



T.C.

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN PANEL VERİ VE
KARŞILAŞTIRILMALI ANALİZ YÖNTEMLERİYLE
İNCELENMESİ VE BİR DEĞERLENDİRME**

MEHMET VEYSİ KAYA

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

SIVAS-2020

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN PANEL VERİ VE
KARŞILAŞTIRILMALI ANALİZ YÖNTEMLERİYLE
İNCELENMESİ VE BİR DEĞERLENDİRME**

MEHMET VEYSİ KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÜMİT NALDÖKEN

SİVAS-2020

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

“Türk Sağlık Sisteminin Panel Veri ve Karşılaştırmalı Analiz Yöntemleriyle İncelenmesi ve Bir Değerlendirme” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Sağlık Yönetimi** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Doç. Dr. Alper GÜZEL _____

Üye Doç. Dr. Ferda ALPER AY _____

Üye (Danışman) Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN _____

ONAY

Bu tez çalışması, Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

ÖZET

TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN PANEL VERİ VE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZ YÖNTEMLERİYLE İNCELENMESİ VE BİR DEĞERLENDİRME

Mehmet Veysi KAYA
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN
2020, 110 Sayfa

Bu çalışmanın amacı Türkiye Sağlık Sistemi' nin incelenmesi, sağlık sistemi modellerinin sağlık, demografik ve ekonomik göstergeler açısından karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmesi, ülkelerin demografik ve ekonomik durumlarının ile sağlık sistemlerinin sağlık göstergelerine etkisinin ortaya konulmasıdır. Bu kapsamda anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, beklenen yaşam süresi, doğurganlık oranı, kişi başına GSYİH ve sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payları, nüfus ve nüfus artış hızı, hekim ve yatak sayıları ile ilgili verileri kullanılmıştır.

G20 ülkelerinin sağlık, ekonomik, demografik göstergelerin incelenmesi Karşılaştırmalı Analiz Yöntemi ile elde edilen bulgulara göre Türkiye genel olarak göstergeler açısından orta düzeyde; sadece birkaçında ortanın üzerine çıkmayı başarmasına rağmen hala göstergeler açısından olumsuz durumda olan ülkelerden biridir.

G20 sağlık göstergelerinin ekonomik ve demografik değişkenler ile değerlendirilmesi için Panel Veri Analizi; demografik ve ekonomik değişkenlerin yanı sıra ülkelerin sağlık sistemlerinin kukla değişken olarak eklenmesi ile değerlendirilmesi için ise En Küçük Kareler Yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmadaki Panel Veri Analiz Yöntemi tahmin sonuçları incelendiğinde GSYİH sağlık payı ile kişi başına GSYİH değişkenlerinin anne ölüm oranı üzerinde negatif, kişi başına sağlık harcamalarının ise pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; kişi başına GSYİH' in bebek ölüm oranı üzerinde de negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; kişi başına GSYİH' in beklenen yaşam süresi üzerinde de pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; kişi başına GSYİH' in doğurganlık oranı üzerinde de negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Kukla değişkenler ile yapılan En Küçük Kareler Yöntemi tahmin sonuçları incelendiğinde kukla değişkenlerden Serbest Piyasa Sistemi' nin seçilmesi ekonomik değişkenler doğrultusunda anne ve bebek ölüm oranlarının azaltılması için daha iyi olacağı; kukla değişkenlerden Beveridge Modeli' nin seçilmesi ekonomik değişkenler doğrultusunda beklenen yaşam süresi ve doğurganlık oranının artırılması için daha iyi olacağı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Türk Sağlık Sistemi, Panel Veri, Karşılaştırmalı Analiz, Sağlık Sistemi, G20



ABSTRACT

PANEL DATA AND COMPARATIVE ANALYSIS METHODS WITH THE EXAMINATION OF TURKISH HEALTH SYSTEM AND ONE EVALUATION

Mehmet Veysi KAYA
Master's Thesis
Department of Health Management
Supervisor: Assistant Prof. Dr. Ümit NALDÖKEN
2020, 110 Pages

The aim of this study to examine the Turkish Health System, to evaluate the health system models comparatively in terms of health, demographic and economic indicators, and to reveal the effects of the demographic and economic conditions of the countries and health systems on health indicators. In located this scope maternal mortality rate, infant mortality rate, life expectancy, fertility rate, per capita GDP and health expenditures, health expenditures in GDP shares, population, and population growth rate, number of physicians, and beds with related data were used.

Examination of health, economic, demographic indicators of G20 countries with Comparative Analysis Method according to the findings when generally Turkey examined with other countries in the organization of the G20 indicators also moderate; although it managed to go above the middle in only a few, it still consists of countries that are in a negative state for indicators.

Panel Data Analysis for evaluating G20 health indicators with economic and demographic variables; besides the to demographic and economic variables the Least Squares Method was used to evaluate countries' health systems by adding them as dummy variables.

When the Panel Data Analysis Method estimation results in the study are analyzed GDP health share and GDP per capita variables have a negative effect on maternal mortality, and per capita health expenditures have a positive and statistically significant effect; GDP per capita also has a negative and statistically significant effect on infant mortality rate; GDP per capita also has a positive and statistically significant effect on the expected life span; GDP per capita has also been found to have a negative and statistically significant effect on fertility rate.

When the least-squares method estimation results made with dummy variables are examined it will be better to choosing Free Market System from dummy variables to decrease maternal and infant mortality rate of in line with economic variables; choosing the Beveridge System which is one of the dummy variables, will be better for increasing the life expectancy and fertility rate in line with the economic variables.

Keywords: Turkish Health System, Panel Data, Comparative Analysis, Health System, G20



TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgi ve deneyimleriyle benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bana her fırsatta yardımcı olan, her zaman örnek aldığım ve alacağım kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN hocama sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER/GRAFİKLER DİZİNİ.....	xiv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Türkiye ve Sağlık Sistemi.....	5
2.1.1. Sağlık Sisteminin Öğeleri ve Fonksiyonları.....	6
2.2. Türk Sağlık Sistemi' nin Tarihsel Gelişimi.....	11
2.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	12
2.2.2. 1920-1960 Arası Yapılanma Dönemi.....	14
2.2.3. 1960-1980 Arası Sosyal Dönem.....	16
2.2.4. 1980-2003 Arası Liberal Dönem.....	18
2.2.5. 2003 Sonrası Dönüşüm Dönemi.....	19
2.3. Finansman Kaynaklarına Göre Sağlık Sistemleri Sınıflandırması.....	22
2.3.1. Ulusal Sağlık Sistemi.....	25
2.3.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi.....	26
2.3.3. Serbest Piyasa Sağlık Sistemi.....	27
2.3.4. Sosyalist Sağlık Sistemi.....	27
2.4. G20 Organizasyonu.....	28
2.4.1. G20 Organizasyonun Tarihçesi.....	29
2.4.2. G20 Organizasyonun Yapısı ve Kapsamı.....	32
2.5. Karşılaştırmalı Analiz (Comparative Analysis).....	36
2.6. Panel Veri Analizi (Panel Data Analysis).....	37
2.6.1. Panel Veri Analizinin Avantajları.....	38
2.6.2. Panel Veri Analizinin Dezavantajları.....	39
2.6.3. Panel Veri Analizi Modelleri.....	40
2.6.4. Birim Kök Testi.....	42
2.6.5. Hausman Testi.....	43
2.6.6. Otokorelasyon Testi.....	44
2.6.7. Değişen Varyans Testi.....	45

3. GEREÇ VE YÖNTEM	46
3.1. Araştırmanın Tipi	46
3.2. Araştırmanın Yöntemi.....	46
3.3. Araştırmanın Analizi ve Verilerin Değerlendirilmesi.....	47
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	48
4. BULGULAR	49
4.1. Sağlık Göstergeleri Açısından G20 Ülkeleri Karşılaştırması	50
4.2. Demografik Göstergeler Açısından G20 Ülkeleri Karşılaştırması	55
4.3. Ekonomik Göstergeler Açısından G20 Ülkeleri Karşılaştırması	59
4.4. Sağlık Sistemleri Açısından G20 Ülkeleri İncelemesi.....	63
4.5. Sağlık Göstergelerinin Ekonomik ve Demografik Değerlendirmesi	64
4.6. Sağlık Göstergelerinin Sağlık Sistemleri ile Ekonomik Değerlendirmesi.....	73
5. TARTIŞMA.....	77
5.1. Karşılaştırmalı Analiz Açısından	77
5.2. Panel Veri Analizi Açısından.....	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	78
6.1. Sonuçlar.....	78
6.1.1. Karşılaştırmalı Analiz Sonuçları.....	79
6.1.2. Panel Veri Analizi Sonuçları	80
6.2. Öneriler	82
7. KAYNAKLAR.....	83
EKLER	93
EK-1 ETİK KURUL KARARI.....	93
ÖZGEÇMİŞ	95

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Ülkelerin Sağlık Sistemleri Sınıflandırması	24
Tablo 2: Sağlık, Demografik ve Ekonomik Göstergeler Açısından Türkiye Değerlendirilmesi (2017)	49
Tablo 3: G20 Ülkelerinin Anne Ölüm Oranı (100.000 kişi başına)	50
Tablo 4: G20 Ülkelerinin Bebek Ölüm Oranı	51
Tablo 5: G20 Ülkelerinin Beklenen Yaşam Süresi	53
Tablo 6: G20 Ülkelerinin Doğurganlık Oranı	54
Tablo 7: G20 Ülkelerinin Nüfusu	55
Tablo 8: G20 Ülkelerinin Nüfus Artış Hızı	56
Tablo 9: G20 Ülkelerinin Hekim Sayısı (1.000 kişi başına)	57
Tablo 10: G20 Ülkelerinin Toplam Yatak Kapasitesi (1.000 kişi başına)	58
Tablo 11: G20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasılası (ABD doları)	59
Tablo 12: G20 Ülkelerinin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Büyüme Hızı	60
Tablo 13: G20 Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı	61
Tablo 14: G20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (ABD doları)	62
Tablo 15: Sağlık, Demografik ve Ekonomik Değişkenlerin Birim Kök Testleri Sonuçları	67
Tablo 16: Hausman Testi Sonuçları	67
Tablo 17: Otokorelasyon ve Değişen Varyans Testleri Sonuçları	68
Tablo 18: Anne Ölüm Oranı ile Ekonomik Değişkenler Tahmin Sonuçları	69
Tablo 19: Bebek Ölüm Oranı ile Ekonomik Değişkenler Tahmin Sonuçları	69
Tablo 20: Beklenen Yaşam Süresi ile Ekonomik Değişkenler Tahmin Sonuçları	70
Tablo 21: Doğurganlık Oranı ile Ekonomik Değişkenler Tahmin Sonuçları	70
Tablo 22: Anne Ölüm Oranı ile Demografik Değişkenler Tahmin Sonuçları	71

Tablo 23: Bebek Ölüm Oranı ile Demografik Değişkenler Tahmin Sonuçları	72
Tablo 24: Beklenen Yaşam Süresi ile Demografik Değişkenler Tahmin Sonuçları	72
Tablo 25: Doğurganlık Oranı ile Demografik Değişkenler Tahmin Sonuçları	73
Tablo 26: Sağlık Sistemleri Açısından Anne Ölüm Oranı ile Ekonomik Tahmin Sonuçları	74
Tablo 27: Sağlık Sistemleri Açısından Bebek Ölüm Oranı ile Ekonomik Tahmin Sonuçları	74
Tablo 28: Sağlık Sistemleri Açısından Beklenen Yaşam Süresi ile Ekonomik Tahmin Sonuçları	75
Tablo 29: Sağlık Sistemleri Açısından Doğurganlık Oranı ile Ekonomik Tahmin Sonuçları	76

ŞEKİLLER/GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Türk Sağlık Sisteminin İdari ve Finansal Yapısının Akışı	8
Şekil 2: Sağlık Göstergelerini Etkileyen Faktörler	65
Grafik 1: Sağlık Sistemi Sınıflandırmasına Göre G20 Ülkeleri	63



KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FSB	Financial Stability Board
G20	The Group of Twenty
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
ILO	International Labour Organization
IMF	International Monetary Fund
ITUC	International Trade Union Confederation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TUAC	The Trade Union Advisory Committee
UN	United Nations
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WB	World Bank
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlığı geliştirmeye, yeniden tesis etmeye ve sürekliliğini sağlamaya yönelik olan hizmet ile faaliyetlerin tümüne ve sağlıkta faaliyet yürüten tüm kurumlar/kuruluşlar ile birlikte sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere tahsis edilen kaynakları sağlık sistemi şeklinde ifade edilmektedir (WHO, 2000: 5). Bu bağlamda sağlık sistemi; hedef nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmeti sunan insan, kurum/kuruluş ve kaynakların bir birleşimidir. Sağlık sisteminin bileşenleri; israf edilmeden minimum kaynak kullanımı ile sağlanan iyi sağlık hizmetlerine sahip olması, iyi performans gösteren bir sağlık insan kaynağı, iyi işleyen bir sağlık bilişim sistemi, temel tıbbi ürünlere ve teknolojilere eşit erişim, yeterli finansman, etkin liderlik ve yönetimidir (WHO, 2007: 24).

Toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak bu sistemin kalitesi, sadece sağlık politikası yapıcıları, sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanlarını değil; aynı zamanda doğrudan toplumu ve tüm bireyleri de ilgilendirmektedir (Sezer, Elezi ve Durmuş, 2018: 90). Sağlık hizmetinin halkın tümüne ihtiyaç olduğu anda adalet ile kalite unsurları çerçevesinde sunulması, gereklilik arz eden kaynakların tahsisi, farklılaştırılması, yükseltilmesi ve etkin/verimli yönde teşkilatlanıp kullanılması için ülkeler sağlık sistemlerini revize ederek yeni yapılanmaları izlemektedir (Sezer ve Karadeniz, 2018: 47). Sağlık sistemi politika yapıcılarının kendi sistemine hakim olmaları, hangi araç ve müdahalelerin bir sağlık sisteminin performansını iyileştirme olasılığını yükselteceğini; reform yapabilmek için ise gelişmiş ülke sistemlerini araştırmaları ve bilmeleri gerekir (Hsiao, 2003: 1). Başarılı bir sağlık sistemi kurmak için öncelikle sistemin ne olduğunu bilmek ve sağlık sisteminin neden önemli olduğunun kavranması gereklidir. Bu sayede sağlık sisteminin önemi ile ilgili farkındalık sağlanabilir ve mevcut problemlerin fark edilmesi sağlanabilir.

Gözlemler veya veriler aracılığıyla kıyaslama, sonuç elde etme ve bu doğrultuda genelleme yapma imkânı sağlayan temel bilimsel yöntemlerden biri Karşılaştırmalı Analiz Yöntemi' dir. Bu yöntem ile görülen sorunları tahmin etme ve gerekli önlemleri alma olanağı veya gücü sağlanmaktadır. Böylelikle yöneticiler, çalışanlar, bilim insanları, politikacılar, planlamacılar ve araştırmacılar karşılaştırmalı analizleri sürekli kullanmaktadır. Aynı doğrultu ile ulusal/uluslararası seviye de sağlık politikasını tanımlayanlar, planlayanlar, uygulayan yöneticiler, hizmeti sunanlar ve talep edenler

öncelikle sağlık sistemlerini, hizmetlerini tanımlamak ve sonrasında görülen eksiklikleri ve aksaklıkları gidererek sağlığın geliştirilmesi amacıyla diğer ülkelerin sağlık sistemlerinin incelenmesi ve kıyası yapılması metot olarak kullanılmaktadır (Sargutan, 2005: 82-83).

Bu çalışmayı diğerlerinden farklılaştıran temel özellik günümüze kadar yapılan araştırmalarda, G20 ülkelerinde sağlık araştırmaları için fazla kullanılmayan Panel Veri Analizi Yöntemi' nin kullanılması ve finansmana göre farklı olan üç sağlık sisteminin kukla değişken olarak araştırmaya eklenmesidir.

Dünya genelinde bu tarz çalışmalar çok sayıda olmasına rağmen ülkemizde bu yönlü çalışma sayısı ise sınırlı kalmıştır. Ülkemiz özelinde yapılan çalışmalar daha çok sağlık harcamaları, büyüme ve kalkınma ilişkisini ölçme yönünde olmuştur. Çalışma üç alt gösterge şeklinde bir ayrıma tabi tutularak ekonometrik analizler ve testler kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın bu yönüyle özgün bir yapıda olduğu ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ülkelerin refah düzeyine ulaşabilmelerinde en önemli ekonomik faaliyet olan sağlık alanı, iletişim ve bilgi teknolojilerinde yaşanan gelişmeler, kalite ve etkinlik/verimlilik olanaklarının gelişmesi, serbest ticaretin artan önemi ve ucuz işgücü ile maliyet avantajının sağlanması gibi nedenlerle rekabetin giderek arttığı bir sektör durumuna gelmiştir.

Tez çalışması altı bölüm şeklinde oluşturulmuştur. Çalışmanın birinci bölümünde; araştırmanın yapılmasındaki temel sorunları/problemi ile önemi ve amacı açıklanmaktadır. İkinci bölümde; Türk Sağlık Sistemi ve mevcut durumu, sağlık sistemleri sınıflandırmaları, G20 organizasyonu ile ilgili bilgiler ve bu çalışma da kullanılan analiz yöntemleri ve teknikleri üzerinde ayrıntılı şekilde durulmaktadır. Üçüncü bölümde; çalışmanın gereç ve yöntemi ile ilgili bilgiler verilmektedir. Ayrıca gerekli açıklamalar ile bölüm tamamlanmaktadır.

Dördüncü bölüm olan bulgular başlığı altında Karşılaştırmalı ve Panel Veri Analizleri sonucunda elde edilen bulgular ve çalışmanın verileri ile elde edilenlerin incelenmesi, değerlendirilmesi yapılmaktadır. Diğer bölümler de sonuçların literatürdeki diğer çalışmalar ile tartışılması, çalışmanın sonuçları ve sağlık sistemin de daha iyisi için çözüm önerileri yer almaktadır.

Türkiye kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları dahilindeki oranı 2017 itibarıyla %78 olarak gerçekleşmesi yani devlet katılımının %60 ile %90 arasında olması finansman kaynaklarına göre dört tip sağlık sisteminden biri olan Bismarck sağlık sistemini uygulayan bir ülke olduğunu göstermektedir. Bundan dolayı çalışmanın amacı doğrultusunda, sistemin değerlendirilmesini mümkün kılacak ve karşılayabilecek on bir temel soru oluşturulmuş ve bunlara cevap aranmıştır. Bu sorular şunlardır:

S1: G20 lkelerinin sağlık göstergeleri açısından karşılaştırmalı analiz sonucu durumları nedir?

S2: G20 lkelerinin demografik göstergeler açısından karşılaştırmalı analiz sonucu durumları nedir?

S3: G20 lkelerinin sağlık ekonomisi açısından ekonomik durumları karşılaştırmalı analiz sonucu durumları nedir?

S4: Ekonomik ve demografik göstergelerin anne ölüm oranına etkisi var mıdır?

S5: Ekonomik ve demografik göstergelerin bebek ölüm oranına etkisi var mıdır?

S6: Ekonomik ve demografik göstergelerin beklenen yaşam süresine etkisi var mıdır?

S7: Ekonomik ve demografik göstergelerin doğurganlık oranına etkisi var mıdır?

S8: Anne ölüm oranı açısından; Bismarck sistemini uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre anne ölüm oranı daha düşük müdür?

S9: Bebek ölüm oranı açısından; Bismarck sistemini uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre bebek ölüm oranı daha düşük müdür?

S10: Beklenen yaşam süresi açısından; Bismarck sistemini uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre beklenen yaşam süresi daha yüksek midir?

S11: Doğurganlık oranı açısından; Bismarck sistemini uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre doğurganlık oranı daha yüksek midir?

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Türkiye Sağlık Sistemi' nin incelenmesi, sağlık sistemi modellerinin sağlık, demografik ve ekonomik göstergeler açısından karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmesi, ülkelerin demografik ve ekonomik durumlarının ile sağlık sistemlerinin sağlık göstergelerine etkisinin ortaya konulmasıdır. Bir ülkenin mevcut sağlık sisteminin, toplum ihtiyaçlarına ne düzeyde cevap verdiği ve dünya gerçekleriyle ne oranda örtüştüğünün belirlenmesi; buna göre gerekli tedbirlerin alınması ve geliştirilmesi için bu tür çalışmaları gerekliliğini ve önemini vurgulamaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Türkiye ve Sağlık Sistemi

Türkiye, Adrese Dayalı Nüfus Sayımı tespit verilerine göre 31 Aralık 2019 itibarıyla 83.154.997 nüfusu ve 113 ortalama nüfus yoğunluğu ile dünya nüfus sıralamasında 18. sırada yer almaktadır (<https://www.worldometers.info/tr/>). Ülke idari olarak 81 ilden oluşmaktadır. Başkenti Ankara olup cumhurbaşkanlığı hükûmet sistemi ile yönetilmektedir. Ülkenin resmi dili Türkçe olmakla birlikte ülkenin resmi adı Türkiye Cumhuriyeti' dir. Diyanet İşleri Başkanlığı' na (2014: 4) göre ülke de yaşayanların %99,2' si Müslümandır. Kuzeyinde Rusya Federasyonu ve Ukrayna, güneyinde Suriye ve Irak, batısında Yunanistan ve Bulgaristan, doğusunda Gürcistan, Azerbaycan, Ermenistan ve İran olmak üzere komşuları olarak bulunduğu Avrupa ve Asya' nın birleştiği Avrasya ülkesidir. Türkiye 783.562 kilometrekarelik yüzölçümü ile dünyanın en büyük 37. ülkesidir. Coğrafi olarak ılıman ile subtropikal kuşaklar arasında yer alması, üç tarafı denizler ile çevrili olması, dağların uzanış yönü ve yeryüzü şekillerinde farklılık görülmesi Türkiye' nin, çeşitli özelliklere sahip iklim tiplerinin oluşmasına neden olmuştur. Aynı olarak ülke kıyı bölgelerinde denizler etkisiyle daha çok ılıman iklim özelliklerine sahiptir (Sensoy, Demircan, Ulupınar ve Balta, 2008: 3).

Anayasasına göre sağlık hizmetleri kamu malı niteliğinde değerlendirilmekte ve devletin yükümlülüğündedir. Türkiye sağlık hizmetleri alanında pek çok örgütün faaliyet gösterdiği bir ülkedir. Türkiye' de sağlık hizmet sunucuları Sağlık Bakanlığı ve üniversitelere bağlı kamu adına faaliyet gösteren kurumlar/kuruluşlar ile birlikte bunların haricinde dini grupların, azınlıkların, kâr amaçlı işletilen özel hastanelerin, dış hekimlerinin ve kâr amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarının da sağlık hizmeti verdiği görülmektedir (Akdur, Çöl, Işık, İdil, Durmuşoğlu ve Tunçbilek, 1998: 31; Savaş, Karahan ve Saka, 2002: 24-25).

Türk Sağlık Sistemi' nde sağlık hizmetleri finansman yapısı vergiler, sosyal güvenlik ve özel sağlık sigorta primleri ile cepten ödemeler olmak üzere değişik oranlarda oluşan ve birlikte kullanılan sistem tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Pekten, 2006: 120; Tatar, Mollahaliloğlu, Şahin, Aydın, Maresso ve Hernández-Quevedo, 2011: 28). Bu nedenle ülke genelinde uygulanacak olan sağlık politikası geliştirme, uygulama ve sunumu gibi görevler de bakanlığın

sorumluluğundadır. Bazı kamu ve hükûmet harici kurumlar/kuruluşlar da sağlık hizmetlerinin yürütülmesi konusunda katkı sunmaktadır (Sargutan, 2005: 83).

Türkiye son 20 yıl içerisinde sağlık alanında oldukça önemli reformlara imza atmıştır. 2003 yılı itibarıyla başlatılan ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile sağlık sisteminin yapısı adeta yeniden dizayn edilmiştir. Ayrıca program kapsamında Sosyal Güvenlik Reformu vasıtasıyla Genel Sağlık Sigortası işleme alınmıştır. Yapılan değişikliklerin etkisiyle ülke vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmış ve düşük gelir grubundaki ülke vatandaşların mali olarak korumasının desteklenmesi sağlanmıştır (OECD, 2008: 13). 2012 yılından sonra ise tüm vatandaşlar için GSS zorunlu hale getirilmiş ve sisteme dahil edilmiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 109).

GSS kapsamında olan kişiler kanunda; tüm Türk vatandaşlar, mülteciler, Türkiye’de bir yıldan fazla bir süredir yaşayan ancak kendi ülkelerinde sağlık sigortası olmayan yabancılar olarak belirtilmektedir. Sigortalının 18 yaşından küçük aile fertleri herhangi bir ek prim ödemedi otomatik olarak sigortalı sayılırlar. 18 yaşından sonra ise primlerini ödemek şartıyla kendi adlarına sigortalı olacaklardır. Buna karşın GSS’ nin kapsamadığı kişiler ise diplomatlar, askerlik vazifesini ifa edenler, Türkiye’de 12 aydan daha az ikamet eden yabancılar şeklinde belirtilmektedir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2014: Madde 3, 52).

2.1.1. Sağlık Sisteminin Öğeleri ve Fonksiyonları

Dünya Sağlık Örgütü’ ne (2000: 25) göre bir sağlık sisteminin yerine getirmesi gereken yönetim, sağlık hizmetlerinin sunumu, kaynakları yönetme ve sağlık finansmanı olmak üzere dört genel fonksiyon bulunmaktadır. Yönetim, sunum, kaynak ve finansman olan bu fonksiyonlar beş başlık şeklinde ele alınmıştır.

2.1.1.1. Yönetim ve Örgütlenme

Yönetim, ülke olarak kabul edilmiş ve uygulanmakta olan sağlık sistemi kapsamında halkın sağlıklı olma durumu ve hizmetlerin yönetimi şeklinde tanımlanmıştır. Bu işlev genellikle devlet sorumluluğundadır. Kamu kaynaklarının hedeflemesi gereken sağlık öncelikleri nelerdir? Sistemin ve birçok personelin çalışması gereken kurumsal çerçevesi nedir? Hangi faaliyetler sağlık hizmetleri alanı dışındaki diğer sistemlerle koordine edilmeli ve nasıl yapılmalıdır? Sağlık öncelikleri ve kaynak oluşumundaki eğilimler ve gelecek 10, 20 veya 30 yıl için etkileri nelerdir? Hastalıkları önlenmesi ve hafifletilmesi

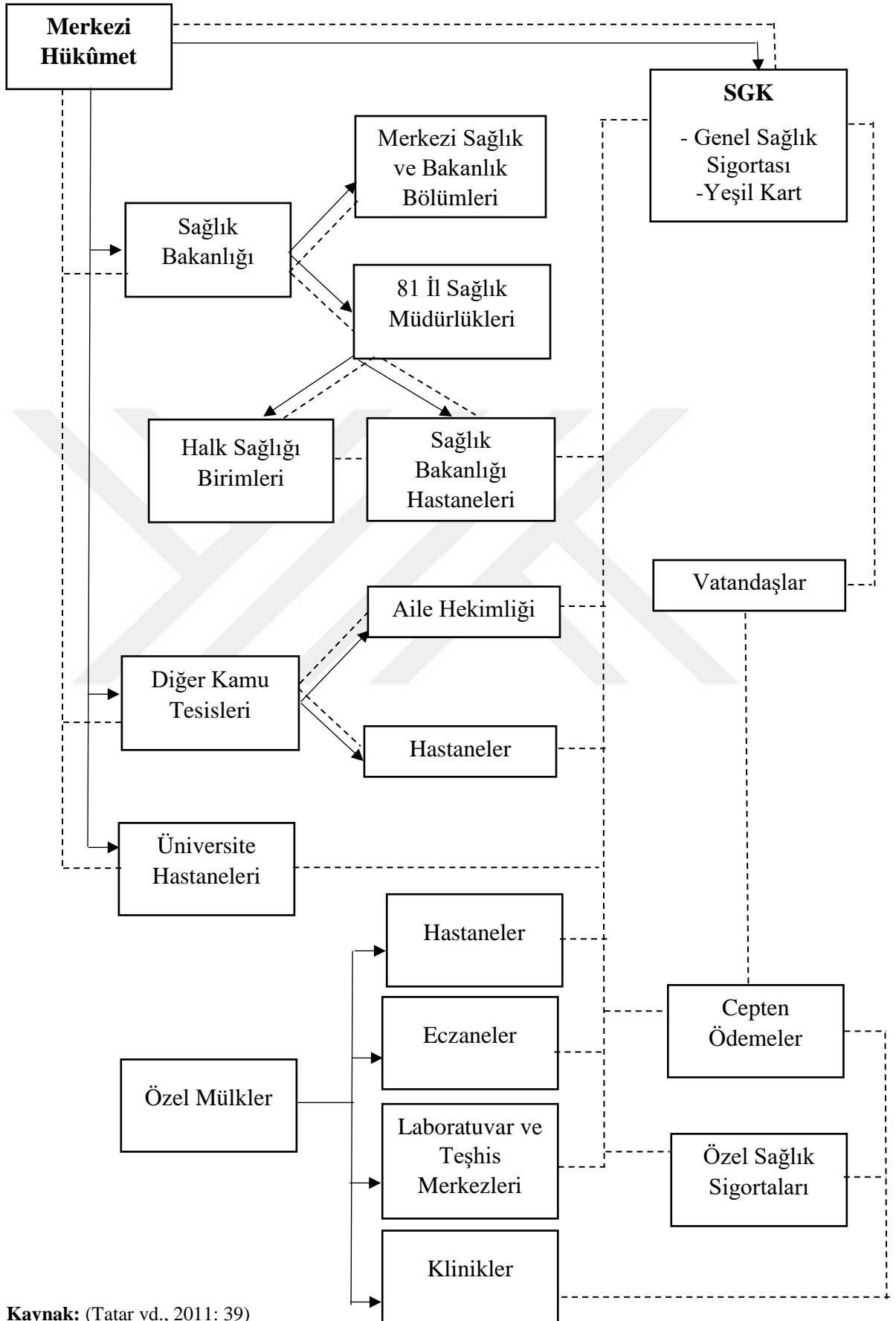
dahil olmak üzere sağlık konularında etkili kararlar alınmasını sağlamak için hangi bilgilere ihtiyaç vardır? Bu sorular, yönetim fonksiyonunu oluşturmaktadır. Yönetim, ek bir merkezi işlev politikası oluşturması için uygun veriler üretmektedir. Bunlar, halk sağlığı sürveyans verilerinden sağlık sistemi performansına kadar uzanmakta ve sağlık durumunu değerlendirmek, sektörü düzenlemek ve sağlık sistemi performansını, etkililiğini/verimliliğini ve etkisini izlemek için temel oluşturmaktadır (Etheredge, 2007: 107; Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 180).

2.1.1.2. Finansman Yapısı

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetinde oluşan olağan ve olağanüstü durumlarda ilgili sağlık hizmetlerin maliyetini karşılamak olarak tanımlanabilir. Sağlık finansmanı, sağlık hizmet maliyetlerini ve giderleri mahsuplaşmak amacıyla ihtiyaç duyulan kaynakların oluşturulması şeklinde de tanımlanmaktadır (Gottret ve Schieber, 2006: 23). Sağlık finansmanının asıl amacı, toplumu oluşturan kişilerin öngörülemeyen sağlık sorunları ve hastalıklar ile karşı karşıya kaldıkları durumlarda finansal açıdan onlara destek de bulunmaktır. Etkili sağlık finansmanı sistemdeki kişilerin ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmetini kullanamaması ya da sisteme yaptığı ödemelerden dolayı finansal durumlarının daha da kötüleşmesi gibi durumların önüne geçmelidir. Finansal risk havuzu, sağlık sigortası mekanizmalarının temel işlevidir. Finansal koruma sağlamak için etkin risk havuzlamasına katılım şarttır. İnsanları, özellikle de fakirleri hasta veya yaralı oldukları zaman sağlık hizmeti almaktan veya hizmetleri kullanmaktan vazgeçilmelerine sebep olabilecek ödeme yapmak zorunda bırakmamak gerekir. Bunun için her ülke sağlık sistemin finansmanı için halkının finansal riskini farklı şekillerde karşılamayı amaçlayan yöntemler geliştirmekte veya seçmektedir. Çoğu yüksek gelirli ülkeler iki ana modelden birini takip etmektedir: Bismarck Modeli (Bismarck' ın 1883 tarihli Sağlık Sigortası Kanunu) veya Beveridge Modeli (1942 tarihli Ulusal Sağlık Sistemi). Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ise çok sayıda ve parçalanmış risk havuzu düzenlemeleri bir arada bulunmaktadır. Bu ülkelerde finansal korumanın iyileştirilmesi, risk havuzlamasına katılımı arttırmak için önemli bir çaba gerektirmektedir (WHO, 2000: 12, 35; Mutlu ve Işık, 2012: 283-285; Güvenek, 2015: 143-145).

