



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Unurbayar LKHAGVAA

**Samsun
Temmuz-2019**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Unurbayar LKHAGVAA

**Danışman
Prof. Dr. Türker YARDAN**

**Samsun
Temmuz-2019**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Unurbayar LKHAGVAA tarafından Prof. Dr. Türker YARDAN Danışmanlığında hazırlanan “OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması” başlıklı çalışma jürimiz tarafından 01.07.2019 tarihinde yapılan sınav ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Türker YARDAN
(Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Polat TUNÇER
(Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL
(Hitit Üniversitesi)

ONAY

Bu tez, Enstitüsü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından onaylanmıştır.

..../..../.....

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışma konusunun belirlenmesinde ve çalışmanın hazırlama sürecinin her aşamasında bilgilerini, tecrübelerini ve değerli zamanlarını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Türker YARDAN'a teşekkürü borç bilirim.

Türkiye'de yüksek lisans yapma fırsatı veren Yurtdışı Türkler ve Akrabalar Topluluklar (YTB) Başkanlığı'na ve yüksek lisansımın tamamlamasında iki yıl boyunca değerli bilgilerini benim ile paylaşan, öğrencilik hayatımın sorunlarında her zaman en iyi öneriyi veren Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN hocama özellikle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecinde tüm zorlukları benimle göğüsleyen; hayatımın her evresinde bana destek olan aileme ve her zaman bana yardımcı olan araştırma görevlileri Birgül YABANA KİREMİT ve Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI'ya teşekkür ve saygılarımı sunarım.

ÖZET

OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasıdır.

Materyal ve Metot: OECD ve Dünya Bankası sitesindeki verilerden yararlanılmıştır. Veriler 2000, 2005, 2010 ile 2015 olarak beşer yıllık süreleri kapsamaktadır. OECD üyesi 36 ülkenin 12'si Kapsayıcı (Beveridge) tipi, 21'si Refah Yönelimli (Bismarck) tipi, 2'si Özel Teşebbüs/Serbest Pazar tipi ve Türkiye Karma tipi sağlık sistemine sahiptir. Sağlık göstergelerinin karşılaştırılmasında IBM SPSS 22'te "tanımlayıcı istatistikler" ve Minitab 18 programında "zaman serisi" kullanılmıştır.

Bulgular: OECD üyesi ülkeleri arasında Almanya, Avustralya, Fransa, Finlandiya, İsviçre, Norveç ve Japonya gibi ülkeler sağlık göstergeleri açısından olumlu durumdadır. Sağlık finansman tipine göre; Beveridge olan ülkelerde kişi başı sağlık harcaması, vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti, doğuştan beklenen yaşam süresi daha yüksektir. Bismarck olan ülkelerde hekim ile hemşire sayısı ve yatak kullanımı oranı daha yüksektir. Serbest pazar tipine sahip ülkelerde GSYİH içindeki sağlık harcaması, cepten yapılan sağlık harcaması, anne ve bebek ölüm hızı daha yüksektir. Karma sağlık sistemini uygulayan Türkiye'de, son zamanlarda anne ve bebek ölüm hızı azalan ülkelere benzerdir.

Sonuç: GSYİH içindeki sağlık harcamasının 2030 yılına kadar ABD'de en yüksek ve Meksika en düşük olacağı tahmin edilmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresinin Güney Kore'de en yüksek ve Meksika'da en düşük olacağı tahmin edilmektedir. 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının Meksika ile Macaristan'da en yüksek, Polonya'da en düşük olacağı tahmin edilmektedir. 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızının Güney Kore'de en düşük, Meksika'da en yüksek olacağı beklenmektedir. Ülkelerin, sağlık göstergelerindeki gelecek trendleri dikkate almaları ve sağlık politikalarında iyileştirmeler yapmaları önerilir.

Anahtar Kelimeler: Karşılaştırmalı analiz; OECD; Sağlık göstergeleri; Sağlık sistemi, Zaman serisi analiz.

Unurbayar LKHAGVAA, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Temmuz-2019

ABSTRACT

A COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH SYSTEMS OF THE OECD MEMBER COUNTRIES

Aim: This study aims to compare the health systems of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) member countries.

Material and Method: OECD health data and World Bank health data were used for the study and included five-year periods such as 2000, 2005, 2010 and 2015. There are 36 member countries in the OECD. 12 of them are based on Container (Beveridge) type of health system, 21 of them are based on Welfare Oriented (Bismarck) type of health system, 2 of them are based on Private Enterprise/Free market type and Turkey is based on mixed health system. In the comparison of health indicators, data were analyzed with “descriptive statistics” in IBM SPSS 22 and with “time series” in Minitab18 program.

Results: The health indicators of Australia, Germany, France, Finland, Japan, Norway and Switzerland are in terms of the positive state. On the other hand, the health indicators of Mexico, Chile, Latvia, Lithuania and Turkey are in terms of the negative state. Health expenditures per capita, healthcare satisfaction of the citizens and life expectancy are higher in Beveridge countries. The number of health physicians and nurses per 1000 inhabitants, the number of hospital beds per 1000 inhabitants and length of hospital stay are higher in Bismarck countries. The health expenditure in the gross domestic product (GDP), out-of-pocket, maternal mortality rate per 100,000 live births and infant mortality rate per 1000 live births are higher in the private health system countries. The infant mortality rate in Turkey is being declined rapidly.

Conclusion: By 2030, the health expenditure in GDP would be the highest in the US and the lowest in Mexico. The life expectancy would be highest in South Korea and lowest in Mexico. The maternal mortality rate per 100,000 live births would be highest in Mexico, Hungary and lowest in Poland. The infant mortality rate per 1000 live births would be lowest in South Korea and the highest in Mexico. It is recommended that countries take into account future trends in health indicators and make improvements in health policies.

Keywords: Comparative analysis; OECD; Health indicators; Health system, Times series analysis.

Unurbayar LKHAGVAA, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University - Samsun, July-2019

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHRQ: ABD Sağlık Hizmetleri ve Kalite Ajansı

CDC: ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri

CHIP: ABD Çocuk Sağlığı Sigortası Programı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: ABD Gıda ve İlaç İdaresi

GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

HHS: ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü

HRSA: ABD İnsan Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi

NHS: Ulusal Sağlık Sistemi

NIH: ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü

OECD: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

OOP: Cepten Yapılan Sağlık Harcaması

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SHI: Sosyal Sağlık Sigortası

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

ZSS: Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Sistem ve Sağlık Sistemi Kavramları.....	2
2.2 Sağlık Sisteminin Öğeleri ve Fonksiyonları.....	3
2.3 Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	4
2.4. OECD Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemleri.....	9
3. MATERYAL VE METOT.....	49
3.1 Materyal.....	49
3.1.1 Çalışmanın Amacı	49
3.1.2_Varsayımlar	51
3.1.3 Sınırlılıklar.....	51
3.2 Metot.....	51
3.2.1 Evren ve Örneklem.....	51
3.2.2 Veri Toplama Aracı.....	52
3.2.3 Analiz Metodu	53
3.2.4 Güvenirlik ve Geçerlilik.....	54
4. BULGULAR.....	55
4.1 Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması.....	56
4.2 Sağlık Sistemlerinden Vatandaşların Memnuniyetinin Karşılaştırılması	67
4.3 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı Açısından Karşılaştırılması .	69
4.4 Hastanede Yatak Kullanımı Açısından Karşılaştırılması.....	71
4.5 Sağlık Sonuç Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması.....	73
4.6 Zaman Serisi Analiz İle Yapılmış Olan Tahmini Sonuçlar.....	82
5. TARTIŞMA.....	90

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	97
KAYNAKLAR	108
EKLER	114
ÖZGEÇMİŞ	130



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığın geliştirilmesi, yeniden tesisi ve sürekliliğinin sağlanmasına yönelik hizmet ve faaliyetlerin tamamını ve sağlık alanında faaliyette bulunan tüm organizasyonlar ve kurumlar ile sağlık için tahsis edilmiş kaynakları sağlık sistemi olarak ifade etmektedir (WHO, 2000). Bu bağlamda sağlık sistemi, hedef nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmeti sunan insan, kurum ve kaynakların bir birleşimidir. Sağlık sisteminin bileşenleri; (1) minimum kaynak israfı ile sağlanan iyi sağlık hizmetlerine sahip olması, (2) iyi performans gösteren bir sağlık insan kaynağı, (3) iyi işleyen bir sağlık bilişim sistemi, (4) temel tıbbi ürünlere ve teknolojilere eşit erişim, (5) yeterli finansman, (6) etkin liderlik ve yönetimdir (WHO, 2007).

Başarılı bir sağlık sistemi kurmak için öncelikle sistemin ne olduğunu bilmek ve sağlık sisteminin neden önemli olduğunu kavramak gerekmektedir. Ayrıca sağlık sistemi; politika yapıcılarının kendi sistemine hakim olmaları, hangi araç ve müdahalelerin bir sağlık sisteminin performansını iyileştirme olasılığını yükselteceğini; reform yapabilmek için gelişmiş ülke sistemlerini araştırılması gerekmektedir (Hsiao, 2003).

Sağlık sistemi, demografik, ekonomik veya diğer özelliklerinden dolayı ayırım gözetmeksizin tüm insanları kapsamalı, hizmetleri kapsamlı olmalı, fiziksel veya zihinsel sağlığa yararlı olabilecek tüm teknolojileri içermelidir. Sağlığa yönelik başlıca tehlikelerin önüne geçmek için hizmet sunumu açısından tedbir alınması (sigara reklamcılığı gibi), her türden sağlık personeli yeterli sayıda mevcut olması, planlı bir sağlık sistemi için yeterli finansal destek aracına sahip olması gibi temel özellikler iyi bir sağlık sistemini uygulamak için gereken temel özelliklerdir (Fulop, 1982).

Bu çalışma kapsamında, OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin mevcut durumunun belirlenmesi, çeşitli sağlık sistemi modellerin özelliklerinin incelenmesi, bazı ülkelerde gerçekleştirilen sağlık programlarının özelliklerinin incelenmesi ve sağlık sistemlerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Bu çalışmada, OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması ile; başarılı bir sağlık sisteminin oluşturulması, sağlık sistemlerinin mevcut problemlerinin belirlenmesi ve doğru tanımlanması, çözüm önerilerinin belirlenmesi ve sağlık sisteminin önemi ile ilgili farkındalığı sağlanması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sistem ve Sağlık Sistemi Kavramları

Sistem kavram olarak, bir biriyle ilişkili unsurlardan oluşan amaçlı bir bütünü ifade edilen girdi, süreç, çıktı ve geribildirim fonksiyonlarını içeren bileşim; yaklaşım olarak, olaylara, olgulara, yapılara ve süreçlere bütünsel bakmayı, bütün olarak görmeyi, algılamayı, kavramayı ve anlamayı gerektirmektedir (Sezer, 2006). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “Dünya Sağlık Raporu 2000”de kapsamlı bir sağlık sistemi tanımı sunmuş ve temel amacı, “sağlığı geliştirmek, geri kazandırmak ya da sürdürmek olan tüm hizmet ve faaliyetleri kapsayacak bir sağlık sistemi” tanımı yapmıştır (WHO, 2000).

DSÖ’ye göre, her ulusal sağlık sistemi nüfusun sağlık düzeyini iyileştirmek için üç genel hedefe ulaşmaya çalışmaktadır. Bunlar; (1) İyi sağlık, nüfusun beklentilerine cevap verme ve finansal katkının adil olmasıdır. (2) İlerleme, sistemlerin dört önemli işlevi (hizmet sunumu, kaynak üretimi, finansman, yönetim) nasıl yerine getirdiğine bağlıdır. Bu işlevlerin gerçekte nasıl yürütüldüğünün karşılaştırılması, zaman içinde ve ülkeler arasında performans farklılıklarını anlamak için bir temel oluşturur. (3) Her sağlık sisteminin eşit şekilde karşılaması gereken asgari gereklilikler vardır (WHO, 2000).

Murray ve Frenk (2000), sağlık sistemini ilk olarak sağlık eylemlerini belirleyerek tanımlamışlardır. Onlara göre, bir sağlık eyleminin temel amacı sağlığı geliştirmek ve/veya sürdürmek olan herhangi bir faaliyet dizisidir ve bu nedenle sağlık sistemi; sağlık, finansman ve sağlık eylemlerinin sağlanmasıyla ilgili kaynakları, faktörleri ve kurumları içermektedir. Bu açıklamalar sayesinde sağlık sistemlerinin, karmaşık bir yapıya sahip olduğu ve birçok farklı faktörü, kurumu ve bunların arasındaki etkileşimi kapsadığı anlaşılmaktadır.

DSÖ’ye göre bir sağlık sistemi altı ana bileşene sahiptir. Bu bileşenler; (1) minimum kaynak israfı ile sağlanan iyi sağlık hizmetlerine sahip olma, (2) iyi performans gösteren bir sağlık insan kaynağı, (3) iyi işleyen bir sağlık bilişim sistemi, (4) temel tıbbi ürünlere, aşılar ve teknolojilere eşit erişim, (5) yeterli finansman ve (6) etkin liderlik ve yönetimidir (WHO, 2007).

Sağlık sistemlerinin uygulamada iyi bir sistem olmasını sağlamak için bazı özelliklere sahip olması gerektiği belirtilmiştir (Fulop, 1982):

1. Bireylerin demografik, ekonomik veya diğer özelliklerinden dolayı ayırım gözetmeksizin tüm insanların kapsanması sağlanmalıdır.

2. Sağlık hizmetleri kapsamlı olmalı, fiziksel veya zihinsel sağlığa yararlı olabilecek tüm teknolojileri içermelidir.
3. Sağlığa yönelik başlıca tehlikelerin önüne geçmek için hizmet sunumu açısından tedbir alınmalıdır (sigara reklamcılığı gibi).
4. Her türden sağlık personeli yeterli sayıda olmalıdır.
5. Planlı bir sağlık sistemi yeterli finansal destek aracına sahip olmalıdır.

