,084	2,689	2,607	1,833	1,815	2,684	0							
Slovakcumhuriyeti	1,757	1,569	1,358	1,881	0,738	1,967	0,902	2,378	1,268	1,777	0,408	1,337	2,718	2,618	2,351	1,818	2,562	0,32	0						
Slovenya	1,617	2	1,718	2,156	1,311	2,152	1,27	0,838	1,961	2,181	2,111	1,602	2,67	2,155	3,337	1,708	1,784	1,875	2,251	0					
İspanya	0,987	1,338	1,32	1,195	1,286	1,788	1,076	1,984	1,19	1,976	1,44	0,218	3,238	1,968	2,075	1,28	1,872	1,121	1,439	1,274	0				
İsveç	0,551	1,263	1,059	1,051	1,448	0,55	1,667	1,33	1,23	1,383	1,978	1,241	3,259	1,36	3,149	0,467	0,536	2,058	2,012	1,394	0,999	0			
Türkiye	2,575	3,319	3,012	2,242	2,925	3,318	2,425	3,959	2,889	3,697	2,438	1,865	4,57	3,698	0,382	2,891	3,946	1,548	2,017	3,197	2,004	3,13	0		
BirleşikKrallık	0,403	1,508	0,848	0,466	1,362	0,567	1,43	1,693	1,094	1,383	1,452	1,14	3,056	1,556	2,336	0,326	1,314	1,301	1,346	1,7	1,076	0,702	2,263	0	
ABD	2,235	2,556	2,396	1,846	3,833	2,303	4,16	3,483	2,468	2,479	3,735	3,126	4,437	1,504	4,115	1,98	2,143	3,897	3,942	3,783	3,118	2,499	4,339	2,597	0

Tablo 6.5. 2017 Yılı Farklılıklar Matrisi

	Avustralya	Avusturya	Belçika	Kanada	ÇekCumhuriyeti	Danimarka	Estonya	Finlandiya	Fransa	Almanya	Macaristan	İsrail	Japonya	Lüksemburg	Meksika	Hollanda	Norveç	Polonya	Slovakcumhuriyeti	Slovenya	İspanya	İsveç	Türkiye	BirleşikKrallık	ABD
Avustralya	0																								
Avusturya	1,29	0																							
Belçika	0,379	0,846	0																						
Kanada	0,379	1,992	1,012	0																					
ÇekCumhuriyeti	1,236	0,758	0,589	1,794	0																				
Danimarka	0,667	2,176	1,142	1,152	2,068	0																			
Estonya	1,588	2,07	1,552	1,798	1,127	2,184	0																		
Finlandiya	1,245	1,397	1,061	1,788	0,83	2,126	0,762	0																	
Fransa	0,115	1,368	0,344	0,328	1,153	0,769	1,31	1,257	0																
Almanya	1,438	0,615	0,671	2,176	1,147	1,829	2,572	1,934	1,461	0															
Macaristan	2,06	1,495	1,332	2,325	0,471	2,801	1,452	1,636	1,789	1,758	0														
İsrail	1,176	1,836	1,281	1,091	1,1	2,137	0,428	0,927	0,936	2,448	1,387	0													
Japonya	3,276	2,43	2,588	3,977	2,444	3,947	4,012	2,966	3,563	2,132	2,957	3,882	0												
Lüksemburg	0	1,306	0,118	0,382	1,141	0,806	1,767	1,442	0,052	1,213	1,868	1,312	3,076	0											
Meksika	2,549	3,408	2,858	1,835	2,762	3,346	2,248	2,954	2,356	3,976	2,648	1,443	5,304	2,554	0										
Hollanda	0,335	0,791	0,127	0,871	0,872	1,367	1,935	1,309	0,57	0,904	1,708	1,449	2,539	0,067	2,752	0									
Norveç	1,098	2,061	1,483	1,951	2,273	0,484	2,594	2,156	1,443	1,737	3,21	2,688	3,629	1,39	4,184	1,626	0								
Polonya	1,855	1,641	1,265	1,938	0,568	2,79	1,4	1,483	1,636	2,011	0,178	1,009	2,926	1,625	2,1	1,458	3,279	0							
Slovakcumhuriyeti	1,604	1,393	1,185	1,638	0,573	2,486	1,36	1,641	1,317	1,876	0,389	0,909	3,3	1,394	1,835	1,267	3,028	0,162	0						
Slovenya	1,052	1,637	0,89	1,667	0,684	1,698	0,606	0,302	1,121	1,884	1,468	0,922	2,969	1,237	2,828	1,302	1,873	1,372	1,527	0					
İspanya	0,908	1,746	1,415	0,977	1,364	2,008	1,005	0,995	1,022	2,511	2,051	0,388	3,808	1,227	1,744	1,254	2,358	1,624	1,398	1,093	0				
İsveç	0,355	1,633	1,009	0,915	1,626	0,675	1,399	1,197	0,403	1,889	2,487	1,346	3,88	0,792	2,904	1,116	0,903	2,397	2,084	1,168	1,034	0			
Türkiye	2,526	3,167	2,621	1,875	2,403	3,392	2,14	2,707	2,261	3,698	2,26	1,359	4,811	2,377	0,269	2,489	4,191	1,604	1,428	2,641	1,71	2,925	0		
BirleşikKrallık	0,561	1,53	0,584	0,414	0,972	1,422	0,91	1,065	0,075	1,824	1,399	0,298	3,616	0,472	1,777	0,796	2,111	1,091	0,861	0,981	0,73	0,897	1,617	0	
ABD	2,144	2,859	2,261	1,979	3,364	2,163	3,659	3,19	1,971	2,569	3,864	3,244	4,641	1,98	4,136	2,198	2,499	3,729	3,479	3,432	3,189	2,194	4,074	2,413	0