Türk Sağlık Sistemi' nin idari ve finansal yapısını gösteren şekil 1' de düz çizgiler idari ilişkileri; kesitli çizgiler finansal ilişkileri belirtmektedir.

Şekil 1: Türk Sağlık Sisteminin İdari ve Finansal Yapısının Akışı



Kaynak: (Tatar vd., 2011: 39)

2.1.1.3. Sağlık Harcamaları

Ülke de gerçekleştirilen sağlık harcamaları sağlık hizmeti sunumu ve kalitesi hakkında bilgi alınmasına yardımcı olan önemli bir göstergedir. Hizmetlerin geliştirilmesi açısından iyi olmasına rağmen dünya genelinde ülkeler son yıllar itibarıyla sağlıkta karşılaştıkları önemli bir problem olarak sağlık harcamalarındaki artış da yer almaktadır. Bununla birlikte, sağlık sistemlerinde belirli farklılıklar bulunmasına rağmen, son 30 yıl boyunca dünya genelinde ülkelerin sağlık hizmetleri için ayırdıkları kaynakların gayri safi yurt içi hasıladaki payları ile kişi başına düşen sağlık harcamaları önemli miktarda artmaktadır (Belek, 1997: 147; Kılavuz, 2010: 174; Daştan ve Çetinkaya, 2015: 132). Sağlık harcamalarındaki artışların nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Mechanic ve Rochefort, 1996: 252-261);

- Sağlıkta kullanılan teknolojilerin maliyetlerin yüksek seyretmesi,
- Tıbbi bakım sağlamanın maliyetinin yüksek olması,
- Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimlilik konularının göz ardı edilmesi,
- Sağlık hizmetleri sunumunun emek yoğun sektör olması,
- Hizmet talep edenlerin yaşam süresinin devamlı artması,
- Kronik hastalıklarda artışın görülmesi,
- Fiziksel ve ruhsal bozukluklarda artışın görülmesi,
- Sağlık bilinç seviyesini ile gelirin düzeyinin artışı dolayısıyla sağlık hizmetleri talebinin artmış olması,
- Arz oluşumuna karşılık talebin oluşturulması,
- Sağlık hizmetlerinin kendine has niteliklere sahip olması sebebiyle katı düzenlemeler gerçekleştirme olanağının bulunmamasıdır.

Sağlık harcamalarındaki artışı tamamıyla faydalı veya tamamıyla zararlı olarak nitelendirmek mümkün değildir. Buna rağmen günümüz hükümetleri sağlık harcamalarına ekonomik kalkınma ve büyümenin sağlanmasında temel rolü bulunan, ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre çeşitlilik görülmesi dolayısıyla önem vermektedir. Özel olarak gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarına karşılık gelen payı, gelişmekte olan ülkelere görece daha fazla olmaktadır. Buna göre sağlık harcamalarında artış görülmesi doğumda beklenen yaşam süreleri ile yaşam kaliteleri üzerinde pozitif etkiler yaratmaktadır. Sağlıkta yapılan harcamalar fiziki yatırımları artırmak ile birlikte teknolojik gelişmeyi hızlandırmakta bu gelişimler de kalkınmayı ve büyümeyi

gerçekleştirmektedir (Çelik, 2011: 72; Akar, 2014: 311,320). Sağlık harcamaları pozitif yönlü etkilerine rağmen gereğinden fazla gerçekleşmesi veya etkinliğin/verimliliğin sağlanmaması durumunda ülkeleri negatif yönlü de etkileyebilmektedir. Çünkü bu durumda gelecek için faydalı milli eğitim ya da araştırma geliştirme gibi öncelik gerektiren alanlara tahsis edilecek paylara göre kısıtlama anlamında olması nedeniyle kaynakların boşa harcanmasına yol açacaktır. Ayrıca sosyal güvenlik kurumları sürdürülebilirliği mevzusunda ciddi problemler yaşanması gibi sağlık harcamalarının yüksek olması ülkelere ağır ekonomik yükler getirmektedir. Bu harcamalarının uygunluğunu değerlendirmekte ya da uluslararası kıyaslamalarda yapılan harcamaların miktarı, harcamaların kaynakları ve harcama yerleri olarak 3 ana ölçüt kullanılmaktadır. Yapılan harcamalarının miktarı temel alınarak kişi başına sağlık harcaması ve sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya görece payı; harcamaların kaynakları bahsedilen harcamaların dahilindeki kamu ve özel sektör olarak payların tanımlanması; harcama yeri ise tahsis edilen kaynağın hangi tür hizmet faaliyetleri için kullanıldığını göstermesi baz alınarak incelenmekte ve değerlendirilmekte olup konu da yaygın kullanılan yöntemler açısından koruyucu ve tedavi edici hizmet sunumları, ilaç harcamaları, insan kaynakları ve sağlık teknolojilerine harcanmak amacıyla ayrılmasıdır (Akdur, 2008: 1-2; Gökbayrak, 2010: 150-152; Organ ve Yavuz, 2017: 107-108).

Türkiye’ de sağlık harcamaları merkezi yönetim giderleri bütçesi dahilinde yer almakta olup teşhis, tedavi ve tıbbi malzeme giderlerini, ilaç maliyetleri, sosyal güvenlik sistemi ödemeleri oluşturmaktadır (Akar, 2014: 316). Bu sonuç sağlık sektöründe faaliyet göstermekte olan kurumlar arası iletişimin iyileşmesi ve çalışanların sağlıkla ilgili bilincinin yükselmesi anlamına gelmektedir.

2.1.1.4. Kaynak Yönetimi

Kaynakları yönetme, sağlık hizmetlerinin sunulması için gerekli girdilerin bir araya getirilmesidir. Ancak bu girdilerin genellikle hem üretilmesi uzun zaman almakta hem sağlık sisteminin sınırları içinde üretilmemektedir (eğitilmiş bir tıp doktoru, yeni bir aşı, ilaç, cihaz ve malzeme). Yani sağlık sisteminde girdiler olarak değerlendirmeye alınan kaynaklar; insan kaynakları (idari, tıbbi ve yardımcı hizmetler sağlık personeli), bilgi, sağlık hizmeti sunucuları (aile hekimliği, hastane, klinik, laboratuvar) ile her tür tıbbi malzeme olarak sıralandırılmaktadır. Kaynak yönetimi kapsamında özellikle sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olup sağlık insan gücüne ayrılan kaynaklar da oldukça

fazla olduğu için insan kaynakları oldukça önem arz etmektedir (Sargutan, 2006: 26; Özer, Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 8).

2.1.1.5. Hizmet Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumu, toplumun salgın/bulaşıcı hastalıklardan korunması ve sağlık statüsünün geliştirilmesi amacını taşıyarak yürütülen faaliyetler ile birlikte teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlamak için sunulan çalışmaların tümünü ifade etmektedir. Sağlık ekonomisine göre hizmet sağlama, toplumu oluşturan kişilerin sağlığını korumak ve riski bulunan hastalıklara karşı tedbir alınması (birinci basamak sağlık hizmetleri), tedavi ve rehabilitasyonun sağlanması (ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri) ile geliştirilmesine faaliyetlerinin bütünü sağlık hizmetleri arzı şeklinde değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık hizmetlerinin sunumu, sistemin ne olduğu değil; sistemin ne yaptığıdır (Roemer, 1989: 72; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 34).

Sağlık kurumları/kuruluşları verimliliklerini artırmak, tıbbi hizmetler üzerine yoğunlaşmak için altyapı hizmetlerini (bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik), dış kaynaklardan hizmet alımı yoluyla temin edebilmektedirler. Sağlık teknolojisindeki en son yeniliklerden yararlanmak, kaliteli sağlık hizmeti üretmek ve sunmak için yine dış kaynaklardan teşhis/tanı hizmeti satın almasına yoğunlaşmışlardır (Sülkü, 2011: 15-16). Hizmet sunumu ile ilgili sunucuların sağlık sisteminin aşağıdaki 4 ana özelliğe odaklanması gerekmektedir (Özer, Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 7).

- Sağlık hizmeti sunan organizasyonların karışımı
- Organizasyonlar arasında faaliyetlerin bölümü ve ilişkileri
- Sürdürülebilirlik için ihtiyaç duydukları kaynakları nasıl aldıkları
- Organizasyonun iç idari yapıları

2.2. Türk Sağlık Sistemi' nin Tarihsel Gelişimi

İnsanlığın varoluşundan itibaren sağlık hizmetleri sürekli gelişme gösteren bir alan olmuştur, bu gelişme dünya genelinde demografik, coğrafik, politik yapı gibi sosyal sebeplerle ve gelişen teknoloji ile beraber günümüze doğru bir hâl almıştır. Aynı şekilde Türkiye' de sağlık hizmetleri Selçuklu' dan günümüze kadar yönetimlere göre değişiklik göstermekle beraber halkın ihtiyaçlarına göre şekillenmiştir. Bu başlık altında Türk Sağlık Sistemi' nin tarihçesi Cumhuriyet Öncesi Dönem ve Cumhuriyet Dönemi olarak

incelenecektir. Cumhuriyet Dönemi sağlık hizmetleri anlatılırken yeni rejim ilan edilmemiş dahi olsa, imparatorluk hükûmeti haricinde bir hükûmet kurulmuş ve icraatlarına başlamış olduğu için hemen öncesi 1920 yılından başlamak gerekmektedir. Bu doğrultu da Cumhuriyet Dönemi 1920-1960 Arası Yapılanma Dönemi, 1960-1980 Arası Sosyal Dönem, 1980-2003 Arası Liberal Dönem ve 2003 Sonrası Dönüşüm Dönemi olmak üzere seçilen uç tarihler sağlık sisteminin şekillenmesinde önem taşıdığı için ayrı ayrı incelenecektir.

2.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Hem Selçuklular hem sonrasını kapsayan Osmanlılar döneminde, çeşitli sağlık ve tıbbi eğitim kurumlarının/kuruluşlarının kurulmasına hayli önem verilmiş ve tıp bilgisi ile uygulamalarının gelişimi değişik yollarla teşvik edilerek yürütülmüştür. Bu dönem de sağlık hizmeti ve tıp eğitimi verilen Bimarhane, Darüşşifa ve Maristan adı ile anılan kurumlar ilk örnekler olarak görülmek ile birlikte bu kurumlar zenginler ve hükûmet tarafından yaptırılmakta vakıflarca desteklenmekteydiler. Bu kurumlar ülkenin başta salgın hastalıklar olmak üzere bütün hastalıklarla mücadele de hizmet veriyordu. Ayrıca sağlık hizmetleri genel olarak din, dil, ırk ayrımı yapılmadan ve hastalardan bedel alınmadan muayene edilmekte yine aynı şekilde reçetelendirme yapılmakta olsa da; günümüzde görülen devlet-birey ilişkilerinde devlete düşen sorumluluğun ifa edilmesi şeklinde olmamıştır (Acıduman, 2010: 9-10; Kasapoğlu, 2016: 133- 134; Çavmak ve Çavmak, 2017: 49).

Eğitim boyutunda ise diğer ülkelerden getirilen hekimler vasıtasıyla hekim ve yardımcı sağlık personeli yetiştirilmesine de katkıda bulunmuşlardır. Selçuklu ve Osmanlı' daki bu uygulamalar, bu dönemin batı ülkelerindeki uygulamalarla karşılaştırıldığında çok daha fazla gelişme göstermiş olduğu görülmektedir (Erden, 2014: 91; Aydın, 2002: 185). Hekim ve yardımcı sağlık personeli eğitimi bugün görülen şekilde sistemli ve profesyonellerce değil de kabul edilen kişilerce usta-çırak ilişkisi içinde yetiştirilmesi uzun vade de sağlık hizmetleri sunumunda aksaklıklara neden olmuştur. Sistemli eğitimin gereği olarak 1827' de kurulan 1838' de değiştirilen adıyla Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane ile tıp öğretimi daha çağdaş bir yapı kazanmıştır (Tokat, 1994: 135).

1838' den önce sağlık hizmetleri örgütlenmesinde Fatih Sultan Mehmet zamanında oluşturulan; günümüzde sağlık bakanı yetkilerine sahip olan hekimbaşılık kurumu

merkezlerde bulunan resmi ve özel bütün sağlık kuruluşlarını denetlemekte ve dzenlemektedirler. Hekimbaşıların gdevleri arasında ihtiyaç duyulan yerlerde sağlık hizmeti veren kurumlar açmak, sağlık personelinin atamalarını ve azillerini gerçekleştirmektedir. Hekimbaşılık kurumu, 380 yıl gibi uzun bir süre uygulanmış ve uygulandığı dönem de hükümetlerce önem teşkil etmiştir. 1850’ de Mektebi Tıbbiye Nezareti’ nin kurulması ile uygulama son bulmuştur (Fidan ve Erden, 1998: 186; Erden, 2014: 100-101; Filiz, 2014: 56).

Roma İmparatorluğu Dönemi’ nde, Kapadokya’ da 369 yılında Saint Basil tarafından ve İstanbul’ da 398 yılında İstanbul Patriği Saint John Chrysostom tarafından yaptırılan hastaneler Türkiye toprakları üzerinde kurulmuş olan ilk sağlık tesisleridir. lke topraklarında asıl manada sağlık hizmetleri Türklerin Anadolu’ya yerleşmesi ile başlamıştır (Atasever, 2014: 28). Anadolu Türk Devletleri içinde 1206 yılında Kayseri’ de Kılıç Arslan’ ın kızı olan Gevher Nesibe Sultan tarafından has mal varlığı ile yaptırılan ilk tıp kllyesi, ilk kurumlaşmış hizmet örneğidir. Osmanlı Devleti’ nde kurulan ilk kurumsal yapıdaki hastane ise, 1399 yılında Bursa’da Yıldırım Beyazıt tarafından inşa edilen Sultan Yıldırım Beyazıt Hastanesi’dir (Ertekin, 2000: 55). Tarihsel açıdan duraklama dönemindeki Osmanlı Devleti’nin, dünya tıp eğitiminde yeni bir döneme ve anlayışa geçmesine rağmen görülen bu gelişime ayak uydurulamaması ve sağlık hizmetleri yatırımlarının aksatılması nedeniyle sağlık açısından da duraklama, hatta gerilemesi söz konusudur. 18. yüzyılın sonlarından itibaren askeri boyutta sağlık hizmetleri ayrı bir kategori olarak değerlendirilmiş ve bu doğrultuda İstanbul’ da özellikle Haydarpaşa, Gülhane ve Gümüşsuyu Askeri Hastaneleri inşa edilmiştir (Erden, 2014: 108; Songur ve Saygın, 2014: 201-202).

Tanzimat Dönemi’ nden sonra siviller için ise Guraba ve Hamidiye Hastaneleri yapıldığı ve yoksul kesim için ücretsiz sağlık hizmeti sunulduğu görülmektedir. Ayrıca vatandaşların ikamet ettikleri evre de sivil hastane bulunmaması durumunda aynı evre içindeki askeri hastanelerden sağlık hizmeti almalarını sağlayan yönetmelik ile hüküm altına alınmıştır. Askeri hastanelerde tedavi olan yoksul kişiler için tedavi harcamalarının kimsesizler ve mahkmlar için ayrılan ödenekten karşılanmasını sağlayan bir yönetmelikte bulunmaktadır (Türk Tabipler Birliği, 1995: 156,157). Osmanlı Dönemi’ nde yoksul kesim için verilen bu kararlar o günün şartlarında önem arz etmesine rağmen sağlık ihtiyacını tam olarak karşılamaktan uzak olduğunun görülmesi ile birlikte sağlık örgütlenmesinin esas olarak başkent İstanbul ve çevresinde yoğunlaşması, altyapı ve

parasal olanakların yokluğu herkese ulaşabilen yaygın bir sağlık hizmeti sunumunun uygulanmaması temel sorundur. Bu yoksul kesim için hayatı zorlaştıran ve sağlık hizmetlerine ulaşmayı güç hale getiren bir durum olarak karşılıklarına çıkmaktadır (Tokat, 1994: 151).

Osmanlı' daki sosyal güvenlik uygulamaları doğal ve geleneksel kurumlardan modern sosyal güvenlik uygulamalarına doğru bir aşama şeklinde olmuştur. Avrupa'daki modern manada sosyal güvenlik sisteminin oluşması, ancak sanayi devriminin gerçekleşmiş olması ve işçi sınıfının ortaya çıkmasıyla mümkün olmuştur. Osmanlı da ise bu dönemde sanayileşme aşamasında olmamış olması dolayısı ile sosyal korumayı talep edebilecek işçi kitlesi olmamıştır. Osmanlı İmparatorluğu' nda aile yapısının kendi koruyucu olma işlevini devam ettirmesinin yanında sosyal koruma önlemlerinin sınırlı ve düzensiz oluşu, gerçek manada bir sosyal güvenlik sisteminin olmasını engellemiştir (Güvercin, 2004: 91).

Osmanlı da sosyal güvenlik anlayışı batılı devletlerde olduğu gibi karşılıklı yardımlaşma şeklinde başlayıp gelişmiştir; çalışan işçilerin sosyal güvenliği genel olarak üç esasa dayandırılmış olup aile içi yardımlaşma, meslek kuruluşları kapsamı içerisinde yardımlaşma ve sosyal yardımlar olduğu söylenebilir (Şen, 2002: 23). Mistik dönem de kötü ruhlara bağlanan hastalık kavramı, bu dönem itibarıyla giderek daha kurumsal ve bilimsel temellere oturtulmuştur. Bugün çok ileri teknolojili, kurumsal ve sistemli yapı arz eden görünüme bürünmesi vakıf veya dernekler tarafından yürütülen hastane hizmetleri sağlamıştır (Ertekin, 2012: 11).

2.2.2. 1920-1960 Arası Yapılanma Dönemi

Nisan 1920' de TBMM Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti olarak geçen teşkilattan sağlık örgütlenmesini ayırarak 2 Mayıs 1920 tarih 3 sayılı Kanun ile Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti' ni kurmuştur. Çağdaşı hükûmetlere kıyasla sağlık hizmetleri konusunda yeter miktarda önem verilmeyen bu dönemde ve olumsuz şartlar altındaki bir yönetimde bakanlık seviyesinde yapılanma planlanmış olması; yöneticilerinin sağlık alanına verdikleri önemi göstermektedir. Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak atanmış ve alanda sağlam bir alt yapı, geçerli düzenleme veya kanun bulunmadığı için yeni baştan oluşturulmuştur. Yeni sistemin teşkilatlanması ile imkânlar çerçevesinde dönemin önemli sağlık sorunu olan salgın hastalıklara karşı tedbir alınmaya ve mevcut sağlık ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır. Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı Refik

Saydam, Kurtuluş Savaşı sonrası ülke sağlık problemlerinin tedavisinde ve yeni sağlık teşkilatının oluşturulmasında katkılarda bulunmuştur. Ayrıca bakanlık yaptığı 1923-1937 yıllar sürecinde benimsenen prensipler ve yürütülen faaliyetler, ülkenin sağlık politikası temellerini oluşturduğu görülmektedir. 1923 yılı kayıtlarına göre; toplam yatak sayısı 6437 olan 86 sağlık kurumları/kuruluşları olduğu bilinmekte ve bunların yalnızca üçü merkezi yönetimin mülkiyetinde; diğerleri yerel yönetimlere, yabancılara, azınlıklara ve özel sektöre ait olduğu görülmektedir. Bu dönemde belediye ve özel idarelerce hizmet veren hastanelerin teşvik edilmesi ile yönetimde yol göstermesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve tüm uzmanlıkları bünyesinde bulunduran Ankara, İstanbul, Diyarbakır, Sivas ve Erzurum illerinde Numune Hastaneleri açılmıştır. Sağlık bakanlığı tarafından sağlık sisteminin kurulması ve örgütlenmesi hedefi ile 13 yılda 50 yasa 18 tüzük hazırlanarak yürürlüğe girmiştir (Tokat, 1994: 70; Akdur vd., 1998: 24; Berman ve Tatar, 2004: 7; Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2017: 133).

Sağlık Bakanlığı, 1925' te hazırladığı ilk çalışma planı ile çözüme kavuşturulması gereken aşağıdaki problemler odak noktası olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2007: 249-250):

- Devletin sağlık teşkilatını geliştirmesi.
- Doktor, sağlık memuru ve ebe yetiştirilmesi.
- Numune Hastaneleri ve doğum ile çocuk bakımevleri açılması.
- Sıtma, verem, frengi ve kuduz gibi salgın hastalıklar ile savaşılması.
- Sağlık ile ilgili yeni kanunlar çıkarılması.
- Sağlık ve sosyal yardım taşra teşkilatlanmasının yaygınlaştırılması.
- Merkez Hıfzıssıhha Okulu' nun açılması.

1928 yılı 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1930 yılı 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu yürürlüğe konmuştur. 1936 yılı 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile mevzuattaki aksaklıklar giderilmeye çalışılmıştır. Günümüzde bazı değişiklikler ile varlıklarını sürdüren 1920-1938 dönem itibarıyla Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, dispanserler, sağlık merkezleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri kurulmuştur (Tengilimoğlu vd., 2017: 134).

1950 yılı Türkiye kalkınmasında önemli bir dönüm noktası olan batı tipi demokrasinin başlangıç noktası Demokrat Parti iktidarı ile diğer kamu hizmetlerine benzer olarak sağlık politikaları ve faaliyetlerinde dönüşümler başlamıştır. 1953' te özel

idareye bağı hastanelerin merkezi yönetime devredilmesi dönemin en önemli gelişmesidir. Buna mukabil karar; tedavi edici sağlık hizmetlerinde kalitenin gelişmesine, illerde görece olarak hizmete erişimin kolay olmasına, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte yürütülmesine olanak sağlaması yönleriyle isabetlidir. Ama önceliği bulaşıcı hastalıklara karşı önlem almayı amaç edinen koruyucu sağlık yönünden yanlıştır (Ergör ve Öztekin, 2000: 194-195; Erden, 2014: 178).

1938-1960 yıllarında merkezi yönetimi güçlendirmeye yönelik ve sosyal içerikte olan politikalar geliştirilmiştir. Bu yıllarda Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz tarafından 1946'da yapılan 9. Milli Tıp Kongresi'nde Birinci On Yıllık Sağlık Planı sunulmuştur. Plan kapsamında ülke her bir bölgeye tıp fakültesi kurulmasını öngörerek yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bir bölge kendi alanında en iyi sağlık hizmeti verir duruma gelmesi, her 40 köy için en az 10 yatak kapasiteli sağlık hizmeti sunucusu oluşturulması ve her bir kurumda iki hekim, birer ebe, sağlık memuru ve hemşire çalıştırılması amaçlanmıştır. Bu planın temel olarak aşağıdaki unsurları barındırmaktadır (Akdur vd., 1998: 30-31):

- Koruyucu sağlık teşkilatlanması oluşturulması.
- Köylerde hizmet veren örgütlerin kurulması.
- İhtiyaçlar çerçevesinde sağlık personeli yetiştirilmesi.
- Sağlık kurumları/kuruluşları modernleştirilmesi.
- Ülke genelinde yeni sağlık tesisleri açılması.
- Sağlık hizmetleri finansı amacıyla Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandığı kurulması.

Planın hazırlığı sürerken Dr. Uz görevden ayrılmış ve yerine gelen bakanlar tarafında planı gerçekçi bulunulmaması sebebiyle uygulanamamıştır. Ayrıca bakanlık olarak anne-çocuk sağlığı geliştirilmesi ve tüberküloz konuları kapsamında WHO ve UNICEF ile iş birliğinde bulunulmuş ve destek istenmiştir (Korkusuz ve Doğan, 2011: 72).

2.2.3. 1960-1980 Arası Sosyal Dönem

Bu döneme damga vuran 27 Mayıs ihtilali sonrası Türkiye sağlıktaki ihtiyaçlarını eskimiş ve rastgele önlemlerle cevap verilemeyeceği temeline dayanan planlı döneme geçiş sağlanmıştır. Planlar ile üç önemli düzenleme olanağı bulunmuştur. İlki 1961 Anayasası sağlık ile ilgili hükümler bulunması; ikinci olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin

Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun yürürlüğe girmesi; diğeri ise 2822 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun sosyal devlet prensibinin benimsenmesiyle ilerleyen dönemde sosyal güvenlik sistemi, primli-primsiz şekilde iki çeşit yöntemin bulunduğu karma bir yapı görülmektedir. Fakat planlanan karma yapı, sağlık hizmetinin bir çatı şeklinde bütünlük oluşturmaya engel olmuştur (Sözer, 1997: 35).

224 sayılı Kanun sağlıklı bir ömür geçirmenin insan temel hakkı olduğu fikri yasal olarak özellikle kırsal alanlarda sağlık sunumu daha erişilebilir ve kaliteli hizmet amacıyla devlet görevi olduğu kabul edilmiş ve güvence altına alınmıştır. Kanun ile birlikte çağdaş anlamda sağlık yönetimi prensiplerine uygun koruyucu hekimliğe başlıca önem verilmiş ve tedavi edici hizmetlerin bunu tamamlayıcı etki de olması öngörülmüş; ülkenin her alanına götürülmesi amaçlanmıştır (Erden, 2014: 175). Ayrıca 1980 yılında kaldırılan bu kanun ile ülke 16 sağlık bölgesine ayrılmış ve sağlık personelinin zor çalışma şartların altında bulunana yerlerde görev alması için teşvik edici çalışmalar yapılmıştır (Tengilimoğlu vd., 2017: 137).

Bu dönem öncesinde ülke sağlık hizmetleri dağınık şekilde yürütüldüğü, merkez etrafında yoğunlaşması nedeniyle taşra da yeterli hizmet verilemiyordu. Taşra da sağlık hizmeti sunumu üzere teşkilatlanan örgütlerde merkezi yapıya sahip olmadığı ve mali olanakların eksikliği nedeni ile sonuç elde edilemiyordu (Erden, 2014: 188). 224 sayılı Kanun ile planlanan amaçlara ulaşmakta başarısının sınırlı olduğu görülse de yasa öncesine kıyasla bu dönemde uygulanan programların taşraya hizmet götürülmesi hedeflenmesi nedeniyle modelin sürdürülmesinin gerekliliği belirtilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası için 1967 yılında ilk olarak kanun taslağı düzenlenmesine rağmen bakanlar kuruluna sunulamamıştır. Aynı şekilde 1974 yılında taslak tekrar sunulsa da mecliste sonuç alınamamıştır (Akdağ, 2008: 20). Yetmişli yılların hükümetleri tarafından uygulanan neoliberal politikalarla dönemin sağlık politikaları çelişmek ile birlikte bazı zamanlar da sosyalleştirme politikaları önlenmeye çalıştıkları görülmektedir. Fakat başarılı olunamadıkları gibi amaçladıkları sağlık hizmetinin özelleştirilmesi de uygulamaya konulamamıştır. Bu dönem de genel olarak hükümetlerin sağlık politika hedefleri şöyledir (Er, 2011: 117-118):

- Ücretsiz Sağlık Hizmeti Sunumu ve Sağlık Düzeyinin Geliştirilmesi
- Öncelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri Olması ile Birlikte Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi

- Yeterli ve Dengeli Şekilde Sağlık Personeli Rejimi Kurmak
- Yerli İlaç Şirketlerinin Teşvik Edilmesi ve Mevcut Olanların Güçlendirilmesi
- Özel Sağlık Sigortacılığının Oluşturulması

Dönem de teşkilatlandırılan sağlık ocaklarında halkı sağlıklı yaşam davranışları gösterme konusunda eğitimi ve bilgilendirilmesi faaliyetleri, aşılama, poliklinik ve tedavi hizmetleri olmak üzere her türlü hizmetin verildiği görülmektedir.

2.2.4. 1980-2003 Arası Liberal Dönem

1980 yılında ekonomiye tamamıyla etki eden 24 Ocak Kararları ile diğer alanlarda olduğu gibi sağlıkta da gelişim ve değişimlere neden olmuştur. Bu kararların temel olduğu neoliberal düşünceye göre devlete gereken miktarda daha az görev alarak etkin ve verimli bir şekilde çalışabilmesi için özel sektörün yönetim yaklaşımlarının model olarak alınması gerektiği düşünülmüştür. Bu süreç boyunca devlet tarafından uygulanan sosyal politikalarından dönülmesi ya da içerik olarak daraltılması, ekonomi de kamu olarak payının küçültülmesi, özel kesimin geliştirilmesinin teşvik edilmesi ve kamu kurum/kuruluşlarının özelleştirilmesi konularını öngörmektedir (Tokat, 1993: 125; Pala, 2002: 101-102).

Döneme ilişkin diğer bir önemli olay, 12 Eylül ihtilali ile birlikte askeri yönetimin hazırladığı 1982 Anayasası doğrultusunda çerçevelendirilen, kamunun sağlıkta yükümlü olduğu görevlerin azaltılması tercihinin uygun politikalarla yön verilmiştir. Bu yöneliş kamu sağlık kaynaklarının eksikliği, sağlık yönetimindeki problemler ve hastanelerin özel kesim elinde daha başarılı olacağı öngörüsü ile teşvik edilmesi fikrine dayanmaktadır. 1961 Anayasası'nda (49. Madde) temel insan hakkı olarak tanımlanan sağlık; 1982 Anayasası (56. Madde) ile birlikte devletin karşılaması gereken hizmet olarak deklare edilmiştir. Bu temel fark ile devletin sağlıkta temel sorumluluğu planlama ve düzenleme boyutunda olduğu hükmü genel sağlık sigortasına temel oluşturması bakımında da farklılık olduğu görülmektedir. Ayrıca yeni anayasa ile sağlıkta özel kesimden ilk kez söz edilmiştir. Çoğu kurum/kuruluşun özelleştirilmesi planlanan bu dönemde, sağlık hizmetlerinde özelleştirme aracı olarak 1982 Anayasası'na da yansıyan Genel Sağlık Sigortası gündeme alınmıştır. 1987 yılında bu konu da sağlık ekonomisindeki büyüme dolayısıyla tekrar gündeme gelmiş. Ancak sigorta gelirlerinin beklenen düzeye getirilememesi ile gider fazlalığının devlete yeni mali yükler olacağı

için ilgili çalışmalara devam edilmemiştir (Tokat, 1993: 125; Fişek, 1995: 153; İleri, Seçer ve Ertaş, 2016: 180-181).

1983 yılı seçimleri sonrası hükûmet programında sektörün tekel olarak yönetilmesi kaynak yönetiminde ve hizmet sunumunda aksaklıklar, hasta şikayetleri nedeniyle özel sağlık kuruluşları sayıları artırılması yönündeki faaliyetler teşvik edilmiştir. Ayrıca bu problemlere çözüm üretebilmek vesilesi ile 1988 yılında Dünya Bankası'ndan uzmanlarla birlikte sağlık sektörü finans koşulları incelenmiş ve DPT tarafından 1990 yılında Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması yapılarak temel olarak stratejiler belirlenmiştir. Bu planlar çerçevesinde sağlıkta değişim ve gelişim planlarını içeren Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı yayınlanması ile birlikte sağlıkta reform çalışmalarının ana bileşenlerinden aşağıdaki şekilde söz edilmiştir (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, 2012: 26):

- Sağlık güvencesi bulunmayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması sağlanmaya çalışılmıştır.
- Koruyucu sağlık hizmeti için kişi başı ödemeler çerçevesinde aile hekimliklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi planlanmıştır.
- Devletin finans ve sorumluluk yükünü hafifletmek amacı ile hastaneler idari ve finansal yapıda özerk şekillere dönüştürülmesi istenmiştir.
- Bakanlığın planlayıcı ve denetleyici yapıya kavuşturmak dolayısıyla hizmet sunucuları arasında yarış ortamının oluşturulması amaçlanmıştır.

Bu reformlar içinde sağlık hizmeti için yeterli maddi gücü bulunmayan ve sosyal güvenlik kapsamında alınmayanlar için Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. Alınan kararlardan beklenen sonuçları alınamayarak hastanelerin özelleştirilmesine ve özerkleştirilmesine yönelik çalışmalar bu yıllarda da sonuç vermemiştir (Akdağ, 2008: 100).