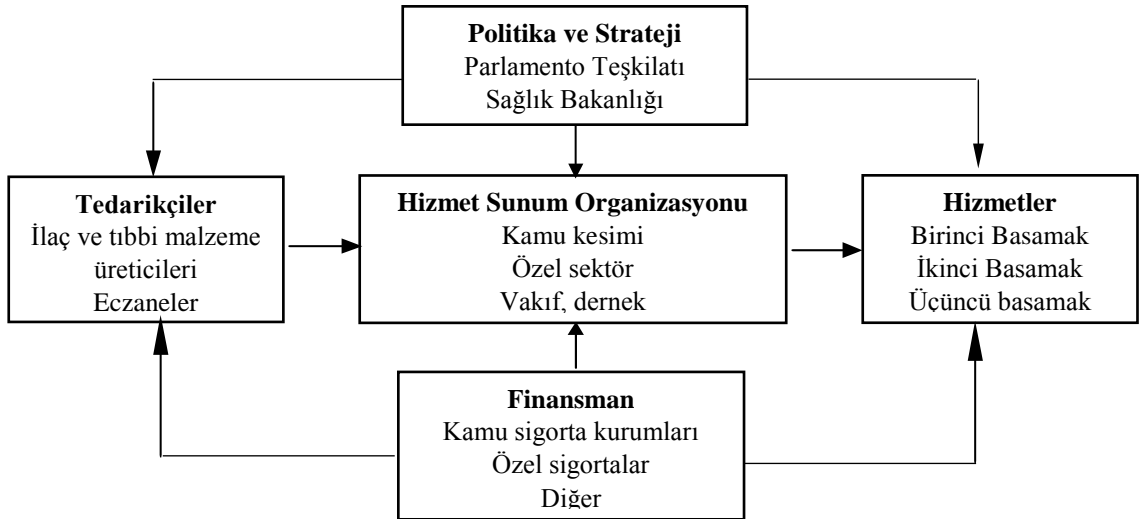
2.2 Sağlık Sisteminin Öğeleri ve Fonksiyonları

Kavuncubaşı'ya göre (2015), her ülkedeki sağlık sisteminin beş ana ögesi bulunmalıdır (Şekil 1). Bunlar:

Yönetim (Politika ve Strateji Geliştirme): Sağlık politikası ve stratejilerini geliştiren organ ve kuruluşlardır. Sağlık sisteminin planlanması ve sağlıkla ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasından sorumludur.

Finansman (Ekonomik Destek): Sağlık hizmeti sunumunun finansmanı ile ilgili olan kuruluşları kapsamaktadır.

Hizmet Sunum Organizasyonu (Programlar): Hizmet üretim ve sunumuyla ilgili tüm kurum ve kuruluşları içermektedir.

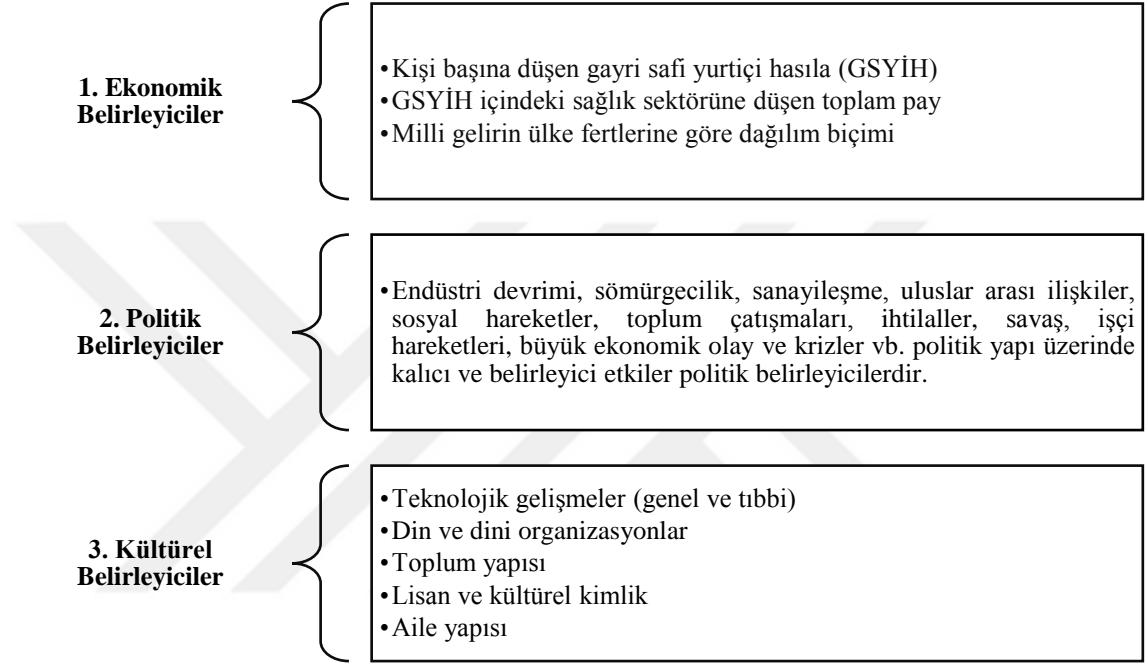


Şekil 1. Sağlık Sisteminin Öğeleri, İşlevleri ve Karşılıklı İlişkileri (Kavuncubaşı, 2015)

Tedarikçiler (Kaynak Sağlayan Kurumlar): Sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumu için gerekli kaynak sağlayan kuruluşlardır.

Hizmet Sunumu: Koruyucu sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir. Yukarıda özet olarak açıklanan yönetim, finansman, hizmet sunum organizasyonu ve tedarikçiler sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağını doğrudan etkilemektedir.

Bunun dışında, Sargutan (2010)'a göre; sağlık sistemlerinin temel belirleyicileri aşağıdaki gibi toplanabilir (Şekil 2).



Şekil 2. Sağlık Sistemi Türlerinin Belirleyicileri (Sargutan, 2010)

Sağlık Sisteminin Fonksiyonları: DSÖ'ye göre bir sağlık sisteminin yerine getirmesi gereken dört temel fonksiyonu bulunmaktadır (WHO, 2000).

1. Yönetim fonksiyonu.
2. Finansman fonksiyonu.
3. Kaynak fonksiyonu.
4. Hizmet sunumu fonksiyonu.

2.3 Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması konusunda 1978'den beri geniş kapsamlı literatür çalışmaları vardır. Terris (1978), sağlık sistemlerini temsil edilen ülkelerin ekonomik yapılarını sınıflandırmaya çalışmıştır. Buna göre, (1) nüfusun çoğunluğu için bir kamu yardım sistemi aracılığıyla 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 sistemleridir.

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

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin en kapsamlı çalışma Roemer (1989) tarafından yapılmıştır. Roemer, sağlık sistemlerini dört ana başlıkta sınıflandırmıştır. Bunlar: (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'dir. 1993 yılında Roemer ülke sağlık sistemlerini, devlet müdahalesinin (yada devletin üstlendiği sorumluluğun) en az olduğu sistemden en merkezîyetçi sisteme göre sıralamıştır. Bunlar; Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri, Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri, Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemleri ve Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri biçiminde sınıflandırmıştır. Bu sistemlerin özellikleri aşağıda tartışılmıştır.

2.3.1 Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi (İngiltere Sağlık Sistemi – Beveridge Modeli)

II. Dünya Savaşı sonrasında 1948 yılında İngiltere'nin başbakanı William Beveridge tarafından tasarlanıp, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vergiye dayalı bir şekilde finanse edildiği bir sağlık sistemidir (Daştan, 2015).

Sistemin temel bir felsefesi, her insan için "sağlık bir haktır" düşüncesidir. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi'ni diğer sistemlerden ayıran ilkeler; *evrensellik* (istihdam edilsin ya da edilmesin tüm vatandaşların sosyal risklerin hepsine karşı korunması), *birlik* (tek bir çatı altında tüm sosyal risklere karşı yönetimin toplanması) ve *benzerlik* (gelir düzeyleri ne olursa olsun tüm bireyler sağlık hizmetlerden yararlanabilmesi) olarak sıralanmaktadır (Mendi, 2016).

Beveridge sisteminde sağlık hizmetleri vergilerle finanse edildiği için çok amaçlı sistem olarak tanımlanmaktadır ve diğer yandan "doğrudan sistem" adı da

verilmektedir (Belek, 2014).

2.3.2 Refah Yönelimli Sağlık Sistemi (Bismark Modeli)

1883 yılında Almanya'nın başbakanı Otto Von Bismarck tarafından ortaya çıkan işçilere yönelik sosyal koruma sistemidir ve belli paylara göre çalışanlar, işverenler ve devlet tarafından fonlanan kamu sağlık sigortalarına dayanmaktadır. Bu sistemde sigorta kapsamına dahil edilen kişiler gelirleriyle orantılı olarak sağlık sigortası primi öderler. Risk bölüşümünü ve önceden ödemeyi öngören bu sistemde, işveren de çalışan adına sağlık primi ödemektedir (Mendi, 2016).

Alman sağlık sistemi olarak da adlandırılan bu sistem Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'deki işçi-işveren finansmanı sisteminin aksine vatandaşın tümünü kapsamayı hedefler ve kar amacı gütmeyiz (Barnighausen, 2002).

2.3.3 Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemi (Özel Sigorta Ağırlıklı Sistem – ABD Modeli)

Bu sistemde, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsur olarak özel sektör yer almaktadır ve herkesin doktorunu ve/veya hastasını seçebilme hakkına sahip olabilmesi bu sistemin özelliğidir. Sağlık hizmetleri talebi, kişisel ödeme ve özel sigortalarla sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri arzını özel sektör sağlamaktadır. ABD ve Meksika'da uygulanan sağlık sistemi, bu sistemin örneklerindedir (Wallace, 2013).

ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanında merkezi hükümet ve eyaletlere ait gelirlerin kullanılmasının yanında Medicare (yaşlılara sağlık sigortası), Medicaid (yoksullara tıbbi yardım sigortası, sağlık yardımı) için yapılan genel yardımlar ve merkezi idare ile eyaletlerin bazı hastaneleri finans etmeleri, özel sigortaların sağladığı finansman ve cepten ödemeler finansman kaynaklarını oluşturmaktadır (Mendi, 2016).

2.3.4 Sosyalist Tipi Sağlık Sistemi (Semashko Modeli, Sovyet Sosyalist Modeli)

1920'lerin başında, Semashko tarafından oluşturulan model, Sovyet Sosyalist Modeli (Semashko Sağlık Modeli) adıyla ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı devlet tarafından sağlanmaktadır (Mendi, 2016).

Korkmaz (2015), devlet kısıtlı imkanlara 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

reçete edilen ilaçlar, işitme cihazları, diş ve ortopedik protezler, tekerlekli sandalyeler cepten ödenir. Düşük gelir gruplarına bu hizmetler ücretsiz olarak verilir. Sağlık kurumlarının tamamı kamuya aittir ve toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %90'ı genel bütçeden karşılanmaktadır. Özel sektör yer almaz veya istisna olarak yer alabilmektedir.

2.3.5 Karma Tipi Sağlık Sistemi (Türkiye Modeli)

Karma tipi sağlık sistemi ise hem Beveridge hem Bismarck ve Serbest Pazar Tipi sağlık sistemlerinin özelliklerini kapsayan bir modeldir. OECD üyesi ülkeleri arasında karmaşık tipli sağlık sistemine sahip tek ülke ise Türkiye'dir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık hizmeti kamu malı niteliğindedir ve devletin görevlerindedir. Türkiye'de sağlık hizmeti kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarınca sağlanmaktadır (Daştan, 2015). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile gerçekleşmektedir (Pekten, 2006).

Türkiye'de 2003 yılında başlayan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile Türk Sağlık Sistemi yeniden organize olmuştur. Bu değişiklikler sonucunda vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde kolaylıklar sağlanmış ve yüksek sağlık harcamalarına karşı düşük gelir seviyeli kesim için mali koruma durumunda iyileşmeler görülmüştür. 2012 yılından itibaren tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası sistemine dahil olması zorunluluğu getirilmiştir (OECD, 2008).

Aşağıdaki tablo'de sağlık finansman kaynaklarına dayalı üç ana sağlık sistemi modeli, temel özellikler ve sunucuların türü kriterlerine göre gösterilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Finansman Kaynaklarına Dayalı Üç Ana Sağlık Sistemi Modeli (Burazeri, 2013)

Finansman Kaynağı	Temel Özellikler	Sunucuların Türü	Uygulanan Ülkeler
1. Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge Modeli)			
-Vergilendirme (Devlet bütçesi) -Gelir ile ilgili değil	-Tüm vatandaşlar için sağlık hizmetlerine erişim -Temel sağlık yararları ile kapsamlı -Sağlık Bakanlığı ve mali imkanlarla güçlü kontrol	-Halka açık -Ağırlıklı olarak kamu sunucuları ve devlet mülkiyeti -Ulusal sağlık hizmeti ve serbest çalışan doktorlar -Alıcı-sunucu farklı	1. Avustralya 2. Danimarka 3. Finlandiya 4. İngiltere 5. İrlanda 6. İspanya 7. İsveç 8. İtalya 9. İzlanda 10. Kanada 11. Norveç 12. Yeni Zelanda
2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi (Bismarck Modeli)			
-Zorunlu sağlık sigortası, işverenler ve çalışanlar tarafından ödenen ayrılmış primler -Gelir ile ilgili	-Garantili sağlık sigortası, sağlık hizmetleri, temel model ile %60-80 kapsamı -Sistemi düzenleyen devletin ara rolü Müşteri dostu, profesyonel özerklik, ayrılmış bütçeler -Yüksek maliyet kontrolü zor	-Karışık -Baskın sosyal mülkiyetli kamu ve özel sunucular	1. Almanya 2. Avusturya 3. Belçika 4. Çekya 5. Estonya 6. Fransa 7. Güney Kore 8. Hollanda 9. İsrail 10. İsviçre 11. Japonya 12. Letonya 13. Litvanya 14. Lüksemburg 15. Macaristan 16. Portekiz 17. Polonya 18. Slovakya 19. Slovenya 20. Şili 21. Yunanistan
3. Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemi (Özel Sağlık Sigortası Ağırlıklı Sistemi)			
-Özel sigorta ve finansmanı -Medicare -Medicaid	-Bir mal olarak sağlık bakımı -Zayıf devlet kontrolü -Sunucular özel girişimci	-Özerklik ile ağırlıklı olarak özel sunucular	1. ABD 2. Meksika

2.4. OECD Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemleri

İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), demokratik yapılara ve piyasa ekonomisine sahip 36 ülkenin bir araya gelmesiyle küreselleşmenin bir sonucu olarak ortaya çıkan ekonomik, sosyal ve politik sorunları çözmek ve bu sürecin fırsatlarından faydalanmak üzere işbirliği içinde çalışan bir örgüttür (Türkiye Dışişleri Bakanlığı, 2019). OECD'nin temel amaçları aşağıda sunulmaktadır.