7. TARTIŞMA SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık politikaları, sağlık finansmanı ülkeden ülkeye değişiklik gösterip, sağlık göstergeleri de ülkenin ekonomik, sosyal ve kültürel yapısına bağlı olarak farklılık göstermektedir (68, 69). Ülkelerin öncelikli hedeflerinden birisi sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli ve kaliteli bir şekilde sunulmasını sağlamaktır (70). Sağlık harcamaları arttıkça genel olarak sağlık göstergelerinde olumlu yönde gelişme görülmektedir. Bunun yanında, sağlık alanında yaşanan yenilikler ve gelişmelerin ülkelerin ekonomisine olumlu yansımaları olduğu gözlenmektedir (69).

Kişi başına düşen sağlık harcamasından 2003 yılında Türkiye, OECD ülke ortalamasına göre son sırada yer almaktadır. Uygulanan sağlık politikaları sonucunda 2017 yılında ise Türkiye'de kişi başı sağlık harcaması 1226 $ seviyesine çıkmıştır. Kişi başına harcama her ne kadar artış gösterse de OECD ülke ortalamasının oldukça altında kalmış, sadece Meksika'yı geçebilmiştir. Kişi başı sağlık harcamasında en yüksek 10586$ ile ABD'dir. Uygulanan politikaların kişi başına harcamayı artırmış olduğu görülmüştür.

Bebek ölüm hızı için 2003 yılında Türkiye, OECD ülke ortalamasına göre binde 29 ile son sırada yer almıştır. 2017 yılında ise binde 10'luk oranla OECD ülke ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Bakanlığın reform hedefleri doğrultusunda, Bebek ölüm oranının binde 19 gibi bir seviye düşmesinde, anne ölümlerini yüz binde 10 ve bebek ölümlerinin binde 10'un altına düşürmek, gebelerin nitelikli doğum öncesi bakım alma oranını; loğusa, bebek ve çocukların nitelikli izlenme oranlarını 2012 yılı sonuna kadar % 98'in üzerine çıkarmak, sağlık kuruluşunda yapılan doğumların oranını 2012 yılı sonuna kadar % 98'in üzerine çıkarmak, Türkiye genelinde riskli ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için hizmette karşılanamayan ihtiyaç oranını 2014 yılı sonuna kadar %3'ün altına düşürmek gibi hedeflerin etkili olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan reformların her ne kadar iyi sonuçlar verse de OECD ülke içindeki konumunu değiştirmediği için (sadece Meksika'nın üzerinde görülmüştür.) politikaların daha kapsamlı bir şekilde yürütülüp uygulanması düşünülmektedir.