2.2.5. 2003 Sonrası Dönüşüm Dönemi

Genel seçimlerin sonrasında 16 Kasım 2002' de 58. Hükûmet sağlık alanındaki değişiklikler için Acil Eylem Planı'nda açıklanan Herkese Sağlık başlığında politikalar belirlenmiş ve bu alanda gerçekleştirilmesi gereken temel amaçlar tanımlanmıştır. Bu dönemin sağlık hizmetleri çalışmaları daha çok Sağlıkta Dönüşüm Programı ile incelenmeye alınmaktadır. Bu program temel olarak TBMM' nin kuruluşundan günümüze sağlıkta katedilen adımların tümü değerlendirilmiş, gelişmiş ülke sağlık

sistemleri ve daha önce bakanlık yapısınca yürütülen faaliyetler gözden geçirilmiş, tarihin pozitif mirasına sahip çıkmıştır. Gerçekleştirilen uygulamalara bakıldığında dönemler içerisinde hayata geçmemiş faaliyet ve çalışmanın hayat bulduğu görülmektedir (Aktel, Altan, Kerman ve Eke, 2013: 58-59; Yıldırım, 2013: 12; Tözün ve Sözmen, 2014: 61).

Döneme ilişkin değişim ve dönüşümü, siyasal partilerin gerek parti programlarında ve gerekse seçim beyanname ve hükûmet programlarında görmek mümkündür. Liberal politikaların ön plana çıkmış olduğu bu politikaların günümüzde de devam ettiği görülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı' nın yürütüldüğü Türkiye, sağlıkta politika değişikliklerin kamuoyunda sıkça münazara edildiği, ortaya konan icraatlarını hizmet sunucuları kadar hizmeti alanlar tarafından belirli şekilde fark edildiği bir sürece tanıklık etmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda geçmişte yakınılan konular değişmiş, artık muayene kuyruklarından, sağlık hizmetlerine erişimden çok hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve hastaların memnuniyeti tartışma konusu olmuştur (Filiz, 2014: 63-64; Tengilimoğlu vd., 2017: 140).

Reformların dahilinde Genel Sağlık Sigortası Sistemi, ancak yakın zamanda gerçekleştirilebilmiştir. Ayrıca Aile Hekimliği Sistemi de planlandığı süreden uzun bir süre sonrasında hayata geçirilmiştir. Hastane yapılarının özerk işletmelere dönüşümü, Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlikleri Sistemi ile bir katre de olsa başarılı olmak ile birlikte, planlandığı şekilde bir özerkliği yansıtmamaktadır. Keza bu sistemden de son yıllardaki değişiklikler ile vazgeçilmiştir. Aynı tasarı dahilinde bulunan, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve uygulanması faaliyetlerinin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumları' na devri merkez yönetiminde Sağlık Bakanlığı taşra da İl Sağlık Müdürlükleri' nin planlamayı, denetlemeyi ve düzenlemeyi gerektiren bir şekil aldığı sistem yine 2012 yılında yürürlüğe konmuştur (Aydoğan, 2015: 46).

Bakanlığın 2013-2017 arasında sağlıklı yaşam şeklinin benimsendiği ve herkesçe sağlık hakkına hızlı ve kolay şekilde erişebildiği Türkiye hedefiyle ortaya konan stratejik plan çerçevesinde misyonu insan merkezli bir yaklaşımla birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak; sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözüm sunmak şeklinde belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, 2012: 105-111).

Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık ile ilgili geniş çapta düzenlemeler teşkil eden bu programın temel öncelikleri alt başlıklar halinde aşağıdaki şekilde açıklanabilir (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm, 2003: 24-25; Kasapoğlu, 2016: 145):

- **İnsan Merkezli Hizmet:** İnsanı önceleyen anlayış yapısı ile programın kişi temel haklarından biri olan sağlığın devlet tarafından yürütülmesi ve hükûmetlerin kişilere karşı üstlenmesi gerekmektedir.
- **Sürdürülebilirlik:** Sağlıkta yürütülen planlar çerçevesinin ülke şartlarına uygulanabilir ve sürdürülebilir olması küresel ekseninde oluşması muhtemel değişikliklerin öngörülmesi önemlidir.
- **Sürekli Kalite Gelişimi:** Sağlıkta faaliyetlerin yürütülmesinde devamlılık ve daha iyi hizmet sunumunu hedefleme program çerçevesinde devam ettirilmesi gereklidir.
- **Katılımcılık:** Yapılacak projelerde geniş çaplı katılım ile istişare ortamının oluşturulması, farklı görüşlerin ve bakış açılarının oluşmasını sağlayacağından dolayı projeler daha güçlü temeller üzerinde yürütülecektir.
- **Uzlaşmacılık:** Sağlıkta farklı paydaşların tek bir ortak çıkar etrafında ve uzlaşma içinde olması gerekmektedir. Uzlaşmacı şekilde çıkarların zedelenmemesi ve çıkar çatışmaları ile kaynakların bölüşümünün önlenmesi amaçlanmıştır.
- **Gönüllülük:** Ayrım yapılmaksızın sistem dahilinde bulunan birimlerin belirtilen hedefler kapsamında faaliyetlerini yürütme şeklidir. Bu birimler için teşvik edici çalışmaların gönüllülük esasına dayalı olmalıdır.
- **Güçler Ayrılığı:** Daha etkin, verimli ve kaliteli hizmet sunumu hedefi doğrultusunda benimsenen güçler ayrılığı ilkesi finans, planlama, denetim ve hizmet veren birimlerin ayrı ayrı faaliyetlerini yürütmelidirler.
- **Desantraizasyon:** Sağlıkta dönüşüm ve reformların takip edilmesi ve bu doğrultusu yeni düzenlemeler ele alınmalıdır. Özerk şekildeki sistemler hızla karar verebilme ve kararların uygulanabilmesinde daha etkili/etkin olacakları görülmektedir.
- **Hizmette Rekabet:** Sağlık sunumunun tekel olmaması ve belirli standartlara uygun çeşitli yapıların oluşturulması amaçlanmalıdır. Ayrıca bu yapılar arasında yarış ortamını sağlayarak yapıların kendilerini devamlı geliştirme olanağı yaratılmalıdır.

2.3. Finansman Kaynaklarına Göre Sağlık Sistemleri Sınıflandırması

Sağlık sistemi sağlığı teşvik etmek, geliştirmek ve sürdürmek amacıyla ilgili tüm aktiviteleri içermektedir. Bu sınırlı tanımla bile, bugünkü sağlık sistemlerinin dünya ekonomisindeki en büyük, en karmaşık ve en maliyetli sektörlerden birini temsil ettiğini gösterilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik küresel harcamalar, 21. yüzyılın ilk on yılında dünya GSYİH' in yaklaşık %8' ini oluşturmuştur. Bu rakam dünyanın ürettiği kaynakların önemli bir kısmının sağlık hizmetlerine gittiğini göstermesi bakımından önemlidir (Burazeri ve Kragelj, 2013: 5; Ateş, 2011: 65).

DSÖ' ye göre, farklı ülkelerde mevcut olan sağlık sistemleri, ilgili toplumlarda geçerli olan normlar ve değerler tarafından güçlü bir şekilde etkilenmektedir. Diğer insani hizmet sistemleri gibi, sağlık hizmetleri de genellikle vatandaşların derinden kökleşmiş sosyal ve kültürel beklentilerini yansıtmaktadır. Bu temel değerler, sağlık sisteminin biçimsel yapısı dışında oluşturulmasına rağmen, genellikle genel karakterini ve kapasitesini tanımlar. Bu nedenle sağlık sistemleri dünyanın her yerinde farklıdır ve her bir ülkenin benzersiz tarihi, gelenekleri ve politik sistemi tarafından güçlü bir şekilde etkilenmektedir. Bu, farklı kurumlara ve vatandaşlarla ilgili hükümetler arasındaki sosyal sözleşmeler bazında büyük bir değişikliğe yol açmıştır (Freeman ve Frisina, 2010:164). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması konusunda 1978' den beri kapsamlı bir literatür ortaya çıkmıştır.

Terris (1978), sağlık sistemlerini temsil eden ülkelerin ekonomik yapıları açısından sınıflandırmaya çalışmıştır. Buna göre (1) nüfusun çoğunluğu için bir kamu yardım sistemi aracılığıyla sağlanan/hizmet sunan devlet hastaneleri ve sağlık merkezleri, (2) genellikle kapitalist ekonomiye sahip sanayileşmiş ülkelerdeki sağlık sigorta sistemleri, (3) sosyalist rejimlerdeki baskın ve tüm toplumu kapsayan ulusal sağlık sistemleri.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kapsamlı çalışmalar Roemer (1989; 1993) tarafından yapılmıştır. Roemer, sağlık sistemlerini ülkelerin iki sosyal özelliğine; ülkenin ekonomik düzeyine ve sağlık sistemlerini yöneten politik ideolojiye göre belirlemiştir. 1993 yılında Roemer sağlık sistemlerini, devletin üstlendiği görevlerin en az olduğu sistemden en merkezi yönetim sistemine göre sıralamıştır. Böylece, sağlık sistemlerini dört ana başlıkta değerlendirmektedir: (1) sistemin özel bir pazarda faaliyet gösterdiği girişimci ve kabullü sistemler, (2) sağlık hizmetlerinin kamu sorumluluğunda olduğu refah yönetimli sistemler, (3) hükümetin piyasaya daha kapsamlı müdahalede

bulunduğu ve sağlık hizmetini tamamladığı evrensel ve kapsamlı sağlık sistemleri, (4) sosyalist ve merkezi olarak planlanan ve piyasa dinamiği tamamen kaldırılmış sağlık sistemleri.

Lameire, Joffe ve Wiedemann (1999) tarafından ise üç temel model (kapsam, finansman ve mülkiyet) önerilmiştir. Bunlar: (1) ulusal sağlık hizmeti modeli, (2) sosyal sigorta modeli ve (3) özel sigorta kapsamı ile özel sigorta modelidir.

Roemer' in çalışmasına dayanan Moran (2000), sağlık hizmeti kavramını da geliştirip dört tür sağlık durumu belirlemiştir. Bu yaklaşım, sağlık hizmeti kullanımı, tedarik ve üretim olmak üzere üç yönetim alanını temel almaktadır. Moran' a göre sağlık hizmetini yönetmek, yönetim faaliyetlerinin üç önemli alanda nasıl yürütüldüğü ile ilgilidir: Tüketimi sağlama (hastaların sağlık hizmetlerine erişimler için uygunluk), idari düzenlemeler (hastanelerin ve doktorların kontrolü) ve teknoloji yönetimi (tıbbi yeniliklerin düzenlenmesi).

Aynı şekilde Burau ve Blank (2006) tarafından da sağlık sistemlerini ulusal sağlık hizmeti, sosyal sigorta ve özel sigorta modelleri olmak üzere üç temel grupta farklılaştırılmıştır.

Yönetim, finansman ve hizmet sunumu şeklinde sağlık sisteminin üç ana boyutunu farklılaştırarak yeni ve kapsamlı bir çalışma yapmışlar ve bunu 30 OECD ülkesinin sağlık sistemini sınıflandırmasında kullanmışlardır. Devlet, toplum ve özel sektör olarak üç tür faktör tanımlayarak, 30 OECD ülkesi için beş farklı sistem türü önermişlerdir. Bunlar: (1) ulusal sağlık sistemi, (2) ulusal sağlık sigortası sistemi, (3) sosyal sağlık sigortası sistemi, (4) devlet sosyal sağlık sigortası sistemi ve (5) özel sağlık sistemidir (Böhm, Schmid, Götze, Landwehr ve Rothgang, 2013: 259).

Bu çalışmada doğrudan finansman kaynaklarına ve devlet müdahalelerinin derecesine dayanan Roemer sınırlandırmasını dikkate alarak doğrudan üç sağlık sistemi modeli ayrımı tercih edilmiştir. Bu üç sağlık sistemi modeli, kendine göre kusurlu ve pahalı olsalar da mükemmel olmayı hedeflemektedir. Yani sağlık hizmetlerine, bakım kalitesine ve maliyet verimliliğine optimal bir erişim sağlamaya çalışmaktadırlar.

Çalışma kapsamına alınan 19 G20 ülkesi Tablo 1 de üstte sola dayalı olarak ayrılmış ve belirtilmiştir.

Tablo 1: Ülkelerin Sağlık Sistemleri Sınıflandırması

SAĞLIK SİSTEMLERİ				GELİŞMİŞLİK VE GELİR
1. Serbest Piyasa Sağlık Sistemi/ Özel Sağlık Sigortası	2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi/ Bismarck	3. Ulusal Sağlık Sistemi/ Beveridge	4. Sosyalist Sağlık Sistemi/ Merkezi Planlama	Gelişmişlik Düzeyi ve Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (ABD doları)
1.1. Amerika Birleşik Devletleri	2.1. Almanya Fransa Japonya Kanada Güney Kore Avusturya Belçika Hollanda İsviçre Lüksemburg	3.1. Avustralya Birleşik Krallık İtalya Suudi Arabistan Danimarka Finlandiya İrlanda İspanya İsveç Norveç	4.1. SSCB	1. Gelişmiş / Sanayileşmiş ve Yüksek Gelirli (12.528 ve üstü) Ekonomiler
1.2. Güney Afrika Brezilya Çin Meksika Cezayir Kazakistan Peru Tayland Türkmenistan	2.2. Arjantin Türkiye Rusya Çekya Estonya İsrail Portekiz Yunanistan	3.2. Kuveyt Slovakya Slovenya Yeni Zelanda	4.2. Küba Kuzey Kore	2. Gelişmiş Olan ve Üst Orta Gelir Düzeyinin Üstünde Olan (4.066-12.528) Ekonomiler
1.3. Endonezya Hindistan Bangladeş Fas Kenya Kırgızistan Özbekistan Pakistan Suriye Ürdün	2.3. Tunus Mısır Moğolistan Nijerya Papua Yeni Gine Yemen	3.3. Ukrayna Ermenistan Moldova Sri Lanka Vietnam Ermenistan Bolivya Fildişi Sahili Zambiya	4.3. (-)	3. Gelişmekte Olan ve Alt Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan (1.046-4.065) Ekonomiler

Kaynak: (Roemer, 1993: 63; Sargutan, 2005: 411)

2.3.1. Ulusal Sağlık Sistemi

II. Dünya Savaşı sonrası 1948 döneminde İngiltere Başbakanı olan William Beveridge tarafından ortaya atılmış sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finansmanın sağlandığı vergiye dayalı olarak yürütülen sağlık sistemidir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106). Sistemin temel bir felsefesi, her insan için “sağlık bir haktır” düşüncesidir.

Refah devleti anlayışı, küreselleşmeye ve kapitalist düzene rağmen devletin piyasadan tamamen çekilmemesi gerektiği düşüncesinden beslenmektedir. Çünkü bu anlayışa göre, ekonomik gelişmenin devlet etkisi olmadan sağlanması mümkün değildir. 1941 yılında hükümet tarafından Sosyal Sigorta ve İlgili Hizmetler adlı bir araştırma kuruluşunun başına getirilen Sir William Beveridge, 1942 yılında yayınlanan İngiliz Sosyal Güvenlik Sistemi’ nin kurulmasını konu alan raporunda refah devleti anlayışından yola çıkarak tüm vatandaşların devlet tarafından sunulan hizmetlerden yararlanma hakkına sahip olduğunu savunmuş ve bunun sağlık hizmetlerini uygulanabilir bir sosyal güvenlik sistemi için üç temel şarttan biri olarak belirlemiştir. Beveridge’ e göre devletin çalışmayan veya çalışmayacak olanlara karşı birtakım sorumlulukları bulunmaktadır. Toplumsal riskleri göz önüne alarak bu kişilerin sosyal sigorta sistemi veya yardım programları aracılığı ile asgari bir yaşam standardına sahip olması sağlanmalıdır. Hükümetin 1944 yılında yayınladığı resmi bildiri (White Paper), “Herkes yaş, cinsiyet ve/veya mesleğine bakılmaksızın en iyi, en güncel tıbbi ve ortak hizmetlerden faydalanmak için eşit fırsatlara sahip olacak” politikasını belirterek söz konusu hizmetleri ekledi. Buna göre sağlık hizmetleri, kapsamlı ve ücretsiz olmalı ve hastalıkları tedavi etmenin yanı sıra iyi sağlığa teşvik etmelidir. Bu modelde, her vatandaşın sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi ve bu hizmetler için gerekli kaynakları sağlama her ne kadar devletin üstlenmiş olduğu bir sorumluluk olsa da sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmış ve sağlık hizmet sunucuları arasında rekabet söz konusudur. Bu sistemde temel kapsam (ya da teminat paketi) oldukça kapsamlı tutulmuş ve genel bakım, hastane bakımı, dispanser, analık bakımı gibi ile ilgili tüm hizmetleri kapsamaktadır (Şaybak, 2004: 12-13; Dinçköklü Çakır, 2016: 42; Tengilimoğlu vd., 2017: 304-305).

Beveridge Modeli diğer sağlık sistemlerinden ayıran 4 ana ilke ile temellendirilmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 188; Mendi, 2016: 16):

- Evrensel Koruma (ekonomik olarak katkı sağlamasına bakılmaksızın kişilerin tümünün sosyal risklere karşı korunması),
- Tüm Nüfusu Kapsaması (sosyal risklere karşı bir çatı altında yönetilmesi),
- Ulusal Merkezi Yönetimi Gerektiren Bütünleştirilmiş Sistem,
- İhtiyaç Temelinde Aynı Faydalardan Yararlanma (gelirleri hangi düzeyde olursa olsun bütün bireyler sağlık hizmetlerden yararlanabilmesi).

2.3.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi

19. yüzyılın sonlarına doğru, sanayi devrimi dünya çapındaki insanların hayatlarını dönüştürüyordu. Aynı zamanda toplumlar, işçiler arasında meydana gelen ölüm, hastalık ve sakatlıkların büyük bir kısmının, bulaşıcı hastalıklar veya endüstriyel kazalara maruz kalma durumlarından kaynaklandığı fark edilmeye başlandı. Bu dönemde işçilerin sağlığı bazı Avrupa ülkelerinde politik bir sorun haline geldi. 1883 yılında Almanya'nın başbakanı Otto Von Bismarck tarafından ortaya çıkarılan sosyal güvenlik koruma sistemi belirli mesleklerde düşük ücretli işçiler için sağlık sigortasına işveren katkıları gerektiren bir yasayı yürürlüğe koydu ve bu yasaya sonraki yıllarda diğer işçi sınıflarını da ekledi. Bu devlet tarafından yönetilen bir sosyal sigorta modelinin ilk örneğiydi. Belirli oranda görece çalışanlar, işverenler ile devlet tarafından sağlanan fonlar vasıtasıyla sosyal güvenlik sigortalarını çerçevelemektedir. Bismarck'ın temel yeniliği zorunlu sosyal sigortayı kurumsallaştırmasıdır. Riskin bölüşülmesi ve önceden ödeme yapmayı gerektiren bu sistemde hem işverenler çalışanlar adına hem de sigorta kapsamına dahil edilen çalışanlar gelirlerine karşılık geldiği kadarı ile sağlık sigortası primi ödemektedirler. Sistem Amerika Birleşik Devletleri'ndeki işçi-işveren finansmanı sisteminin aksine vatandaşın tümünü kapsamayı hedefler ve kâr amacı gütmeyiz (Barnighausen ve Sauerborn, 2002: 1560; Mendi, 2016: 14).

Bismarck Modeli'nde sağlık hizmetlerinde organizasyonu devlet gerçekleştirmektedir. Kamu ve özel sektörün birlikte yer aldığı karma bir altyapı işleyişi bulunmaktadır. Hizmetlerin sigorta katkılarıyla finanse edilmesi ve hizmet başına ödeme yapılması söz konusudur (Gök, 2012: 82). Kişiler, sosyal hukuk doğrultusunda güvence çerçevesine alınmaları için ekonomik olarak bir fayda sağlamaları gerekmektedir. Bu durum karşılıklılık ilkesine dayanmaktadır. Sistemde bireyler hastalık riskine karşı

sigortalanır. Tedavi edici ve ayakta bakım hizmetlerinin bu kapsamda verildiği görülmektedir (Pierson ve Castles, 2006: 16). Bismarck modeli uygulamalar, ücret ile ilişkili katkılar ve yine ücret ile ilişkili olarak verilen cepten ödemeler arasındaki yakınlık sebebiyle özel sigorta tipi uygulamalara oldukça benzemektedir (Özdemir, 2007: 157). Özel sigortalarda primler kişilerin risk ile karşılaşma tehlikesine göre yani kişinin yaşı, cinsiyeti, önceden hasta olup olmaması genel sağlık durumu, aile bireylerinin sayısı gibi ölçütler göz önünde bulundurularak belirlenmektedir. Ancak kamu hukukuna göre düzenlenmiş olan zorunlu sosyal sigortasında bu ölçütlere göre değil kişinin almış olduğu ücret üzerinden prim oranları belirlenmektedir (Karluk, 2003: 33-36).

2.3.3. Serbest Piyasa Sağlık Sistemi

Bu sistemde, sağlık hizmetlerinin arz ve talep olarak asıl unsur özel sektör yer almaktadır ve herkesin doktorunu ve/veya hastasını seçebilme hakkına sahip olabilmesi bu sistemin özelliğidir. Sağlık hizmeti talepleri cepten ödemeler ve özel sağlık sigortaları ile ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri arzını özel sektör sağlamaktadır (Wallace, 2013: 84). Ayrıca özel sigorta modeli, bağımsız müşterin modeli olarak bilinmektedir. Sistemin finansmanı özel sigorta şirketlerine ödenen primlere dayanmaktadır. Bu sistemde fon, Medicare ve Medicaid programlar aracılığıyla yoksul ve yaşlılar için hükümet tarafından finanse edilen fonlar sosyal bakım dışında ağırlıklı olarak özeldir. Bu modeldeki hizmet sunucularının büyük çoğunluğu özel sektöre aittir (Liaropoulos ve Goranitis, 2015: 80). ABD’de sağlık hizmetleri finansmanı olarak merkezi hükümet bütçesi ve eyaletlere ait gelirlerin kullanılmasının yanı sıra Medicare (yaşlılara sağlık sigortası), Medicaid (yoksullara tıbbi yardım sigortası, sağlık yardımı) için yapılan genel yardımlar ve merkezi yönetim ile eyaletlerin bazı hastaneleri finans etmeleri, özel sigortaların sağladığı finansman ve cepten ödemeler finansman kaynaklarını oluşturmaktadır (Mendi, 2016: 16-17).

2.3.4. Sosyalist Sağlık Sistemi

1920’lerin başında, SSCB’ nin ilk Sağlık Bakanı olan Doktor Semashko tarafından oluşturulan model, Semashko Sağlık Modeli adıyla da ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı devlet tarafından sağlanmaktadır. Devlet kısıtlı imkânlarla rağmen koruyucu hekimlik hizmetlerini, tanısal testleri, hastane hizmetlerini ve yatan hasta ilaçlarını ücretsiz olarak sunmaktadır. Dünya’da bu tip sağlık sistemini uygulayan tek ülke olan Küba’da, ayakta hizmet alıp reçete edilen ilaçlar, işitme cihazları,

diş ve ortopedik protez, tekerlekli sandalye gibi bir kısım cepten ödenmektedir. Düşük gelir gruplarından ve çalışmayanlardan bu hizmetler için ücret alınmamaktadır. Sağlık kurumlarının tamamı kamuya aittir ve toplam sağlık harcamalarının tamamı genel bütçeden karşılanmaktadır. Özel sektör yer almaz veya istisna olarak yer alabilmektedir (Korkmaz, Biçer, Uzman ve Zurnacı, 2015: 28; Mendi, 2016: 17-18).

2.4. G20 Organizasyonu

Yirmi Ülke Grubu; küresel ekonomik istikrarın sağlanarak, teşvik edilmesi ve sürdürülebilir bir ekonomiye sahip olabilmek amacıyla gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler arasında ekonomik politikalarda iş birliği yapılması için kurulmuş olan platformdur (Ünay, 2015: 12).

G20, küresel ekonomik ve finansal yönetim gündeminin en önemli yönlerine ilişkin uluslararası merkez olarak öncelikli bir mekanizma olma ve küresel sorunlara çözüm bulma özelliği bulunan gelişmiş ve gelişmekte olan ekonomileri bir arada bulandıran bir forum şeklini sunmaktadır.

G20 kanalıyla, küresel ekonomide etkinliği artan ve yükselmekte olan piyasa ekonomilerinin küresel ekonomik yönetimde daha fazla temsil edilmesi, küresel ekonomik ve mali istikrarın sağlanması ve teşvik edilmesi için gayri resmi bir tartışma ve görüş alışverişi ortamının sağlanması amaçlanmıştır. Ülkelerin önemli kararlar alınırken fikirlerinin sorgulanmadığı yolundaki eleştirilerin önüne geçmek ve küresel ekonomik ile finans konularının geniş katılımıyla alınması için gelişme yolundaki ülkelerin temsil edildiği böyle bir forum kanalıyla mümkün olmaktadır (Tarım, 2011: 85).

G20' nin 1999 yılında Berlin' deki ilk Maliye Bakanları ve Merkez Bankası Başkanları Toplantısı' nda amaçlarını Bretton Woods kurumsal sistemi içerisinde gayri resmi diyalog için yeni bir mekanizma yapılandırmak; önemli ekonomiler arasında, sistemli bir şekilde önemli ekonomiler arasında kilit anlamda ekonomik ve finansal politika konularına dair istişare ortamını genişletmek/geliştirmek ile herkese yarar sağlayacak, istikrarlı ve sürdürülebilir bir dünya ekonomik büyümesini sağlamak için işbirliğini teşvik etmek şeklinde ifade etmişlerdir (Meeting of G20 Finance Ministers and Central Bank Governors, 1999: 1).

G20 platformu, küresel ekonomik krizin neden olduğu olumsuzlukların giderilmesinde ve daha istikrarlı bir ekonomik büyümeyi sağlama konusunda etkin bir rol

üstlenmesinin yanında ileriki süreçte küresel ekonominin şekillenmesini de bizzat etkileyen sistem olabilme yeteneğindedir. Türkiye' yi organizasyonda, Hazine Müsteşarlığı ile Merkez Bankası temsil etmekte paydaşlarla yaptıkları önemli çalışmalarla ve işbirlikçi tutumlarıyla sağlanacak faydayı en yüksek düzeye çıkarmaktadırlar (Çanakçı, 2010: 21). G20 platformunu oluşturan ülkeler; Türkiye, ABD, Fransa, Endonezya, Almanya, İngiltere, Arjantin, Kanada, Avustralya, Suudi Arabistan, Brezilya, Güney Afrika, Güney Kore, Meksika, İtalya, Hindistan, Japonya, Çin, Rusya ve Avrupa Birliği Komisyonudur. Diğer daimi katılımcı örgütler ise; Dünya Ticaret Örgütü (WTO), Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Finansal İstikrar Kurulu (FSB) ve Birleşmiş Milletler (UN)' dir (Ayan, 2014: 32). Yapılan zirve toplantılarına, her yıl bir ülke ev sahipliği yapar ve dönem başkanı olur. Her dönem genel olarak görüşülen konuların yanında, dönem başkanının gündeme getirdiği konular da görüşülerek kararlar alınır.

G20 platformu, dünya finansal istikrarını hedeflemenin yanında, ekonomik bunalımlarda iş birliği yapmayı ve krizin verdiği hasara çözüm aramayı hedeflemektedir. Küresel kriz öncesinde küresel dengesizlikler, finansal reformlar başta görüşülen konular iken kriz sonrasında alınabilecek önlemler, stratejiler, krizlerin etkisinin en aza indirilmesi ve bankacılık düzenlemeleri gibi konular önemli yer tutmaya başlamıştır (Tarım, 2011: 86-87).

2.4.1. G20 Organizasyonun Tarihçesi

Dünyanın en gelişmiş 7 ekonomisinin yer aldığı G7 grubu tarafından 1999 yılında Köln Zirvesi'nde, gelişmiş ülkelerin yanında gelişmekte olan ülkelerinde yer aldığı yeni bir platformun kurulması konusunda karara varılmıştır. 1999 yılının Eylül ayında G7/8 Maliye Bakanları Washington Toplantısı' nda bir araya gelerek global yapının işleyişini sağlıklı kılmak için önem arz eden ülkelerin oluşturduğu 20' ler Grubu (G20) resmi olarak ilan edilmiştir (<https://www.g20.utoronto.ca>, Erişim Tarihi: 17.11.2019).

G20 toplantılarında genel olarak görüşülen konular aşağıdaki gibidir (Kibritçioğlu, 2012: 5-6):

- Sürdürülebilir Kalkınma
- Finansal Mimari Reformu
- Finansal Düzenlemeler
- Küresel Ticaret Dengesizlikleri
- İklim Değişikliği
- Yoksulluk
- Yeşil Büyüme
- Gıda Güvenliği
- Enerji Arz Güvenliği
- Ticaretin Serbestleştirilmesi ve Korumacılığın Önlenmesi
- Yolsuzluk
- Küresel Yönetişim

2008 küresel krizinden sonra G20' de görüşülen konulara krizle ilgili konularda eklenmiş ve 2008 yılında yapılan zirvede krize karşı alınabilecek önlemlerle ilgili kararlar alınmıştır. G20' nin 2008 yılında yaptığı zirvede koyduğu hedefler şöyledir (Yıldız, 2013: 15-16):

- Küresel krizin ele alınması ve ekonomik gelişmenin desteklenmesi,
- Küresel krizin nedenleriyle ilgili ortak konsept düzenlenmesi,
- Mali piyasaların düzenlenmesi için genel kurallar çerçevesinde anlaşılması,
- Ortaya çıkan genel kural ve prensiplerin uygulanabilmesi için hareket planı hazırlanması ve harekete geçilmesi,
- Serbest piyasa uygulamasına bağlılığın vurgulanmasıdır.

Görüldüğü gibi G20' nin 1999' daki ilk toplantıdan itibaren başta ekonomi olmak üzere küresel diğer sorunlara çözüm aramakta oldukları amaçlarını genişletmişlerdir. Kasım 2008' de toplanan ilk Washington Liderler Zirvesi' nde organizasyon amacını bir kez daha yinelemiştir. Bu kapsamda global ekonomide ve finans piyasalarında gerçekleştirilen karışıklık durumlarında; uluslararası büyüme ve karşılıklı iş birliğinin tesis edilmesi için birlik olarak hareket etmek ve finansal sisteminin sürdürülebilirliği doğrultusunda gerekli olan reformları başarmak olarak sıralamıştır. Nisan 2009' da gerçekleştirilen Londra Liderler Zirvesi' nde ise misyon olarak güvenin yeniden tesisi, büyüme ve kalkınmayı sağlamak, yeni iş alanları yapılandırmak, küresel borçlanmayı düzenlemek için finansal sistemi onarmak ve güçlendirmek güveni yeniden inşa etmek, ekonomik krizlerin üstesinden gelebilmek ve gelecekteki muhtemel krizlerin engellenmesi için uluslararası finans kurumlarını fonlamak ve reformları sürdürmek,

küresel ticaretin ve yatırımların konumunu korumak, refahı destekleyici ve kapsayıcı, yeşil ve sürdürülebilir bir iyileşme kurmak olarak yapması gerekenler yeniden tanımlanmıştır.