1. Ekonomik büyüme, mali istikrar, ticaret ve yatırım, teknoloji, yenilik, girişimcilik ve kalkınma alanlarında işbirliği yoluyla refahın sağlanması ve yoksullukla mücadele konularında hükümetlere yardımcı olmak.
2. Ekonomik ve sosyal gelişme ile çevrenin korunması arasındaki dengeyi gözetmek.
3. Herkes için iş imkanı yaratılması ve sosyal eşitlik ile etkin ve sağlıklı bir yönetim gerçekleştirilmesi.
4. Yeni gelişme ve sorunları anlamak ve bunlara çözüm üretmek konularında hükümetlere tavsiyelerde bulunmak.

OECD, II. Dünya Savaşı sonrasında, Batı Avrupa ülkelerinin ekonomilerinin desteklenmek ve Avrupa ülkeleri arasındaki ticari ödemeleri serbestleştirerek geliştirmek amacıyla 1947-1960 yılları arasında faaliyette bulunan Avrupa Ekonomi İşbirliği Teşkilatı'nın (OEEC) işlevini tamamlaması üzerine, onun yerine ve daha geniş bir görev tanımı çerçevesinde kurulmuştur (OECD, 2018).

OECD'nin 20 kurucu üyesi bulunmaktadır. Ek olarak Japonya, Finlandiya, Avustralya ve Yeni Zelanda üye olarak katılmışlardır. Sovyetler Birliği'nin dağılması sonrasında, 1990'lı yılların başında Batı ile entegrasyon süreçlerine hız kazandırmak için Çekya, Güney Kore, Macaristan, Meksika, Polonya ve Slovakya üye olarak kabul edilmişlerdir. 2010 yılı içinde Estonya, İsrail, Şili ve Slovenya son olarak da 2016 ve 2018 yılında Letonya ile Litvanya üye olarak katılmıştır. Özellikle ekonomik analizler ve istatistikler konusunda OECD bir referans kuruluş olarak kabul edilmekte, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası gibi örgütler bu çalışmalarını kendi faaliyetleri için temel almaktadırlar. OECD üyesi ülkelerin örgüte üye oluş tarihleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. OECD Ülkelerinin Üyesi Oluş Tarihi ve Sağlık Sisteminin Modeli (OECD, 2018)

No	Üye Ülkeler	Üye Olunan Tarih	Sağlık Sisteminin Modeli
1. OECD'nin 20 Kurucu Üyesi			
1	ABD	12 Nisan 1961	Özel
2	Almanya	27 Eylül 1961	Bismarck
3	Avusturya	29 Eylül 1961	Bismarck
4	Belçika	13 Eylül 1961	Bismarck
5	Danimarka	30 Mayıs 1961	Beveridge
6	Fransa	7 Ağustos 1961	Bismarck
7	Hollanda	13 Kasım 1961	Bismarck
8	İngiltere	2 Mayıs 1961	Beveridge
9	İrlanda	17 Ağustos 1961	Beveridge
10	İspanya	3 Ağustos 1961	Beveridge
11	İsveç	28 Eylül 1961	Beveridge
12	İsviçre	28 Eylül 1961	Bismarck
13	İtalya	29 Mart 1962	Beveridge
14	İzlanda	5 Haziran 1961	Beveridge
15	Kanada	10 Nisan 1961	Beveridge
16	Lüksemburg	7 Aralık 1961	Bismarck
17	Norveç	4 Temmuz 1961	Beveridge
18	Portekiz	4 Ağustos 1961	Bismarck
19	Türkiye	2 Ağustos 1961	Karma
20	Yunanistan	27 Eylül 1961	Bismarck
2. 1963-1990 Arasında Üye Oluş Ülkeler			
21	Avustralya	7 Haziran 1971	Beveridge
22	Finlandiya	28 Ocak 1969	Beveridge
23	Japonya	28 Nisan 1964	Bismarck
24	Yeni Zelanda	29 Mayıs 1973	Beveridge
3. 1990'lı Yılların Başında Üye Oluş Ülkeler			
25	Çekya	21 Aralık 1995	Bismarck
26	Güney Kore	12 Aralık 1996	Bismarck
27	Macaristan	7 Mayıs 1996	Bismarck
28	Meksika	18 Mayıs 1994	Özel
29	Polonya	22 Kasım 1996	Bismarck
30	Slovakya	14 Aralık 2000	Bismarck
4. 2010 Yılında Üye Oluş Ülkeler			
31	Estonya	9 Aralık 2010	Bismarck
32	İsrail	7 Eylül 2010	Bismarck
33	Şili	7 Mayıs 2010	Bismarck
34	Slovenya	21 Temmuz 2010	Bismarck
5. 2015'dan Sonra Üye Oluş Ülkeler			
35	Letonya	1 Temmuz 2016	Bismarck
36	Litvanya	5 Temmuz 2018	Bismarck

OECD, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması hakkında 2000 yılında yayımladığı uyarlamasında finansman kaynağı ve ödeme biçimlerini esas almıştır. Finansman kaynağı olarak (1) özel/gönüllü, (2) genel/zorunlu olmak üzere iki grup esas alınmıştır (Sargutan, 2010). Bu iki esas içerisinde, sağlık hizmeti sunucularına ücretlerinin ödenmesi ve bunun geri ödeme türü olarak dört metot gösterilmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. OECD Sağlık Hizmeti Finansman Kaynakları ve Ödeme Metotları İlişkisi (Sargutan, 2010)

No	Geri Ödeme	Finanslama	
		Özel/Gönüllü	Genel/Zorunlu
1	Kişilerin Doğrudan (Cebinden) Ödemesi	1. model	2. model
2	Sigorta Geri Ödemeli ve Doğrudan Kişisel Ödemeler	3. model	4. model
3	Üçüncü Taraf Sözleşme	5. model	6. model
4	Üçüncü Taraf Bütçe ve Aylık	7. model	8. model

1. Model : Sağlık sigortası bulunmayan hizmet kullanıcısının, hizmet sunucuya kendi isteğiyle doğrudan (cebinden) ödeme yaptığı sistem.

2. Model: Hizmet kullanıcısının, hizmet sunucuya zorunlu olarak doğrudan (cebinden) ödeme yaptığı sistem.

3. Model: Sağlık sigortası olan kullanıcının, sunucuya ödeme yaptıktan sonra sigorta kaynaklarından geri ödeme yapıldığı; kullanıcıların geri ödeme ile isteğe bağlı finanse edildiği sistemdir.

4. Model: Genel mali kaynaklı sigortanın olduğu ve kullanıcının sunucuya ödeme yaptıktan sonra sigortaca kendisine geri ödeme yapıldığı: kullanıcının geri ödeme ile genel kaynaklarca finanse edildiği sistemdir.

5. Model: Hizmetlerin kullanıcılar için genellikle ücretsiz olduğu ve hizmet sunucularına isteğe bağlı sigorta programlarınca sözleşmeler yoluyla geri ödeme yapıldığı; üçüncü taraf ödeyiciler veya sigortacılarla sözleşmelerle ve isteğe bağlı finansman yoluyla sunucularla doğrudan ödeme yapıldığı sistemdir.

6. Model: Hizmetlerin kullanıcılar için genellikle ücretsiz ve hizmet sunucularına genel kaynaklı sigorta programlarınca sözleşmeler yoluyla geri ödeme yapıldığı sistemdir.

7. Model: Tipik olarak hastaneler ve ücretli doktorlar için global bütçelerin olduğu, kullanıcılara hizmetlerin ücretsiz verildiği ve (sağlığı koruma örgütü gibi) isteğe bağlı sigortalarca finanse edildiği; isteğe bağlı finansmanın yanında sağlık sigortasının ve hizmet sağlanması aynı örgütte birleştirildiği sistem.

8. Model: Genellikle hastaneler ve ücretli doktorlar için global bütçelerin olduğu, kullanıcılara hizmetlerin ücretsiz verildiği ve genel mali kaynaklı sigortalarca finanse edildiği; genel finansman yanında sağlık sigortasının ve hizmet sunumunun birleştirildiği sistemdir.

Aşağıda OECD üyesi olan 36 ülkenin sağlık sistemlerinin sınıflandırılması göstermektedir (Tablo 4).

Tablo 4. OECD Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması (Sargutan, 2010)

1. Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) Tipi Sağlık Sistemine Sahip Ülkeler		
1. Avustralya	5. İrlanda	9. İzlanda
2. Danimarka	6. İspanya	10. Kanada
3. Finlandiya	7. İsveç	11. Norveç
4. İngiltere	8. İtalya	12. Yeni Zelanda
2. Refah Yönelimli / Sigorta (Bismarck) Tipi Sağlık Sistemine Sahip Ülkeler		
1. Almanya	8. Hollanda	15. Macaristan
2. Avusturya	9. İsrail	16. Polonya
3. Belçika	10. İsviçre	17. Portekiz
4. Çekya	11. Japonya	18. Şili
5. Estonya	12. Letonya	19. Slovakya
6. Fransa	13. Litvanya	20. Slovenya
7. Güney Kore	14. Lüksemburg	21. Yunanistan
3. Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemine Sahip Ülkeler		
1. ABD		2. Meksika
4. Karmaşık Tipi Sağlık Sistemine Sahip Ülkeler		
	Türkiye	

2.4.1 Almanya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Almanya Federal Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	357,000 km ²
Nüfus Sayısı:	82,438,639
Yönetim Biçimi:	Federal Cumhuriyeti
Başkenti:	Berlin
Resmi Dili:	Almanca

Almanya sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki sağlık sistemleri

içine girmekte ve bu tipe modellik etmektedir. Federal Sağlık Bakanlığı bütün Alman insanların sağlığını korumak ve temel sağlık hizmetleri sunmakla sorumludur (Busse, 2014). Aşağıdaki şekilde Almanya sağlık sistemi yapısı gösterilmiştir (Şekil 3).

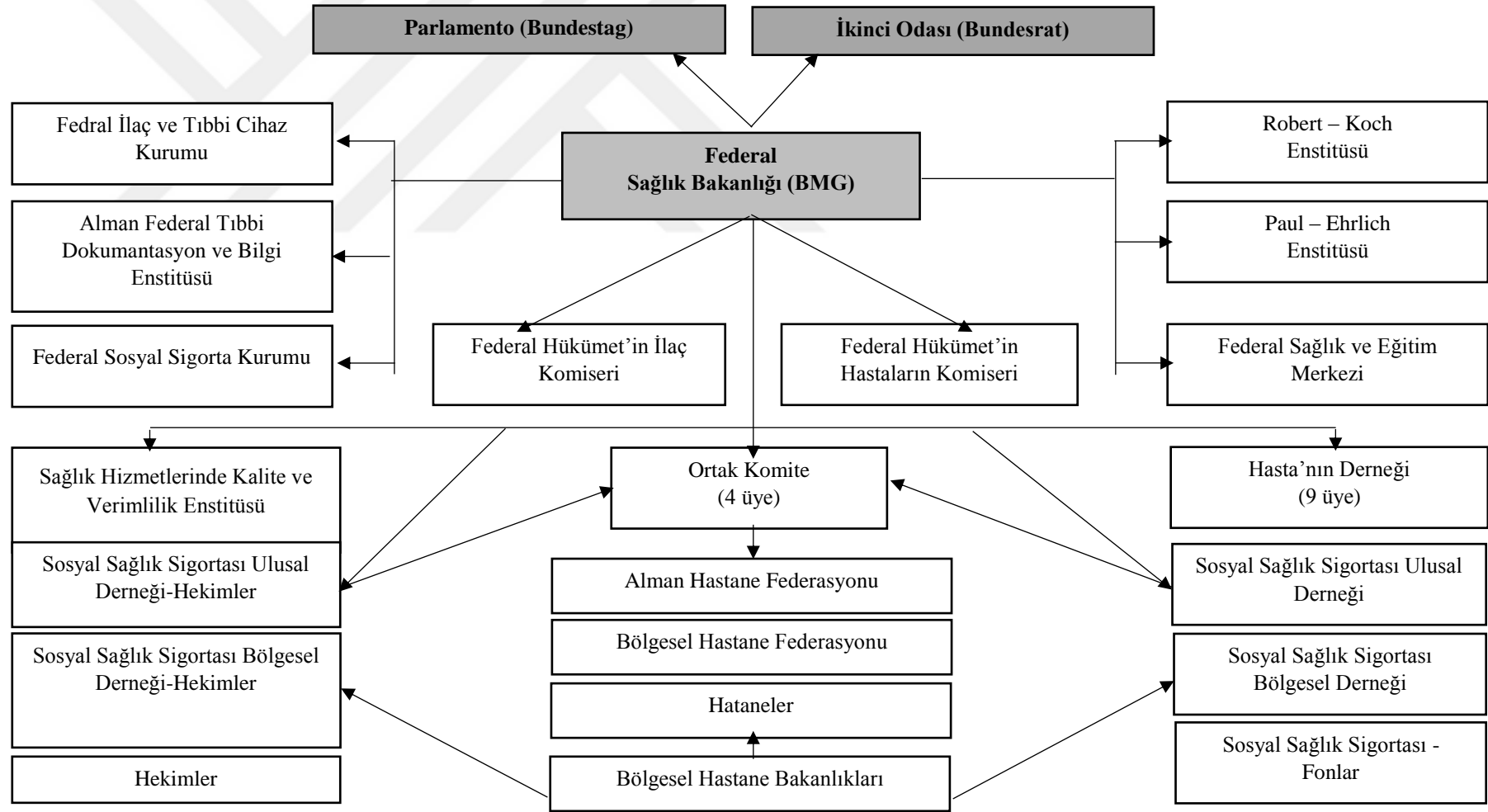
Almanya'da 2009 yılından itibaren sosyal sağlık sigortası veya özel sağlık sigortası yoluyla tüm vatandaşlar ve daimi ikamet edenler için sağlık sigortası zorunlu olmuştur. Sosyal sağlık sigortası Almanya'da yaşayan bütün vatandaşların %85'ini kapsamaktadır (Busse, 2014).