Toplam Sağlık Harcaması İçerisindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP) değişkenimizde, 2003 yılında %71 iken, 2017 yılında %78'dir. OECD ortalamaları %71 ve % 73'dür. Bu oranlara göre Türkiye, OECD ülke ortalamalarının üzerinde olduğu görülmektedir. Buradan sonuçla Türkiye'de uygulanan reformların PPP üzerinde oldukça etkili olduğu söylenebilir ve sağlık sisteminde devletin desteğinin oldukça fazla olduğu görülmektedir. Kamu harcaması en fazla olan ülke Norveç'tir.

Bin (1000) kişiye düşen yatak sayısı değişkenimizde, 2003 ve 2017 yılında %2.2 ve %2.8 olarak görülmektedir. OECD ülkeleri ortalaması ise %5.4 ve %4.6'dır. Ülkemiz OECD ülke ortalamalarının oldukça altında kaldığı görülmektedir. Türkiye için uygulanan reformlar sonucunda yatak sayısı konusunda OECD ülkelerindeki yeri değişmemiştir. Yatak sayısına en çok sahip olan ülke %13'lük oranla Japonya'dır.

Bin (1000) kişiye düşen hemşire sayısı değişkenimizde, 2003 ve 2017 yılında %1.1 ve %1.9 olarak görülmektedir. OECD ülkeleri ortalaması ise %8.1 ve %8.9'dur. Ülkemiz OECD ülke ortalamalarının yaklaşık olarak 8 kat altında kaldığı görülmektedir. Türkiye için uygulanan reformlar sonucunda hemşire sayısında küçük bir artış olduğu görülse de OECD ülkeleri arasında son sırada olduğu görülmektedir.

Bin (1000) kişiye düşen doktor sayısı değişkenimizde, 2003 ve 2017 yılında %1.4 ve %1.8 olarak görülmektedir. OECD ülkeleri ortalaması ise %2.8 ve %3.3'dur. Ülkemiz OECD ülke ortalamalarının oldukça altında kaldığı görüldüğü gibi son sırada yer almaktadır. Ülkemizde SDP ile uygulanan reformların çok fazla etkisi olduğu düşünülmektedir.

65 Yaşında kadınlarda doğumda yaşam beklentisi değişkenimizde, 2003 ve 2017 yılında 15.4 ve 19.3 yıl olarak görülmektedir. OECD ülke ortalamaları ise 19 ve 21 yıldır. Ülkemiz OECD ülke ortalamalarının altında kaldığı görülmüştür. Ancak 2003 ve 2017 yılları karşılaştırıldığında, 2003 yılı için OECD ortalamasına göre yaklaşık 4 yıllık bir kayıp söz konusuyken 2017 yılında bu fark 2 yılın altına düşmüştür. Buradan sonuçla 2003 yılında son sırada yer alırken 2017 yılında Macaristan & Meksika 18.7 yıl, Letonya 19 yıl, Slovak Cumhuriyeti 19.2 yıl ülkelerinin geride bırakmıştır. Bu konuda uygulanan politikalarda iyileşme söz konusu var diyebiliriz.

65 Yaşında erkeklerde doğumda yaşam beklentisi değişkenimizde, 2003 ve 2017 yılında 13.7 ve 16.1 yıl olarak görülmektedir. OECD ülke ortalamaları ise 15.7 ve 17.9 yıldır. Ülkemiz OECD ülke ortalamalarının altında kaldığı görülmüştür. Ancak 2003 ve

2017 yılları karşılaştırıldığında, 2003 yılı için OECD ortalamasına göre yaklaşık 2 yıllık bir kayıp söz konusuyken 2017 yılında bu fark 2 yılın altına düşmüştür. Buradan sonuçla 2003 yılında son sırada yer alırken 2017 yılında Litvanya 14 yıl Macaristan 14.6 yıl, Slovak Cumhuriyeti 15.3 yıl ve Letonya 14.2 yıl ülkelerinin geride bırakmıştır.