Ayrıca Eylül 2009’ da düzenlenen Pittsburg Zirvesi’ nde ise organizasyon “uluslararası ekonomik iş birliği için en başta gelen-öncü forum olarak” adlandırmıştır. Böylelikle G20 Liderleri, küresel ekonomik sorunların istişaresinde ve bu sorunlara çözümü gerçekleştirilmesinde en önemli aktör olarak organizasyonu adres göstermişlerdir (Günar, 2018: 363-364). Bu çerçevede 2016 yılında Çin Dönem Başkanlığı Sonuç Bildirgesi’ nde vizyon, entegrasyon, açıklık ve kapsayıcılık temellerine dayalı bir uzlaşa sağlanması ile birlikte amaç ve misyonuna sosyal politikaların da yerleştirildiği görülmektedir. Kavramlarının içeriği şu şekilde ortaya konmuştur (G20 Leaders’ Communique Hangzhou Summit, 2016: 1):

- **Vizyon:** Büyüme ve kalkınma için yeni güdüleyici güçlerini harekete geçilmesi, yeni ufuklar açılması, G20 ekonomilerinin inovasyon sürecine ve sürdürülebilir halde geliştirilmesi yolunun açılması ve hem bugün hem yarın ortak çıkarlarını daha iyi yansıtılması doğrultusunda gündemlerinin güçlendirilmesi ifade edilmiştir.
- **Entegrasyon:** Mali, finans ve yapısal politikalar ile birlikte inovasyon dahilinde sinerji oluşturarak kalkınma konseptler ve politikalar oluşturulması, ekonomi, emek, istihdam ve sosyal politikalar arasında küresel iş birliğinin artırılması, ülke politikalarını orta ve uzun süreli küresel politikalarla uyumlulaştırılması, sosyal kalkınma ve çevre koruma küresel politikalarına riayet etmek suretiyle sürdürülmesi ifade edilmiştir.
- **Açıklık:** Daha şeffaf bir dünya ekonomisi, piyasa korumacılığının reddedilmesi, çok yönlü ticaret faaliyetlerinin daha da güçlendirilmesi dahil global ticaret ve yatırımın artırılması, ekonomik büyümeyi artırmak için yaygın sübvansiyonlar ve fırsatlar sağlanması ifade edilmiştir.
- **Kapsayıcılık:** Ekonomik büyümenin herkesin ihtiyaçlarına hizmet etmesini ve başta kadın, genç ve dezavantajlı grupları kapsayacak doğrultuda tüm ülke insanları için fayda sağlanmasını temin etmeyi, kimsenin bunun dışında bırakılmaması için daha kaliteli iş sahaları oluşturulmasını, eşitsizlik ve fakirlik konularına yok edilmesi doğrultusunda faaliyetlerin yürütülmesi ifade edilmiştir.

2.4.2. G20 Organizasyonun Yapısı ve Kapsamı

G20, çeşitli konu ve iştirakler sebebiyle birçok oluşuma yer vermektedir. Organizasyonun hiyerarşik yapı olarak Liderler Zirvesi, Şerpalar, Bakanlar Toplantıları, Çalışma ve Diyalog Forumlara haricinde kararlara etki edebilen gruplar bulunmaktadır. baştan oluşturulan statik bir yapısı bulunmayan organizasyonun 8 temel yapı da incelenmektedir:

a) Dönem Başkanlığı

Sürekli bir sekreteryaya bulundurmeyen G20; çalışmalarını ve faaliyetlerini her yıl bir ülkenin dönem başkanı olduğu dönüşümlü başkanlık uygulaması ile yürütmektedir. Organizasyonun yapılacağı yıl başkanlık görevini gerçekleştiren ülke, dönem başkanlığı çerçevesinde organizasyonun yürütülmesi, faaliyetlerin ve toplantıların yönetilmesi suretiyle geçici sekreteryaya veya yürütme kurulundan oluşmaktadır. Başkanlık çalışmaları bir önceki yılın, mevcut yılın ve takip eden yılın dönem başkanlarınca oluşturulan G20 yönetiminde istikrarın ve sürekliliğin sağlanması için 2002 yılında oluşturulan Troyka Sistemi tarafından yürütülmektedir (Erim, 2017: 6; Al ve Kılıç, 2017: 16).

Dönem Başkanlığı' nı o yıl yürütecek olan ülkenin G20 gündeminin şekillendirilmesi ve etki alanının belirlenmesinde uygulama olarak bazı sınırlar bulunmaktadır. Her yıl gündemin yaklaşık olarak %60-70' lik kısmının makroekonomik konular, uluslararası finansal kurumlar ile düzenleme, denetim ve gözetim konusıyla ilgili önceden belirlenmiş alışılmış gündem ile yürütülmektedir. G20' de gündemi oluşturan konuların ve zirvede alınan kararların takip eden yıl dönem başkanlığı için faaliyetlerin belirlenmesi ve gündemin oluşturulması açısından rehberlik etme yönü bulunmaktadır. Genel olarak organizasyonun faaliyetleri ve yürütülmesi Finans ve Şerpa Kanalı olmak üzere konu bakımından iki temel kol üzerinden şekil almaktadır. Finans Kanalı, ülkelerin maliyeden sorumlu bakanları ve müsteşarları ile merkez bankası başkanları ve yardımcılarınca oluşturulmaktadır. Finans Kanalı' nda; global ekonomi, vergi, finansal mimari ve iklim değişikliğinin finansmanı, altyapı yatırımları, finans piyasaları düzenlemeleri ele alınan konular arasında yer almaktadır. Şerpa Kanalı' nda ise; istikrarlı büyüme ve kalkınma, enerji verimliliği ve sürdürülebilirliği, yolsuzlukla mücadele, ticari ilişkiler ve istihdam gibi konular ele alınmaktadır. Kanalların dışında, istişare edilen gündem maddeleri çerçevesinde, teknik düzeyde çalışma grupları da kurulabilmektedir (Se-jong, 2010; Wouters ve Geraets, 2012: 10; European Parliament, 2015: 20).

b) Liderler Zirvesi

1999 yılında oluşturulan organizasyon toplantılarına 2008 yılından itibaren Liderler Zirvesi olarak, Dönem Başkanı ülkenin ev sahipliğinde bütün üye ülkelerin devlet veya hükümet başkanlarının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca 2019 yılı da dahil olmak üzere toplam 12 kez Liderler Zirvesi toplanmıştır. Liderler Zirvesi' nin akabinde yürütme olarak, mutabakata varılan konular ve G20 öncelikleri konusunda Liderler Zirvesi Açıklamaları yer almaktadır. Bu mutad ilk Liderler Zirvesi olan 2008 Washington Zirvesi sonrası özel bir başlıkla "Finansal Piyasalar ve Dünya Ekonomisine İlişkin Zirve Deklarasyonu" yayınlanması vesilesi ile olmuştur. Buna mukabil takip eden zirvelerde dönem başkanlığının yürütüldüğü ülkedeki kentin adını taşıyan liderler açıklaması yayınlanmaktadır (Saint Petersburg Accountability Report on G20 Development Commitments, 2013: 8-9; Dış Ekonomik İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2015: 2-5; Yıldız, 2015: 64-89; <https://www.g20.org>, Erişim Tarihi: 16.10.2019).

c) Şerpalar

Organizasyon bünyesindeki mühim karar mekanizmalardan biri olan bu yapı devletlerini önemli kuruluşlarda temsil eden ve kuruluş gündemlerine hazırlayan yetkililer ve özel temsilcilerden oluşturmaktadır. G20 de bulunan bütün devletlerin şerpaları organizasyon sürecinde liderleri ve ülkelerini temsil etmek ile birlikte hükümetleri adına zirve gündeminin belirlenmesinde görev alarak Şerpa Kanalı' nı oluştururlar ve Liderler Zirvesi için hazırlıkları yürütmek ile yetkilidirler (Saint Petersburg Accountability Report on G20 Development Commitments, 2013: 8-9; Dış Ekonomik İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2015: 2-5; Yıldız, 2015: 64-89; <https://www.g20.org>, Erişim Tarihi: 16.10.2019).

ç) Bakanlar Toplantıları

Oluşturulduğu 1999 yılından itibaren organizasyon bünyesinde bakanlar seviyesinde toplantılar yürütülmektedir. Organizasyonun oluşturulmasında ilk amaç, üye olan ülkelerin Merkez Bankası Başkanları ile Maliye Bakanları' nın global finansal istikrarın sağlanması ve kaynakların sürdürülmesi için yıllık toplantılar gerçekleştirilmesi şeklinde olmuştur. Yıllar içinde diğer bakanlıkları da kapsayan toplantılar gerçekleştirilmeye başlanmıştır (Saint Petersburg Accountability Report on G20 Development Commitments, 2013: 8-9; Dış Ekonomik İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2015: 2-5; Yıldız, 2015: 64-89; <https://www.g20.org>, Erişim Tarihi: 16.10.2019).

Çalışma Bakanları Toplantısı: İlk grup toplantısı 2010 Kanada Dönem Başkanlığı' nda bir araya gelen G20 Çalışma ve İstihdam Bakanları, bunu takip eden dönem başkanlıklarında toplanmaya devam etmiştir. Gerçekleştirilen bu toplantılarda yeterli iş olanaklarının oluşturulması, istihdam edilebilirlik ile birlikte saygın işlerin teşvikine yönelik konularda istişare de bulunmaktadır.

Turizm Bakanları Toplantısı: 2010 Kanada Dönem Başkanlığı' nda gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Toplantılarda, organizasyona üye ülkeler arasında turizmdeki iş birliğini yürütülmesi ve geliştirilmesi için vize şartlarında kolaylık, turizm yatırımları konusunda uzlaşa gibi alanlarında gerçekleştirilmektedir.

Tarım Bakanları Toplantısı: İlk olarak 2011 Fransa Dönem Başkanlığı döneminde Cannes' da gerçekleştirilen toplantı, ikinci olarak 2015' te Türkiye ardından 2016' da Çin olmak üzere düzenlenmeye devam etmiştir. 2015 Türkiye ev sahipliğindeki toplantıda “Sürdürülebilir Gıda Sistemlerinin Tesisi Kapsamında Gıda İsrafı ve Kayıpları” konusunda kararlara ve değerlendirmelere yer verilirken, 2016 Çin' de ise toplantıda “Tarımsal İnovasyon ve Sürdürülebilir Kalkınma” konusunda istişare de bulunmuş, Birleşmiş Milletler 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Ajanda' sının başarıyla yürütülmesi için ortak uzlaşa ortaya konulmuştur.

Ticaret Bakanları Toplantısı: Organizasyon çerçevesinde ticaret bakanları düzeyinde gerçekleştirilen toplantılar da ticari yatırım ortamlarının yaratılması, çok yönlü ticari oluşumun teşvik edilmesi, bütünleyici global değer zincirinin hızlandırılması gibi konuları ele almak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu doğrultuda 2012 yılı Meksika Dönem Başkanlığı döneminden başlamak suretiyle toplantılar gerçekleştirilmiştir.

Enerji Bakanları Toplantısı: Organizasyon yapısında ilk olarak 2015 Türkiye Dönem Başkanlığı' nda düzenlenen toplantıda “Herkes İçin Enerjiye Erişim, Mevcut Piyasa Koşulları Işığında Enerji Yatırımları, Yenilenebilir Enerji ve Enerji Verimliliği” gibi konular hakkında istişare edilmiştir. Bunu takip dönem başkanlıklarında toplantılar devam etmiştir.

Bu toplantılara ek olarak 2017 Almanya Dönem Başkanlığı' nda Sağlık Bakanları, Dışişleri Bakanları ve Dijital Konulardan Sorumlu Bakanlar arasında da sistemli şekilde toplantılar gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

d) Çalışma Grupları

Organizasyon yapısında çalışmaların verimli ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için oluşturulan Çalışma Grupları, ülke temsilcileri ve konunun uzmanlarından oluşmak ile birlikte sosyal konuların ortak girişimlerle hazırlanmasında, bakan toplantılarında alınan kararlarda mühim bir rol oynamakta, şerpaların çalışmalarında temel olmakta, ulusal düzeyde organizasyon taahhütlerinin yürütülmesinde görev üstlenmektedirler. Bu çerçevede içinde yer alan yapının oluşumuna 2010 Kanada Dönem Başkanlığı döneminde G20 Yolsuzluk ile Mücadele Çalışma Grubu ve G20 Kalkınma Çalışma Grubu olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Bu dönemi takiben mutad hale gelmiş ve çeşitli konularda gruplar oluşturulmuştur (Saint Petersburg Accountability Report on G20 Development Commitments, 2013: 8-9; Dış Ekonomik İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2015: 2-5; Yıldız, 2015: 64-89; <https://www.g20.org>, Erişim Tarihi: 16.10.2019).

e) Misafir Ülkeler

Organizasyonu gerçekleştiren her dönem başkanı ülke, G20 gündemine katkı sağlaması suretiyle üye ülkeler haricinde uygun gördüğü çeşitli ülkeleri davet etmektedir. Bu sayede gündem yalnızca üyelerle sınırlı olmamak ile birlikte kendi bakış açılarını organizasyona taşıyabilmekte ve böylece her bölgenin daha yaygın ve aktif katılımı sağlanarak daha geniş alanlara tesir etmesi mümkün olabilmektedir (Saint Petersburg Accountability Report on G20 Development Commitments, 2013: 8-9; Dış Ekonomik İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2015: 2-5; Yıldız, 2015: 64-89; <https://www.g20.org>, Erişim Tarihi: 16.10.2019).

f) Uluslararası Organizasyonlar

Organizasyon oluşturulmasından itibaren kendi uzman ekibi, finansal kaynakları ve fiziksel kapasitesi bulunmadığı için faaliyetlerinin yürütülmesinde, ülke taahhütlerinin geliştirilmesinde ve başarı ile gerçekleştirilmesinde çeşitli uluslararası organizasyonlar, kurumlar ve kuruluşlar ile temas halinde veya bağlı bulunarak sürdürmektedir. Global çaptaki bu organizasyonlar ile G20 arasında birbirini tamamlayıcı bir ilişki barındırmaktadır (European Parliament, 2015: 8). G20 faaliyetlerinde Birleşmiş Milletler (UN), Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF), Uluslararası Çalışma Teşkilatı (ILO), Dünya Ticaret Örgütü (WTO), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı

(OECD), Uluslararası Sendikalar Konfederasyonu (ITUC), OECD Sendikal Danışma Komitesi (TUAC) ve Finansal İstikrar Kurulu (FSB) gibi çeşitli kurum, kuruluş ve organizasyon ile istişare etmekte, gündemler ile ilgili temsilcilerini toplantılarına davet etmektedirler (Saint Petersburg Accountability Report on G20 Development Commitments, 2013: 8-9; Dış Ekonomik İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2015: 2-5; Yıldız, 2015: 64-89; <https://www.g20.org>, Erişim Tarihi: 16.10.2019).

g) Diyalog Forumları

Organizasyon katılımının geniş olması için hükümetler ve uluslararası organizasyonlar dışındaki sosyal girişimler ile etkileşim halinde bulunmakta ve davet etmektedir. 2017 Almanya Dönem Başkanlığı döneminde katılımları süreklilik kabul edilen ve bu dönem de oluşturulan Bilim-Science (S20) haricinde önce de İş Dünyası-Business (B20), Emek-Labour (L20), Sivil Toplum-Civil Society (C20), Düşünce-Think (T20), Gençlik- Youth (Y20), 2015 Türkiye Dönem Başkanlığı Dönemi' nde Kadın- Woman (W20) gibi oluşturulan yedi ayrı gruptan meydana gelmektedir (<https://www.deutschland.de/tr/topic/politika/kalkinma-diyalog/almanya-g20-donem-baskanligi>). Diyalog Forumları kendi aralarında her yıl süresince birçok toplantılar gerçekleştirmekte Liderler Zirvesi' nin gündemine ve kararlarına katkı da bulunacak ve kararlara etki edecek girişim faaliyetlerine çalışmaktadırlar.

Görüldüğü üzere organizasyonun ilk oluşturulduğu zaman olduğu gibi statik bir yapısı bulunmamakta; yapısını her dönem geliştirerek ve zenginleştirerek kurumsal olmaya devam etmektedir. G20' nin faaliyetlerinin yürütülmesinde bu genişleme daha geniş nüfuz alanına taşımakta ve küresel kamuoyunda daha güçlü kılmaktadır (Saint Petersburg Accountability Report on G20 Development Commitments, 2013: 8-9; Dış Ekonomik İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2015: 2-5; Yıldız, 2015: 64-89; <https://www.g20.org>, Erişim Tarihi: 16.10.2019).

2.5. Karşılaştırmalı Analiz (Comparative Analysis)

Pickvance' a (2005: 2) göre karşılaştırmalı analiz, genellikle açıklayıcı değişken veya değişkenlerdeki varyasyonları bir araya getirerek bir olay, özellik veya ilişki oluşturulmasında yer alan nedensel süreçleri daha iyi anlayabilmek ve açıklamak için gerçekleştirilir.

Karşılaştırılmalı sağlık sistemleri yöntemi; iki ya da daha çok ülkenin sağlık sisteminin istenen taraflarını birbirleri içinde ile karşılaştırarak, kullanılabilir bilgilere ve sonuçlara göre mukayese ederek ulaşmayı hedefleyen bir araştırma modelidir. Sağlık sistemlerinin arasında karşılaştırılma yapılması sonucunda (Sargutan, 2010: 7-8);

- Farklı ülke sağlık sistemlerini tanımak, sağlık sistemlerini kavramak, başka ülkelerin sağlık sistemlerinin iyi yönlerini örnek almak için imkân sunabilir.
- Yaşam standartları birbirine oldukça benzeyen fakat sağlık sistemleri belirgin biçimde farklı olan ülkelerin kıyaslanmasında ve sağlık hizmetlerinin etkisi hakkında sonuçlar çıkarılabilir.
- Genelleme yapmaya imkân verebilir. GSYİH içindeki sağlık harcaması artması, hastane harcamalarının yükselmesi gibi konular bunun örnekleridir.

Araştırmacılar; değişkenlerin göreceli etkilerini karşılaştırır, olguları birbirleriyle doğrudan karşılaştırır ve ampirik vakalara karşı olgusal durumlarla karşılaştırırken sosyal olguları anlamada ayırt edici bir yaklaşım oluştururlar. Sıklıkla karşılaştırılmalı yöntemler, nitel olgu odaklı araştırma ve nicel değişken odaklı araştırma arasında bir köprü olarak betimlenmiştir. Hem nicel hem de nitel yöntemlerin özelliklerini ele alarak, karşılaştırılmalı yöntemler her iki yaklaşımın da bazı sınırlamalarını atlatabilir. Ancak karşılaştırılmalı araştırma sadece bir köprü değildir. Çünkü birçok ayırt edici özelliği ve gücü vardır (Mills, Van De Bunt ve De Bruijn, 2006: 620).

Geleneksel olarak, karşılaştırılmalı analiz farklılık ve benzerliklerin açıklanması üzerinde durur. Bu, iki veya daha fazla olay arasındaki ilişkilerin kurulmasına ve geçerli nedenlerin sağlanmasına yardımcı olur. Şu anda belirli seviyeler veya ilgi alanlarına göre bölgesel, ulusal, geniş coğrafi sınırlar veya uluslararası olmak üzere çeşitli seviyelerde karşılaştırmalar yapılmaktadır (Karasar, 2003: 183-184). Karşılaştırılmalı araştırmalar, teknolojik gelişmeler vb. konulardaki güncel araştırmalarda uluslararası platformlar üzerinde çok dikkat çeken uzun bir tarihe kadar izlenebilir (Azarian, 2011: 113).

2.6. Panel Veri Analizi (Panel Data Analysis)

Ekonometrik analizlerde zaman serileri, yatay kesit ve panel veri olmak üzere üç farklı veri türü kullanılmaktadır. Zaman serilerine ilişkin veriler, bir ya da birden fazla değişkenin belirli bir zaman periyodundaki değerlerinden oluşmaktadır. Yatay kesit verileri, belirli bir zaman noktasında birden fazla birime ait verilerini içermektedir. Panel veride ise belirli bir değişken ya da değişkenlere ilişkin hem zaman boyutu hem de kesit

boyutunun varlığı söz konusudur. Bir diğer ifadeyle panel veriler, belirli bir zaman aralığında bir grup yatay kesit birimleri için belirli değişkenlere ilişkin değerlerden oluşmaktadır (Gujarati, 2003: 636; Hill, Griffiths ve Lim, 2011: 538).

Panel veri analizi farklı zamanlarda yapılan gözlemlere odaklanır ve veriler çoklu gözlemlerle gerçekleştirilir. Yatay kesit verileri birimleri genel olarak baz alarak dönemleri hakkında bilgi verirken zaman serisi verileri özel olarak bir birim verileri inceleyerek ona göre dönemler bazında veriler vererek bilgilendirmektedir. Yani yatay veri analizi daha çok birimleri genel olarak dönemselsel açıklarken seri verileri öznel olarak verileri ele alarak veriler vermektedir. Bunların yanında Panel veri analizi de kullanılmaktadır. Panel veri analizinde ise yatay kesit veri analizleri ile birlikte zaman serisi veri analizleri ikisini birlikte kullanarak bilgi aktarımında bulunur. Yatay kesit analizinde birkaç yılın yani birkaç dönemin bilgileri mevcut olduğundan panel veri analizinde kullanıldığında iki yönlü analiz modeli söz konusu olmaktadır. Bu analizde genel olarak yatay kesit birim sayısı dönem sayısından daha fazladır (Torres-Reyna, 2007: 33).

Panel veri analizi zaman boyutuna ait yatay kesit verilerinin kullanılmasıyla ekonomik ilişkilerin tahmin edilmesi yöntemidir. Bu nedenle panel veri analizinin en önemli özelliği zaman serileri ile yatay kesit serilerini bir araya getirilerek, hem zaman hem de kesit boyutuna sahip bir veri setinin oluşturmasıdır. Yani panel veri analizi, sadece yatay kesit verilerinin kullanıldığı regresyon analizi ile sadece ilgilenilen değişkenin zamana göre aldığı değerlerin analiz edilip gelecek tahminlerinin yapıldığı zaman serisi analizlerinin birleşiminden oluşur denebilir. Bu nedenle bu iki istatistik yönteminden çok daha kapsamlı bir analiz türüdür (Greene, 2002: 464-465; Şengelen, 2016: 48).

2.6.1. Panel Veri Analizinin Avantajları

Ekonometrik analizlerde kullanımı giderek artan ve kendine önemli bir yer bulan panel veri analizinin birçok avantajlı yönü vardır. Bu avantajlardan bazıları aşağıda listelenmiştir (Klevmarke, 1989: 2-15; Hsiao, 2003: 3-11; Baltagi, 2005: 4-9; Hsiao, 2007: 4; Çetin, 2013: 42; Kılıç, Bayar ve Özekicioğlu, 2014: 120).

- Panel veri analizi her bir sonuç için daha kesin, gerçekçi ve kapsamlı tahminlerin oluşmasını sağlamaktadır.
- Panel veri modellerinde yatay kesit ve zaman serisi verilerinin her ikisinin de kullanılmasından ötürü gözlem sayısı oldukça yükselmektedir.

- Gözlem sayısının yüksek olması serbestlik derecesini yükseltmektedir ve açıklayıcı değişkenler arasında yüksek derecede doğrusal ilişki bulunma olasılığını azaltmaktadır. Bu nedenle panel veri yöntemi daha güvenilir ekonometrik tahminlerin yapılabilmesini sağlamaktadır.
- Panel veri modelleri bireylerin, firmaların, eyaletlerin ve ülkelerin heterojen olduğunu öne sürer. Ayrı ayrı zaman serisi ve kesit serisi heterojenliği kontrol edemediğinden sonuçların sapmalı olma riskiyle karşı karşıyadır.
- Yatay kesit verilerinin dağılımları nispeten sabit olan çok sayıda değişkeni gizler. Bu nedenle panel veri dinamiği çalışmalarında (işsizlik vb.) daha iyi sonuçlar verir.
- Panel veri, yatay kesit verileri ya da zaman serisi verileriyle basitçe meydana getirilemeyecek etkileri ölçmek ile tanımlamakta daha etkilidir.
- Panel veri daha karmaşık insan davranışı modellerini analiz etmeye yatay kesit veya zaman serisi verilerinden daha elverişlidir. Ayrıca zaman serisinden daha az kısıtlama uygulanabilir ve bu avantaj sağlar.
- Makro panel verileri daha uzun zaman serilerine aittir ve bunun yanında zaman serisi analizlerinde uygulanan birim kök testleri standart olmayan dağılım problemi yaşarken, panel birim kök testleri standart dağılıma sahiptir.
- Güvenilirlik, özgürlük ve açıklayıcı değişkenler arasındaki kutuplaşmayı azaltıp ve ekonometrik tahminlerin etkililiğini sağlar.
- Panel veri kantitatif (nicel) ve kalitatif (nitel) etkilerin birebir model üzerinde birlik içinde belirlenebilmesine imkân tanımaktadır.

2.6.2. Panel Veri Analizinin Dezavantajları

Önceki başlıklarda sayılan avantajlarına rağmen panel veri analizinin bazı dezavantajları ve sınırlamaları mevcuttur. Bunlar aşağıda listelenmiştir (Klevmarken, 1989: 2-15; Hsiao, 2003: 3-11; Baltagi, 2005: 4-9; Alpay, 2013: 4).

- Tasarım ve veri toplama sorunları yaşanabilir. Bu sorunlar kapsam (ilgilenilen nüfusun eksik dikkate alınması), yanıtlamama (görüşülen kişiyle yapılan yetersiz iş birliği ve görüşmecî hataları), hatırlama (görüşülen kişinin cevabı doğru şekilde hatırlayamaması), görüşme sıklığı, görüşme aralığı ve referans dönemi gibi durumları içerir.

- Ölçüm hatalarındaki çarpıtmalar meydana gelebilir. Ölçüm hataları açık olmayan sorular, yanlış hatırlamalar, yanıtların kasten çarpıtılması, uygun olmayan cevap vericiler, yanıtların yanlış kaydedilmesi ve görüşmeci etkisi gibi nedenlerle yanlış cevaplar dolayısıyla artabilir.
- Panel veriler, zaman serisi veya yatay kesit verilerinden daha karmaşık ve daha fazla veri içerdiği için çalınma maliyetleri yüksektir. Bu doğrultuda örnekleme yapısını oluşturmak oldukça güçtür.
- Mikro panel veri setleri genellikle her bir birey için kısa zaman aralığı olan yıllık veriler içerir. Bu durum birey sayısı sonsuza doğru giderken asimptotik değerlere ulaşılacağı anlamına gelir.
- Panel verinin zaman aralığı maliyet artışı olmaksızın arttırılmaz.
- Ülkeler arasındaki yatay kesit bağımlılığını hesaba katmayan ülkeler veya bölgelerin uzun zaman serisiyle ele alınan makro panel verileri yanıltıcı yorumlamalara neden olabilir. Bu durum hesaba katıldığında çok önemli olduğu görülmekte ve çıktı yorumlarını etkilemektedir.

2.6.3. Panel Veri Analizi Modelleri

2.6.3.1. En Küçük Kareler Modeli (Least Squares Model)

Rastgele değişkenler istatistiksel olarak birbirlerine bağımlıyken, değişkenler arasındaki etkilerden kaynaklı değişim durumları regresyon analizi yönetimi ile belirlenmektedir. Bağımlı değişkeni, sadece kendi birimi cinsinden meydana gelen değişim ise basit regresyon, birden fazla değişkenle meydana gelen değişim ise çoklu regresyon analizi denmektedir. Bu analizin sonucunda bağımlı değişkenler tanımlanmaktadır. Ayrıca, değişkenler arasındaki bağımlılık derecesinin ölçülerini korelasyon analizi kullanarak belirlemektedir. İstatistiklere bağlı olan olayların fonksiyonel bağıllığını belirlemek için olaylar arasındaki bağımlılık derecesini iyi belirlemek gerekmektedir. Gözlemler ve deneyler sonucu elde edilen rastgele değerler arasındaki en uygun ortalama lineer fonksiyonun belirlenmesine sağlayan regresyon yöntemine en küçük kareler yöntemi denir. Bu yöntem ile elde edilen ortalama regresyon denklemi, ortalama bağlantıyı göstermektedir. Bu bağlantı ortalama gözlem noktası denk gelir ve ortalama gözlem sayısı teorik olarak ortalamaya eşittir (Kutner, Nachtsheim, Neter ve Li, 2004: 15-16; Miller, 2006: 7; Mohebbi, Nourijelyani ve Zeraati, 2007: 3469-3470).

Hesaplanan parametre, regresyonlara bağımlı olmayan değişkenlerin %1' lik oranda değişmesi durumunda ortaya çıkan sonuçların değişkenleri nasıl etkilediği hakkında bilgi vermektedir (Yerdelen Tatoğlu, 2018: 48).

2.6.3.2. Sabit Etkiler Modeli (Fixed Effective Model)

Sabit etkiler modeli, birim etkilerin (u_{it}) dolayısıyla birimler arası farklılıkların sabit olduğu ve sabit terimdeki farklılıklarla ifade edilebildiği durumlarda kullanılmaktadır. Sabit etkili modelde, birimlere göre değişiklikler sabit katsayıda farklılıklar meydana getirir.

Tahmini açıklamak amacıyla genel olarak bir panel veri modeli (2) ele alındığında (Yerdelen Tatoğlu, 2018: 80-81);

$$Y_{it} = \beta_{0it} + \beta_{1it} X_{1it} + \beta_{2it} X_{2it} + \dots + \beta_{kit} X_{kit} + u_{it} \quad (2)$$

(2) modelinden hareket edildiği için, sabit etkili modelde aşağıda olduğu gibi varsayılmaktadır.

$$\beta_{0it} = \beta_{0i} = \bar{\beta} + u_i; \quad \beta_{1it} = \beta_1; \quad \beta_{2it} = \beta_2, \dots, \beta_{kit} = \beta_k$$

u_i : Zamana göre sabit olan birim etkileri

u_{it} : Hata terimi göstermektedir.

Birim etkiyi içermesi sebebi ile sadece sabit parametre değişmekte; zamana göre sabit iken, birimlere göre farklılıklar göstermektedir.

2.6.3.3. Tesadüfi (Rassal) Etkiler Modeli (Random Effective Model)

Tesadüfi etkiler modeli, birim etkilerin (u_{it}) dolayısıyla birimler arası farklılıkların tesadüfi olduğu ve sabit terimdeki farklılıklarla ifade edilebildiği durumlarda kullanılmaktadır. Birimler tesadüfi olarak seçildiklerinde, birimler arası farklılıklar da tesadüfi olacaktır. Bu birim farklılıklarına tesadüfi farklılıklar denilmektedir. İlk tip değişken u_{it} ile belirtirken; ikinci değişken birimin etkisi μ_i ile temsil edilir. Daha sonraki yorumlama sebeplerinden dolayı hata bileşenleri modeli veya varyans bileşenleri modeli çağrılabilir.

Genel panel veri denklemi (Yerdelen Tatoğlu, 2018: 102-103);

$$Y_{it} = \beta_{0it} + \beta_{1it} X_{1it} + \beta_{2it} X_{2it} + \dots + \beta_{kit} X_{kit} + v_{it} \quad (2)$$

Tesadüfi etkiler modeli,

$v_{it} = u_{it} + u_i$ şeklinde ifade edilebilmektedir.

u_{it} : Hata terimini,

u_i : Birim farklılıklarını ve zamana göre birimler arasındaki değişmeyi göstermektedir.

Seçilmiş ölkeler için, önce bahsedilen teorik çerçevesi çizilen toplulaştırılmış sağlık hizmetleri üretim fonksiyonu panel veri analizi yöntemiyle tahmin edilmektedir. Bu amaçla, öncelikle analizde kullanılacak ekonometrik tahmin yöntemi olan panel veri analizinden söz edilmiştir. Daha sonra ise analizde kullanılacak olan değişkenler ve veri seti sunulmaktadır. Son olarak oluşturulacak olan modeller hakkında bilgi verilmekte, modellerin tahmini yapılarak elde edilen sonuçlar yorumlanmaktadır.

2.6.4. Birim Kök Testi

Panel veri analizlerinde, zaman serisi analizlerindeki gibi değişkenlerin durağan olması önem arz etmektedir. Durağan olmayan seriler ile kurulacak bir modelde, elde edilen parametreler, değişkenler arasındaki gerçek ilişkiyi yansıtmaktan ziyade, serilerde var olan aşağı veya yukarı yönlü bir trendden kaynaklanabilir. Bundan dolayı serilerde sahte regresyon durumuyla karşılaşmamak için serilerin durağanlığı test edilerek değişkenler durağan olduğu seviyede modele dâhil edilmelidir (Tarı, 2002: 373-374; Güngör ve Yerdelen Kaygın, 2015: 159). Zaman serisi analizi çalışmalarında birim köklerin test edilmesi, araştırmacılar tarafından yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmış ve ekonometri derslerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Panel veri analizi uygulamalarında ise birim kök testi son zamanlarda uygulanmaya başlanmıştır. Bazı araştırmacılar, çalışmalarda panel veri analizi kullanırken birim kök testi yapılması gerekliliğini savunarak çeşitli önermelerde bulunmuşlardır (Baltagi, 2005: 239).