Sağlık sistemi içinde yer alan kuruluşlar federal ve devlet (Land-Lander) düzeyinde örgütlenmiştir. Almanya sağlık sisteminin örgütsel yapısında şu oluşumlar yer almaktadır. (1) Federal/Merkezi Yönetim, (2) Federal/Eyalet Yönetimi, (3) Devlete ait olmayan birlikler, (4) Yasalarla belirlenen haklar, (5) Zorunlu üyelik, (6) Kendi finansal kaynaklarını yükseltme hakkıdır. Almanya'da hastane hizmetleri geleneksel olarak yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmış ve akut hastaneler ayakta acil bakım hizmetleri sunarken, yalnızca üniversite hastaneleri resmi ayakta bakım hizmeti sunan kuruluşlardır (Sargutan, 2010).

Sağlık teknolojisi pazarı Avrupa'nın en büyük tıbbi teknoloji üretimine sahip olup, küresel pazarda Amerika ve Japonya'dan sonra üçüncü sırada yer almaktadır. 1000 kişi başına düşen sağlık personeli açısından yüksek olan ülkelerinden birisidir (OECD, 2017).

Almanya'da doğuştan beklenen yaşam süresi OECD ortalamasından yüksek olmasına rağmen alkol ile sigara kullanımı ve obezite oranı da diğer OECD ülkeler ile kıyaslandığında yüksektir. Ayrıca Almanya'da ölüme neden olan hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıkları (%38,5) gelmekte, ikinci sırada kanser (%26) ve üçüncü sırada sinir sistem hastalıkları (%10,5) gelmektedir (OECD, 2017).

Tahmini verilere göre 2030 yılında Almanya'da her dört kişiden birinin 65 yaş üstüne erişebileceği belirtilmektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı insanlar yaşam tarzlarını değiştirmeye başlamışlar ve böylece sağlıklı yaşam yılları artmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık sisteminin geriatrik hizmetlere, kronik hastalıkların önlenmesine, kontrolüne ve uzun dönemli bakım hizmetlerine daha fazla önem vermesi ihtiyacı doğmuştur (Ono, 2014).



Şekil 3. Almanya Sağlık Sistemi Yapısı (Busse, 2014)

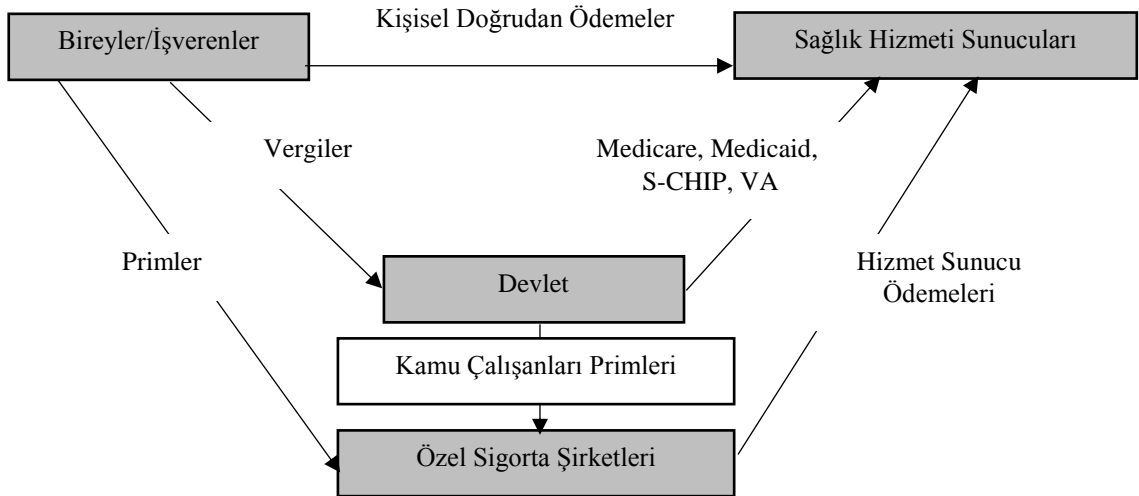
Almanya sağlık sistemi, zorunlu sosyal sağlık sigortası (ZSS) temeline dayanmaktadır. ZSS üyeleri reçete edilen ilaçların, pansuman ve bandaj giderlerinin bir kısmını kendileri ödemektedir (Sargutan, 2010).

2.4.2 Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi

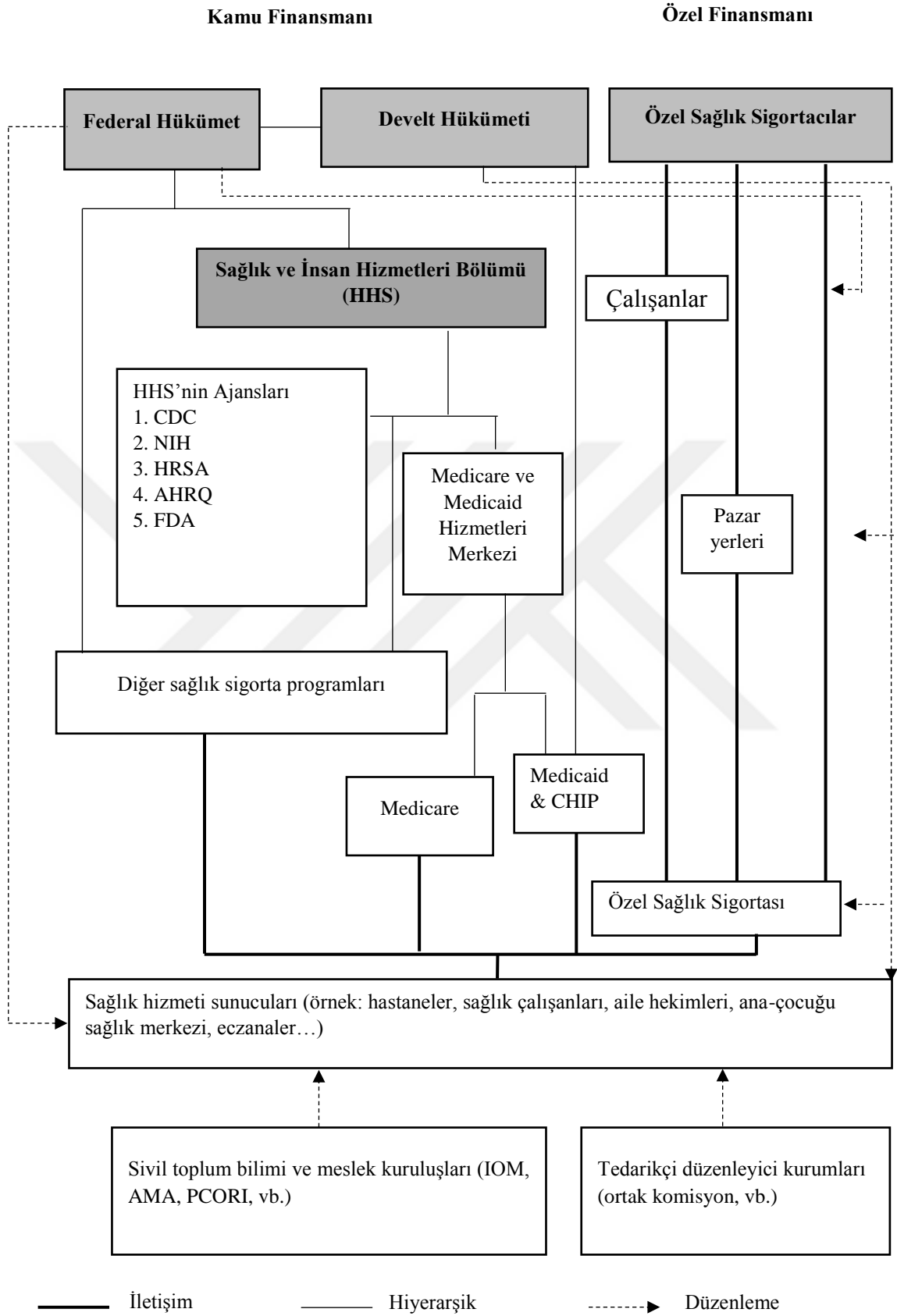
Resmi Adı:	Amerika Birleşik Devletleri
Yüzölçümü:	9,529,063 km ²
Nüfus Sayısı:	329,093,110
Yönetim Biçimi:	Federal Cumhuriyeti
Başkenti:	Washington D.C
Resmi Dili:	İngilizce

ABD sağlık sistemi, serbest pazar tipi (özel sigorta ağırlıklı) modeline sahiptir ve bu da sağlık sektörünün kar amaçlı çalışma motifini güçlendirmektedir. ABD sağlık sisteminde en önemli iki problem; giderek artan maliyetler ve sağlık sigortası olmayanların sayısının yükselmesidir. ABD sağlık sisteminde düzenli bir basamaklaşma ve sevk zinciri yoktur. Yatakların 2/3'ü kamu dışıdır. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (HHS) bütün Amerikalıların sağlığını korumak ve temel insani hizmetleri sağlamakla sorumludur (ABD Sağlık Bakanlığı, 2019). Aşağıdaki şekilde ABD sağlık sistemi yapısı gösterilmiştir (Şekil 5).

ABD, Avrupa ve OECD ülkelerine oranla GSYİH'dan sağlık sektörüne en fazla payı ayırmaktadır. Bunun en önemli nedeni oldukça kârlı olan Amerikan ilaç sektörüdür (ABD Sağlık Bakanlığı, 2019). Aşağıdaki şekilde ABD sağlık sistemindeki sağlık finansman akımı gösterilmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. ABD Sağlık Sistemindeki Sağlık Finansman Akımı (Sargutan, 2010)



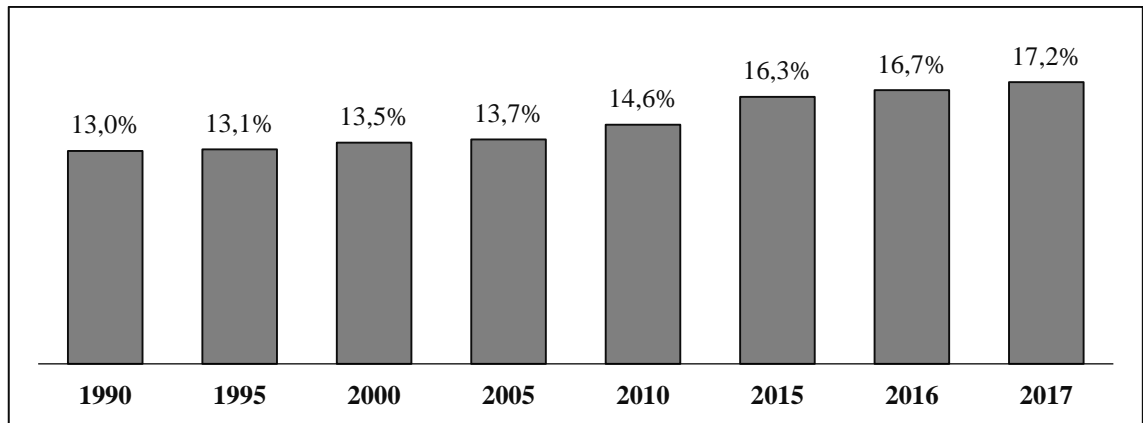
Şekil 5. ABD Sağlık Sistemi Yapısı (ABD Sağlık Bakanlığı, 2019)

Özel sigortacılık hizmetleri işveren aracılığıyla ya da bireysel olarak kişiler tarafından satın alınmaktadır. Geleneksel hizmet başına ücret planları hizmet başına ödeme (Fee-for- Service) ve yönetilen bakım planları (Managed Care) olmak üzere iki farklı program dâhilinde özel sağlık sigortası hizmeti sunulmaktadır. Kişiler hizmet almak istedikleri hekimi veya kuruluşu seçme özgürlüğüne sahiptir (Sargutan, 2010).

2017 yılında sağlık sigortası kapsamı altında olan nüfus %91,8 iken sigortasız olan nüfus %8,8'dir. Sigortasız olan nüfus oranı 19-25 yaşları yetişkinlerin arasında en yüksektir. HHS'nin Medicare programı ülkenin en büyük sağlık sigorta programıdır. Yaşlılar için Medicare, yoksullar için Medicaid ve önceden silahlı kuvvetler mensubu olanlar için Gazi İşleri Programı ve vatandaşların sağlık sigortasına erişimini arttırmaya amaçlanan Obamacare programı vardır. Medicare ve Medicaid programlarıyla her üç Amerikalıdan birine sağlık sigortası sağlanmaktadır (ABD Sağlık Bakanlığı, 2019).