Temel sağlık göstergesi olan yaşam beklentisi OECD'nin gelişmiş ülkelerinde sağlıklı ve uzun yaşama hakkı en üst düzeydedir.

Erkekler ve Kadınlar olarak karşılaştırma yapıldığında OECD ortalamalarına göre kadınların erkeklerden 65 Yaş doğumda yaşam beklentisinin daha fazla olduğu görülmektedir.

Kaba ölüm hızı için 2003 ve 2017 yılında binde 6.3 ve 5.4 olarak görülmektedir. OECD ülke ortalamaları ise binde 8.9 ve 8.8'dir. OECD ortalamalarına bakıldığında Türkiye'nin ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Kaba ölüm oranında en düşük değere sahip ülke Meksika'dır.

Kaba ölüm ve Kaba doğum hızları tek başlarına bir şey ifade etmediği için bu hızlarla çeşitli özel hızları birlikte yorumlayarak bir sonuca varabilmek mümkündür.

- Örneğin, Nüfus yapısı Türkiye'de olgun, İsveç'de yaşlı, İsveç (KÖH)‰5-6, Türkiye (KÖH)‰6.3, İki ülke hızları birbirine yakın, ancak Türkiye'de bebek, çocuk ve genç ölümleri, İsveç'de yaşlı ölümleri daha çoktur. Buda ülkelerin gelişmişlik seviyesiyle ilgili olan bir durumdur.

Çok Boyutlu Ölçeklemeye göre; 2003 yılında 25 ülkeye ait Birinci boyutta en yüksek değere sahip olan ülke Türkiye (2,5328), pozitif yüklü en yüksek değere sahiptir ve bu boyuttaki en farklı ülkedir. Bu nedenle, Türkiye diğerlerinden farklı bir gruptur. Bu grupta Türkiye'ye en benzer ülke Meksika (2,467)'dır. Bu boyuttaki pozitif yüklü en benzer ülkeler en yakın değerlere sahip Slovak Cumhuriyeti (1,0373), Polonya (1,1507)'dır. İkinci boyutta ise 1'in üzerinde değer alan ülkeler Meksika (1,0517) ve ABD (2,3083) bu boyutta en farklı ülkelerdir, ABD en farklı ülkedir.

Türkiye için, farklılık matrisi değerleri bütün ülkelerle karşılaştırıldığında 1'in üzerinde olduğu için Meksika dışındaki bütün ülkelerden farklı olduğu söylenebilir.

2017 yılında 25 OECD ülkesi ile yapılan analize göre, birinci boyutta Estonya (1,0854), Türkiye (2,2651) ve Meksika (2,4174) araştırmanın değişkenlerine göre en farklı ülkelerdir. Bu boyuttaki en farklı ülke Meksika'dır, ardından Türkiye gelmektedir. İkinci boyutta ise, en farklı ülkeler Danimarka (1,2381) ve ABD (2,2361)'dir. Türkiye (0,0574) ve İsrail (0,0617) bu boyutta benzer özellikler taşımaktadır.

Sanğur (2016) tarafından yapılan OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine göre kümeleme çalışmasında Türkiye, Meksika ve İsrail'le aynı kümede yer almıştır. Bu çalışmada ise 2003 ve 2017 yıllarında 1000 kişiye düşen hemşire sayısı, doktor sayısı, bebek yaşama oranı, kişi başına yapılan sağlık harcaması ve kişi başına yapılan GSYH değişkenleri bakımından en benzer ülkeler olarak görülmekte ve OECD ülkeleri içinde de yerleri bakımından benzer durumdadırlar. ÇBÖ analizinde ise Türkiye, Meksika ile aynı boyutta en benzer ülke olarak çıkmıştır. 2017 yılı 2.boyutta ise İsrail'le en benzer ülke olarak görülmektedir.