Analizimizde kullanılan birim kök testlerin neler olduğundan kısaca bahsedilmiştir (Atay Polat, 2014: 120, 122, 125; Şak, 2018: 271, 293, 297);

ADF-Fisher Chi-Testi: Maddala ve Wu tarafından ortaya çıkarılan Fisher ADF testi olarak bilinen, Fisher' ın çalışmasına esasla oluşturulan test; her kesit birim için uygulanan ADF birim kök istatistiklerinin ρ olasılık değerinden yola çıkarak hesaplanmaktadır.

Levin, Lin ve Chu Testi: Bu test, Levin ve Lin makaleleri doğrultusunda geliştirilmiş olup 2002 yılında son halini almıştır. Her seri için ayrı ayrı birim kök testi uygulanması yerine toplanmış yatay kesit veri seti için birim kök testi uygulamakta ve her bir yatay kesit birim için birim kök testlerine göre daha güçlü bir panel birim kök testi önermesi yapmaktadır.

Fisher Philips ve Perron Testi: Bu test, ADF Fisher testinde olduğu gibi her kesit birim için uygulanan ADF birim kök istatistiklerinin ρ olasılık değerinden yararlanılarak test istatistiği hesaplanmakta olup, diğer testlerden farkı genel istatistiki varsayımlara göre hesaplanmasına sahip olmasıdır.

2.6.5. Hausman Testi

Panel veri analizi tahmininde sabit ve tesadüfi etkiler, en küçük kareler modelleri olarak üç temel yöntem kullanılmaktadır. Sabit etkiler modeli, sabit katsayının kesitten kesite ya da zaman içerisinde değişiklik gösterdiği model olarak tanımlanmaktadır. Sabit etkili modellerin birimler arasındaki farklılıkları ele alması durumunda tek yönlü sabit etkiler modeli, birim ve zamana göre meydana gelen farklılıkları ele alması durumunda ise iki yönlü sabit etkiler modeli olarak adlandırılmaktadır. Birim veya birim ve zaman farklılıklarını temsil eden katsayıların hata terimi bileşenlerinin modeldeki bağımsız değişkenlerden ilişkisiz olduğu hipotezinin geçerliliği, Hausman tarafından önerilen test istatistiği ile incelenebilmektedir. Bu durumda sabit etkili model parametre tahmincileri ile tesadüfi etkili modelin parametre tahmincileri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir (Ata ve Ağ, 2010: 57; Ayaydın, 2012: 124-125; Pazarlıoğlu ve Kiren Gürler, 2007: 39).

Temel hipotez; H_0 : Açıklayıcı değişkenler ve birim etki arasında korelasyon yoktur.

Hipotezin kabul edilmesi durumunda her iki tahminci de tutarlı olduğundan sabit ve tesadüfi etkiler tahmincileri arasındaki farkın çok küçük olması beklendiği; tesadüfi etkiler modelinin daha etkin olacağı için kullanılması daha uygundur.

Alternatif hipotez; H_1 : Açıklayıcı değişkenler ile birim etki arasında korelasyon vardır.

Hipotezin kabul edilmesi durumunda tesadüfi etkiler tahmincisi sapmalı olduğu ve tahminciler arasındaki farkın büyük olması beklendiği; sabit etkiler modeli tutarlı olacağı için tercihi daha uygundur (Wooldridge, 2002: 288-289).

Kısacası Hausman testinde yokluk hipotezi “rassal etki modeli” alternatif hipotez ise “sabit etki modeli” kullanılmalıdır şeklinde kurulmaktadır. Yüksek değer belirten Hausman testi istatistiği yokluk hipotezinin kabul edilmemesi gerektiğini ve sabit etkiler modelinin kullanılmamasının yerinde olacağı şeklinde değerlendirilmektedir (Cameron ve Trivedi, 2005: 717).

2.6.6. Otokorelasyon Testi

Panel veri analizinde oto-korelasyon, zaman serilerinde olduğu gibi önemli bir sorundur. Regresyon analizinin temel varsayımlarından biri, farklı gözlemler için aynı hatalar arasında otokorelasyonun olmaması olarak bilinmektedir. Eğer hata terimleri arasında bir ilişki söz konusu ise bu durum modelde oto-korelasyon olduğunu ifade etmektedir (Korkmaz, Yıldız ve Gökbulut, 2010: 101). Çalışmada, oluşturulan modellerde oto-korelasyon sorununun varlığı Breusch Godfrey LM Testi yardımıyla test edilmiştir. Modellerden elde edilen olasılık değerlerinin 0,05 değerinden küçük olması durumunda “Modelde Otokorelasyon yoktur” hipotezi reddedilerek modellerde oto-korelasyon olduğu sonucunu ulaşılmaktadır. Eğer olasılık değerleri 0,05’ ten büyük ise modellerde oto-korelasyonun sorununun olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Breusch Godfrey LM Testi, her bir alt model özelinde oluşturulan modellere uygulanarak test sonuçları ilgili başlık altında tablolaştırılmış ve yorumlanmıştır.

2.6.7. Değişen Varyans Testi

Doğrusal regresyonun önemli varsayımlarından biri de değişen varyans varsayımdır. Değişen varyans, hata teriminin varyansının bağımsız değişkendeki değişimlere göre değiştiği durum olarak ifade edilmektedir (Tarı, 2002: 171). Değişen varyans sorunu kesit zaman ve panel verilerde gözlenebilen bir durum olup, bağımlı ve bağımsız değişkenlerin aynı oranlı değişiminin olduğu zaman serilerinde gözlenmemektedir. Değişen varyans sorununun regresyon analizi sonuçları üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Değişen varyans durumunda en küçük kareler tahminlemede, model yansızlık ve tarafsızlık özelliğini korusa da etkinlik olarak bilinen özelliğini kaybetmektedir (Albayrak, 2008: 114). Literatürde değişen varyans sorununu tespit etmede kullanılan grafik yöntemi, Park, Goldfeld-Quandt, Glejser, Spearman Sıralı Korelasyon ve White Testleri gibi birkaç istatistik test yer almaktadır. Araştırmacılar tarafından en yaygın olarak White Testi kullanılmaktadır. Bu bağlamda, çalışmamızda oluşturulan modellerdeki değişen varyans sorunu White Testi yardımıyla test edilmiştir. Modellerde hesaplanan test istatistiğinin olasılık değeri 0,05 değerinden küçük bir değer aldığı durumda modellerde değişen varyansın olduğu, aksi durumda ise modellerde değişen varyansın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. White Testi, her bir alt model özelinde oluşturulan modellere uygulanarak test sonuçları ilgili alt model başlığı altında tablolştırılmış ve yorumlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma ekonomik, demografik, sağlık göstergelerinin Türkiye özelinde G20 ülkeleri ile karşılaştırmalı ve panel veri analizleriyle değerlendirilmesine yönelik kesitsel bir araştırmadır. Bir ülkenin belli başlı sağlık statüsü veya düzeyi göstergeleri beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı ve doğurganlık oranıdır (Karagan, 2008: 89). G20 ülkelerinin etkili ve etkin bir sağlık sistemi oluşturmak için sağlık göstergeleri ile demografik ve ekonomik göstergeler, sağlık sistemleri arasında ilişki olup olmadığını belirlemek gerekmektedir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Sağlık sistemini değerlendirmek için genellikle üç temel yöntem kullanılmaktadır. Bunlar regresyon modeli, anket yöntemi ve karşılaştırmalı analizdir. Regresyon modeli olarak çoğunlukla panel veri analizi ve veri zarflama analizi yöntemleri kullanılmaktadır. Karşılaştırmalı analiz genellikle ülkelerin bölgesel olarak sağlık göstergeleri ve harcamaları ile kıyaslamak için kullanılmaktadır. Anket yöntemi genellikle hastalar, sağlık ve idari personeller olarak üç yönden değerlendirmektedir. Bu çalışma da bu üç yöntemden karşılaştırma analiz ve regresyon modellerinde panel veri analizi kullanılmıştır.

G20 ülkelerinin ekonomik büyüklükleri dikkate alındığında dünya da üretilen tüm mal ve hizmetlerin parasal olarak yaklaşık %85' ine, dünya ticaretinin ise yaklaşık dörtte üçüne sahiptirler (<https://www.tmsf.org.tr/tr/Tmsf/Info/g20.ulkeler>, Erişim Tarihi: 05.09.2019). Global finansal sisteminin yapı taşları arasında yer alan Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası içerisinde de yaklaşık %80 oranında temsil gücüne sahiptir (Yıldız, 2017: 66). 5 milyara yakın nüfusu hitap eden G20, 7.4 milyarlık dünya nüfusunun yaklaşık üçte ikisini (%64) barındırması ile dünya nüfusunun önemli bir kısmını kapsamına aldığını ortaya koymaktadır (Yıldız, 2017: 64). Global sağlık giderlerinin (7.2 trilyon ABD doları) %77,8' ini (5.6 trilyon ABD doları) G20 ülkelerinin harcamaları oluşturmaktadır (https://www.who.int/gho/health_financing/en/, Erişim Tarihi: 05.09.2019). Bu bilgiler ışığında, G20 ülkeleri sağlık sisteminin değerlendirmesi araştırma kapsamına alınmıştır.

G20, 19 ülke ve Avrupa Birliği Komisyonu olmak üzere 20 temsilci üyeden oluşmak ile birlikte Avrupa Birliği Komisyonu verileri belirsizlik belirttiği için çalışma da analiz dışı bırakılmıştır. Bu kapsam ile araştırma da 2000-2015 yılları arasında G20 organizasyonda bulunan 19 ülkenin yıllık verileri Dünya Bankası ve OECD istatistiklerinden kullanılmıştır. Yer alan ülkelerin anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, doğurganlık oranı, beklenen yaşam süresi, kişi başına GSYİH ve sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payları, nüfus ve nüfus artış hızı, hekim ve yatak sayıları ile ilgili verileri kullanılmıştır. Sağlık harcamaları ve Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ile ilgili parasal değerler Dünya Bankası istatistiğinde belirtilen sabit dolar ile ölçülmüş veriler kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında G20 üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin mevcut durumun belirlenmesi ve sağlık sistemleri karşılaştırılmasıyla; başarılı bir sağlık sistemi oluşturulması, sağlık sistemleri mevcut problemlerinin belirtilmesi ve tanımlanması, çözüm önerileri belirlenmesiyle ilgili farkındalığı sağlanması yer aldığı için karşılaştırmalı analiz kullanılmıştır. Karşılaştırma analiz tablolarında belirtilen G20 ortalaması çalışma kapsamındaki 19 ülke ortalaması; OECD ve Dünya ortalamaları ise OECD ve Dünya Bankası istatistiklerinden elde edilmiştir.

Zaman boyutunun 15 yıl ($T=15$) ve yatay kesit boyutunun 19 ülke ($N=19$) olduğu, ekonomik ve demografik göstergelerin sağlık göstergelerine etkisi belirlemek amacıyla dengeli panel veri analizi kullanılmıştır. Panel veri analizinde kullanılan veriler doğal logaritmaları alınarak analiz edilmiştir. Sağlık sistemlerinin kukla değişken olarak kullanılmasıyla ve ekonomik, demografik göstergeleri dolayısıyla sağlık göstergelerine etkisini belirlemek amacıyla en küçük kareler modeli de kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Analizi ve Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada, karşılaştırmalı analizin değerlendirilmesinde veriler Microsoft Excel' de toplanmış ve tablo şeklinde incelenilecek yıllar için yapılandırılmıştır.

Panel veri analizi ve en küçük kareler modeli değerlendirmelerinin yapılmasında Eviews 9 paket programı kullanılmıştır. Çalışmada her bir alt gösterge grubu için sağlık göstergeleri üzerindeki etkisini ifade eden sekiz model oluşturulmuştur. Oluşturulan bu modellerde yer alan değişkenlerin durağanlık seviyelerini belirlemek için birim kök testleri uygulanmıştır. Birim kök testleri sonucunda her değişken sahip olduğu durağanlık seviyesine göre modele dahil edilmiştir. Birim kök testlerinin akabinde, modellerin sabit

etkilerle mi rassal etkilerle mi tahmin edileceği Hausman Testi yardımıyla test edilmiştir. Kurulan modellerde otokorelasyonun olup olmadığı Breusch Godfrey LM Testi yardımıyla test edilmiştir. Modellerdeki değişen varyans sorunu ise White Testi yardımı ile test edilmiştir. Çalışmada kullanılan modellerdeki oto-korelasyon sorununu gidermek için parametrelerin kovaryansları White Period veya Period SUR (PCSE) ile ağırlıklandırılmıştır. Yapılan test sonuçları dikkate alınarak modeller Panel veri analizi ile tahmin edilmiş ve elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır.

En küçük kareler modeli çerçevesinde sosyalist sistem sağlık sistemi uygulayan ülke bulunmadığından, üç tip (ulusal, refah yönelimli, serbest) sağlık sisteminin ekonomik göstergeler olarak sağlık göstergeleri üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla öncelikle üç sağlık sistemi çerçevesinde ayrı ayrı geçerli olduğu ülkeler için 1 geçerli olmadığı ülkeler için 0 değerini alan kukla değişken oluşturulmuş ve modele dahil edilmiş; sağlık ile ekonomik değişkenler değerlendirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce “Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” nun 09.10.2019 tarih ve 2019-10/04 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 2: Sağlık, Demografik ve Ekonomik Göstergeler Açısından Türkiye Değerlendirilmesi (2017)

	Değişkenler	Ortalama	Türkiye	Sıra
Sağlık Göstergeleri	Anne Ölüm Oranı	38	16	12
	Bebek Ölüm Oranı	10,3	11,6	14
	Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	76,8	75,4	13
	Doğurganlık Oranı	1,89	2,07	7
Demografik Göstergeler	Nüfus (Milyon)	234,7	78,5	10
	Nüfus Artış Hızı	0,87	1,6	2
	Hekim Sayısı	2,56	1,9	15
	Toplam Yatak Kapasitesi	4,34	2,8	11
Ekonomik Göstergeler	Kişi Başına GSYİH (ABD Doları)	26278	9311	15
	GSYİH Büyüme Hızı	2,45	6,1	3
	Sağlık Harcamaları GSYİH Oranı	8,13	4,1	17
	Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD Doları)	2630	1040	15

Tablo 2 de Dünya Bankası son ve eksiksiz olarak 2017 yılı verileri doğrultusunda G20 organizasyonunda yer alan 19 ülke arasında Türkiye' nin hangi sırada olduğu ile sağlık, demografik ve ekonomik göstergeleri görmek önemlidir.

Tablo 2 de görüldüğü gibi 19 ülke içinde Türkiye toplam yatak kapasitesine göre 11. sırada; hekim sayısı, kişi başına düşen GSYİH ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamasına göre 15.sırada; sağlık harcamaları GSYİH oranına göre 17. sıra ile kötü durumda olduğu görülmektedir. Fakat GSYİH büyüme hızı açısından 3. sıra; nüfus artış hızı açısından ise 2. sıra ile iyi durumda olan ülkelerden birisidir. Başarılı sağlık sistemi değerlendirmesi için sağlık göstergeleri açısından hekim, hastane yatak sayısı ve kişi başına düşen GSYİH iyi olduğundan dolayı anne ve bebek ölüm hızı daha iyi durumda olan ülke; beklenen yaşam süresi bakımından da 19 ülke arasında orta sıralarda yer almakta olup doğurganlık oranının yüksek olduğu görülmektedir.

4.1. Sağlık Göstergeleri Açısından G20 Ülkeleri Karşılaştırması

4.1.1. Anne Ölüm Oranı

Anne ölüm oranı, hamilelik süreci veya onun yönetimiyle herhangi bir nedenden dolayı 100.000 kişi başına yıllık kadın ölüm sayısıdır (OECD, 2015: 36).

Tablo 3: G20 Ülkelerinin Anne Ölüm Oranı (100.000 kişi başına)

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>14</i>
<i>Almanya</i>	<i>8</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>6</i>
<i>Arjantin</i>	<i>60</i>	<i>58</i>	<i>58</i>	<i>52</i>
<i>Avustralya</i>	<i>9</i>	<i>7</i>	<i>6</i>	<i>6</i>
<i>Birleşik Krallık</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>10</i>	<i>9</i>
<i>Brezilya</i>	<i>66</i>	<i>67</i>	<i>65</i>	<i>44</i>
<i>Çin</i>	<i>58</i>	<i>48</i>	<i>35</i>	<i>27</i>
<i>Endonezya</i>	<i>265</i>	<i>212</i>	<i>165</i>	<i>126</i>
<i>Fransa</i>	<i>12</i>	<i>10</i>	<i>9</i>	<i>8</i>
<i>Güney Afrika</i>	<i>85</i>	<i>112</i>	<i>154</i>	<i>138</i>
<i>Güney Kore</i>	<i>16</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>11</i>
<i>Hindistan</i>	<i>374</i>	<i>280</i>	<i>215</i>	<i>174</i>
<i>İtalya</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>
<i>Japonya</i>	<i>10</i>	<i>7</i>	<i>6</i>	<i>5</i>
<i>Kanada</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>8</i>	<i>7</i>
<i>Meksika</i>	<i>77</i>	<i>54</i>	<i>45</i>	<i>38</i>
<i>Rusya</i>	<i>57</i>	<i>42</i>	<i>29</i>	<i>25</i>
<i>Suudi Arabistan</i>	<i>23</i>	<i>18</i>	<i>14</i>	<i>12</i>
<i>Türkiye</i>	<i>79</i>	<i>57</i>	<i>23</i>	<i>16</i>
<i>G20 Ortalaması</i>	<i>65,1</i>	<i>54,3</i>	<i>46,4</i>	<i>38</i>
<i>OECD Ortalaması</i>	<i>12,2</i>	<i>9,2</i>	<i>7,89</i>	<i>7,25</i>
<i>Dünya Ortalaması</i>	<i>342</i>	<i>296</i>	<i>248</i>	<i>219</i>

Tablo 3' e göre G20 ülkeleri arasında anne ölüm oranı 2000 yılında 9 ülkede 20'den az, 4 ülkede ise 20 ile 60 arasında ve 6 ülkede 60'dan fazladır. Ondan sonraki her 5 yılda bir azalmaya başlamıştır. Dünya Bankası İstatistiği son verilerine göre 2015 yılında anne ölüm oranı 20' den az olan 11 ülke olup, 20 ile 60 arasında 5 ve 60'dan fazla olan ülke sayısı sadece 3' tür. Türkiye de 2000 yılında 79, 2005 yılında 57, 2010 yılında 23 ve son olarak 2015 yılında bu oran 16 olarak 2000 yılına göre yaklaşık 5 kat azalmıştır.

Anne ölüm oranı kıyaslaması bakımından sağlık sistemlerinin dağılımı çarpıcı örnekleri Hindistan, Endonezya ve Güney Afrika' dır (Serbest Piyasa Sağlık Sistemi). 2015 yılında anne ölüm hızı az olan ülkeler Refah Yönelimli Sağlık Sistemi' nin (Bismarck) geçerli olduğu Almanya da 6, Japonya da 5; Ulusal Sağlık Sistemi' nin geçerli olduğu Avustralya da 6 iken İtalya da 4' tür. Genel olarak dönemlerde anne ölüm oranında

azalış trendi Güney Afrika haricinde devam etmiştir. Güney Afrika 2015 yılına kadar iyi sonuçlar vermemiş yani artış gerçekleştirmiş ve sadece o yıl azalmıştır. Ayrıca çevresel durumu ve yaşam tarzları gibi insan sağlığını etkileyen temel faktörlerin değişkenliğine bağlı olarak ülkelere göre değişmektedir.

4.1.2. Bebek Ölüm Oranı

Bebek ölüm oranı sağlık göstergesi; belirli bir zaman veya dönem içinde, bebeğin sağ doğuşundan itibaren ilk yılı dahilinde kaybedilen toplam bebek sayısı ile aynı dönemdeki veya yıllık olarak ortaya çıkan toplam canlı doğumuna oranıdır (OECD, 2015: 36). Ülkelerin sağlık hizmetleri sunumunda aralarındaki farklılıkların anlaşılması ile birlikte toplumun ekonomik durumunun ne olduğu, bebeklerin yaşamının devamlılığı için ağırlıkları çerçevesinde ve doğumun öncesi bakım ve ana sağlığı hizmetleri sunumunun yeter miktarda olup olmadığı, hamile annenin yeter miktarda beslenip beslenmediği gibi faktörlerin birlikte değerlendirilmesini de sağlamaktadır (Kısa, 2007: 694).

Tablo 4: G20 Ülkelerinin Bebek Ölüm Oranı

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	7,1	6,8	6,2	5,8
<i>Almanya</i>	4,4	3,9	3,5	3,3
<i>Arjantin</i>	17,7	14,7	13,1	10,2
<i>Avustralya</i>	5,1	4,8	4,1	3,2
<i>Birleşik Krallık</i>	5,5	5,1	4,4	3,8
<i>Brezilya</i>	30,4	22,1	16,7	14
<i>Çin</i>	30,1	20,3	13,6	9,2
<i>Endonezya</i>	40,9	33,5	27,5	22,9
<i>Fransa</i>	4,4	3,8	3,5	3,5
<i>Güney Afrika</i>	53,3	52,1	38,4	31,8
<i>Güney Kore</i>	6,4	4,7	3,5	3,1
<i>Hindistan</i>	66,7	55,7	45,3	35,3
<i>İtalya</i>	4,7	3,8	3,4	3,1
<i>Japonya</i>	3,3	2,8	2,4	2,1
<i>Kanada</i>	5,3	5,2	4,9	4,7
<i>Meksika</i>	22,5	17,6	14,9	12,7
<i>Rusya</i>	16,6	11,9	8,9	7,3
<i>Suudi Arabistan</i>	18,7	14,2	10,3	7,2
<i>Türkiye</i>	31,9	23,1	16,4	11,6
<i>G20 Ortalaması</i>	19,7	16,1	12,6	10,2
<i>OECD Ortalaması</i>	6,7	5,4	4,5	3,8
<i>Dünya Ortalaması</i>	53,2	44,6	37,1	31,4

Tablo 4’ te görüldüğü gibi G20 ülkeleri arasında bebek ölüm oranı 2000 yılında 10’ dan az 9 ülke, 10-20 arasında 3 ülke ve 20’ den fazla olan Türkiye dahil 7 ülke bulunmaktadır. Dönemler dahilinde farklılıklar olmasına karşın incelenen ülke sağlık sistemleri bakımından her 5 yılda bebek ölüm oranının azalmaya yönelimi göstermektedir. Dünya Bankası son verilerine göre 2015 yılında 10’ dan az olan ülke 12, 10 ile 20 arasında Türkiye dahil 4 ülke ve 20’ den fazla olan ülke sayısının sadece 3 ülke olduğu gözlenmektedir. Türkiye özelinde bebek ölüm oranının 2000 yılında 31,9; 2005 yılında 23,1; 2010 yılında 16,4; 2015 yılında 11,6 olduğu ve 2000 yılına göre yaklaşık 3 kat azaldığı belirtilmektedir.

2015 yılında bebek ölüm oranı yüksek olan ülkeler yine anne ölüm oranında olduğu gibi Serbest Piyasa Sağlık Sistemi’ nin geçerli olduğu Hindistan, Endonezya ve Güney Afrika olmuştur. 2000-2015 döneminde, genel ortalamalarından daha az bebek ölüm oranına sahip ülkeler sağlık sistemleri açısından Refah Yönelimli Sağlık Sistemi’ nin geçerli olduğu Fransa, Japonya ve Almanya; Ulusal Sağlık Sistemi’ nin geçerli olduğu Birleşik Krallık, İtalya ve Avustralya olmuştur.

4.1.3. Beklenen Yaşam Süresi

Yaşam beklentisi, doğum süresince sağlık ve yaşam şartları, kişinin ömrü süresince aynı kaldığında yenidoğan bebeğin yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır. Başka bir ifade ile doğumda yaşam beklentisi, mevcut ölüm oranlarının değişmemesi durumunda, yeni doğmuş bir bebeğin ne kadar yaşayabileceğini ölçmektedir (OECD, 2015: 24).

Tablo 5: G20 Ülkelerinin Beklenen Yaşam Süresi

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	76,6	77,4	78,5	78,6
<i>Almanya</i>	77,9	78,9	79,9	80,6
<i>Arjantin</i>	73,8	74,7	75,5	76,4
<i>Avustralya</i>	80,2	80,8	81,6	82,4
<i>Birleşik Krallık</i>	77,7	79,1	80,4	80,9
<i>Brezilya</i>	70,1	72,1	73,8	75,2
<i>Çin</i>	71,9	73,9	75,2	76,1
<i>Endonezya</i>	66,2	67,1	68,1	69,1
<i>Fransa</i>	79,1	80,1	81,6	82,3
<i>Güney Afrika</i>	56,3	52,5	55,8	61,9
<i>Güney Kore</i>	75,9	78,1	80,1	82,1
<i>Hindistan</i>	62,5	64,5	66,6	68,3
<i>İtalya</i>	79,7	80,7	82,1	82,5
<i>Japonya</i>	81,1	81,9	82,8	83,7
<i>Kanada</i>	79,1	80,1	81,2	81,9
<i>Meksika</i>	74,3	75,3	76,1	76,9
<i>Rusya</i>	65,4	65,5	68,8	71,1
<i>Suudi Arabistan</i>	72,4	73,1	73,5	74,4
<i>Türkiye</i>	70,1	72,4	74,1	75,4
<i>G20 Ortalaması</i>	73,1	74,1	75,5	76,8
<i>OECD Ortalaması</i>	76,8	78	79,4	80,4
<i>Dünya Ortalaması</i>	67,5	68,9	70,5	71,9

Tablo 5’ te beklenen yaşam süresi dönemler içinde artış trendini sürdürdüğü görülmektedir. Beklenen yaşam süresi sıralaması bakımından ise sağlık sistemlerinin dağılımı yine bebek ve anne ölüm hızında olduğu gibi kötü durumda olan ülkeler Hindistan, Endonezya ve Güney Afrika’ dır (Serbest Piyasa Sağlık Sistemi). 2000 yılında en düşük olan Güney Afrika’ da beklenen yaşam süresi 56,3 iken yine 2015’te en düşük olan Güney Afrika’ da yaşam beklentisi 61,9 olmuştur. Yani 19 ülke içinde yıllar içinde son sırada yer almasına rağmen yaşam beklentisinde artış gerçekleşmiştir. Türkiye de ise 2000 yılında 70,1; 2005 yılında 72,4; 2010 yılında 74,1 ve son olarak 2015 yılında 75,4 olarak düzenli olarak artış olduğu görülmektedir.

4.1.4. Doğurganlık Oranı

Doğum veya doğurganlık oranı, doğurganlık ve ölüm oranları sabit kalması şartıyla bir kadının üreme sırasında doğurduğu ortalama çocuk sayısını da ifade etmektedir. Doğurganlığın azalışı, anne ve bebek sağlığı bakımından olumsuz etkilenilmesini önleyebilir bir durum olarak değerlendirilebilmektedir. Fakat gelecek projeksiyonları kapsamında doğurganlık oranı ve bu nedenle nüfusu azalan ile yaşlı nüfusu artan ülkelerin

nüfusa sahip ülkeler sağlık stratejilerini revize etmeleri gerekmektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106).

Tablo 6: G20 Ülkelerinin Doğurganlık Oranı

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	<i>2,05</i>	<i>2,05</i>	<i>1,93</i>	<i>1,84</i>
<i>Almanya</i>	<i>1,38</i>	<i>1,34</i>	<i>1,39</i>	<i>1,51</i>
<i>Arjantin</i>	<i>2,56</i>	<i>2,45</i>	<i>2,37</i>	<i>2,31</i>
<i>Avustralya</i>	<i>1,75</i>	<i>1,81</i>	<i>1,82</i>	<i>1,81</i>
<i>Birleşik Krallık</i>	<i>1,64</i>	<i>1,76</i>	<i>1,92</i>	<i>1,81</i>
<i>Brezilya</i>	<i>2,31</i>	<i>1,97</i>	<i>1,81</i>	<i>1,74</i>
<i>Çin</i>	<i>1,49</i>	<i>1,56</i>	<i>1,59</i>	<i>1,61</i>
<i>Endonezya</i>	<i>2,51</i>	<i>2,51</i>	<i>2,48</i>	<i>2,38</i>
<i>Fransa</i>	<i>1,89</i>	<i>1,94</i>	<i>2,03</i>	<i>1,96</i>
<i>Güney Afrika</i>	<i>2,82</i>	<i>2,67</i>	<i>2,58</i>	<i>2,48</i>
<i>Güney Kore</i>	<i>1,46</i>	<i>1,07</i>	<i>1,22</i>	<i>1,23</i>
<i>Hindistan</i>	<i>3,31</i>	<i>2,96</i>	<i>2,61</i>	<i>2,35</i>
<i>İtalya</i>	<i>1,26</i>	<i>1,34</i>	<i>1,46</i>	<i>1,35</i>
<i>Japonya</i>	<i>1,35</i>	<i>1,26</i>	<i>1,39</i>	<i>1,45</i>
<i>Kanada</i>	<i>1,48</i>	<i>1,54</i>	<i>1,62</i>	<i>1,56</i>
<i>Meksika</i>	<i>2,71</i>	<i>2,49</i>	<i>2,34</i>	<i>2,21</i>
<i>Rusya</i>	<i>1,19</i>	<i>1,29</i>	<i>1,56</i>	<i>1,77</i>
<i>Suudi Arabistan</i>	<i>3,97</i>	<i>3,41</i>	<i>2,96</i>	<i>2,57</i>
<i>Türkiye</i>	<i>2,53</i>	<i>2,27</i>	<i>2,15</i>	<i>2,07</i>
<i>G20 Ortalaması</i>	<i>2,07</i>	<i>1,98</i>	<i>1,95</i>	<i>1,89</i>
<i>OECD Ortalaması</i>	<i>1,65</i>	<i>1,5</i>	<i>1,73</i>	<i>1,67</i>
<i>Dünya Ortalaması</i>	<i>2,69</i>	<i>2,58</i>	<i>2,51</i>	<i>2,45</i>

Tablo 6 da görüldüğü gibi ortalama doğurganlık oranı zaman içinde azalmaktadır. Ayrıca yıllar geçtikçe doğurganlık oranı 1,5 ile 2,5 arasındaki ülke sayısının artış gösterdiği görülmektedir. Aynı şekilde Türkiye de doğurganlık oranı 2000 yılında 2,53; 2005 yılında 2,27; 2010 yılında 2,15 ve 2015 yılında 2,07 olup 15 yıllık süreçte logaritmik artış gösterdiği görülmektedir. Ülkelerin yaşam şartlarının değişimi, yaşlı nüfusta artış sağlanmasına ve doğurganlık oranlarında ise azalış meydana gelebilmektedir.

Dünya genelinde yıllık ortalama doğurganlık hızının azalmasında insanların eğitim seviyesinin artması, ekonomik olarak daha rahat yaşama isteği, çok çocuk sahibi olmanın bir güç olmaktan çıkması, fazla çocuk sahibi olmak yerine az ve iyi yetiştirilmiş çocuk sahibi olup onlara daha kaliteli ve sağlıklı yaşam sağlama isteği etkili olmaktadır (Kırımlı, 2019: 134-135).

4.2. Demografik Göstergeler Açısından G20 Ülkeleri Karşılaştırması

4.2.1. Nüfus

Nüfus sayısını göz önünde bulundurmak doğurganlık oranı ve nüfus artışı ile yakından bağlantılıdır. Çünkü sağlık sistemleri, sağlığın çeşitli belirleyicilerinden biridir ve yüksek performanslı sağlık sistemleri, toplumların sağlığını iyileştirebilir (Zakus ve Bhattacharyya, 2007:279). Nüfus ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki sağlık hizmetleri ve sunucuları planlama faaliyetlerine katkı sağlaması, ülke sağlık seviyesinin tanımlanması, sağlık hizmeti ile nüfustaki artış arasında doğrudan bir bağ olması şeklinde açıklanabilmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 55).