-Medicare (Yaşlılar için Sağlık Sigortası Programı)

1965 yılında oluşturulan bu program 65 yaş ve üzeri kişileri, kronik böbrek yetmezliği olan kişileri ve sosyal güvenlik yasasından yararlanmaya hak kazanmış 65 yaşın altındaki özürlü kişileri kapsayan ve devlet tarafından idare edilen federal bir programdır. Medicare programı, federal gelir vergileri, işveren ve çalışan tarafından paylaşılan ücret vergileri ve kişisel katılım primleri tarafından finanse edilmektedir (Medicare, 2019). ABD'nin hızla ekonomisinin büyümesi sayesinde doğuştan beklenen yaşam süresi sürekli arttığı için Medicare programının kapsamı artmıştır (Grafik 1). 2016 yılında toplam sağlık harcaması içindeki Medicare programının sağlık harcaması %20'si ve 2017 yılında Medicare programının toplam sağlık harcaması rakam olarak 707.4 milyar ABD dolarıdır (Medicare, 2019).



Grafik 1. Medicare Programının Nüfus Kapsamı Oranı, 1990-2017

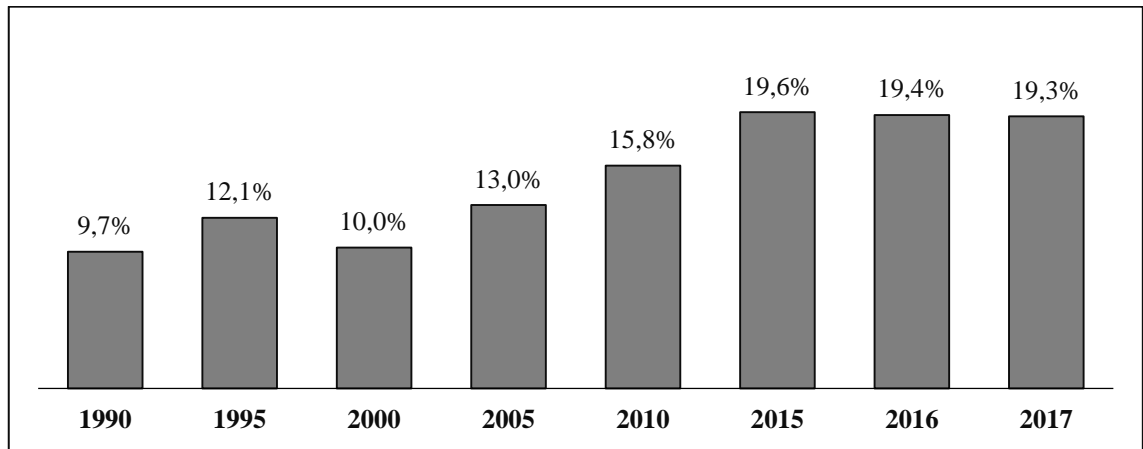
Medicare programı halka sunulan sağlık hizmetleri türlerine göre kendi içinde üçe ayrılmaktadır. Şunlar; Medicare A Bölümü Hastane Hizmetleri, Medicare B Bölümü Hekim Hizmetleri ve Medicare D Bölümü İlaç Hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır (Medicare, 2019). Medicare Programı'nın ödeme yapmadığı sağlık hizmetleri şunlardır:

1. Rutin Göz, Kulak ve Fiziksel Muayeneler.
2. Estetik Cerrahi.
3. İşitme Cihazları.
4. Gözlükler.
5. Poliklinikte Reçetelenen İlaçlar.
6. Diş Bakımı.
7. Uzun Süreli Tedavi Hizmetleri.

-Medicaid (Yoksullar İçin Sağlık Sigortası Programı)

Medicaid bir sosyal refah programıdır. 1965 yılında Medicare ile birlikte uygulamaya giren Medicaid programı, düşük gelirli kişileri ve aileler ile özürlü kişilere sağlık sigortası sağlamaktadır. Programın finansal sponsorluğu federal hükümet, yönetimi ise eyalet hükümetleri tarafından yapılmaktadır. Ancak bütün fakirler için sağlık hizmeti sağlamamaktadır.

1990 yılında Medicaid programının nüfus kapsamı oranı %9,7 iken 2017 yılında %19,3 olarak yaklaşık iki kat artmıştır (Grafik 2). Ancak son zamanlarda sürekli düşmüştür. 2017 yılında Medicaid programı toplam 73,8 milyon nüfusu kapsamıştır ve 2018 yılında toplam sağlık harcaması içindeki Medicaid programının sağlık harcaması %18'dir (Medicaid, 2019).



Grafik 2. Medicaid Programının Nüfus Kapsamı Oranı, 1990-2017

Gelir grubuna göre alt gelir grubundaki Medicare faydalanıcıları Medicaid programından yardım alabilmektedir. Medicaid reçete edilmiş ilaçları da içeren oldukça kapsamlı yardımlar sağlamaktadır. Ancak çoğu faydalanıcı düşük ödeme ödediği için Medicaid Programını kabul eden sağlık hizmeti sağlayan hastaneleri bulmakta zorlanmaktadır (Medicaid, 2019).

-Obamacare (Affordable Care Act – ACA)

ABD'nin eski Cumhurbaşkanı Barack Obama tarafından 2010 yılında uygulamaya giren "Obamacare – ACA" programı ABD'deki sigorta programlardan etkili olan bir programdır. Programın amacı, vatandaşların sağlık sigortasına erişimini arttırmaktır. 2015 yılında Obamacare programı kapsamı altında olan nüfus sayısı 17,864 milyondur (Obama Fonu, 2019).

2.4.3 Avustralya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Avustralya
Yüzölçümü:	7,686,850 km ²
Nüfus Sayısı:	25,088,636
Yönetim Biçimi:	İngiliz Kral yada Devlet Başkanı olarak tanıyan Demokratik Federal Eyalet Sistemi
Başkenti:	Canberra
Resmi Dili:	İngilizce

Avustralya, endüstrileşmiş bir ülke olup, sağlıklı doğuştan beklenen yaşam süresi ve kişi başına sağlık harcamaları açısından verimlilik ve etkililik olarak en iyi performansa sahip ülkelerden biridir. Avustralya sağlık sistemi Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil tipine sahiptir. Avustralya'da vatandaşların sağlığını korumak örgüt yapısının başında Sağlık ve Refah Bakanlığı yer almaktadır (Avustralya Sağlık Bakanlığı, 2019).

Avustralyalı bireyler ve aileler ile sağlık hizmeti sunanlar arasındaki işbirliği, Avustralya'nın sağlık sisteminin başarısının arkasında yatan en önemli nedendir. Bireyler internet vasıtasıyla çeşitli kaynaklardaki sağlık bilgileri kullanarak sağlık hizmeti sunanlar ile sürekli bir işbirliği sağlanmaktadır. Halkın doğru yaşam tarzı, kendilerine iyi bakmaları, profesyonel yardım arama ve almaları, kamu politikalarının gelişimine birçok düzeyde katkıda bulunmaları Avustralya sağlık sisteminin gelişmesinde önemli rol oynamaktadır (Healy, 2006).

Avustralya'da sigorta sisteminin finansmanı, Medicare denilen bir devlet kurum tarafından yönetilen zorunlu bir genel sağlık sigortası sistemi vardır. Medicare sistemi

kapsamında bütün Avustralya vatandaşları belirli hastalıklar için devlet hastanelerinden hizmet alabilmektedir (Sargutan, 2010).

Medicare: İlk 1984 yılında kapsamlı bir sigorta sistemi olan Medicare uygulamaya konulmuştur. Medicare finansmanı kısmen gelirin %2 şeklindeki vergi ile sağlanmaktadır (Avustralya Sağlık Bakanlığı, 2019). Medicare tarafından toplam sağlık ücretlerinin %75'i ödenmektedir. Örneğin: toplam muayene ücreti 50 ABD Doları olsa hasta cebinden %25'ini ödemek zorundadır (Tablo 5).

Tablo 5. Medicare'den Karşılancak Ücret Miktarı (Avustralya Sağlık Bakanlığı, 2019).

	Ücreti
Toplam muayene ücreti	50 ABD Doları
Medicare'nin ödediği ücreti	37.5 ABD Doları
Cepten ödeme ücreti	12.5 ABD Doları

Medibank: 2018 yılında 3.7 milyon Avustralya vatandaşları kapsayan en büyük özel sağlık sigortalarından birisidir. 1975'te yürürlüğe giren Medibank tümüyle genel gelirlerden finanse edilmektedir. Medibank sağlık sigortası genel sağlık sigortasının karşılamadığı diş, göz gibi sağlık hizmetlerinin bir kısmını veya tamamını karşılamaktadır. Avustralya'da özel sağlık fonu hükümeti tarafından belirlenmekle birlikte sigorta primleri halkın yaşa, cinsiyete veya kişinin sağlık durumuna göre değişmemektedir. Örneğin; genç, sağlıklı bir kişi daha yaşlı biri ile aynı hizmet için aynı ücreti ödemektedir (Medibank, 2019).

2.4.4 Avusturya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Avusturya Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	83,857 km ²
Nüfus Sayısı:	8,766,201
Yönetim Biçimi:	Federal Cumhuriyeti
Başkenti:	Viyana
Resmi Dili:	Avusturca ve Almanca

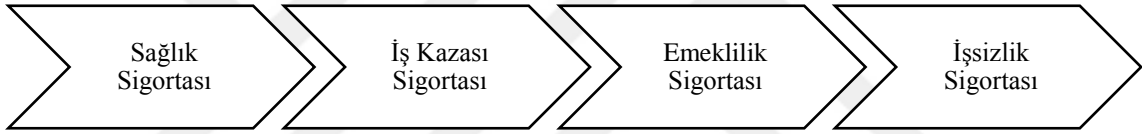
Avusturya sağlık sistemi hem "Sağlık Sosyal Sigortası"na hem de "Sağlık Sosyal Güvenliği"ne dayalı Refah Yönelimli/Sigorta tipine sahip olmasına rağmen yönetimi biçimi açısından karmaşık ve parçalanmıştır.

Avusturya federal bir devlet olduğu için sağlık sistemi de bu federal yapıya uygun bir şekilde örgütlenmiştir. Ülkede sağlık hizmetlerini yürüten bir Sağlık Bakanlığı bulunmamaktadır (Sargutan, 2010). Sağlık sistemi içerisinde en önemli kuruluş Federal

Sağlık, Aile ve Gençler Bakanlığı'dır. Bütün sağlık görevleri federal tarafından üstlenilmektedir. Sağlık görevlilerin çoğu sosyal sigorta ve sağlık hizmeti sağlayıcı meslek kuruluşları tarafından üstlenilmektedir. Devlet hastanelerinde çalışan hekimlerinin özel muayenehanelerinde ayakta tedavi hizmeti sunmasına izin verilmektedir. 2006 yılından itibaren sadece ayakta tedavi hizmetlerinde geçerli olan E-kart (elektronik sağlık kartı) bulunmaktadır ve 2005–2008 yılları arasında E-reçete'ye (elektronik reçete) geçilmiştir (Avusturya Sağlık Bakanlığı, 2019).

Sağlık finansmanı açısından karmaşıktır. Sağlık sisteminin bütçesi %60'ı sosyal sağlık sigortasından ve %40'ı genel vergilerden oluşmaktadır. Toplam sağlık finansmanının %75'ten fazlası sosyal sağlık sigortası ve kamu kaynaklarından, yaklaşık %18'i (özel sağlık sigortasını kapsanmış oranı) vatandaşların cebinden yapılmaktadır (Bachner ve ark., 2018).

Avusturya Sosyal Sağlık Sigorta sistemi dört alt dala ayrılmaktadır (Şekil 6).



Şekil 6. Avusturya Sosyal Sağlık Sigortası Türü (Bachner ve ark., 2018)

Vatandaşların alkol ve sigara kullanma oranı yüksek olmasına rağmen sağlık durumu açısından Avrupa Birliği (AB) ülkelerin ortalamasından yüksektir. Ölüme sebebiyet veren hastalıklardan akciğer kanseri 3.sırada yer almaktadır (Bachner, 2018).

Avusturya'da genel pratisyenlerin özel muayene işlemlerini yaptıkları yere 6 km mesafede hiç bir halk eczanesi yoksa bu hekimlerin kendi eczanelerini işletmelerine izin verilmektedir. Bu tür eczanelere “ev içi eczaneler” denilmektedir (Sargutan, 2010).

Sağlık teknolojisi açısından Avusturya yüksek sırada yer almaktadır. Son zamanlarda bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonanslı görüntüleme (MRI) gibi teşhise yönelik tıbbi donanımların sayısında hızlı bir artış olmuş ve OECD ülkeleri arasındaki yüksek orana ulaşmıştır (Avusturya Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.4.5 Belçika Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Belçika Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	30,510 km ²
Nüfus Sayısı:	11,562,784
Yönetim Biçimi:	Meşruti Cumhuriyeti
Başkenti:	Brüksel
Resmi Dili:	Fransızca, Flamamca ve Almanca

Belçika sağlık sistemi Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sosyal İşler ve Kamu Sağlığı Bakanlığı'dır. Bu bakanlığın başında iki bakan ve kendilerine ait yönetim birimleri bulunmaktadır. Bakanlık içinde Sağlık Bölümü sağlık politikalarını belirlerken, Sosyal İşler Bölümü de Ulusal Sosyal Güvenlik Bürosu'na (sosyal güvenlik katkı paylarını toplar) ve Ulusal Hastalık ve Sakatlık Sigortası Kuruluşu'na (zorunlu sağlık sigortasını yönetir) denetmenlik görevi yapmaktadır (Gerken, 2010).

Belçika'nın küçük bir ülke olduğu için sağlık hizmetleri sunan hastaneler arasında sevk zinciri sistemi yoktur. Hastanın doktoru seçme hakkı serbesttir ve sağlık hizmetlerinin sunumu genellikle özel sektör tarafından yapılmaktadır. Özel sektör ve kamu sektörü hastanelerinde finansman mekanizmaları aynıdır. Özel sektöre ait hastaneler ağırlıklı olarak kâr amacı gütmeyen kuruluşlara aittir (Sargutan, 2010).