Benzer bir çalışmada Ersöz (2009) tarafından OECD'ye kurucu olarak katılan 20 ülkenin sağlık göstergeleri açısından gelişmiş ülkeler olduğu için sağlık harcamalarına yeterli kaynak ayırdığı, Türkiye'nin OECD'ye sonradan katılan ülkelerden Polonya, Slovakya, Çek Cumhuriyeti, Kore ve Meksika ile sağlık göstergelerinde benzerlikler gösterdiği görülmüştür. Bizim çalışmamızda yalnızca Meksika ile benzerlik gösterdiği ortaya çıkmıştır. Polonya, Slovakya, Çek Cumhuriyeti ve Kore ülkeleri ile farklı olarak bulunmuştur.

Ersöz (61) tarafından OECD'ye üye ülkelerin belirlenen sağlık göstergeleriyle birbirilerine benzerlikleri ve farklılıkların ortaya konulması adlı çalışmasında ÇBÖ analizi yapılmış ve sonucunda, 1.boyutta Türkiye, Meksika, Kore, Polonya, Slovak Cumhuriyeti'nin benzerlik gösterdiği görülmüştür. 2.boyutta en farklı ülkenin ABD olduğu görülmüştür. Türkiye'nin özellikle Avusturya, Almanya ve Norveç'ten oldukça faklı olduğu ortaya konulmuştur. Bizim çalışmamızda Türkiye ile Meksika seçilmiş dokuz değişken açısından benzerlik gösterdiği ve OECD ülkelerinde yerlerinin de en benzer olduğu görülmektedir. Kore, Polonya ve Slovak Cumhuriyetiyle farklı olduğu ortaya çıkmıştır. ÇBÖ analizinde de Türkiye ile Meksika aynı boyutta en benzer ülkeler olarak görülmüştür. Yine çalışmamızda Türkiye'nin ABD ile en farklı ülke olarak görüldüğü ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması, Bebek Yaşama Oranı, Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Kamu Harcamasının Oranı (PPP), Bin (1000) Kişiye Düşen Yatak Sayısı,

Bin (1000) Kişiye Düşen Hemşire Sayısı, Bin (1000) Kişiye Düşen Doktor Sayısı, Erkeklerde ve Kadınlarda 65 yaş üstü Yaşam Beklentisi değişkenlerinde, OECD içindeki yerlerinin de farklı olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bütün bu değişkenler Meksika ile benzerlik gösterdiği OECD içinde yer bakımından ve ÇBÖ'de benzer çıktıkları görülmüştür.

Benzer bir araştırmada Alptekin ve Yeşilaydın'ın (69) çalışmalarında belirlenen sağlık göstergeleri açısından kümeleme analizi ile yapılan sınıflandırmada, Türkiye dördüncü kümede Estonya, Macaristan, Meksika, Polonya ve Şili ile birlikte yer aldığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda Macaristan, Şili ve Estonya ülkeleriyle sağlık göstergeleri bakımından farklı olduğu ortaya çıkmıştır. Sadece Meksika ile aynı boyutta ve benzerlik çıkmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre Türkiye'nin SDP ile uygulanan reformlarda göstergelerin iyileşme sağladığı, fakat OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında sağlık göstergelerinde iyileşmenin çok az olduğu görülmüştür. Kişi başına düşen sağlık harcaması, Bebek yaşam oranı, Toplam sağlık harcaması içindeki kamu harcamasının oranı, Bin kişiye düşen yatak sayısı, Bin kişiye düşen hemşire sayısı, Bin kişiye düşen doktor sayısı, Kadınlarda 65 yaş üstü yaşam, Erkeklerde 65 yaş üstü yaşam göstergelerinde OECD ülkelerinin ortalamalarının altında kalmıştır. Yalnızca kaba ölüm hızında OECD ortalamasının üzerinde kalmıştır. Ancak kaba ölüm hızı tek başına değerlendirmede bir durum ifade etmemektedir.

Gelişmiş olan ülkelerde kişi başına yapılan sağlık harcamaları yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Gelişmekte olan Türkiye'nin de kişi başı sağlık harcamasını artırmaya yönelik çalışmaların artırılması gerekmektedir.

Sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının payının yüksek olması genel sağlık sigortasının nüfusun çok büyük çoğunluğunu kapsamasından kaynaklanmaktadır. Bundan dolayı kamu sağlık harcamalarıyla ilgili politikaların geliştirilerek toplumun her kesimine eksiksiz ulaşmasını sağlaması gerekmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı ile hedeflenen; anne ve yeni doğan kayıplarının azaltılarak, koruyucu-önleyici sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması yoluyla toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, bununla birlikte Türkiye ile OECD ülkelerini karşılaştırdığımızda sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi için bebek ölüm hızını düşürmeye yönelik politikaların uygulanması gerektiği düşünülmektedir.

Oecd ülkelerini karşılaştırdığımız sonuçlarda Türkiye'nin doktor sayısında son sırada yer aldığı görülmektedir. Nitelikli doktor sayısının artırılması gerekmektedir.

Bunun içinde tıp fakültelerini sayılarının artırılması ve mevcut tıp fakültelerinin kontenjanlarının artırılarak hekim sayılarının yükselmesi düşünülmektedir.

Oecd ülkelerindeki gelişmiş ülkeleri incelediğimizde doktor, hemşire ve yatak sayılarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye içinse bu sayılar Oecd ülke ortalamalarının son sırasında yer aldığı görülmektedir. Bu konuda sayıların artırılması için fakültelerin sayılarının artırılması, yeni hastanelerinin açılarak yatak sayılarının artırılması sağlanarak bu eksikliklerin giderilebileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye'nin Sağlıkta dönüşüm programıyla uygulanan politikalar sonrasında sağlık düzeylerinde gözle görülür bir iyileşme söz konusuyken, Oecd ülkelerine göre sağlık düzeylerinde iyileşmenin çok az olduğu ve ortalamaların altında kaldığı görülmüştür. Politikaların yeniden gözden geçirilmesi ve bu çalışmaların buna göre şekillendirilmesi düşünülmektedir.

8. KAYNAKÇA

1. Alva S, Kleinau E, Pomeroy A, Rowan K. Measuring the Impact of Health Systems Strengthening. Agency for International Development. 2009; 1: 8.
2. Tandon A. Measuring Efficiency of Macro Systems: An Application to Millennium Development Goal Attainment. Asian Development Bank. 2005; 1.
3. Kocak O. Health Services and Development in the Health Sector in the Welfare State in Turkey. Industrial Relatıons And Human Resources Journal, 2011; 13: 61-82.
4. Arslanhan S. How Increasing Health Costs Affect Health Indicators?. Report of the Economic Policy Research Foundation of Turkey. 2010.
5. Öztürk, Z. and Yıldız, M. S. (2016). "Hastane Etkinliklerinin Tahmininde Stokastik Sınır Analizi; Tarihi Ve Amprik Uygulamaları", Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(3), s.1–12.
6. Development H, Packard T. What is a health system? Heal Dev World Bank Strateg HNP Results. 2007;(2000):1-4
7. Jaba E, Balan C, Robu IB. The assessment of health care system performance based on the variation of life expectancy. Procedia-Soc Behav Sci. 2013;81:162-6. [Crossref]
8. Erdoğan E, Ener M, Arıca F. The strategic role of infant mortality in the process of economic growth: an application for high income OECD countries. Procedia-Soc Behav Sci. 2013;99:19-25. [Crossref]
9. Hayran, O. Hastane Yöneticiliği, HY Osman Hayran, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1998.
10. Cantürk, Ö. Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara Ġlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
11. Sevgen, S. Sağlık Hizmetleri Talep Tahmini: Adana İli Hastane Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2015.

12. Dağıstan, R. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2001.

13. Akdur, R. Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları, (Türkiye Cumhuriyetinin 75. Yılında Bilim "Bilanço 1923-1998" Ulusal Toplantısı 8-9 Ekim 1999 İstanbul) TÜBA Yayınları, Aralık, 1999

14. Yazgan, M. Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.

15. Orhaner, E. 'Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası', Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Yayın No: 1, 2006.