Tablo 7: G20 Ülkelerinin Nüfusu

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	<i>282,1</i>	<i>295,5</i>	<i>309,3</i>	<i>320,7</i>
<i>Almanya</i>	<i>82,2</i>	<i>82,4</i>	<i>81,7</i>	<i>81,6</i>
<i>Arjantin</i>	<i>36,8</i>	<i>38,8</i>	<i>40,7</i>	<i>43,1</i>
<i>Avustralya</i>	<i>19,1</i>	<i>20,3</i>	<i>22,1</i>	<i>23,8</i>
<i>Birleşik Krallık</i>	<i>58,8</i>	<i>60,4</i>	<i>62,7</i>	<i>65,1</i>
<i>Brezilya</i>	<i>174,7</i>	<i>186,1</i>	<i>195,7</i>	<i>204,4</i>
<i>Çin</i>	<i>1.263,1</i>	<i>1.304,2</i>	<i>1.338,4</i>	<i>1.371,8</i>
<i>Endonezya</i>	<i>211,5</i>	<i>226,2</i>	<i>241,8</i>	<i>258,3</i>
<i>Fransa</i>	<i>60,9</i>	<i>63,1</i>	<i>65,1</i>	<i>66,5</i>
<i>Güney Afrika</i>	<i>44,9</i>	<i>47,8</i>	<i>51,2</i>	<i>55,3</i>
<i>Güney Kore</i>	<i>47</i>	<i>48,1</i>	<i>49,5</i>	<i>51</i>
<i>Hindistan</i>	<i>1.057,1</i>	<i>1.148,3</i>	<i>1.234,7</i>	<i>1.315,1</i>
<i>İtalya</i>	<i>56,9</i>	<i>57,9</i>	<i>59,2</i>	<i>60,7</i>
<i>Japonya</i>	<i>126,8</i>	<i>127,7</i>	<i>128,1</i>	<i>127,1</i>
<i>Kanada</i>	<i>30,6</i>	<i>32,2</i>	<i>34,1</i>	<i>35,7</i>
<i>Meksika</i>	<i>98,8</i>	<i>106,1</i>	<i>114,1</i>	<i>121,8</i>
<i>Rusya</i>	<i>146,5</i>	<i>143,5</i>	<i>142,8</i>	<i>144,1</i>
<i>Suudi Arabistan</i>	<i>20,6</i>	<i>23,8</i>	<i>27,4</i>	<i>31,7</i>
<i>Türkiye</i>	<i>63,2</i>	<i>67,9</i>	<i>72,3</i>	<i>78,5</i>
<i>G20 Ortalaması</i>	<i>204,3</i>	<i>214,8</i>	<i>224,8</i>	<i>234,5</i>

Tablo 7' ye göre G20 organizasyonunda bulunan ülkelerin nüfusu incelendiği zaman 2000 yılında nüfusu 50 milyondan az olan ülke sayısı 6 iken 50 milyon ile 150 milyon arasında 8 ülke; 150 milyondan fazla olan ülke sayısı da 5' tir. 2015 yılında nüfusu 50 milyondan az olan ülke sayısı 4; 50 milyon ile 150 arasında olan 10 ülke; 150 milyondan fazla olan ülke sayısı da 5 olmuştur. Buna göre incelenen tüm ülkelerde yıllar içinde nüfusun arttığı görülmektedir. Aynı şekilde Türkiye nüfusunun sürekli arttığı ve dönemler içinde 50 milyon ile 150 milyon arasında olan ülkelere dahildir.

Yaşam kalitesinin geliştirilmesi, daha kaliteli sağlık hizmetleri ve daha olanaklı eğitime erişim sağlamak, doğumda beklenen yaşam süresinin artması nüfusun artışına sebebiyet veren ana faktörlerdir (Çelebi ve Cura, 2013: 56).

4.2.2. Nüfus Artış Hızı

Nüfus artışının değeri doğum ve ölüm oranlarının yardımı ile kolaylıkla belirlenebilmektedir. Öyle ki doğum oranından ölüm oranının çıkarılması sonucu ortaya çıkan nüfus artış hızını belirtmektedir (Gümüş, 1992: 181).

Tablo 8: G20 Ülkelerinin Nüfus Artış Hızı

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	<i>1,1</i>	<i>0,9</i>	<i>0,8</i>	<i>0,7</i>
<i>Almanya</i>	<i>0,1</i>	<i>-0,05</i>	<i>-0,1</i>	<i>0,8</i>
<i>Arjantin</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>0,7</i>	<i>1,1</i>
<i>Avustralya</i>	<i>1,1</i>	<i>1,3</i>	<i>1,5</i>	<i>1,4</i>
<i>Birleşik Krallık</i>	<i>0,3</i>	<i>0,6</i>	<i>0,7</i>	<i>0,7</i>
<i>Brezilya</i>	<i>1,4</i>	<i>1,1</i>	<i>0,9</i>	<i>0,8</i>
<i>Çin</i>	<i>0,7</i>	<i>0,5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,5</i>
<i>Endonezya</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>	<i>1,2</i>
<i>Fransa</i>	<i>0,6</i>	<i>0,7</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>
<i>Güney Afrika</i>	<i>1,4</i>	<i>1,2</i>	<i>1,4</i>	<i>1,5</i>
<i>Güney Kore</i>	<i>0,8</i>	<i>0,2</i>	<i>0,4</i>	<i>0,5</i>
<i>Hindistan</i>	<i>1,7</i>	<i>1,5</i>	<i>1,3</i>	<i>1,1</i>
<i>İtalya</i>	<i>0,04</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>-0,09</i>
<i>Japonya</i>	<i>0,1</i>	<i>0,009</i>	<i>0,01</i>	<i>-0,1</i>
<i>Kanada</i>	<i>0,9</i>	<i>0,9</i>	<i>1,1</i>	<i>0,7</i>
<i>Meksika</i>	<i>1,4</i>	<i>1,4</i>	<i>1,4</i>	<i>1,2</i>
<i>Rusya</i>	<i>-0,4</i>	<i>-0,3</i>	<i>0,04</i>	<i>0,1</i>
<i>Suudi Arabistan</i>	<i>2,2</i>	<i>2,9</i>	<i>2,9</i>	<i>2,5</i>
<i>Türkiye</i>	<i>1,5</i>	<i>1,3</i>	<i>1,4</i>	<i>1,6</i>
<i>G20 Ortalaması</i>	<i>0,91</i>	<i>0,89</i>	<i>0,88</i>	<i>0,86</i>
<i>OECD Ortalaması</i>	<i>0,7</i>	<i>0,7</i>	<i>0,73</i>	<i>0,53</i>
<i>Dünya Ortalaması</i>	<i>1,32</i>	<i>1,24</i>	<i>1,20</i>	<i>1,17</i>

Tablo 8' e göre 2000 yılında nüfus artış hızı az olan 5 ülke Japonya, Almanya, Çin, Rusya ve Güney Kore olduğu görülmektedir. İncelenen yıllar itibarıyla sağlık sistemleri açısından dönem içinde Brezilya, Japonya ve İtalya gibi ülkelerde düşüş gösterse de genel olarak nüfus artış hızı pozitif yönde gerçekleşmiştir. Türkiye için 2000 yılında nüfus artış hızı %1,5; 2005 yılında %1,3; 2010 yılında %1,4 ve 2015 yılında %1,6 olarak pozitif yönelimli gerçekleştiği görülmektedir. Ülkelerde nüfus artışı sağlık hizmet talebinin, sağlık harcamalarının artması anlamında ve bununla birlikte sağlıkta altyapı seviyelerinin yükseltilmesi ihtiyaç olan bir durumun meydana gelmesi demektir.

4.2.3. Hekim Sayısı

Sağlık harcamalarının nereye yapıldığıyla ilgili önemli boyutlardan biri olan sağlıkta insan gücü düzeyi, sağlık göstergelerini etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır. Sağlıkta insan gücünün en belirgin konularından biri hekim sayısı, en çok kullanılan ölçütüyle her 1.000 kişiye düşen hekim sayısıdır (Ülgener, 1991: 17). Açık olarak; hizmetler dolayısıyla ihtiyaçlarının karşılanması ya da GSS ile aile hekimliği hizmetleri oluşturulması politikalarının uygulanmaya alınması için kalite seviyesini geliştirmeleri gerektiğinde hekim sayısı artışı doğru öngörü olarak kabul edilmektedir (OECD, 2008: 117-118).

Tablo 9: G20 Ülkelerinin Hekim Sayısı (1.000 kişi başına)

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	2,2	2,4	2,5	2,6
<i>Almanya</i>	3,2	3,4	3,7	4,1
<i>Arjantin</i>	3,1	3,2	3,2	4
<i>Avustralya</i>	2,4	2,7	3,2	3,5
<i>Birleşik Krallık</i>	1,9	2,4	2,6	2,7
<i>Brezilya</i>	1,3	1,6	1,8	2,1
<i>Çin</i>	1,2	1,2	1,4	1,8
<i>Endonezya</i>	0,1	0,1	0,1	0,3
<i>Fransa</i>	3,2	3,3	3,2	3,3
<i>Güney Afrika</i>	0,5	0,7	0,7	0,8
<i>Güney Kore</i>	1,3	1,6	2	2,2
<i>Hindistan</i>	0,5	0,6	0,7	0,7
<i>İtalya</i>	3,4	3,7	3,8	3,8
<i>Japonya</i>	1,9	2	2,2	2,4
<i>Kanada</i>	2,1	2,1	2,3	2,6
<i>Meksika</i>	1,5	1,7	2	2,3
<i>Rusya</i>	4,6	4,8	5	3,9
<i>Suudi Arabistan</i>	0,7	1,3	2,3	2,5
<i>Türkiye</i>	1,3	1,4	1,7	1,8
<i>G20 Ortalaması</i>	1,9	2,1	2,3	2,5
<i>OECD Ortalaması</i>	2,7	2,9	3,2	3,4
<i>Dünya Ortalaması</i>	1,2	-	-	1,5

Tablo 9' a göre 2015 yılında her 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1'in altında olan Özel Sağlık Sigortası Sistemi uygulayıcı ülkeler Güney Afrika, Endonezya ve Hindistan olmuştur. Rusya hariç sağlık sistemleri açısından dönem içinde genel olarak hekim sayıları pozitif yönde artış gerçekleşmiştir. Türkiye için 2000 yılında her 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1,3; 2005 yılında 1,4; 2010 yılında 1,7 ve 2015 yılında 1,8 olarak artış az olsa da pozitif yönde gerçekleşmiştir. Ayrıca sağlık sistemleri açısından Bismarck ve Beveridge Sağlık Sistemleri uygulayıcıları ülkeler G20 ülkelerinde hekim yoğunluğu

ABD hariç Özel Sağlık Sigortası Sistemi' ne sahip ülkelere göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

4.2.4. Toplam Yatak Kapasitesi

Sağlık harcamalarına yol açan ve en önemli sağlık yatırımları arasında yer alması itibarıyla sağlık harcamalarının önemli bir göstergesi olarak “toplam yatak kapasitesi” ile temel sağlık göstergeleri ilişkisi de önemlidir. Doğum ve 60 yaş itibarıyla beklenen yaşam süresi ile 1.000 kişiye düşen yatak sayısı arasındaki ilişkilerin incelenmesi konusunda önem teşkil eden bir göstergedir (Ülgener, 1991: 18).

Tablo 10: G20 Ülkelerinin Toplam Yatak Kapasitesi (1.000 kişi başına)

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	3,5	3,2	3	2,8
<i>Almanya</i>	9,1	8,4	8,2	8,1
<i>Arjantin</i>	4,1	4	4,5	5
<i>Avustralya</i>	4	3,9	3,7	3,8
<i>Birleşik Krallık</i>	4	3,7	2,9	2,6
<i>Brezilya</i>	2,8	2,5	2,3	2,2
<i>Çin</i>	1,6	1,8	2,4	3,8
<i>Endonezya</i>	0,6	0,6	0,7	0,9
<i>Fransa</i>	7,9	7,2	6,4	6,1
<i>Güney Afrika</i>	3,1	2,9	2,3	2,7
<i>Güney Kore</i>	4,6	5,9	8,7	11,6
<i>Hindistan</i>	0,6	0,4	0,4	0,6
<i>İtalya</i>	4,7	4	3,6	3,2
<i>Japonya</i>	14,6	14	13,5	13,1
<i>Kanada</i>	3,7	3,1	2,7	2,6
<i>Meksika</i>	1,7	1,6	1,5	1,3
<i>Rusya</i>	11,4	11	9,4	8,3
<i>Suudi Arabistan</i>	2,3	2,3	2,2	2,7
<i>Türkiye</i>	2,1	2,5	2,7	2,6
<i>G20 Ortalaması</i>	4,5	4,3	4,2	4,4
<i>OECD Ortalaması</i>	7,3	7,9	8,5	8,9
<i>Dünya Ortalaması</i>	2,6	2,8	2,7	-

Tablo 10' a göre toplam yatak kapasitesi değerlendirildiğinde; 2000 yılında her 1000 kişiye düşen yatak sayısı 2' nin altında olan ülkeler Serbest Piyasa Sağlık Sistemi uygulayıcıları Çin, Endonezya, Meksika ve Hindistan olmuştur. 2015 yılı itibarıyla sağlık sistemleri açısından dönem içinde 2005 yılında 4' ün üstü olan ülkelerde azalış olsa da genel olarak yatak sayıları artış göstermiştir. Ayrıca Refah Yönelimli Sağlık Sistemi (Bismarck) uygulayıcıları Almanya, Japonya, Fransa, Rusya, Güney Kore ve Arjantin gibi ülkeler diğer sağlık sistemini uygulayan ülkelere göre yatak sayıları daha fazladır.

Türkiye için 2000 yılında her 1000 kişiye düşen yatak sayısı 2,1; 2005 yılında 2,5; 2010 yılında 2,7 ve 2015 yılında 2,6 olarak artış az olsa da pozitif yönde gerçekleşmiştir.

4.3. Ekonomik Göstergeler Açısından G20 Ülkeleri Karşılaştırması

4.3.1. Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

Gayri Safi Milli Hasıla, milleti oluşturan kişilerin genellikle bir yıl içinde olarak hesaplanan ortaya çıkardıkları malların ve hizmetlerin toplam değeridir. GSMH hesaplamalarında ülke vatandaşlığının esas alınması nedeniyle GSYİH' den ayrılmaktadır. GSYİH, ülke sınırları dahilinde faaliyetlerini yürüten ülke vatandaşı olmaksızın ortaya çıkarılan malları ve hizmetleri kapsamaktadır (Ekinci, 2019: 105-106).

Tablo 11: G20 Ülkelerinin Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hasılası (ABD doları)

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	<i>36334</i>	<i>44114</i>	<i>48466</i>	<i>56803</i>
<i>Almanya</i>	<i>23718</i>	<i>34696</i>	<i>41785</i>	<i>41394</i>
<i>Arjantin</i>	<i>7708</i>	<i>5109</i>	<i>10385</i>	<i>13789</i>
<i>Avustralya</i>	<i>21679</i>	<i>33997</i>	<i>52022</i>	<i>56748</i>
<i>Birleşik Krallık</i>	<i>27987</i>	<i>41803</i>	<i>39079</i>	<i>44472</i>
<i>Brezilya</i>	<i>3749</i>	<i>4790</i>	<i>11286</i>	<i>8814</i>
<i>Çin</i>	<i>959</i>	<i>1753</i>	<i>4550</i>	<i>8033</i>
<i>Endonezya</i>	<i>780</i>	<i>1263</i>	<i>3122</i>	<i>3331</i>
<i>Fransa</i>	<i>22364</i>	<i>34760</i>	<i>40638</i>	<i>36613</i>
<i>Güney Afrika</i>	<i>3032</i>	<i>5381</i>	<i>7328</i>	<i>5733</i>
<i>Güney Kore</i>	<i>11947</i>	<i>18639</i>	<i>22086</i>	<i>27105</i>
<i>Hindistan</i>	<i>443</i>	<i>714</i>	<i>1357</i>	<i>1605</i>
<i>İtalya</i>	<i>20051</i>	<i>31959</i>	<i>35849</i>	<i>30170</i>
<i>Japonya</i>	<i>38532</i>	<i>37217</i>	<i>44507</i>	<i>34524</i>
<i>Kanada</i>	<i>24190</i>	<i>36266</i>	<i>47450</i>	<i>43495</i>
<i>Meksika</i>	<i>7157</i>	<i>8277</i>	<i>9271</i>	<i>9605</i>
<i>Rusya</i>	<i>1771</i>	<i>5323</i>	<i>10674</i>	<i>9313</i>
<i>Suudi Arabistan</i>	<i>9171</i>	<i>13791</i>	<i>19262</i>	<i>20627</i>
<i>Türkiye</i>	<i>4316</i>	<i>7384</i>	<i>10672</i>	<i>10948</i>
<i>G20 Ortalaması</i>	<i>13994</i>	<i>19328</i>	<i>24199</i>	<i>24374</i>
<i>OECD Ortalaması</i>	<i>23258</i>	<i>28853</i>	<i>34790</i>	<i>41261</i>
<i>Dünya Ortalaması</i>	<i>5491</i>	<i>7287</i>	<i>9538</i>	<i>10217</i>

Tablo 11 değerlendirildiğinde 2015 yılında kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılası 9000 ABD Doları altında olan ülkeler Serbest Piyasa Sağlık Sistemi uygulayıcıları Çin, Hindistan, Brezilya, Endonezya ve Güney Afrika olmuştur. 2015 yılına kadar genellikle artış olsa da 2015 yılında Kanada, Fransa, İtalya, Brezilya, Rusya ve Güney Afrika gibi ülkelerde düşüş göstermiştir. Türkiye için 2000 yılında kişi başına

düşen gayri safi yurtiçi hasıla 4316; 2005 yılında 7384; 2010 yılında 10672 ve 2015 yılında 2010 yılına göre artış az da olsa 10948 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir.

4.3.2. Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Büyüme Hızı

Ekonomik büyüme çerçevesinde ekonominin üretim hacminde dönemler dolayısı ile meydana gelen artışlar olarak tanımlanabilmektedir. Bir ülkede üretim kapasitesindeki artış göstergelerinden biri de GSYİH’deki değişimlerdir (Ekinci, 2019:105-106). Gayri safi yurtiçi hasılanın büyüme bir önceki yıla göre ne kadar büyüme gerçekleştirdiğinin göstergesidir.

Tablo 12: G20 Ülkelerinin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Büyüme Hızı

Ülkeler	2000	2005	2010	2015
<i>ABD</i>	4,1	3,5	2,5	2,8
<i>Almanya</i>	2,9	0,7	4,1	1,7
<i>Arjantin</i>	-0,7	8,8	10,1	2,7
<i>Avustralya</i>	3,9	3,2	2,1	2,3
<i>Birleşik Krallık</i>	3,4	3,1	1,7	2,3
<i>Brezilya</i>	4,3	3,2	7,5	-3,5
<i>Çin</i>	8,4	11,3	10,6	6,9
<i>Endonezya</i>	4,9	5,6	6,2	4,8
<i>Fransa</i>	3,9	1,6	1,9	1,1
<i>Güney Afrika</i>	4,2	5,2	3,1	1,2
<i>Güney Kore</i>	8,9	3,9	6,4	2,7
<i>Hindistan</i>	3,8	7,9	8,4	7,9
<i>İtalya</i>	3,7	0,9	1,6	0,9
<i>Japonya</i>	2,7	1,6	4,1	1,2
<i>Kanada</i>	5,1	3,2	3,1	0,6
<i>Meksika</i>	4,9	2,3	5,1	3,2
<i>Rusya</i>	10	6,4	4,5	-2,3
<i>Suudi Arabistan</i>	5,6	5,5	5,1	4,1
<i>Türkiye</i>	6,6	9,1	8,4	6,1
G20 Ortalaması	5,4	4,5	5,1	2,4
OECD Ortalaması	4,1	2,9	3	2,6
Dünya Ortalaması	4,3	3,8	4,2	2,8

Tablo 12’ye göre 2015 yılında %6 üstü gayri safi yurtiçi hasıla büyüme hızına sahip olan ülkeler Çin, Hindistan ve Türkiye’dir. Ayrıca 2010 yılına kadar pozitif artış olarak gerçekleşmiş ve 2015 yılı itibarıyla incelenen 19 ülkeden 13’ünde büyüme logaritmik artış olarak gerçekleşmiştir. Brezilya ve Rusya’da ise 2015 yılı gayri safi yurtiçi hasıla büyüme hızı eksi olarak gerçekleşmiştir.

4.3.3. Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı

GSYİH, belirgin bir zaman aralığında, ülkenin sınırları içerisinde üretilen nihai mal ve hizmetlerin bütününe para birimi olarak karşılığında değerleri toplamıdır. GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları ise; üretilen mal ve hizmetin değer karşılığı içerisinde sağlık harcamalarına ayrılan kısımdır (Özata Yamaç, 2016: 78).

Dünya görülen sağlık harcamalarının GSMH içerisindeki payının kademeli artışı, ülkeleri tedbirler almaya zorlamanın yanı sıra sağlık sistemlerinin maliyet-etkin şekilde çalışmasına yöneltmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri piyasasının özellikleri ve halkın sağlık sorunları, diğer bütün kesimleri olumsuz etkileyebileceği için, bu piyasalarda düzenleyici olarak bulunmakta oldukça zor olması ile hem mevcut süreç hem de tüm ülkelerin gelecekte karşılaşmaları muhtemel mali baskılar da dolayısıyla sağlık sistemlerinin kaynaklarının yönetiminde etkinliği artırmalarına yönelik önlemler almak zorunda bırakılmaktadır (Kısa, 2012: 68).

Tablo 13: G20 Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Oranı

<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	12,5	14,6	16,3	16,7
<i>Almanya</i>	9,8	10,2	11,1	11,1
<i>Arjantin</i>	8,4	7,6	8,6	8,7
<i>Avustralya</i>	7,6	7,9	8,4	9,3
<i>Birleşik Krallık</i>	5,9	7,1	8,4	9,6
<i>Brezilya</i>	8,3	8,1	7,9	8,8
<i>Çin</i>	4,5	4,1	4,1	4,9
<i>Endonezya</i>	1,9	2,5	2,9	3,1
<i>Fransa</i>	9,5	10,2	11,2	11,4
<i>Güney Afrika</i>	7,4	6,7	7,4	8,2
<i>Güney Kore</i>	4	4,9	6,2	7
<i>Hindistan</i>	4,1	3,9	3,3	3,5
<i>İtalya</i>	7,5	8,3	8,9	8,9
<i>Japonya</i>	7,1	7,7	9,1	10,8
<i>Kanada</i>	8,2	9,1	10,7	10,5
<i>Meksika</i>	4,4	5,8	5,9	5,7
<i>Rusya</i>	5,1	4,7	4,9	5,2
<i>Suudi Arabistan</i>	4,2	3,4	3,6	5,9
<i>Türkiye</i>	4,6	4,9	5,1	4,1
<i>G20 Ortalaması</i>	6,5	6,9	7,5	8
<i>OECD Ortalaması</i>	7,2	7,9	8,7	8,8
<i>Dünya Ortalaması</i>	8,6	9,3	9,5	9,8

Tablo 13’ te sağlık harcamalarının GSYİH’ ye oranı 2000 yılından 2015 yılına kadar artış olduğu %7 üstü olan ülke sayılarındaki artışlardan görülmektedir. Türkiye için 2000 yılında %4,6 iken 2015 yılında ise %4,1 olarak düşmüştür. Ancak çoğu ülkedeki sağlık harcamalarının GSYİH’ ye oranında pek bir değişiklik olmamıştır.

Sağlık harcamalarının GSYİH’ ye oranı açısından ülkeler incelendiğinde, 2000-2015 yılları arasında gerçekleşen kişi başına düşen GSYİH’ deki sıralamaya ve demografik değişkenlerdeki dağılımına benzer şekilde aynı ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar önceki dönemlere kıyasla görece artmıştır. Seçilen ülkelerdeki dönem ortalamaları bakımından toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ ye oranının artması dolayısıyla diğer etkinlik göstergelerinde de istisnaların olması haricinde genel itibarıyla pozitif değişimin olduğu bir yönelim gerçekleşmiştir.

4.3.4. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması

Ekonomik olarak etkinlik seviyesinin ne miktarda sağlığa yansımalarının ortaya koyulması ile sağlık hizmetleri kalitesinin artması vesilesi ile refah düzeyi artması arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması hedefiyle toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ ye oranı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları göstergeleri seçilmiştir.

Tablo 14: G20 Ülkelerinin Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (ABD doları)

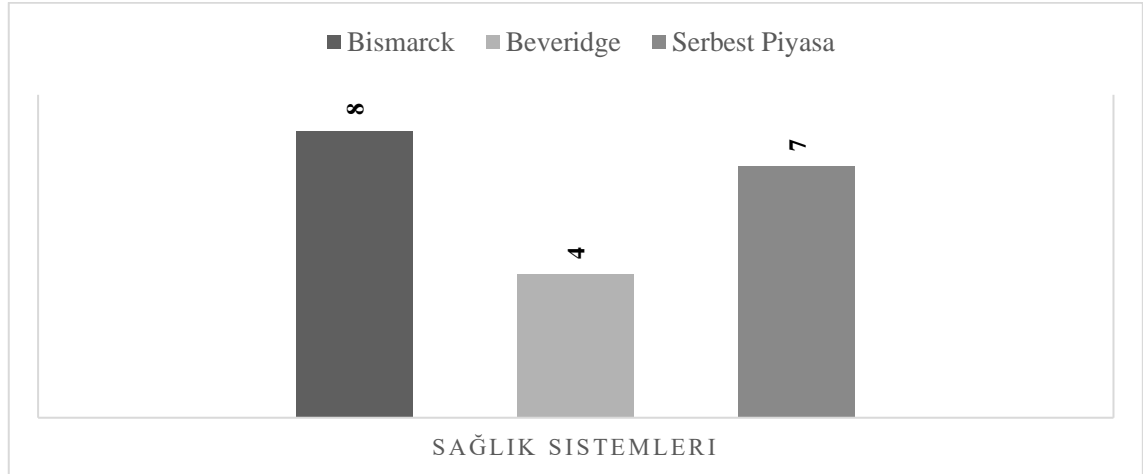
<i>Ülkeler</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>
<i>ABD</i>	<i>4557</i>	<i>6443</i>	<i>7939</i>	<i>9505</i>
<i>Almanya</i>	<i>2889</i>	<i>3421</i>	<i>4412</i>	<i>5291</i>
<i>Arjantin</i>	<i>705</i>	<i>390</i>	<i>890</i>	<i>1298</i>
<i>Avustralya</i>	<i>2154</i>	<i>2872</i>	<i>3595</i>	<i>4381</i>
<i>Birleşik Krallık</i>	<i>1561</i>	<i>2318</i>	<i>2871</i>	<i>3703</i>
<i>Brezilya</i>	<i>539</i>	<i>662</i>	<i>987</i>	<i>1279</i>
<i>Çin</i>	<i>95</i>	<i>170</i>	<i>352</i>	<i>641</i>
<i>Endonezya</i>	<i>61</i>	<i>112</i>	<i>213</i>	<i>278</i>
<i>Fransa</i>	<i>2686</i>	<i>3265</i>	<i>4048</i>	<i>4676</i>
<i>Güney Afrika</i>	<i>504</i>	<i>613</i>	<i>865</i>	<i>1075</i>
<i>Güney Kore</i>	<i>726</i>	<i>1142</i>	<i>1890</i>	<i>2488</i>
<i>Hindistan</i>	<i>86</i>	<i>117</i>	<i>146</i>	<i>194</i>
<i>İtalya</i>	<i>2029</i>	<i>2504</i>	<i>3103</i>	<i>3129</i>
<i>Japonya</i>	<i>1851</i>	<i>2471</i>	<i>3170</i>	<i>4517</i>
<i>Kanada</i>	<i>2451</i>	<i>3292</i>	<i>4167</i>	<i>4551</i>
<i>Meksika</i>	<i>506</i>	<i>761</i>	<i>927</i>	<i>1075</i>
<i>Rusya</i>	<i>447</i>	<i>704</i>	<i>1205</i>	<i>1425</i>
<i>Suudi Arabistan</i>	<i>276</i>	<i>340</i>	<i>435</i>	<i>851</i>
<i>Türkiye</i>	<i>432</i>	<i>588</i>	<i>843</i>	<i>1040</i>
<i>G20 Ortalaması</i>	<i>1292</i>	<i>1693</i>	<i>2213</i>	<i>2705</i>
<i>OECD Ortalaması</i>	<i>1761</i>	<i>2429</i>	<i>3177</i>	<i>3633</i>
<i>Dünya Ortalaması</i>	<i>472</i>	<i>680</i>	<i>907</i>	<i>1001</i>

Tablo 14’ te G20 ülkelerinin GSYİH’ lerinden sağlık harcamaları için vatandaşlarına ayrılan miktarları göstermektedir. 2015 yılı için ilk sırada yer alan ABD vatandaşlarına sağlık harcamaları için kişi başı ortalama 9505 ABD Doları ayırmıştır. 2015 yılına ilişkin G20 ülkeleri içinde en az kişi başı toplam sağlık harcaması gerçekleştiren ülkeler ise Çin, Hindistan, Endonezya ve Suudi Arabistan’ dır. Türkiye için 2000 yılında 432 iken 2015 yılında ise 1040 olarak yükselmiştir.

4.4. Sağlık Sistemleri Açısından G20 Ülkeleri İncelemesi

19 ülkenin sağlık sistemi açısından, Roemer’ in sınıflandırmasına göre oluşan dört kategoriden Sosyalist Sağlık Sistemi uygulayıcısı olmadığı için üç kategori de sınıflandırma izlenecektir. Ülkelerin sağlık sistemlerini çeşitli başlıklar altında gruplandıran çalışma olan Milton I. Roemer sınıflandırması, en yaygın ve bilenenlerden biridir. Bu çalışmada, bu sınıflandırma kullanılmaktadır. Roemer "Dünyanın Ulusal Sağlık Sistemi" (1991) ile "Ekonomik Seviye ve Sağlık Sistemi Politikaları, Ülkelerin Sağlık Sistemi Tipleri" (1993) adlı çalışmalarında; Serbest Sağlık Sistemi, Refah Yönelimli Sağlık Sistemi, Ulusal ve Genel Sağlık Sistemleri, Sosyalist Sağlık Sistemi olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır ve her grup için ekonomik seviyesi (kişi başına düşen GSYİH) olarak sınıflandırılmaktadır (Sargutan, 2005: 412).

Grafik 1: Sağlık Sistemi Sınıflandırmasına Göre G20 Ülkeleri



Grafikte 1 de görüldüğü gibi Dünya Bankası' na göre, G20 organizasyonunda bulunan 19 ülkenin %37' sinin sağlık sistemini toplam sağlık harcamalarında özel sektör katılımının %60' dan fazla olan ülkeler Amerika Birleşik Devletleri, Güney Afrika, Brezilya, Çin, Meksika, Endonezya ve Hindistan olmak üzere 7 ülkeyi Özel Sağlık Sigortası/Serbest Piyasa Sağlık Sistemi' ni uygulayan ülkeler olarak tanımlamaktadır. 19

ülkenin %42' sinin toplam sağlık harcamalarında devletin katılımının %60' tan fazla olduğu Almanya, Fransa, Japonya, Kanada, Güney Kore, Arjantin, Türkiye ve Rusya olmak üzere 8 ülkeyi ise Refah Yönelimli Sağlık Sistemi/Bismarck Sistemi' ni uygulayan ülkeler olarak tanımlamaktadır. 19 ülkenin %21' inin toplam sağlık harcamalarında devletin katılımının %90' dan fazla olduğu Avustralya, Birleşik Krallık, İtalya, Suudi Arabistan olmak üzere 4 ülkeyi ise Ulusal Sağlık Sistemi/Beveridge Sistemi' ni uygulayan ülkeler olarak tanımlamaktadır. Sosyalist Sağlık Sistemi' ni uygulayan G20 ülkesi bulunmadığı için grafikte gösterilmemiştir.

Bu bağlamda Türkiye' nin 2017 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamalarında devlet katılım payının %78 gerçekleşmesi Refah Yönelimli Sağlık Sistemi/Bismarck Sistemi' ni uygulayan bir ülke olduğunu göstermektedir. Genel olarak ülke ekonomisi büyüdükçe, sağlık sisteminin Bismarck ve Beveridge modellerine geçiş olarak uygulama eğilimi artmaktadır. Bismarck ve Beveridge finansman sistemine erişiminin amacı sağlık hizmetlerinin genel düzeyini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan mali yükü azaltmaktır.