Belçika sosyal güvenlik sisteminde Bismarck ve Beveridge modellerinin her ikisi de görülebilir. Örneğin; emeklilik sistemi, çalışanların ödedikleri primler üzerine kurulmuştur (Bismarck). Ancak herkes hastane masrafları için geri ödeme alır (Beveridge). Belçika sosyal güvenlik sistemi vatandaşları sosyal sigortası altına almak konusunda üç gruba ayırmaktadır. Bunlar: Ücretli çalışanlar, kendi işlerinde çalışanlar, resmi görevliler'dir (Sargutan, 2010).

Geri ödeme sistemi açısından, önce hasta için çıkarılan faturanın tamamı ödenmektedir ve daha sonra aldığı belgeyle bağlı bulunduğu sağlık sigortası fonuna gider ve burada ödediği paranın önemli bir kısmını geri almaktadır. Sigorta geri ödemeleri çoğu durumda tam bir geri ödeme yapmamaktadır. Genellikle hasta ücreti adı altında %25'lik bir oran kesilir. Sosyal sigorta güvencesi açısından geri ödemede yapılan kesintiler %10 civarındadır ve ilaçlar için %25 ila %10 arasında değişmektedir (Sargutan, 2010).

2.4.6 Birleşik Krallık Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Birleşik Krallığı
Yüzölçümü:	244,100 km ²
Nüfus Sayısı:	69,959,016
Yönetim Biçimi:	Anayasal Monarşi
Başkenti:	Londra
Resmi Dili:	İngilizce

İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmeti sistemi (National Health Service:NHS) tüm vatandaşlara sağlık hizmeti sağlamak amacıyla 5 Temmuz 1948 yılında kurulmuştur. Kapsayıcı / Bütüncül / Tekçil sağlık sistemi modeline sahiptir ve bu modelde en iyi örnek olan ülkedir. Vatandaşların sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bölümü’dür (İngiltere Sağlık Bakanlığı, 2019).

Sağlık hizmeti sorumlulukları Birleşik Krallık ülkeleri olan İngiltere, Galler, Kuzey İrlanda ve İskoçya üzerindedir. Tüm ülkelerde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Sosyal sigortanın İngiltere’deki karşılığı Ulusal Sigorta’dır (Sargutan, 2010).

İngiltere sağlık sistemi gelişmiş, tamamen kamu hizmeti ve finansmanı esasına dayalı bir yapılanmaya sahiptir ve toplumun tamamını kapsamaktadır. Vatandaşların sağlık hizmeti ihtiyaçları devlet tarafından, Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) adlı kamu örgütüne, ağırlıklı olarak kamu kaynakları kullanılarak karşılanmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti içinde 209 Klinik Görevlendirme Grupları (Clinical Commissioning Groups: CCGs) bulunmaktadır. Örgütün toplam bütçesi genel vergileri, ulusal sigortası (bordro vergisi), katkı payı ve çok az oranda kişilerin cepten yaptığı ödemelerden oluşmaktadır (Missiolos ve ark., 2015).

Almanya, Fransa gibi Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında İngiltere’nin GSYİH içindeki sağlık harcaması payı az olmasına rağmen sağlık hizmetlerinin kalitesi aynı seviyede yüksektir (Cylus ve ark., 2015). 2017 yılında Almanya’nın GSYİH oranı %11,3, Fransa %11,5 ve İngiltere %9,7’dir (OECD, 2018).

Vatandaş olmayan kişilere “Avrupa Sağlık Sigortası Kartı” uygulanmaktadır. İngiltere vatandaşı olmayan insanlar, yasadışı göçmenler ve Avrupalı olmayan ziyaretçiler gibi insanlar için sadece acil servis hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklar hizmetleri ücretsizdir (Missiolos ve ark., 2015).

2012 yılında İngiltere vatandaşların özel sağlık sektörüne sahip oranı %10.9’dur.

Çok gelişmiş ülke olduğu için vatandaşların daha rahat, hastanede sıra beklemeden sağlık hizmeti alma ihtiyacı gibi nedenlerden dolayı özel sağlık sigortası payı artmaya başlamıştır (Nuffield, 2013).

İngiltere sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu ve birincil sağlık hizmetlerine çok fazla önem vermektedir. Ülkede özel sektör sağlık hizmetleri serbest olmasına karşın, kamu hizmetlerinin yeterliliği sebebiyle fazla bir önem taşımamaktadır. Hem de İngiltere ilaç endüstrisi dünyanın en büyük ilaç ihracatçısı ülkelerden birisidir. Temel piyasası Batı Avrupa, Kuzey Amerika ve Japonya'dır (Sargutan, 2010).

Doğuştan beklenen yaşam süresi 1980-2016 yılları arasında 73,7'den 83'e 9,3 yükselmiştir (Cylus ve ark., 2015).

2.4.7 Çekya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Çek Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	78,864 km ²
Nüfus Sayısı:	10,630,589
Yönetim Biçimi:	Parlamente Cumhuriyet
Başkenti:	Prag
Resmi Dili:	Çekçe

Çekya Refah Yönelimli / Sigorta tipli sağlık sistemi modeline sahiptir ve vatandaşların sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Alexa, 2015). Çekya'nın doğuştan beklenen yaşam süresi 1950 yılında 62,3 iken 2016 yılında 82.1 olarak hızlıca yükselmiştir (Lukasova, 2018).

Çekya'da sağlık sigorta sistemi, finansmanın ana kaynakları: sağlık sigortası fonları, devlet bütçesi, belediye bütçesi, doğrudan ödemeler ve bağışlardır. Bunların dışında vergiler, doğrudan ödemeler, isteğe bağlı sağlık sigortası ve gönüllü sağlık hizmeti harcamaları bulunmaktadır. Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmektedir ve sağlık güvenliği olmayan fertlere (işsizler, yaşlılar, öğrenciler) sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır (Alexa, 2015).

2.4.8 Danimarka Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Kongeriget Danmark (Danimarka Krallığı)
Yüzölçümü:	42,394 km ²
Nüfus Sayısı:	5,775,224
Yönetim Biçimi:	Meşruti Monarşi ve Parlamento Demokrasi
Başkenti:	Kopenhag
Resmi Dili:	Danca (İngilizce ve Almanca yaygın)

Danimarka sağlık sistemi 1970-1980 yılları arasında Kapsayıcı / Bütüncül / Tekçil Hizmet tipi sağlık sistemi modeline dönüştürmüştür. Çoğu sağlık güvenliği hizmetleri ve hastanelere yatış işlemleri ücret alınmadan gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık ve Koruyucu Bakanlığı'dır. Danimarka'da sağlık hizmeti sunumu üç idari yapıya ayrılmaktadır: Ulusal düzeyde İç İşleri ve Sağlık Bakanlığı, bölgesel düzeyde il idareleri ve belediyeler. Birincil sağlık hizmetleri belediyelerde örgütlenmiştir ve koruyucu ile birincil sağlık hizmetlerine büyük önem verilmektedir. Sağlık hizmetleri sevk zinciri sistemi vardır. Kamu sağlık güvenliği sisteminde iki farklı sigorta grubu bulunmaktadır (Olejaz, 2012).

1. Birinci grup sigorta sistemi daha sık kullanılmaktadır. Bu sistemde hasta, bir genel pratisyen veya bir sağlık merkezini kendi tabibi olarak seçebilir. Tabibe başvuru veya seçenek olarak bir uzmana başvuru ücretsiz yapılır ancak uzmana başvuru için tabip sevki gerekmektedir.
2. İkinci grup sigorta sisteminde kişi istediği herhangi bir genel pratisyene ve sağlık merkezine başvurabilir. Ayrıca uzman tabibe doğrudan başvuru yapma hakkı da vardır. Sağlık güvenliği sistemi 2. grup hastaların masraflarının, 1. grup hastalara denk tedavi için ihtiyaç olan miktar kadarını karşılar, geri kalan kısmını hasta kendi ödemektedir.

Sağlık hizmeti sisteminin ana finansman kaynakları vergiler ve kişisel doğrudan ödemeler, bazı özel hizmetler, özel sağlık sigortaları ve bağışlar oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak yerel vergilerle finanse edilmektedir. Danimarka'ya yeni gelen bireylerin kamu sağlık güvenliğinden faydalanabilmesi için en az altı hafta Danimarka'da yaşaması gerekmektedir. Özel hastaneler sınırlı olup yatak sayısı tüm hastane yatak sayısının %1'ini geçmez (Olejaz, 2012).

2.4.9 Estonya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Estonya Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	45,226 km ²
Nüfus Sayısı:	1,303,798
Yönetim Biçimi:	Parlamente Cumhuriyet
Başkenti:	Tallinn
Resmi Dili:	Estonya Dili

Estonya sağlık sistemi Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık sigortası sistemi 1993 yılından beri Sosyal İşler

Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. 1992 yılından itibaren sağlık sigorta sistemi uygulanmaya başlamıştır (Sargutan, 2010).

Estonya sağlık sistemi tarihi olarak üç döneme ayrılmaktadır. Bunlar: 1940 yılından önce (Danimarka, İsveç, Almanya ve Rusya altında), 1940-1990 yılları arası (İsveç ve Almanya altında, bu dönemde Rusya'nın etkisi önceki döneminki gibi güçlü değil) ve 1991-2017 yıllar arasındadır. Estonya 1991 yılında bağımsız bir ülke olmuştur. (Habicht, 2018).

Estonya'nın 1991 yılında bağımsızlığını kazanmasından itibaren sağlık sistemi iki büyük değişiklik geçirmiştir. Birincisi merkezîyetçi ve devlet kontrolündeki bir yapıdan merkezîyetçilikten uzak bir yapıya geçilmesi, ikincisi ise sağlık finansmanının devlet bütçesi yerine sosyal sigorta sistemi tarafından sağlanmasıdır (Sargutan, 2010).

Sağlık hizmetlerinin ana finansman kaynağı sağlık sigorta sistemidir. Diğer finansman kaynakları da; vergiler, doğrudan yapılan kişisel ödemeler, özel sigortalar ve dış kaynaklardır (Habicht, 2018).

Estonya'da sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı kamu sektörü tarafından verilirken, sadece belirli alanlarda özel sektör gelişmiştir. Örneğin, birincil sağlık hizmetlerinde aile hekimleri özel olarak çalışabilmektedir. Diğer yandan, sağlık sigortası gibi konularda özel sektöre yasal olarak izin verilmiş olsa da, bu konuda çalışan kuruluş yoktur (Sargutan, 2010).

Nüfusun çoğunluğu aile, iş ve stresle ilişkili konulardan şikayetçi olduğu için intihar oranının diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça yüksek bir düzeyde seyretmektedir (OECD, 2018).

2.4.10 Finlandiya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Finlandiya Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	338,145 km ²
Nüfus Sayısı:	5,561,389
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Helsinki
Resmi Dili:	Fince ve İsveççe

Gelişmiş bir ülke olan Finlandiya Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil Hizmet Tipi sağlık sistemine sahiptir ve sağlık hizmetleri üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar: devlet sağlık hizmetleri, özel sağlık hizmetleri ve meslek sağlık hizmetleridir. Vatandaşların ödeme gücüne, sağlık statüsüne ve yaşadığı yere bakılmaksızın sağlık sisteminden ücretsiz

yararlanma hakkı vardır. Fakat çalışanlar yukarıdaki üç grubun hangisinden sağlık hizmeti almak isterse herhangi bir ücret ödemedi alabilmektedir. Aksi halde çalışmayanlar ise sadece devlet hastanelerdeki sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Toplam sağlık çalışanlarının %45'i devlet hastanelerinde, %35'i belediye hastanelerinde ve %15'i özel hastanelerinde çalışmaktadır (Vourenkoski, 2008).

Finlandiya sağlık sisteminde çok iyi uygulanan bir sevk sistemi vardır ve bu sistem sağlık kurumlarında yığılmaları önlemekte ve sağlık hizmetleri arzının daha verimli olmasını sağlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ve ana-çocuk sağlığı, bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların tedavisi hizmetleri ön plandadır ve ücretsizdir. 18 yaşın altındakiler bir sağlık merkezinde doktor veya diş hizmetini ücretsiz alabilmektedir. Aile hekimliği yaygın olarak uygulanmaktadır. Nüfusun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı en yüksek olan AB ülkelerden birisidir (Sargutan, 2010).

Sağlık hizmetleri finansmanında ana kaynak kamu kuruluşlarıdır. Belediyeler sağlık hizmetleri finansmanından birinci derecede sorumludurlar. Sağlık sistemi temel olarak hazine gelirleri ile finanse edilir (OECD, 2017).

Ulusal sağlık sigortası sistemi Sosyal Sigorta Enstitüsü'nün yönetimindedir. Özel sağlık hizmetlerine ve ayakta hasta hizmetlerinde kullanılan ilaçlara yapılan ödemelerin bir kısmını ve aynı zamanda rehabilitasyon ve hizmete ulaşım maliyetlerini sigortadan geri ödenmektedir. En fazla 12 ay boyunca devam eden ve gelir kaybına neden olan hastalık durumlarında günlük bir ödenek tahsis edilebilmektedir. Günlük ödeneğin miktarı, üye kişinin yıllık gelir ve ödediği vergiye göre hesaplanmaktadır (Finlandiya Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.4.11 Fransa Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Fransa Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	543,965 km ²
Nüfus Sayısı:	65,480,710
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Paris
Resmi Dili:	Fransızca

Fransa sağlık sistemi Refah Yönelimli / Sigorta tipindedir. 1996 yılında Fransa sağlık sistemi sağlık sigortası yapısından kamusal ve yerleşmiş bir yapıya dönüşmüştür. Hastalar doktorlarını serbestçe seçme hakkına sahiptirler. Vatandaşlar devlet hastanesine ya da özel hastanelere gidebilirler. Sağlık hizmetlerine kolay erişim, tedavi için sıra

beklemenin olmaması gibi sebeplerle sistemin iyi işleyişinden kaynaklı olarak 2000 yılında DSÖ'nce dünyada birinci sırada yer almış ve diğer sağlık sistemlerine örnek olacak sistem olarak seçilmiştir (Sargutan, 2010).