16. Odabaşı Y. ve Oyman M. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2008.

17. Altay, A. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi,* 64: 33-58, 2007.

18. Starfield, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology'', Oxford University Press, New York, 1998.

19. Çilingiroğlu N. Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi, *Yeni Türkiye*, Sayı: 40, Temmuz-Ağustos, 2001.

20. Bekir M. *Türkiye'nin Sağlık Sorunları- Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları,* Ankara, 2003.

21. Mazgit, İ. Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi, *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, (Hereke-Kocaeli), s. 405-415, 2002.

22. Williams A. *Health and Economics*, "Introduction", London UK, Mac Millian, 1987.

23. Tokat, M. *Sağlık Ekonomisi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008.

24. Özsarı. Sigorta Şirketleri Birliği Danışmanı Dr.Haluk Özsarı http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-tamamlayici-saglik-sigortasi-olmazsa-ab-karsisinda-zor-duruma-duseriz, 2000.

25. Ak, B. ve Sevin, H.D. "Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri", *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildirileri*, 20-21 Mayıs, Ankara, 2000.

26. Kurtulmuş, S. *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.

27. Tokalaş, S. Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması, Yüksek lisans tezi İstanbul, 2006.

28. Alpugan, O. "Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi", *Karadeniz Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 2, 1984.

29. Cullis, J. and West, P.A. *The Economics of Health Care*, Newyork University Pres. Newyork 1979.

30. Işık, H. *"Sağlık Hizmetleri, Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri"*, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 2001.

31. Mutlu, A.ve Işık, A. K. *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2005.

32. Balsak, M. *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Kalkınma Sürecinde Yeri ve Önemi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2004.

33. Toprak, Z. *Türkiye'de Milli İktisat*, Yurt Yayınları, Ankara, 1982.

34. Şenatalar, B. "Sağlık Ekonomisine Genel Bakış", *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Sayı: 25(4), 2003.

35. Suhrucke, M. et al. The Contribution of Health to the EconomyinTheEuropeanUnion,http://ec.europa.eu/health/ph_overwiew/documents/health_economy_en.pdf, 2005.

36. Mutlu, A.ve Işık, A. K. *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2005.

37. Tatar, M. 'Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme', Sağlık Ekonomisi Dergisi, Sayı:1, sağlıkekonomisi.blogspot.com, 2009.

38. Hayran O. "Sağlık Yönetimi Yazıları" SAGEYA Yayınları, ISBN:978-605-88828-9-8, Ankara, 2012, s. 10-11, 40, 41-42, 42-43, 124, 126).

39. Aktan C. C."Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması" (Yayınlanmamış Rapor),Ankara: Nisan, 2004.).

40. Tekin, M. 'Sağlık ve İktisadi Göstergeler Arasındaki İlişkinin Ülkelerarası İncelenmesi ve Türkiye Örneği', Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi SBE İktisat Anabilim Dalı, 2007.

41. Akın, C.S. 'Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları', Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi SBE İktisat Anabilim Dalı, 2007.

42. Pala, K. 'Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?', Miiliyet, Bursa, Şubat 2007.

43. Ateş, M. Sağlık İşletmeciliği, İkinci Baskı, İstanbul, Beta Yayınları, Ağustos 2012

44. Aytekin, Y. 'Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Özel Sağlık Sigortaları', Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi SBE Maliye Anabilim Dalı Maliye Teorisi Bilim Dalı, İstanbul, 2000.

45. T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, http://www.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi: 04.07.2018)

46. Şin, İ. ‘Sağlık Harcamaları ve Türkiye’deki Gelişimi’, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi SBE Maliye Anabilim Dalı Maliye Teorisi Bilim Dalı, İstanbul, 1999.