4.5. Sağlık Göstergelerinin Ekonomik ve Demografik Değerlendirmesi

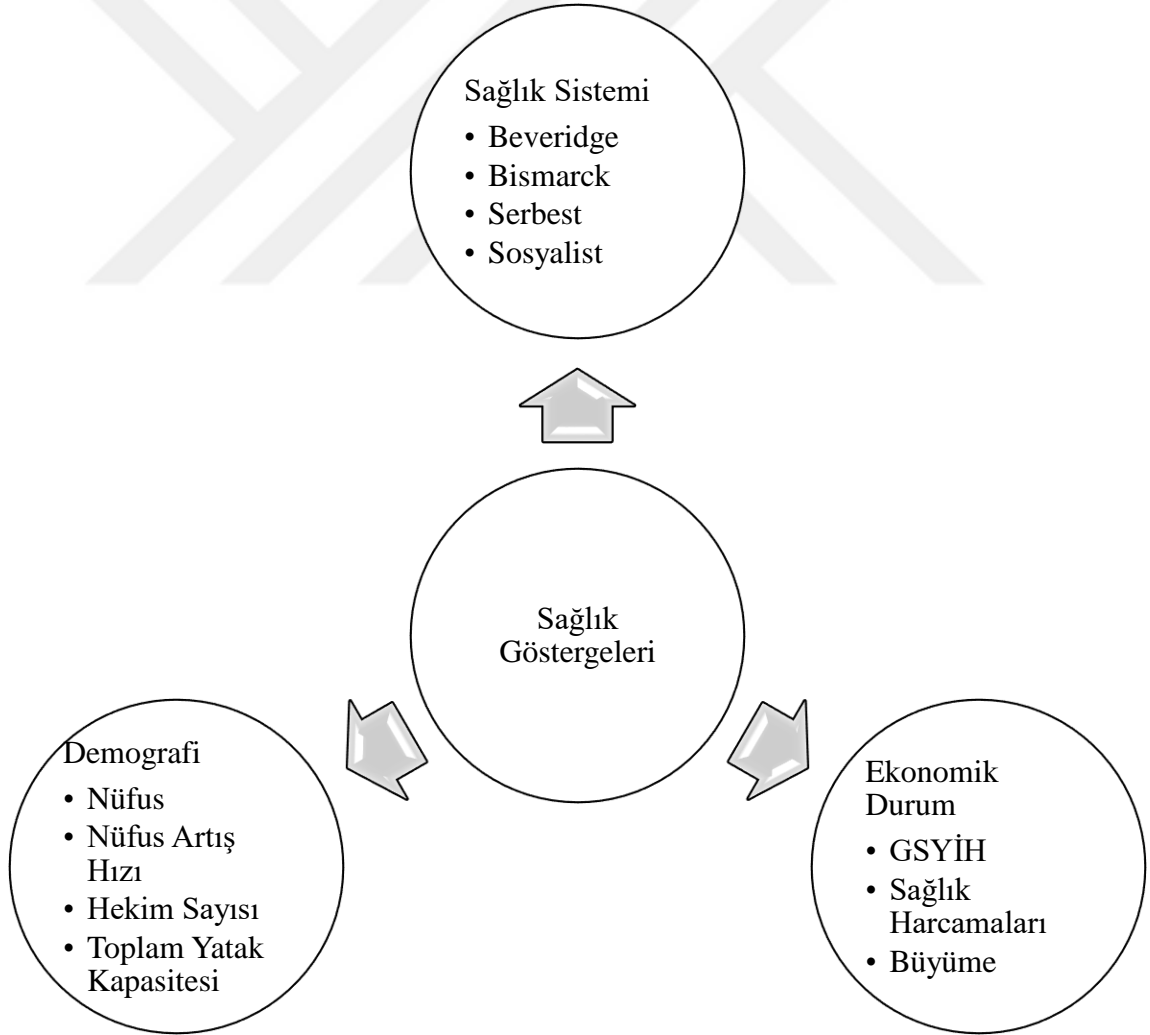
Çalışmanın bu bölümünde panel veri analizlerinde kullanılan sabit ve rastgele etkiler olmak üzere iki yöntem ile değerlendirilmektedir. Çalışmanın verileri Dünya Bankası veri tabanından sağlanmakta ve değerlendirmenin yapılmasında Eviews 9 paket programını kullanmaktadır. Bir ülkenin sağlık sistemini değerlendirmek için anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, beklenen yaşam süresi ve doğurganlık oranı olmak üzere bu dört değişken bağımsız olarak ve değişkenleri etkileyen faktörler çalışmanın modelleri Şekil 2' ye göre modellenmiş ve değerlendirilmiştir.

Sağlık göstergelerini etkileyen faktörler modelinin değişkenleri ve onları tanımlayan kısaltmaların anlamları aşağıda gösterilmiştir.

- **ANÖH** — Anne Ölüm Oranı Kısaltması
- **BEÖH** — Bebek Ölüm Oranı Kısaltması
- **YASB** — Beklenen Yaşam Süresi Kısaltması
- **DOGU** — Doğurganlık Oranı Kısaltması
- **GSYİHZI** — GSYİH Büyüme Hızı Kısaltması
- **GSYİHSAĞ** — Sağlık Harcamaları GSYİH Oranı Kısaltması
- **KBGSYİH** — Kişi Başına Düşen GSYİH Kısaltması

- **KBSAĞ** — Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Kısaltması
- **NÜFUS** — Ülke Nüfusun Kısaltması
- **NÜFART** — Nüfus Artış Hızı Kısaltması
- **HEKSAY** — Hekim Sayısı Kısaltması
- **YATSAY** — Toplam Yatak Kapasitesi Kısaltması
- **BEVERIDGE** — Sağlık Sektörüne Devlet Katılımının Yüzde 90' dan Fazla Olduğu Ulusal Sağlık Sistemi Kısaltması
- **BISMARCK** — Sağlık Sektöründe Devletin Katılım Oranı Ağırlıklı Olarak %60-90 Olduğu Refah Yönelimli Sağlık Sistemi Kısaltması
- **SERBEST** — Sağlık Sektöründe Özel Sektör Katılımının %60' dan Fazla Olduğu Serbest Piyasa Sağlık Sistemi Kısaltması

Şekil 2: Sağlık Göstergelerini Etkileyen Faktörler



Chan ve Kamala Devi (2015) çalışması doğrultusunda yapılan Şekil 2 de sağlık göstergelerinin etki modeli dayanak alınarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda bulunan 8 modelin anlatımları aşağıda gösterilmiştir.

- **FANÖH_{it}=β₀+β₁ECO_{it}+u_{it}** — Ekonomik Değişkenlerin Anne Ölüm Oranına Etkisi Modeli
- **FBEÖH_{it}=β₀+β₁ECO_{it}+u_{it}** — Ekonomik Değişkenlerin Bebek Ölüm Oranına Etkisi Modeli
- **FYASB_{it}=β₀+β₁ECO_{it}+u_{it}** — Ekonomik Değişkenlerin Beklenen Yaşam Süresine Etkisi Modeli
- **FDOGU_{it}=β₀+β₁ECO_{it}+u_{it}** — Ekonomik Değişkenlerin Doğurganlık Oranına Etkisi Modeli
- **FANÖH_{it}=β₀+β₁DEM_{it}+u_{it}** — Demografik Değişkenlerin Anne Ölüm Oranına Etkisi Modeli
- **FBEÖH_{it}=β₀+β₁DEM_{it}+u_{it}** — Demografik Değişkenlerin Bebek Ölüm Oranına Etkisi Modeli
- **FYASB_{it}=β₀+β₁DEM_{it}+u_{it}** — Demografik Değişkenlerin Beklenen Yaşam Süresine Etkisi Modeli
- **FDOGU_{it}=β₀+β₁DEM_{it}+u_{it}** — Demografik Değişkenlerin Doğurganlık Oranına Etkisi Modeli

Çalışmada kullanılan modellerde sahte regresyon sorunu ile karşılaşmamak için öncelikle serilerin durağanlığı test edilmeli ve değişkenler durağan oldukları seviyeden modele dahil edilmelidir. Bu amaçla çalışmada kullanılan sağlık, ekonomik ve demografik göstergelerin durağanlık durumları incelenmiştir.

Tablo 15 incelendiğinde modelde kullanılan değişkenler, birinci nesil birim kök testlerinden olan Levin Lin Chu (LLC), Augment Duckey Fuller (ADF), ile Philips-Perron (PP)- Fisher birim kök testleri ile sınanmış ve tüm değişkenlerin seviyede durağan oldukları belirlenmiştir.

Tablo 15: Sağlık, Demografik ve Ekonomik Değişkenlerin Birim Kök Testleri Sonuçları

Değişkenler	LLC	ADF	PP-Fisher
ANÖH	-15,36***	64,37***	100,7***
BEÖH	-10,07***	141,7***	199,9***
YASB	-18,98***	72,21***	90,52***
DOGU	-20,05***	105,8***	138,5***
GSYİHIZI	-6,05***	64,07***	79,44***
GSYİHSAĞ	2,52**	39,41**	53,91**
KBSYİH	-6,53***	37,43**	62,85**
KBSAĞ	1,17*	12,73*	21,74**
NÜFUS	14,51**	37,58*	61,85***
NÜFART	-14,01***	50,4**	70,45***
HEKSAY	-7,63***	42,36**	54,2***
YATSAY	-9,38***	71,56***	107,7***

*** %1, ** %5, * %10 önem düzeylerinde durağan olduğunu göstermektedir.

Oluşturulan modellerde kullanılacak tahminlere karar vermek için Hausman testi kullanılmıştır. Hausman testinde boş hipotez “modelde rassal etki vardır” şeklindedir. Hausman testinde hesaplanan test istatistiğinin olasılık değerinin 0,05’ ten küçük olması durumunda boş hipotez reddedilerek sabit etkiler tahmincisi kullanılmalıdır. Hesaplanan test istatistiğinin olasılık değerinin 0,05’ten büyük olması durumunda ise boş hipotez kabul edilerek rassal etkiler tahmincisi kullanılır.

Tablo 16: Hausman Testi Sonuçları

Modeller	Test İstatistiği	Olasılık Değeri
$FANÖH_{it}=\beta_0+\beta_1ECO_{it}+u_{it}$	7,76	0,1006
$FBEÖH_{it}=\beta_0+\beta_1ECO_{it}+u_{it}$	6,21	0,1836
$FYASB_{it}=\beta_0+\beta_1ECO_{it}+u_{it}$	11,19	0,0245
$FDOGU_{it}=\beta_0+\beta_1ECO_{it}+u_{it}$	2,74	0,7220
$FANÖH_{it}=\beta_0+\beta_1DEM_{it}+u_{it}$	86,83	0,0000
$FBEÖH_{it}=\beta_0+\beta_1DEM_{it}+u_{it}$	59,98	0,0000
$FYASB_{it}=\beta_0+\beta_1DEM_{it}+u_{it}$	11,33	0,0231
$FDOGU_{it}=\beta_0+\beta_1DEM_{it}+u_{it}$	18,3	0,0011

Tablo 16 da verilen Hausman testi sonucunda ekonomik değişkenlerin beklenen yaşam süresi üzerindeki etkisini ifade eden üçüncü ve demografik değişkenlerin sağlık değişkenleri üzerindeki etkisini ifade eden beşinci, altıncı, yedinci ve sekizinci modellerde rassal etkiler boş hipotezinin reddedildiği, modelin sabit etkiler ile tahmin edileceği görülmektedir. Birinci, ikinci ve dördüncü modellerde ise rassal etkiler boş hipotezinin reddedilemediği, bu nedenle bu üç modelin rassal etkiler ile tahmin edileceği ifade edilmektedir.

Durağanlık testi ve modelin türüne karar vermek, analize geçmek için tamamlanmış olarak kabul edilmesine yetmemektedir. Panel veri modeli analizinde en temel noktalardan biri değişen varyans ve otokorelasyon gibi varsayımlara uygunluğun da incelenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda oluşturulan modellerde oto-korelasyon olup olmadığı Breusch Godfrey LM Testi, değişen varyans durumu ise White Testi yardımı ile incelenmiş ve bu testlerin sonuçları Tablo 17 de verilmiştir.

Breusch Godfrey LM Testi 0.05' ten küçük olması durumunda yokluk hipotezi reddedilerek modelin otokorelasyon olduğu; White Testi olasılık değeri 0.05'ten küçük olması durumunda yokluk hipotezi reddedilerek modelin sabit varyansının olmadığı, değişen varyansının olduğu şeklinde ifade edilmektedir.

Tablo 17: Oto-korelasyon ve Değişen Varyans Testleri Sonuçları

Modeller	Breusch Godfrey LM		White	
	Test İstatistiği	Olasılık Değeri	Test İstatistiği	Olasılık Değeri
$FANÖH_{it}=\beta_0+\beta_1ECO_{it}+u_{it}$	3,32	0,0009	9,04	0,9727
$FBEÖH_{it}=\beta_0+\beta_1ECO_{it}+u_{it}$	1,23	0,2161	7,87	0,8212
$FYASB_{it}=\beta_0+\beta_1ECO_{it}+u_{it}$	4,39	0,0076	0,90	1,0000
$FDOGU_{it}=\beta_0+\beta_1ECO_{it}+u_{it}$	1,37	0,1680	9,63	0,9613
$FANÖH_{it}=\beta_0+\beta_1DEM_{it}+u_{it}$	-0,24	0,8041	12,6	0,8581
$FBEÖH_{it}=\beta_0+\beta_1DEM_{it}+u_{it}$	0,04	0,9964	11,84	0,8923
$FYASB_{it}=\beta_0+\beta_1DEM_{it}+u_{it}$	17,24	0,0258	2,97	1,0000
$FDOGU_{it}=\beta_0+\beta_1DEM_{it}+u_{it}$	-0,69	0,4865	4,96	0,9977

Tablo 17' ye göre Breusch Godfrey LM Testi çalışmada kullanılan birinci, üçüncü ve yedinci modellerde oto-korelasyon sorununun olduğunu diğer beş model de ise otokorelasyon sorununun olmadığını; White Testi sonuçları ise kullanılan modellerde değişen varyansın olmadığını işaret etmektedir. Çalışmada kullanılan birinci, üçüncü ve yedinci modellerdeki oto-korelasyon sorununu gidermek için parametrelerin kovaryansları White Period veya Period SUR (PCSE) ile ağırlıklandırılmış ve elde edilen sonuçlar buna göre verilmiştir.

Çalışma da oluşturulan modellerdeki değişen varyans sorunu White Testi yardımıyla hesaplanan test istatistiğinin olasılık değeri 0,05 değerinden büyük bir değer aldığı ve modellerde değişen varyansın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 18: Anne Ölüm Oranı ile Ekonomik Değişkenler Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	1.782411	0.353770	5.038332	0.0000
GSYİHZI	-0.036807	0.030141	-1.221181	0.2261
GSYİHSAĞ	-0.110204	0.051947	-2.121473	0.0374
KBGSYİH	-0.039728	0.009032	-4.398594	0.0000
KBSAĞ	0.254688	0.113323	2.247450	0.0277
R-squared	0.410052			

Tablo 18 de yer alan tahmin sonuçları incelendiğinde GSYİH sağlık payı ile kişi başına GSYİH değişkenlerinin anne ölüm oranı üzerinde negatif, kişi başına sağlık harcamalarının ise pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; GSYİH büyüme hızı değişkeninin ise istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde GSYİH sağlık payı değişkeninde meydana gelecek bir birimlik artış anne ölüm oranı üzerinde 0,11 ve kişi başına GSYİH değişkeni de anne ölüm hızı üzerinde 0,039 oranında azalış; kişi başına sağlık harcaması değişkeninde meydana gelecek bir birimlik artış ise anne ölüm oranı üzerinde 0,254 oranında artış yaratmaktadır. Bu doğrultu da kişi başına sağlık harcamalarının anne ölüm oranı üzerinde pozitif etki yaratması ve GSYİH büyüme hızının etki yaratmaması bu değişkenlerin oranı azaltmak için araç olarak kullanılamayacağını ifade etmektedir. Modele ait R² değeri %41 olarak elde edilmiş olması ekonomik değişkenlerin anne ölüm oranını açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 19: Bebek Ölüm Oranı ile Ekonomik Değişkenler Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2.312433	0.711462	3.250257	0.0018
GSYİHZI	0.001341	0.037351	0.035902	0.9715
GSYİHSAĞ	-0.004976	0.116408	-0.042742	0.9660
KBGSYİH	-0.038652	0.015559	-2.484162	0.0153
KBSAĞ	-0.010715	0.197128	-0.054356	0.9568
R-squared	0.210968			

Tablo 19 da yer alan tahmin sonuçları incelendiğinde kişi başına GSYİH' in bebek ölüm oranı üzerinde de negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; GSYİH sağlık harcamalarının payı, kişi başına GSYİH ve kişi başına sağlık harcaması değişkenlerinin ise bebek ölüm oranı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde kişi başına GSYİH değişkeninde meydana gelecek bir birimlik artış bebek ölüm hızı üzerinde 0,038 oranında bir azalış yaratmaktadır. Modele ait R² değeri %21 olarak elde edilmiş olması ekonomik değişkenlerin bebek ölüm oranını açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 20: Beklenen Yaşam Süresi ile Ekonomik Değişkenler Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	6.784963	0.283659	23.91940	0.0000
GSYİHIZI	0.015955	0.024167	0.660168	0.5113
GSYİHSAĞ	-0.004810	0.041652	-0.115479	0.9084
KBGSYİH	0.041743	0.007242	5.763970	0.0000
KBSAĞ	-0.091759	0.090865	-1.009845	0.3160
R-squared	0.371877			

Tablo 20 incelendiğinde kişi başına GSYİH' in beklenen yaşam süresi üzerinde de pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; GSYİH büyüme hızı, GSYİH sağlık harcamalarının payı ve kişi başına sağlık harcaması değişkenlerinin ise beklenen yaşam süresi üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde kişi başına GSYİH değişkeninde meydana gelecek bir birimlik artış beklenen yaşam süresi üzerinde 0,041 oranında bir artış yaratmaktadır. Modele ait R² değeri %37 olarak elde edilmiş olması ekonomik değişkenlerin beklenen yaşam süresini açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 21: Doğurganlık Oranı ile Ekonomik Değişkenler Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2.484526	0.330991	7.506335	0.0000
GSYİHIZI	-0.027243	0.028200	-0.966052	0.3373
GSYİHSAĞ	-0.001165	0.048602	-0.023971	0.9809
KBGSYİH	-0.018279	0.008450	-2.163071	0.0339
KBSAĞ	-0.001571	0.106026	-0.014822	0.9882
R-squared	0.218908			

Tablo 21 incelendiğinde kişi başına GSYİH' in doğurganlık oranı üzerinde de negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; GSYİH büyüme hızı, GSYİH sağlık harcamalarının payı ve kişi başına sağlık harcaması değişkenlerinin ise doğurganlık oranı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde kişi başına GSYİH değişkeninde meydana gelecek bir birimlik artış doğurganlık oranı üzerinde 0,018 oranında bir azalış yaratmaktadır. Bu doğrultu da kişi başına GSYİH' nın doğurganlık oranı üzerinde negatif etki yaratması; diğer üç değişkenin etki yaratmaması bu değişkenlerin oranı artırmak için araç olarak kullanılamayacağını ifade etmektedir. Modele ait R² değeri %21 olarak elde edilmiş olması ekonomik değişkenlerin doğurganlık oranını açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 22: Anne Ölüm Oranı ile Demografik Değişkenler Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.963525	0.309459	3.113577	0.0027
NÜFUS	0.005691	0.000201	2.834406	0.0060
NÜFAR	0.081038	0.140582	0.576448	0.5661
HEKSAY	-0.257859	0.070419	-3.661787	0.0005
YATSAY	-0.018379	0.026237	-0.700516	0.4859
R-squared	0.456006			

Tablo 22 incelendiğinde nüfus değişkeninin anne ölüm oranı üzerinde pozitif, hekim sayısı ise negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; nüfus artış oranı ve yatak sayısı değişkenlerinin ise anne ölüm oranı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde nüfus değişkeninde meydana gelecek bir birimlik artış anne ölüm oranı üzerinde 0,0056 oranında bir artış; hekim sayısındaki bir birimlik artış ise 0,257 oranında azalış yaratmaktadır. Bu doğrultu da nüfusun anne ölüm oranı üzerinde pozitif etki yaratması; nüfus artış hızı ve toplam yatak kapasitesinin etki yaratmaması bu değişkenlerin oranı azaltmak için araç olarak kullanılamayacağını ve ülkelerin nüfus ile yatak kapasitesi artışını teşvik eden politikaları desteklememesi gerektiğini ifade etmektedir. Modele ait R² değeri %45 olarak elde edilmiş olması demografik değişkenlerin anne ölüm oranını açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 23: Bebek Ölüm Oranı ile Demografik Değişkenler Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	5.318330	0.585152	9.088797	0.0000
NÜFUS	-0.013676	0.001889	-7.240135	0.0000
NÜFART	0.058595	0.268697	0.218072	0.8282
HEKSAY	-0.494147	0.146023	-3.384041	0.0014
YATSAY	0.044589	0.054044	0.825052	0.4130
R-squared	0.456355			

Tablo 23 incelendiğinde nüfus ve hekim sayısı değişkenlerinin bebek ölüm oranı üzerinde negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; nüfus artış oranı ve yatak sayısı değişkenlerinin ise bebek ölüm oranı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde nüfus değişkeninde meydana gelecek bir birimlik artış bebek ölüm oranı üzerinde 0,013 oranında; hekim sayısındaki bir birimlik artış ise 0,494 oranında azalış yaratmaktadır. Modele ait R² değeri %45 olarak elde edilmiş olması demografik değişkenlerin bebek ölüm oranını açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 24: Beklenen Yaşam Süresi ile Demografik Değişkenler Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	6.563637	0.241331	27.19769	0.0000
NÜFUS	0.024590	0.000779	3.156432	0.0026
NÜFART	-0.043828	0.110817	-0.395503	0.6941
HEKSAY	0.228825	0.060223	3.799612	0.0004
YATSAY	-0.017914	0.022289	-0.803688	0.4252
R-squared	0.465471			

Tablo 24 incelendiğinde nüfus ve hekim sayısı değişkenlerinin beklenen yaşam süresi üzerinde pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; nüfus artış oranı ve yatak sayısı değişkenlerinin ise beklenen yaşam süresi üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde nüfus değişkeninde meydana gelecek bir birimlik artış beklenen yaşam süresi üzerinde 0,024 oranında; hekim sayısındaki bir birimlik artış ise 0,228 oranında artış yaratmaktadır. Modele ait R² değeri %46 olarak elde edilmiş olması demografik değişkenlerin beklenen yaşam süresini açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 25: Doğurganlık Oranı ile Demografik Değişkenler Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2.951438	0.256708	11.49724	0.0000
NÜFUS	-0.021267	0.000829	-2.565856	0.0132
NÜFART	0.247306	0.117878	2.097978	0.0407
HEKSAY	-0.304424	0.064061	-4.752108	0.0000
YATSAY	-0.011915	0.023709	-0.502556	0.6174
R-squared	0.547648			

Tablo 25 incelendiğinde nüfus ve hekim sayısı değişkenlerinin doğurganlık oranı üzerinde negatif, nüfus artış oranı değişkeni ile pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; yatak sayısı değişkenlerinin ise doğurganlık oranı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde nüfus değişkeninde meydana gelecek bir birimlik artış beklenen yaşam süresi üzerinde 0,021 oranında; hekim sayısındaki bir birimlik artış ise 0,304 oranında azalış ve nüfus artış oranındaki birimlik artış ise 0,247 oranında artış yaratmaktadır. Bu doğrultu da nüfusun ve hekim sayısının doğurganlık oranı üzerinde negatif etki yaratması; toplam yatak kapasitesinin etki yaratmaması bu değişkenlerin oranı artırmak için araç olarak kullanılmayacağını ve ülkelerin nüfus, hekim sayısı ile yatak kapasitesi artışını teşvik eden politikaları desteklememesi gerektiğini ifade etmektedir. Modele ait R^2 değeri %54 olarak elde edilmiş olması demografik değişkenlerin doğurganlık oranını açıklama değerini göstermektedir.

4.6. Sağlık Göstergelerinin Sağlık Sistemleri ile Ekonomik Değerlendirmesi

Çalışmanın bu bölümü ise panel veri analizlerinde kukla değişkenlerle birlikte kullanılan olmak üzere en küçük kareler yöntem ile değerlendirilmektedir. Çalışmanın verileri Dünya Bankası veri tabanından sağlanmakta ve değerlendirmenin yapılmasında Eviews 9 paket programını kullanılmıştır. Bu bölüm sosyalist sistem sağlık sistemi uygulayan ülke bulunmadığından üç tip (ulusal, refah yönelimli, serbest) sistem ile değerlendirilmektedir. Bu bölüm de hesaplanan parametre, regresyonlara bağımlı olmayan değişkenlerin %1' lik oranda değişmesi durumunda ortaya çıkan sonuçların değişkenleri nasıl etkilediği hakkında bilgi vermektedir. Sağlık sistemlerinin ekonomik olarak yaşam göstergeleri üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla öncelikle üç sağlık sistemi çerçevesinde ayrı ayrı geçerli olduğu ülkeler için 1 geçerli olmadığı ülkeler için 0 değerini alan kukla değişken oluşturulmuş ve modele dahil edilmiştir.

Tablo 26: Sağlık Sistemleri Açısından Anne Ölüm Oranı ile Ekonomik Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	1.699356	0.359480	4.727257	0.0000
GSYIHIZI	-0.022772	0.032781	-0.694691	0.4896
GSYİHSAG	-0.010658	0.054890	-1.941632	0.0563
KBGSYİH	-0.039480	0.009044	-4.365599	0.0000
KBSAG	0.286739	0.117497	2.440407	0.0172
BEVERIDGE	0.169936	0.046152	4.727257	0.0000
BISMARCK	0.016583	0.187290	0.096624	0.0001
SERBEST	-0.214703	0.210168	-1.024614	0.0011
R-squared	0.425628			

Kukla değişkenler ile yapılan en küçük kareler yöntemi tahmin sonuçlarının yer aldığı Tablo 26 incelendiğinde kişi başına GSYİH değişkeninin anne ölüm oranı üzerinde negatif; kişi başına sağlık harcamaları değişkeni ile pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; kukla değişkenlerden Serbest Piyasa Sistemi' nin seçilmesi ekonomik değişkenler doğrultusunda anne ölüm oranının azaltılması için seçilmesinin daha iyi olacağı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde Beveridge ve Bismarck Sağlık Sistemleri' nin seçilmesi anne ölüm hızı üzerinde sırasıyla 0,169 ve 0,016 oranında artış; Serbest Piyasa Sistemi' nin seçilmesi 0,214 oranında azalış yaratmaktadır. Modele ait R² değeri %42 olarak elde edilmiş olması ekonomik ve kukla değişkenlerin anne ölüm oranını açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 27: Sağlık Sistemleri Açısından Bebek Ölüm Oranı ile Ekonomik Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2.905715	0.676507	4.295171	0.0000
GSYİHIZI	-0.018779	0.061688	-0.304429	0.7617
GSYİHSAĞ	-0.045276	0.103298	-0.438304	0.6625
KBGSYİH	-0.080657	0.017019	-4.739215	0.0000
KBSAĞ	0.274391	0.221118	1.240927	0.2188
BEVERIDGE	0.301682	0.068751	4.295171	0.0001
BISMARCK	0.265419	0.748332	4.237606	0.0001
SERBEST	-0.073306	0.818000	3.462602	0.0009
R-squared	0.306336			

Kukla değişkenler ile yapılan en küçük kareler yöntemi tahmin sonuçlarının yer aldığı Tablo 27 incelendiğinde kişi başına GSYİH değişkeninin bebek ölüm oranı üzerinde negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; kukla değişkenlerden Serbest Piyasa Sistemi' nin seçilmesi ekonomik değişkenler doğrultusunda bebek ölüm oranının azaltılması için seçilmesinin daha iyi olacağı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde Beveridge ve Bismarck Sağlık Sistemleri' nin seçilmesi bebek ölüm oranı üzerinde sırasıyla 0,301 ve 0,265 oranında artış; Serbest Piyasa Sistemi' nin seçilmesi 0,073 oranında azalış yaratmaktadır. Modele ait R² değeri %30 olarak elde edilmiş olması ekonomik ve kukla değişkenlerin bebek ölüm oranını açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 28: Sağlık Sistemleri Açısından Beklenen Yaşam Süresi ile Ekonomik Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	6.894260	0.277699	24.82636	0.0000
GSYİHZI	0.011879	0.025323	0.469144	0.6404
GSYİHSAĞ	0.016727	0.042403	0.394469	0.6945
KBGSYİH	0.041233	0.006986	5.902081	0.0000
KBSAĞ	-0.155802	0.090766	-1.716522	0.0906
BEVERIDGE	0.691537	0.027771	24.82636	0.0000
BISMARCK	-0.292178	0.144682	-2.025478	0.0000
SERBEST	0.029852	0.162355	0.184052	0.0000
R-squared	0.413103			

Kukla değişkenler ile yapılan en küçük kareler yöntemi tahmin sonuçlarının yer aldığı Tablo 28 incelendiğinde kişi başına GSYİH değişkeninin beklenen yaşam süresi üzerinde pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; kukla değişkenlerden Beveridge Sistemi' nin seçilmesi ekonomik değişkenler doğrultusunda beklenen yaşam süresinin artırılması için seçilmesinin daha iyi olacağı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde Beveridge ve Serbest Sağlık Sistemleri' nin seçilmesi beklenen yaşam süresi üzerinde sırasıyla 0,691 ve 0,029 oranında artış; Bismarck Sistemi' nin seçilmesi 0,292 oranında azalış yaratmaktadır. Modele ait R² değeri %41 olarak elde edilmiş olması ekonomik ve kukla değişkenlerin beklenen yaşam süresini açıklama değerini göstermektedir.

Tablo 29: Sağlık Sistemleri Açısından Doğurganlık Oranı ile Ekonomik Tahmin Sonuçları

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	2.391237	0.334462	7.149503	0.0000
GSYİHZI	-0.016515	0.030498	-0.541499	0.5899
GSYİHSAĞ	-0.006297	0.051070	-0.123299	0.9022
KBGSYİH	-0.017936	0.008414	-2.131669	0.0366
KBSAĞ	0.042080	0.109319	0.384927	0.7015
BEVERIDGE	0.293124	0.132644	7.149503	0.0000
BISMARCK	0.113225	0.174255	0.652558	0.0000
SERBEST	-0.152739	0.195541	-0.784862	0.0000
R-squared	0.247968			

Kukla değişkenler ile yapılan en küçük kareler yöntemi tahmin sonuçlarının yer aldığı Tablo 29 incelendiğinde kişi başına GSYİH değişkeninin doğurganlık oranı üzerinde negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; kukla değişkenlerden Beveridge Sistemi' nin seçilmesi ekonomik değişkenler doğrultusunda doğurganlık oranının artırılması için seçilmesinin daha iyi olacağı belirlenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde Beveridge ve Bismarck Sağlık Sistemleri' nin seçilmesi doğurganlık oranı üzerinde sırasıyla 0,293 ve 0,113 oranında artış; Serbest Piyasa Sistemi' nin seçilmesi 0,151 oranında azalış yaratmaktadır. Modele ait R^2 değeri %24 olarak elde edilmiş olması ekonomik ve kukla değişkenlerin doğurganlık oranını açıklama değerini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. Karşılaştırmalı Analiz Açısından

Karagan (2008) tarafından yapılan AB ülkeleri ile Türkiye; Çelebi ve Cura (2013) tarafından yapılan OECD ülkeleri ile Türkiye; Daştan ve Çetinkaya (2015) tarafından yapılan OECD ülkeleri ile Türkiye, Karaman (2019) tarafından yapılan AB üyesi Almanya ile Türkiye; Lkhagvaa (2019) tarafından yapılan OECD ülkeleri ile Türkiye karşılaştırmalarında bu çalışmanın bulguları ve sonuçlarına paralel olarak Türkiye sağlık göstergeleri, hekim ve yatak sayıları gibi pek çok göstereye dayanak alındığında çok geri de olmasına rağmen sağlık sistemi ülkelerin refah düzeyleri açısından tatmin edici olduğu görülmektedir.