Sağlık sisteminin başında Sağlık Bakanlığı olup, ulusal ve bölgesel sağlık sigortası tarafından düzenlenmektedir. Kişiler sağlık hizmetleri aldığı anda bağlı olduğu fondan ödediği paranın %75'ini geri almaktadır. Ayrıca, bir eczacı birden fazla eczaneye sahip olmamaktadır (Chevreul, 2015).

Fransa'nın sağlık sigortası sistemi Hastalık Sigortası Fonları'nın (MAF: Máladié Assurance Fòund) ve ek sigorta sisteminin karışımından oluşmaktadır. *Hastalık Sigortası Fonu*: Meslek ve ülkede ikamet edilen bölge, bir bireyin hangi hastalık sigortası fonuna gireceğini otomatik olarak belirlenmektedir. *Ek Sigorta*: Hastalık sigortası fonu sisteminin dışında gönüllü sağlık sigortası bulunmaktadır (Missiolos, 2016). Aşağıdaki tablo 6'da Fransa vatandaşların geri ödeme alınmadan doğrudan cebinden ödemek zorunda olduğu ücret miktarı gösterilmiştir. Yıllık ücret 50EUR (USD60)'dur.

Tablo 6. Fransa'da Cepten Yapılan Sağlık Hizmetleri Ücretleri (International Profiles of Health Care System, 2016)

Hizmetleri	Katkı payı	
	Avro olarak	ABD Doları olarak
Yataklı tedavi (günlük)	18	22
Muayene	1.00	1.20
Reçeteli ilaç	0.50	0.60
Acil servis	2.00	2.40
Hastane hizmetleri	18	22

2.4.12 Güney Kore Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Güney Kore Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	99,408 km ²
Nüfus Sayısı:	51,339,238
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Seul
Resmi Dili:	Korece

Güney Kore sağlık sistemi Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık sisteminin ana sorumlusu Sağlık, Refah ve Aile İşler Bakanlığı'dır. Zorunlu sağlık sigortası 1977 yılında başlamıştır ve bu sistem üç temel üzerine kurulmuştur. Bunlar: zorunlu kapsam, bireysel kazanç temeline göre katkı ve bireysel katkıdan bağımsız sağlık yardım düzeyidir (Chun, 2009).

Chun (2009), Güney Kore’de ulusal sağlık sigortası; Yoksullara Sağlık Yardımı ve Çalışan Nüfus İçin Sağlık Sigortası olarak iki bölüme ayrılmaktadır.

Yoksullara yapılan sağlık yardımı toplam nüfusun %4’ünü, çalışan nüfus için ise sağlık sigortası %96’sını kapsamaktadır. Güney Kore sağlık sisteminde özel sektörün ağırlığı oldukça fazladır. Özellikle şehirlerde hastane yataklarının %85’i özel sektöre aittir. Devlet sağlık merkezlerini, klinikleri, genel hastaneleri ve özel ihtisas hastanelerini işletmektedir. 2008 yılından itibaren Ulusal Sağlık Sigortası Kurumları yaşlıları uzun süreli sağlık hizmetleri kapsamı altına almıştır (Chun, 2009). Sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca Güney Kore’de bir yıl veya daha fazla süredir yaşayan yabancılar da sağlık sigortasından yararlanabilmektedir (Sargutan, 2010).

Güney Kore’de, sağlık sigortasını finanse etmekte çalışan dört ana grup bulunmaktadır (Güney Kore Sağlık Bakanlığı, 2019). Bunlar:

- Sanayi ve ticari sektörde çalışan işçilerin sigorta kurumları.
- Devlet memurları ve özel okul öğretmenlerinin sigorta kurumları.
- Bağımsız çalışanların sigorta kurumları.
- Kırsal kesimde kendi işinde çalışanların sigorta kurumlarıdır.

Diğer bir sigorta sistemi de İşsizlik Sigortası’dır. Bu sistem 1 Temmuz 1995 yılında yürürlüğe girmiştir. Sistemin iki amacı bulunmaktadır. İşsiz kalan kişilere işsizlik sigortası ödeyebilmek ve çalışanların iş sürekliliğini bir nebze güvence altına almaktır. Bu sistemin finansmanı, çalışanlardan alınan primler ve işverenlerden alınan primler tarafından karşılanmaktadır (Sargutan, 2010).

2.4.13 Hollanda Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Hollanda Krallığı
Yüzölçümü:	41,864 km ²
Nüfus Sayısı:	17,132,908
Yönetim Biçimi:	Anayasal Monarşi ve Parlamenter Demokrasi
Başkenti:	Amsterdam
Resmi Dili:	Hollandaca

Hollanda sağlık sistemi Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve tüm Hollanda vatandaşlarının kapsamlı kamu sağlık sigortası bulunmaktadır. 1964 yılında Hollanda Hastalık Sigorta Fonu kurulmuştur. 2006 yılında sağlıkta dönüşüm yapılması sayesinde Hollanda sağlık sisteminde çok gelişme olmuştur (Kroneman, 2016).

Hollanda'da sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı'dır. Gelişmiş birincil sağlık hizmeti sistemi vardır. Her bireyin bir aile hekiminin listesinde bulunması gerekmektedir. Hastanın, aile hekimi seçme ve yılda iki kez değiştirme hakkı vardır. 2014 yılında toplam 131 hastane, 112 ayakta tedavi uzmanlığı, 8 üniversite hastanesi ve 260'dan fazla bağımsız kar amacı gütmeyen merkezleri bulunmaktadır. Bunlar hepsi özel ve kar amacı gütmeyen kurumlardır (Missiolos, 2016). Hollanda sağlık sistemi büyük oranda ulusal ve özel sigorta planları aracılığıyla finanse edilmektedir ve nüfusun %84'ü özel sağlık sigortasına sahiptir (Missiolos, 2016).

2.4.14 İrlanda Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	İrlanda Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	70,285 km ²
Nüfus Sayısı:	4,847,139
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Dublin
Resmi Dili:	İrlanda Dili ve İngilizce

Gelişmiş bir ülke olan İrlanda'nın sağlık sistemi, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil Hizmet tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık ve Çocuk Bakanlığı'dır. Hasta istediği hekimi aile hekimi olarak seçme hakkına sahiptir ve seçilecek hekim, kişinin yaşadığı yerin en fazla 7 mil uzağında çalışıyor olması gerekmektedir (McDaid, 2009).

İrlanda'da Sağlık Hizmetleri Yönetim Bölgeleri tarafından verilen kredi kartı boyutlarında küçük plastik olan "Sağlık Kartı", sahibinin belli sağlık hizmetlerini ücretsiz almasını sağlamaktadır ve kart sahibi dışında eş ve çocuğunu kapsamaktadır (Sargutan, 2010). En çok nüfus ölümü nedenlerinin başında kardiyovasküler hastalıkları (%31) ve kanser (%31) gelmektedir (OECD, 2017).

Sargutan (2010), maddi olarak anne ve babasına bağımlı 16–25 yaş arası öğrenciler ve ebeveynlerine bağlı olmayan ve yeterlilik testini geçen bir öğrenci Sağlık Kartı almaya hak kazanmaktadır. Sağlık Kartı sahipleri Sağlık Vergisi ve okul ulaşım ücretlerinden de muaf olabilmektedir.

Aşağıdakiler dışında geliri olmayan kişiler Sağlık Kartı almaya uygundur. (1) Yaşlılık emekli aylığı, (2) Terk edilmiş eş (bayan) yardımı, (3) Bulaşıcı hastalıklar (sürekli) yardımı, (4) Engelli yardımı, (5) Tek ebeveyn aile ödeneği, (6) Dul emekli aylığı,

(7) Körlük emekli aylığı, (8) Ek refah yardımı ve (9) İşsizlik yardımı gibi hizmetlerdir (Sargutan, 2010).

Hasta geçici olarak farklı bir bölgede yaşıyorsa Sağlık Kartı'nı 3 aya kadar kullanabilme hakkına sahiptir. Aksi halde, 3 aydan daha uzun süre kalınacaksa, Sağlık Kartı için o bölgedeki Sağlık Hizmetleri Yönetim Bölgesi'ne başvurması gerekmektedir. Eğer hasta kendi Sağlık Hizmetleri Yönetim Bölgesi'ne bağlı farklı bir yere taşınırsa sadece hekim değişimi için başvurabilmektedir (Sargutan, 2010).

2.4.15 İspanya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	İspanya Krallığı
Yüzölçümü:	504,783 km ²
Nüfus Sayısı:	46,441,049
Yönetim Biçimi:	Parlamenter Monarşi
Başkenti:	Madrid
Resmi Dili:	İspanyolca

İspanya sağlık sistemi, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil Hizmet tipine sahiptir ve organizasyon yapısı üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar: Sağlık, Sosyal İşler ve Eşitlik Bakanlığı ve merkezi hükümetin diğer bakanlıkları, bölgesel hükümetler ve yerelidarelerdir (Bernal, 2018). Sağlık sisteminde önemli olan Ulusal Sağlık Kuruluşu (INSALUD) Sağlık, Sosyal İşler ve Eşitlik Bakanlığına bağlı halk sağlığı örgütünden ve sağlık politikalarından sorumludur (İspanya Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.4.16 İsrail Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	İsrail Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	20,770 km ²
Nüfus Sayısı:	8,583,916
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Kudüs
Resmi Dili:	İsrailce

İsrail sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Missiolos, 2016).

1920-1940 yılları arasında Sağlık Planı oluşturulmuştur ve 1988 yılından itibaren sağlık gelişmeler ortaya çıkmıştır. 1995 yılında Ulusal Sağlık Sigortası uygulamaya başlanmıştır (Rosen, 2015).

Genel sağlık hizmetleri ve psikiyatri hizmetlerinin yanı sıra, geriatrik bakımı ve

rehabilitasyon hizmetlerine de önem verilmektedir. Tıbbi personel eğitimi gelişmiş ülkeler ile aynı düzeydedir. Sağlık insangücü sayısı yeterlidir (Sargutan, 2010).

2.4.17 İsveç Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	İsveç Krallığı
Yüzölçümü:	449,964 km ²
Nüfus Sayısı:	10,053,135
Yönetim Biçimi:	Parlamanter Monarşi
Başkenti:	Stockholm
Resmi Dili:	İsveççe

İsveç sağlık sistemi, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil Hizmet tipine sahiptir ve kişilerin uyuğuna bakmaksızın sağlık hizmetleri verilmektedir. Sistem ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde örgütlenmiştir. Ulusal düzeyde sağlık sisteminin ana sorumlusu Sağlık ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı'dır. İsveç sağlık sisteminin temel prensipleri: insan onuru, sağlık ihtiyaç ve dayanışma, maliyet etkinliği'dir (Anell, 2012).

Sağlık finansmanın ana kaynakları işverenlerin zorunlu katılımları, bireylerin ücretlerinden kesilen bireysel sosyal sigorta primleri ve ödedikleri katılım payları ile kişilerin doğrudan yaptıkları ödemelerdir. Sağlık hizmetleri sunum finansmanı büyük ölçüde kamu tarafından karşılanmaktadır. Aşağıda İsveç'te belli sağlık hizmetleri için vatandaşların cebinden ödemek zorunda olduğu ücret miktarı gösterilmiştir (Missiolos, 2016). Yıllık cepten yapılan ücret SEK1,100 (USD123)'dur (Tablo 7).

Tablo 7. İsveç'te Cepten Yapılan Sağlık Hizmetleri Ücretleri (Salar, 2015)

Hizmetler	Ücret Aralığı (2014)	
	İsveç Kronu olarak	ABD Doları olarak
Özel servis (Muayene)	100 – 300	11 – 34
Hekim Danışmanı	200 – 350	22 – 39
Yataklı Tedavi (günlük)	80 – 100	9 – 11

En çok nüfus ölümü nedenlerinin başında kardiyovasküler hastalıkları (%36) ve kanser (%25) gelmektedir (OECD, 2017).

2.4.18 İsviçre Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	İsviçre Konfederasyonu
Yüzölçümü:	41,286,600 km ²
Nüfus Sayısı:	8,608,259
Yönetim Biçimi:	Konfederasyonu

Başkenti: Bern
Resmi Dili: İsviççe

İsviçre sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve özel sektör ve federalizmle karakterize edilmiş çok gelişmiş bir sağlık sistemi vardır. Doğuştan beklenen yaşam süresi yüksek ve bebek ölüm hızı düşük olan ülkelerin arasındadır. OECD istatistiklerine göre, dünyadaki en pahalı sağlık sistemleri arasındadır (Missiolos, 2016).

İsviçre sağlık sistemi, karar verme yetkisi arasındaki pay 3 farklı paylaşımı ile karakterize edilmektedir (Pietro, 2015).

1. Üç farklı hükümet seviyesi (konfederasyon, 26 kanton, 2352 belediye),
2. Zorunlu sağlık sigortası şirketleri ve sağlayıcıları arasında meşrulaştırılmış sivil toplum kuruluşları,
3. Halkın referandumu ile reformu veto edebilecek veya talep edebilecek kişiler.

İsviçre’de sağlık hizmeti görevleri İçişleri Bakanlığına bağlı olan Federal Kamu Sağlığı Bürosu ve Federal Sosyal Sigorta Ofisi’dir. İsviçre’nin tek bir ulusal sağlık bakanlığı ve sağlık sistemi yoktur. Ancak, 26 kantona karşılık gelen 26 mini sağlık sistemine sahiptir. Sağlık hizmetleri kantonlar tarafından verilmektedir. Her kantonun sağlıkla ilgili kendi yönetimi vardır. Kantonlar arası planlama ve koordinasyonu sağlayan bir Kantonal Yöneticiler Kongresi bulunmaktadır (Sargutan, 2010).