47. Yurdadoğ, V. ‘Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi’, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:16, Sayı:1, 2007

48. https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/2019%20Y%C4%B1l%C4%B1%20B%C3%BCt%C3%A7e%20Sunumu.pdf, (Erişim Tarihi: 20.05. 2019)
49. https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/2018_Yili_Plan_Butce_Sunumu, 14 Ekim 2017.pdf, (Erişim Tarihi: 20.05.2019)
50. https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/2019%20Y%C4%B1l%C4%B1%20B%C3%BCt%C3%A7e%20Sunumu.pdf, 20 Mayıs 2019, (Erişim Tarihi: 20.05.2019)
51. Gülcan, M.C. ‘Kamu Harcamaları İçinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması’, Yüksek Lisans Tezi. Kırıkkale Üniversitesi SBE İktisat Anabilim Dalı, 2008.

52. Sosyal Güvenlik Kurumunun Tarihçesi, www.sgk.gov.tr/kurumsal/tarihçe, (Erişim Tarihi: 10.06.2018)

53. https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/2019%20Y%C4%B1l%C4%B1%20B%C3%BCt%C3%A7e%20Sunumu.pdf , (Erişim Tarihi: 20.05.2019)
54. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri, (Erişim Tarihi: 20.05.2019), *SGK Aylık Sağlık İstatistik Bülteni, Aralık 2018, tablo 25’deki verilerden hesaplanmıştır.*
55. Tengilimoğlu D, ‘’Salık Politikası’’ Nobel Yayınları, Ankara 2018, s.185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193)
56. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, s. 21-22).
57. D. Aydın, B. Başkın, Bankaların 2012 Yılı Sermaye Yeterlilik Rasyolarına Göre Kümeleme Analizi ve Çok Boyutlu Ölçekleme Sonucu Sınıflandırılma Yapıları”, BSAD Bankacılık ve Sigortacılık Araştırmaları Dergisi, Cilt: 1 Sayı: 35, s. 29-47, 2013.

58. F. Ersöz, Avrupa İnovasyon Göstergeleri Işığında Türkiye' nin yeri, İTÜ dergisi, Aralık, s. 1, ss. 11, 2009.
59. M. C.Şenel, 2012, Rüzgar Türbinlerinde Güç İletim Mekanizmalarının Tasarım Esasları-Dinamik Davranış, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Samsun, 2012.
60. Öztürk, Z. ve Karakaş, E.T. 'Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı: Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri', Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 2, 2015.
61. Ersöz, F. 'Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi', İstatistikçiler Dergisi, Sayı: 2, 2008.
62. Çelik, Y. 'Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi', Sosyal Güvenlik Dergisi, Sayı: 1, 2011.
63. Schoeps, A., Lietz, H., Sié, A., Savadogo, G., De Allegri, M., Müller, O., Sauerborn, R., Becher, H. and Souares, A. 'Health Insurance and Child Mortality in Rural Burkina Faso', Global Health Action, Vol: 8, 2015.
64. Sevinç, İ., Erişen, M. A. ve Kıraç, R. 'Türkiye'de 2003-2015 Yılları Arası Sağlık Harcamaları İstatistiklerinin İncelenmesi', The Journal of Academic Social Science, Cilt: 5, Sayı: 47, 2017.
65. Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. 'OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması', Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 1, 2015.
66. Çelebi, A.K. ve Cura S. "Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz", Maliye Dergisi, Sayı: 164, 47-67, 2017.
67. Aba, G. "Ülkeler Arası Sağlık Eşitsizliklerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi", Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi SBE Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, 2014.
68. Sayılı, U., Sayman, Ö.A., Vehid, S., Köksal, S.S. ve Erginöz, E. 'Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırması', Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 3, 2017. http://www.otjhs.sakarya.edu.tr/download/article-file/342041 (Erişim Tarihi: 15.04.2019)

69. Alptekin, N. ve Yeşilaydın, G. ‘OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Bulanık Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması’, İşletme Araştırmaları Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 4, 2015.

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Yasin	**Soyadı**	KISAÇ
Doğum Yeri	DENİZLİ	**E-mail**	yasinkisac@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Yüksek Lisans	T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi	2019
Lisans	T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi	2014
Lise	Denizli Lisesi	2009

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	**Orta**	**Orta**	**Orta**

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.**

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	76,03637	77,17312	70,19760

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma Becerisi**
Microsoft Office	İyi
SPSS	Orta

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.**