5.2. Panel Veri Analizi Açısından

Dal (2018) yaptığı çalışma da aralarında Türkiye' ninde bulunduğu 47 ülkenin 2003-2014 yılları arasındaki kişi başına düşen sağlık harcamalarını etkileyen faktörler panel veri analizi yöntemiyle kişi başına düşen sağlık harcamalarının artması beklenen yaşam süresini arttırmakta olduğu sonucu ile bu çalışmanın aynı değişken sonucu benzer doğrultudadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ülkeler sağlık alanına bütçelerinden kısıtlı bir pay aktarabilmekte sağlık kaynaklarını etkin/verimli olarak faydalanılması sağlık hizmeti sunumu kapasitesini ve kalitesini oldukça yakından ilgilendirmektedir. Bu doğrultuda evrensel sağlık güvencesi kapsamında kapsayıcılıktan bahsedilmesi için sağlık hizmetleri erişimi ile finansmanında eşitlikçi ve adaletli olması gerekmektedir. Ancak ülkeler evrensellik yolunda çeşitli sağlık sistemi düzenlemesi yürütmekte olsalar da sağlık sistemi eşitsizliklerini ortadan kaldıramamıştır.

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

Sağlık harcamalarıyla ilişkili faktörlerin bilgisi, ileride sağlık politikalarıyla ilgili atılacak adımlarda, ülkenin ekonomik gelişiminde ve bu nedenle ekonomi faaliyetlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinde ekonomik analizler yapılmaktadır. Bu ekonomik analizlerin yapılma amacı sağlık hizmetlerinin gelişerek daha kaliteli ve etkin duruma gelebilmesine katkı sağlayan sağlık politikalarının koyduğu hedeflere ulaşmasına yardımcı olmaktır.

Bu çalışmada G20 ülke sağlık sistemleri ile Türkiye Sağlık Sistemi incelenmiş ve karşılaştırılmıştır. Ülkelerin birbirlerinden öğrenecekleri olması bağlamında bu çalışmanın bulgularında görüldüğü gibi Türkiye Sağlık Sistemi' nin göstergeleri bakımından üyesi olduğu G20 sağlık sistemleri göstergelerine göre daha kötü durum da olması gelişmiş ülke olma yolunda bu öğrenme süreci daha da önemlidir. Bu neden ile Türkiye, sağlıkta başarılı G20 ülkelerinin başarıya nasıl ulaştıklarını iyi tahlil edip dersler çıkararak politikalarını ona göre şekillendirmesi gerekmektedir. Dolayısıyla Türkiye sağlık politikalarını oluştururken veya sağlık reformlarını gerçekleştirirken sağlığın bir devlet politikası olmasının gerekliliği unutulmamalı ve politikalarını buna göre şekillendirmelidir.

6.1.1. Karşılaştırmalı Analiz Sonuçları

Sağlık Göstergeleri Açısından: Sağlık göstergeleri kıyaslaması açısından sağlık sistemlerinin dağılımı benzer şekilde olmak ile birlikte kötü durum da olanlar Hindistan, Endonezya ve Güney Afrika' dır (Serbest Piyasa Sağlık Sistemi). İyi durum da olan ülkeler ise Refah Yönelimli Sağlık Sistemi' nin (Bismarck) geçerli olduğu Almanya, Japonya; Ulusal Sağlık Sistemi' nin geçerli olduğu Avustralya, İtalya' dır.

Türkiye anne ve bebek ölüm oranı, beklenen yaşam süresi bakımından orta sıralarda; doğurganlık oranı bakımında ise ortalamanın üstünde bulunmaktadır. Sağlık göstergeleri açısından Karşılaştırmalı Analiz sonucu bulguları ile S₁' e cevap bulunmuştur.

Demografik Göstergeler Açısından: Sağlık sistemleri açısından Bismarck ve Beveridge Sağlık Sistemleri uygulayıcıları ülkeler G20 ülkelerinde hekim yoğunluğu ABD hariç Özel Sağlık Sigortası Sistemi' ne sahip ülkelere göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Göstergeler açısından ortalama altında olan Özel Sağlık Sigortası Sistemi uygulayıcı ülkeler Güney Afrika, Endonezya ve Hindistan olmuştur. ABD hariç sağlık sistemleri açısından dönem içinde genel olarak göstergeler pozitif yönde artış gerçekleşmiştir.

Türkiye nüfus, hekim ve yatak sayısı bağlamında yine diğer göstergeler de olduğu gibi orta sıralarda; nüfus artış hızına göre ikinci sıra da yer almaktadır. Demografik göstergeleri açısından Karşılaştırmalı Analiz sonucu bulguları ile S₂' ye cevap bulunmuştur.

Ekonomik Göstergeler Açısından: Yıllar içinde gerçekleşen ekonomik göstergeler açısından sıralamaya ve sağlık göstergeleri dağılımına benzer şekilde aynı ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar önceki dönemlere kıyasla görece artmıştır. Seçilen ülkelerdeki dönem ortalamaları bakımından sağlık harcamalarının artması dolayısıyla, diğer etkinlik göstergelerinde de istisnaların olması haricinde genel itibarıyla pozitif değişimin olduğu bir yönelim gerçekleşmiştir.

Türkiye kişi başına GSYİH ve sağlık harcamaları, GSYİH sağlık harcamaları payı diğer ülkelerin ortalamasının altında; GSYİH büyüme hızına göre sıralama da üçüncü sıra da yer almaktadır. Ekonomik göstergeleri açısından Karşılaştırmalı Analiz sonucu bulguları ile S₃' e cevap bulunmuştur.

Genel olarak ülkelerin ekonomik gelişmişliklerinin bir yansıması olarak Türkiye’de sağlığa ayrılan finansman G20 ülkelere göre çok azdır. Aslında gerek Türkiye’de gerekse farklı ülkelerde yaşayan insanların sağlık hizmetlerine erişimi, bir anlamda o ülkenin ekonomik gelişmişliğini de yansıtmaktadır. Bu durumun sonucu olarak G20 ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’nin sağlık için yaptığı harcamalar düşük düzeyde kalmaktadır. Ancak daha önce de belirtildiği gibi ülkelerin sağlık harcama düzeyleri refah düzeylerinin de bir yansıması olduğundan Türkiye’nin sağlık harcamalarının düzeyi çok da düşük gözükmemektedir.

6.1.2. Panel Veri Analizi Sonuçları

Çalışmadaki tahmin sonuçları incelendiğinde GSYİH sağlık payı ile kişi başına GSYİH değişkenlerinin anne ölüm oranı üzerinde negatif, kişi başına sağlık harcamalarının ise pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; GSYİH büyüme hızı değişkeninin ise istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Kişi başına GSYİH’ in bebek ölüm oranı üzerinde de negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; GSYİH sağlık harcamalarının payı, kişi başına GSYİH ve kişi başına sağlık harcaması değişkenlerinin ise bebek ölüm hızı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Kişi başına GSYİH’ in beklenen yaşam süresi üzerinde de pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; GSYİH sağlık harcamalarının payı, kişi başına GSYİH ve kişi başına sağlık harcaması değişkenlerinin ise beklenen yaşam süresi üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Kişi başına GSYİH’ in doğurganlık oranı üzerinde de negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; GSYİH sağlık harcamalarının payı, kişi başına GSYİH ve kişi başına sağlık harcaması değişkenlerinin ise doğurganlık oranı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir.

Nüfus değişkeninin anne ölüm oranı üzerinde pozitif, hekim sayısı ise negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; nüfus artış oranı ve yatak sayısı değişkenlerinin ise anne ölüm oranı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Nüfus ve hekim sayısı değişkenlerinin bebek ölüm oranı üzerinde negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; nüfus artış oranı ve yatak sayısı değişkenlerinin ise bebek ölüm oranı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Nüfus ve hekim sayısı değişkenlerinin beklenen yaşam süresi üzerinde pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; nüfus artış

oranı ve yatak sayısı değişkenlerinin ise beklenen yaşam süresi üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Nüfus ve hekim sayısı değişkenlerinin doğurganlık oranı üzerinde negatif; nüfus artış oranı değişkeni ile pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; yatak sayısı değişkenlerinin ise doğurganlık oranı üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir.

Ekonomik ve demografik göstergelerin sağlık göstergelerine etkisini gösteren modellerin sonuç bulguları ile S₄, S₅, S₆ ve S₇' ye cevap bulunmuştur.

Kukla değişkenler ile yapılan en küçük kareler yöntemi tahmin sonuçları incelendiğinde kişi başına GSYİH değişkeninin anne ve bebek ölüm oranı üzerinde negatif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; kukla değişkenlerden Serbest Piyasa Sistemi' nin seçilmesi ekonomik değişkenler doğrutusunda anne ve bebek ölüm oranının azaltılması için seçilmesinin daha iyi olacağı belirlenmiştir. Kişi başına GSYİH değişkeninin beklenen yaşam süresi ve doğurganlık oranı üzerinde pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu; kukla değişkenlerden Beveridge Sistemi' nin seçilmesi ekonomik değişkenler doğrutusunda beklenen yaşam süresinin ve doğurganlık oranının artırılması için seçilmesinin daha iyi olacağı belirlenmiştir.

Sağlık göstergelerine ekonomik açıdan sağlık sistemlerinin etkisini gösteren modellerin sonuç bulguları ile S₈, S₉, S₁₀ ve S₁₁' e cevap bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Türkiye sağlık sektörü kalkındırma politikası hastalara adil ve ulaşılabilir şekilde hizmeti sunmak, hastalık/ölüm oranlarının azaltılmasının ve beklenen yaşam süresinin artırılmasının sürdürülebilirliği, uygun doğurganlık oranının teşvik edilmesine yöneliktir. Türkiye sağlıkta mevcut durumu ile teknolojisi tıbbi çıkarımlar yapmakta ve vatandaşlarının ihtiyaçlarına cevap vermekte büyük oranda yeterli iken bürokratik engeller üzerine kurulu, maliyeti yüksek ve etkin/verimli olmaktan uzaktır. Buna istinaden bulgular kapsamında sağlık sisteminin yönetimi, kalitesi ve finansmanı bakımından revize edilmesi için aşağıdaki öneriler düşünülmüştür:

- Sistemin iyi yönetilmesi, hizmet kalitesi, global standartların takibi, hizmet teknolojileri yeniliklerinin ve hizmetin tüm seviyelerde doğru şekilde yürütülmesi için bakanlık-kurumlar/kuruluşlar-hasta arasında 3 taraflı entegrasyona dayalı bilgi sistemi kurulmalı,
- Sağlık göstergeleri kapsamında sağlık hizmetindeki sorunların giderilmesi ve kalite bakımından istenen sonuçların alınabilmesini öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleşen değişimin başarı şansını düşürmemek için reformların devam ettirilmesi gerekli,
- Sağlık göstergeleri kapsamında düşük kalite ile hizmet sunumu yapan kurumların/kuruluşların kaliteyi artırıcı teşvikleri ve politikaları uygulamalı,
- Anne ve bebek ölüm oranının azaltılması için hamile kadınlar ve ailelere yönelik sağlık eğitim programı uygulanması, standartlara göre ihtiyaç duyulan ekipman ve insan kaynağının sağlanması amacıyla ücretleri ve bütçedeki payı artırılması gerekliliğini sağlamalı,
- Sağlık hizmetleri maliyetlerinin yükseltmemesi için gerekirse devlet destekleri ile yerli ve milli teknolojisini üretebilir duruma gelmelidir. Ayrıca maliyetlerin kontrolü edilmesi amacıyla maliyet etkililik ve maliyet fayda analizleri ile etkinliğe/verimliliğe yönelik çalışmalar yürütmeli,
- Genel olarak bulgular kapsamında Türkiye sağlık göstergelerinde daha çok iyileşmenin görülmesi için Almanya, Avustralya, Fransa, İtalya, Japonya ülkeleri sağlık sistemi ve sağlık ekonomisi açısından detaylı incelemeler/araştırmalar sürdürmelidir.

7. KAYNAKLAR

- Acıduman, A. (2010). Darüşşifalar Bağlamında Kitabeler, Vakıf Kayıtları ve Tıp Tarihi Açısından Önemleri- Anadolu Selçuklu Darüşşifaları Özelinde. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 63(1): 9-15.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*. 21(1): 311-322.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, R. (2008). Sağlık Harcamaları. *Bilim ve Ütopya Dergisi*. 16(170): 1-8.
- Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M. ve Tunçbilek, A. (1998). *Halk Sağlığı*. Ankara: Antip A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.
- Aktel, M., Altan, Y., Kerman, U. ve Eke, E. (2013). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 15(2): 33-62.
- Al, A. ve Kılıç, B. (2017). Yeni Küresel Yönetişimde Esnek Diplomasinin Rolü: G20 Örneği. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*. 5(5): 13-22.
- Albayrak, A. S. (2008). Değişen Varyans Durumunda En Küçük Kareler Tekniğinin Alternatifli Ağırlıklı Regresyon Analizi Ve Bir Uygulama. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 10(2): 111-134.
- Alpay, İ. O. (2013). *Ekonometrik Bir Yöntem Olarak Panel Veri Analizi Yöntemi ve Bir Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.
- Ata, H. A. ve Ağ, Y. (2010). Firma Karakteristiğinin Sermaye Yapısı Üzerindeki Etkisinin Analizi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*. 6(11): 45-60.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Atay Polat, M. (2014). *Sürdürülebilir Kalkınmada Elektrik Tüketimi ve Büyüme İlişkisi*. (Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Malatya.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Ayan, S. (2014). *G-20 Süreci ve Aktif İstihdam Politikaları, Türkiye ve G-20 Ülkelerindeki Uygulamaların Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı: Ankara.
- Ayaydın, H. (2012). *Gelişen Piyasalarda Hisse Senedi Getirisini Etkileyen Makroekonomik Değişkenler Üzerine Bir İnceleme: Panel Veri Analizi*. (Doktora Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü: Trabzon.

- Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*. 31(3): 183-192.
- Aydoğan, M. (2015). *Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Azarian, R. (2011). Potentials And Limitations of Comparative Method in Social Science. *International Journal of Humanities And Social Science*. 1(4): 113-125.
- Baltagi, B. H. (2005). *Econometrics Analysis of Panel Data*. Chichester: John Wiley&Sons Ltd.
- Barnighausen T. ve Sauerborn R. (2002). One Hundred and Eighteen Years of The German Health Insurance System: Are There Any Lessons For Middle and Low Income Countries?. *Social Science & Medicine*. 54(1): 1559-1587.
- Belek, İ. (1997). Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme. *Ekonomik Yaklaşım Dergisi*. 8(24): 147-156.
- Berman, P. ve Tatar, M. (2004). *Turkey National Health Accounts 1999-2000*. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Bilas, V., Franc, S. ve Bošnjak, M. (2014). Determinant Factors of Life Expectancy at Birth in The European Union Countries. *Collegium Antropologicum*. 38(1): 1-9.
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. ve Rothgang, H. (2013). Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of A Deductive Classification. *Health Policy*. 113(3): 258-269.
- Burau, V. ve Blank, R. H. (2006). Comparing Health Policy: An Assessment Of Typologies Of Health Systems. *Journal Of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. 8(1): 63- 76.
- Burazeri, G. ve Kragelj, L. Z. (2013). *Health: Systems–Lifestyle–Policies*. Lage: Jacobs Publishing Company.
- Cameron, A. C. ve Trivedi, P. K. (2005). *Microeconometrics Methods and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chan, M. F. ve Kamala Devi, M. (2015). Factors Affecting Life Expectancy: Evidence From 1980-2009 Data in Singapore, Malaysia, and Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 27(2): 136-146.
- Çanakçı, İ. H. (2010). G20 Öncülüğünde Küresel Ekonomi. *TÜSİAD Görüş Dergisi*. 30(62): 18-21.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*. 1 (1): 48-57.

- Çelebi, A. K. ve Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi*. 164: 47-67.
- Çelik, Y. (2011). Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 1(1): 62-81.
- Çetin, R. (2013). Ekonomik Özgürlüğün Gelir Düzeyi Üzerindeki Etkisinin Panel Veri Analizi Yöntemiyle İncelenmesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 8(2): 37-47.
- Dal, B. (2018). *Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarının Panel Veri Analiziyle Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 5(1): 104-134.
- Dış Ekonomik İlişkiler Genel Müdürlüğü. (2015). *G20 Temel Bilgiler*. Ankara.
- Dinçköklü Çakır, Ö. (2016). *Türkiye ve Avrupa Birliğinde Uygulanan Sağlık ve Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Diyaret İşleri Başkanlığı. (2014). *Türkiye' de Dini Hayat Araştırması*. Ankara.
- Ekinci, G. (2019). *Sağlıkta Araştırma ve Geliştirme Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Türkiye Üzerine Ampirik Bir Çalışma*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü: İstanbul.
- Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Ankara.
- Erden, M. (2014). *Eğitimde Program Değerlendirme*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Ergör, G. ve Öztekin, Z. (2000). *Exploring Health Policy Development in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Publications.
- Erim, G. (2017). *Seçilmiş Ekonomik Göstergelerle G20 Ülkeleri*. Konya Ticaret Odası, Konya.
- Ertekin, A. (2012). *Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi ve Çeşitli Meslek Grupları Açısından Değerlendirmesi (İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Ertekin, Ş. (2000). *1980 Sonrası Dönemde Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansmanı Sorunu*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.

- Etheredge, L. M. (2007). A Rapid-Learning Health System. *Health Affairs*. 26(2): 107-118.
- European Parliament. (2015). *The European Union's Role in International Economic Fora Paper 1: The G20*. Brüksel: Policy Department Economic and Scientific Policy.
- Fidan, N. ve Erden, M. (1998). *Eğitime Giriş*. İstanbul: Alkım Yayınları.
- Filiz, F. (2014). *Sağlık Sektöründe Hizmet İçi Eğitim*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Fişek, N. (1995). Kamu Hastaneleri Yönetim Sorunları. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 10(69-70): 153.
- Freeman, R. ve Frisina, L. (2010). Health Care Systems and The Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis*. 12(1-2): 163-178.
- G20 Leaders' Communique Hangzhou Summit. (2016). Hangzhou: 4-5 Ekim.
- Gottret, P. E. ve Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Washington: World Bank Publications.
- Gök, S. (2012). *Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İzmir.
- Gökbayrak, Ş. (2010). Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü. *Çalışma ve Toplum Dergisi*. (2): 141-162.
- Greene, W. H. (2002). *Econometric Analysis*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Gujarati, D. N. (2003). *Basic Econometrics*. New York: Mcgraw-Hill Higher Education.
- Gümüş, E. (1992). İllerimizin Doğal Nüfus Artışları Konusuna Bir Yaklaşım. *Türk Coğrafya Dergisi*. (27): 179-185.
- Güner, A. (2018). *Yaratıcı Yıkım Kriz ve Avrupa Birliği: Schumpeteryan Yaklaşım Çerçevesinde 2008 Krizi Avrupa Birliği ve Küreselleşme*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- Güngör, B. ve Yerdelen Kaygın, C. (2015). Dinamik Panel Veri Analizi ile Hisse Senedi Fiyatını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 6(9): 149-168.
- Güvenek, B. (2015). *Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Güvercin, C. H. (2004). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 57(2): 89-95.
- Hill, R. C., Griffiths, W. E., Lim, G. C. (2011). *Principles of Econometrics*. New Jersey: Hoboken, John Wiley and Sons.

- Hsiao, W. C. (2003). *What is a Health System? Why Should We Care?*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Hsiao, W. C. (2007). *Analysis of Panel Data*. Cambridge: Cambridge University Press.
<http://www.g20.utoronto.ca/> (Erişim Tarihi: 17.11.2019).
<https://www.g20.org> (Erişim Tarihi: 16.10.2019).
<https://www.tmsf.org.tr/tr/Tmsf/Info/g20.ulkelere> (Erişim Tarihi: 05.09.2019).
https://www.who.int/gho/health_financing/en/ (Erişim Tarihi: 05.09.2019).
<https://www.worldometers.info/tr/> (Erişim Tarihi: 27.09.2019).
- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*. 6(12): 176-186.
- Karagan, E. (2008). *Bazı Avrupa Birliği lke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Karaman, S. (2019). *Avrupa Birliği yesi ülkelerin Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması: Türkiye- Almanya rneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Tekirdağ.
- Karasar, N. (2003). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karluk, S. R. (2003). *Avrupa Birliği ve Türkiye*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 19(2): 131-174.
- Kavuncubaşı, ř. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kılavuz, E. (2010). Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 10(29): 173-192.
- Kılıç, C., Bayar, Y. ve zekicioğlu, H. (2014). Araştırma Geliştirme Harcamalarının Yüksek Teknoloji rn İhracatı zerindeki Etkisi: G–8 lkeleri İçin Bir Panel Veri Analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 34(44): 115-130.
- Kırımlı, M. H. (2019). *Tekirdağ İlinde Nüfus Değişimi ve G Hareketleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Kısa, A., Younis, M. Z. ve Kısa, S. (2007). A Comparative Analysis Of The European Union's and Turkey's Health Status: How Health-Care Services Might Affect Turkey's Accession To The Eu. *Public Health Reports*. 122(5): 693-701.

- Kısa, P. (2012). *Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi Nedensellik Analizi "Türkiye Örneği"*. (Yüksek Lisans Tezi). Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Uşak.
- Kibritçioğlu, A. (2012). The Present and Future Of The G20 From The Perspective Of The Global Economy and Turkey. *Munich Personal Repec Archive*. 1(4): 1-11.
- Klevmarke, A. (1989). Modelling Labor Supply in a Dynamic Economy. *Research Institute of Industrial Economics Working Paper Series*: 1-21.
- Korkmaz, C., Biçer, M., Uzcan, D. ve Zurnacı, M. (2015). *Dünya' da Sağlık Hizmetlerinin Finansman Politikaları*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Korkmaz, T., Yıldız, B. ve Gökbulut, R. İ. (2010). Testing The Validity Of CAPM In ISE National 100 Index With Panel Data Analysis. *Istanbul University Journal Of The School Of Business*. 39(1): 95-105.
- Korkusuz, M. R. ve Burtan Doğan, B. (2011). Sağlık Hakkının Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri ve Önemi ile Gelişim Sürecindeki Eğilimler. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 1(1): 65-83.
- Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., Neter, J. ve Li, W. (2004). *Applied Linear Statistical Models*. New York: The McGraw-Hill.
- Lameire, N., Joffe, P. ve Wiedemann, M. (1999). Healthcare Systems—An International Review: An Overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 14(6): 3-9.
- Liaropoulos, L. ve Goranitis, I. (2015). Health Care Financing and The Sustainability of Health Systems. *International Journal For Equity In Health*. 14(1): 80.
- Lkhagvaa, U. (2019). *OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Samsun.
- Mechanic, D. ve Rochefort, D. A. (1996). Comparative Medical Systems. *Annual Review of Sociology*. (22): 239-270.
- Meeting Of G-20 Finance Ministers and Central Bank Governors. (1999). Berlin: 15-16 Kasım.
- Mendi, B. (2016). *Sağlık Bilişimi ve Güncel Uygulamalar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Miller, S. J. (2006). The Method of Least Squares. *Mathematics Department Brown University*. 114: 1-12.
- Mills, M., Van De Bunt, G. G. ve De Bruijn, J. (2006). Comparative Research: Persistent Problems And Promising Solutions. *International Sociology*. 21(5): 619-631.
- Mohebbi, M., Nourijelyani, K. ve Zeraati, H. (2007). A Simulation Study on Robust Alternatives of Least Squares Regression. *Journal of Applied Sciences*. 7(22): 3469-3476.

- Moran, M. (2000). Understanding The Welfare State: The Case of Health Care. *The British Journal of Politics and International Relations*. 2(2): 135-160.
- Mutlu, A. ve Işık, A. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Organ, İ. ve Yavuz, E. (2017). Sosyal Güvenlik Sistemi Açıklarının Analizi ve Ekonomi Üzerindeki Etkisi. *Aydın İktisat Fakültesi Dergisi*. 2(1): 105-123.
- Organisation for Economic Co-operation Development. (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*. Paris: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation Development. (2015). *Health at a Glance 2011 OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Özata Yamaç, S. (2016). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi ve OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Özdemir, S. (2007). *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.
- Özer, Ö., Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2015). *Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kuram ve Uygulama*. Ankara: ABSAM Yayınları.
- Pala, K. (2002). Temel Sağlık Hizmetleriyle İlgili Uluslararası Alma Ata Toplantısı. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 17(2): 101-106.
- Pazarlıoğlu, V. ve Kiren Gürler, Ö. (2007). Telekomünikasyon Yatırımları ve Ekonomik Büyüme: Panel Veri Yaklaşımı. *Finans, Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi*. 44(508): 35-43.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*. 17(61):119-138.
- Pickvance, C. (2005). The Four Varieties Of Comparative Analysis: The Case Of Environmental Regulation. *Journal of Housing and the Built Environment*. 16(1): 1-20.
- Pierson, C. ve Castles, F. G. (2006). *The Welfare State Reader*. Cambridge: Polity Press.
- Roemer, M. I. (1989). National Health Systems as Market Interventions. *Journal Of Public Health Policy*. 10(1): 62-77.
- Roemer, M. I. (1993). National Health Systems Throughout The World. *Annual Review of Public Health*. 14: 335-353.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2007). *Türkiye’de Sağlığa Bakış*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). *Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017*. Ankara.

- Saint Petersburg Accountability Report on G20 Development Commitments. (2013). Saint Petersburg: 5-6 Eylül.
- Sargutan, E. (2005). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 8(1): 81-111.
- Sargutan, E. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Sargutan, E. (2010). *84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*.
- Savaş, B. S., Karahan, Ö. ve Saka, Ö. (2002). Health Care Systems in Transition: Turkey. *European Observatory on Health Systems*. 4(4): 1-108. Copenhagen.
- Se-jong, K. (2010). Meeting Shows Hassle In G-20 Agenda Setting. The Korea Times. Erişim Tarihi: 19.11.2019.
- Sensoy, S., Demircan, M., Ulupınar, Y. ve Balta İ. (2008). *Türkiye İklimi*. Devlet Meteoroloji İşleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sezer, C. ve Karadeniz, G. (2018). Hastane Olgusuna Atfedilen Metaforik ve Açık Anlamlar Üzerinden Sağlık Hizmeti Algısının Belirlenmesi ve Analizi. *Reforma International Economic Journal*. 4(80): 45-58.
- Sezer, C., Elezi, O. ve Durmuş, A. (2018). *Satisfaction Perception in Private Health Care Services: A Case Study*. 5. Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Araştırmaları Konferansı Özet Kitabı. 20-22 Nisan Antalya: 89-94.
- Songur, H. ve Saygın, T. (2014). Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 7(19): 199-212).
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2014). Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete: 31.05.2006 tarih ve 5510 sayı.
- Sözer, A. N. (1997). *Sosyal Devlet Uygulamaları*. Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti: İzmir.
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye' de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: Hermes Matbaacılık.
- Şak, N. (2018). *Uygulamalı Panel Veri Ekonometrisi*. İstanbul: Der Yayınları
- Şaybak, G. (2004). *Türk Sosyal Güvenlik Sistemi ve Kamu Bütçe İlişkisi (1994-2003)*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Şen, M. (2002). Osmanlı Devleti'nde Sosyal Güvenlik: Ahi Birlikleri, Loncalar ve Vakıflar. *Çimento İşveren Dergisi*. 16(6): 18-40.

- Şengelen, H. E. (2016). *Yenilenebilir Enerji Kaynakları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Panel Veri Analizi ile İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Tarı, R. (2002). *Ekonometri*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Tarım, Ş. (2011). G20'nin Kuruluşundan Günümüze Gelişimi. *TOBB Ekonomik Forum Dergisi*. 6(7): 84-89.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. ve Hernández-Quevedo, C. (2011). Health Care Systems in Transition: Turkey. *European Observatory on Health Systems*. 13(6): 1-186.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Terris, M. (1978). The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects. *American Journal of Public Health*. 68(11): 1125-1131.
- Tokat, M. (1993). *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Tokat, M. (1994). *Sağlık Ekonomisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Torres-Reyna, O. (2007). *Panel Data Analysis Fixed and Random Effects Using Stata (v. 4.2)*. Princeton University: Data & Statistical Services.
- Tözün, M. ve Sözmen, M. K. (2014). Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi ve Temel Kavramları. *Smyrna Dergisi*. 5(2): 58-62.
- Türk Tabipler Birliği. (1995). Türk Tabipleri Birliği Örgütsel Öncelikler Raporu. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 10(69-70): 154-159.
- Ülgener, S. (1991). *Milli Gelir İstihdam ve İktisadi Büyüme*. İstanbul: Der Yayınları.
- Ünal, E. D. (2017). *Türkiye'de Seçilmiş Temel Sağlık Göstergeleri İle Kişibaşı GSYİH ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.
- Ünay, S. (2015). *Türkiye'nin G20 Dönem Başkanlığı Küresel Yönetişimde Orta Ölçekli Güç Etkisi*. İstanbul: Turkuvaz Matbaacılık Yayıncılık.
- Wallace L.S. (2013). A View of Health Care Around the World. *Annals of Family Medicine*. 11(1): 84.
- Wooldridge, J. M. (2002). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge: The MIT Press.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*.
- World Health Organization. (2007). *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*.

- Wouters, J. ve Geraets, D. (2012). The G20 and Informal International Lawmaking. *Leuven Centre for Global Governance Studies*. (86): 1-31.
- Yerdelen Tatoğlu, F. (2018). *Panel Veri Ekonometrisi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Yıldırım, H. H. (2013). *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2011). Healthcare Financing Reform in Turkey: Context And Salient Features. *Journal of European Social Policy*. 21(2): 178-193.
- Yıldız, N. (2015). G20 Küresel Sorunları Çözebilecek Bir Aktör Müdür?. *Hak-İş Emek ve Toplum Dergisi*. 4(9): 64-91.
- Yıldız, N. (2017). *G20 Gelişimi, Yapısı, Politikaları, Sosyal Boyutu ve L20*. Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları.
- Yıldız, O. (2013). G20 Zirvesi ve Sonuçları. *Köklü Değerişim Dergisi*. 10(109): 14-17.
- Zakus, D. ve Bhattacharyya, O. (2007). *Health Systems, Management, and Organization in Low- and Middle- Income Countries. Understanding Global Health*. New York: The Mcgraw-Hill Medical Companies.

EKLER

EK-1 ETİK KURUL KARARI

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	--

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türk Sağlık Sistemi'nin Panel Veri ve Karşılaştırılmalı Analiz Yöntemleriyle İncelenmesi ve Bir Değerlendirme
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Ümit Naldöken			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUŞAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:





CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türk Sağlık Sistemi'nin Panel Veri ve Karşılaştırılabilir Analiz Yöntemleriyle İncelenmesi ve Bir Değerlendirme
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BELGELERİ	Karar No: 2019-10/04	Tarih: 09.10.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuruyu doyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereği, amaç, yaklaşım ve sonuçları dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuruyu doyasında belirtilen merkezlerde gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Muhittin Sönmez</i>
Prof. Dr. Yalçın Kangir	Biyoistatistik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Yalçın Kangir</i>
Prof. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Hatice Özer</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ercan Özdemir</i>
Doç. Dr. Özgür Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Özgür Yıldırım</i>
Doç. Dr. Binnur Dağcı	Beslenme ve Diyetetik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Binnur Dağcı</i>
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Anap	Farmakolojik Mikrobiyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet Anap</i>
Dr. Öğr. Üyesi Engin Altınkaya	İç Hastalıklar	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Engin Altınkaya</i>
Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Melih Ülgey</i>

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Mehmet Veysi KAYA
Doğum Yeri ve Tarihi	Şanlıurfa – 1995
Medeni Hali	Bekâr
Yabancı Dil	İngilizce
E-posta Adresi	m.veysikaya4@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Tes-İş Anadolu Lisesi, 2013
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, 2017
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, 2020

Bilimsel Yayınlar

Makale

Naldöken, Ü. ve Kaya, M. V. (2020). The Relationship Personality Types with Political Skill in Health Institutions Employee. Journal of International Health Sciences and Management, 6(10): 1-11.

Bildiriler

Naldöken, Ü. ve Kaya, M. V. (2019). Sağlık Kurumlarında Çalışanların Kişilik Tipi ile Politik Beceri İlişkisi. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi. 20-23 Haziran 2019, İstanbul.

Naldöken, Ü. ve Kaya, M. V. (2019). Sağlık Sigortacılığı Sektörünün VZA Yöntemi ile Etkinlik Analizi. I. Uluslararası Multidisipliner Çalışmalar ve Araştırmalar Kongresi. 6-8 Eylül 2019, Şanlıurfa.