Missiolos (2016), İsviçre’de uygulanmakta olan üç tip sigorta sistemi (Zorunlu temel sigorta, İsteğe bağlı destekleyici sigorta ile hastalık sigortası ve Yaşlılık ile Kaza sigortası) bulunmaktadır.

2.4.19 İtalya Sağlık Sistemi

Resmi Adı: İtalya Cumhuriyeti
Yüzölçümü: 301,277 km²
Nüfus Sayısı: 59,216,525
Yönetim Biçimi: Cumhuriyet
Başkenti: Roma
Resmi Dili: İtalyanca

İtalya 1978 yılından itibaren Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil Hizmet tipi sağlık sistemine geçmiştir ve sağlık hizmetleri ulusal, bölgesel ve yerel seviyede örgütlenmiştir.

Ulusal düzeyde 19 bölge ve 2 özerk iller bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Missiolos, 2016).

İtalya'nın, GSYİH içindeki sağlık harcaması ve kişi başı sağlık harcaması AB ortalamasından düşüktür (OECD, 2017).

İtalya, sağlık sisteminin tüm bileşenleriyle ve sağlık politikasının temel başlıklarını belirleyen sağlık planlarına çok büyük önem vermektedir. 1994-2008 yılları arasında dört ulusal sağlık planı uygulanmıştır (Ferre, 2014). Bunlar:

1. 1994: Birinci Ulusal Sağlık Planı (1994-1996),
2. 1998: İkinci Ulusal Sağlık Planı (1998-2000),
3. 2003: Üçüncü Ulusal Sağlık Planı (2003-2005),
4. 2006: Dördüncü Ulusal Sağlık Planı (2006-2008).

2.4.20 İzlanda Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	İzlanda Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	102,819 km ²
Nüfus Sayısı:	340,566
Yönetim Biçimi:	Anayasal Cumhuriyeti
Başkenti:	Reykjavik
Resmi Dili:	İzlandaca

İzlanda sağlık sistemi, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil Hizmet tipine sahiptir ve Sağlık ve Refah Bakanlığı sağlık hizmetlerinin ana sorumlusudur (Sigurgeirsdottir, 2014).

Hastanelerde sevk zinciri sistemi bulunmaktadır ve uzman bakımı, normal ameliyatlara, ilaçlar, dişçilik hizmetleri ve birincil sağlık hizmetlerindeki bazı hizmetler hariç muayene olan kişiler para ödememektedir. Ancak ilaç alımlarında ve ayakta tedavi durumunda ek ödemeler olabilmektedir (Sargutan, 2010).

Sağlık sistemi, doğrudan devlet ya da dolaylı yollarla sosyal güvenlik bütçesiyle devlet tarafından %85 oranında finanse edilmektedir. İzlanda'da ikamet eden ve son altı aydır yaşayan kişiler sağlık sigortası kapsamındadır (Sargutan, 2010).

2.4.21 Japonya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Japonya
Yüzölçümü:	377,800 km ²
Nüfus Sayısı:	126,854,745
Yönetim Biçimi:	Kabine
Başkenti:	Tokyo
Resmi Dili:	Japonca

Japonya sağlık sistemi Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve Sağlık Çalışma ve Refah Bakanlığı sağlık hizmetlerinin ana sorumlusudur. Toplam 47 bölge, 1700 belediye bulunmaktadır. Sağlık harcamanın yaklaşık %60'ı sigorta, %25'i kamu desteği, %10'u yerel yönetimler, kalan kısmı da diğer değişik kaynaklardan sağlanmaktadır (Missiolos, 2016).

Japonya'da akupunktur, Ying ve Yang, Reiki, geleneksel Çin Tıbbı gibi geleneksel uygulamalar oldukça yaygındır ve bu uygulamalar yasal düzenleme ve teşvikler çerçevesinde yapılmaktadır. Hastaneler, eğer kendilerine başvuran hastaların %30'undan fazlası sevk edilen hasta ise ya da ayakta tedavi hizmetlerinin sayısında azalma görülüyorsa, hükümetten ek ödemeler alabilmektedirler (Sargutan, 2010).

Japonya'da kamu sağlık sigorta sisteminin temeli 1922 yılında Sağlık Sigorta Kanunu ile atılmıştır ve 1961 yılında yapılan bir düzenleme ile Sağlık Sigortası Kanunu tüm Japon vatandaşlarını ve Japonya'da ikamet eden yabancıları kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Sargutan, 2010).

Tüm tedavilerin ve sağlık hizmetlerin fiyatları devlet tarafından belirlenir ve hem devlet hastaneleri hem de özel hastaneler aynı fiyatı sağlamaktadır. Japonya'da vatandaşlar, dahil oldukları sağlık sigortası türüne bağlı olarak üç kategoride sınıflandırılmaktadır (Tatara, 2009).

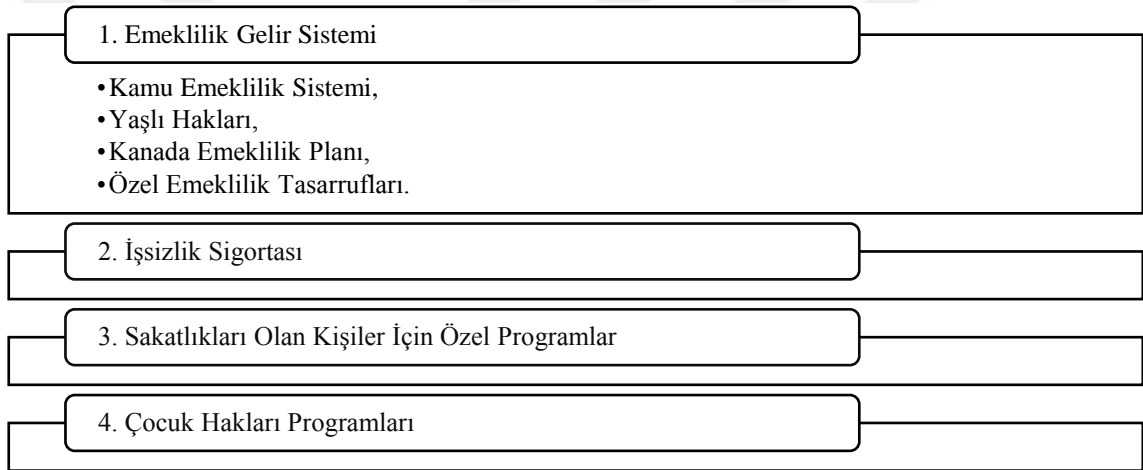
1. Ulusal Sağlık Sigortası: Mahsul, ormancılık çalışanları, serbest meslek sahibi ve işsizleri kapsar (hamile anneler, öğrenciler, yaşlılar).
2. Çalışanlar İçin Sağlık Sigortası: Kamu ve özel kuruluşlarındaki tüm çalışanları kapsar.
3. 40 Yaş Üstü İnsanlar İçin Ulusal Sağlık Programı: 40 yaşın üzerindeki kişilerden ek resmi sigorta primleri toplamak, evde bakım hizmetleri sağlamaktır.

2.4.22 Kanada Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Kanada
Yüzölçümü:	9,984,670 km ²
Nüfus Sayısı:	37,279,811
Yönetim Biçimi:	Parlamenter Demokrasi ve Federasyon Özellikleri Olan Anayasal Monarşi
Başkenti:	Ottawa
Resmi Dili:	İngilizce ve Fransızca

Kanada sağlık sistemi, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil Hizmet tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Federal hükümete bağlı sağlık konuları ile ilgili bir bakanlık olan Sağlık Kanada'dır (Missiolos, 2016).

Kanada sosyal güvenlik sistemi aşağıdaki unsurları içermektedir (Şekil 7):



Şekil 7. Kanada Sosyal Güvenlik Sistemi Unsurları (Kanada Sağlık Bakanlığı, 2019)

Halk sağlığı hizmetleri yüksek derecede geliştirilmiştir. Toplam sağlık harcamalarının %70'i vergi ile finanse edilmektedir. Kanada'da kişisel doğrudan ödeme, sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli ikinci kaynaktır. Reçetelerin %20'si bu yolla finanse edilmektedir. Gönüllü sağlık sigortası sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli üçüncü kaynaktır (Marchildon, 2013).

Kanada'da özel hastaneler kamu-özel teşebbüsün ortak projeleri ya da P3 modelleri ile kurulmaktadır. P3 modelleri kamusal sektör ve kâr amaçlı şirketler arasındaki hizmet anlaşmalarını içermektedir (Kanada Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.4.23 Letonya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Letonya Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	64,589 km ²
Nüfus Sayısı:	1,911,108
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Riga
Resmi Dili:	Letonca ve Ruşça

Letonya sağlık sistemi, kamu destekli Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin sorumluluğu Refah Bakanlığı'dır (Mitenbergs, 2012).

Letonya sağlık sistemi 1991 yılında bağımsızlığın kazanılmasından sonra gelişmeye başlamıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı ile İş ve Sosyal Refah Bakanlıkları, Refah Bakanlığı adı altında birleştirilmiştir. 1991 yılından itibaren birincil sağlık hizmetlerine yönelik aile hekimliği sistemi uygulanmaktadır. 1998 yılında “Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu” kurulmuştur. Letonya sağlık sisteminde en önemli reformlar 2007-2012 yılları arasında yapılmıştır. Bu dönem kendi içinde, ekonomik krizden önceki dönem 2007-2008 ve sonraki dönem 2009-2012 olarak ikiye ayrılmaktadır. 2009-2012 döneminde yapıldığı reformlardan en önemlisi ise düşük gelirli vatandaşların sağlığı için “Sosyal Güvenlik Ağı Stratejisi” programı uygulanmıştır. Ayrıca, halk sağlığı için uzun süreli strateji olarak “Halk Sağlığı Stratejisi 2011-2017” programı uygulanmıştır (Mitenbergs, 2012).

Sargutan (2010), Letonya'da hastalar, Zorunlu Sağlık Sigortasıyla sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Letonya sağlık hizmeti kaynaklarının %79'u zorunlu sigorta primleri ve vergi gelirleriyle finanse edilmektedir. Eğer hasta Temel Sağlık Hizmeti kapsamı dışındaki ek hizmetlerden yararlanmak istiyorsa bunun finansmanı isteğe bağlı sağlık sigortasından karşılanır. İsteğe bağlı sağlık sigortası az olmakla birlikte giderek büyümektedir.

2.4.24 Litvanya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Litvanya Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	65,200km ²
Nüfus Sayısı:	2,864,459
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Vilnius
Resmi Dili:	Litvanca

Litvanya sağlık sistemi, 1996'dan beri Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil modelden

Refah Yönelimli / Sigorta tipi modelini yerleştirmiştir. Sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Murauskiene, 2013).

Murauskiene (2013), Litvanya'da 1990'a kadar tüm ilaç sektörü özelleştirilmeye başlanmıştır. 1994 yılında Sağlık Sistemi Kanunu yürürlüğü girmiştir. 1998 yılından itibaren hastanelerde sevk zinciri uygulaması varken, 2002 yılında aile hekimlerine tam yetki verilmiştir. 2013 yılından itibaren sağlık teknoloji değerlendirilmesi açısından AB Sosyal Bütçesi tarafından finanse edilmiş 3 senelik proje uygulanmıştır.

Litvanya'da, Sosyal sigorta sisteminin temel kurumları Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ulusal Sosyal Sigorta Fonu (SODRA)'dur (Litvanya Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.4.25 Lüksemburg Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Lüksemburg
Yüzölçümü:	2,586 km ²
Nüfus Sayısı:	596,992
Yönetim Biçimi:	Anayasal Monarşi
Başkenti:	Lüksemburg
Resmi Dili:	Almanca ve Fransızca

Lüksemburg sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Lüksemburg Sağlık Bakanlığı, 2019).

2015 yılında OECD üyesi ülkeler arasında kişi başı sağlık harcaması en yüksek olan ülkedir (OECD, 2017). Lüksemburg'da tıp fakültesi bulunmadığı için yurt dışından eğitim alınmaktadır. Sınır komşusu ülkeler olan Belçika, Fransa ve Almanya'dan sosyal sağlık sigortası aracılığıyla en çok sağlık hizmetleri talep edilmektedir (Berthet, 2015).

2.4.26 Macaristan Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Macaristan Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	93,030 km ²
Nüfus Sayısı:	9,655,361
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Budapeşte
Resmi Dili:	Macarca (Magyar)

Macaristan sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağıdır (Gaal, 2011).

Tablo 8. Macaristan Sağlık Sisteminde Yapılan Genel Reformlar (Gaal, 2011)

Tarih	Olaylar
1987	Macaristan Tıp Odası oluşturulmuştur.
1989	Özel muayenehaneler yetkilendirilmiştir.
1990	Zorunlu sigorta uygulamasına geçilmiştir.
1991	Ulusal Halk Sağlığı Hizmeti kurulmuştur.
1992	Sosyal Sigorta Fonu, Emekli Sigortası Fonu ve Sağlık Sigorta Fonu olarak ayrılmıştır.
1993	Gönüllü Ortak Sağlık Sigortası Fonu (özel, kâr amacı gütmeyen kurumlarca işletilen ek sigorta) yetkilendirilmiştir.
1994	Hükümet, Yeni Ulusal Sağlık Teşvik Stratejisi'ni kabul etmiştir.
1995	Hastane kapasitelerini azaltma programları uygulanmaya başlanmıştır.
1995-97	Yaklaşık 20.000 hastane yatağı iptal edilmiştir.
1997	Sağlık Yasası çıkarılmıştır.
1998	Sağlık Sigortası Özerkliği kaldırılmıştır.
1999	Yönetilen bakım amaçlı pilot projeler başlatılmıştır.
2000	Genel pratisyenlerin muayenehaneler özelleştirilmeye başlatılmıştır.
2002	Sağlık hizmeti çalışanlarının maaşlarının %50 oranında artırılması onaylanmıştır (2003'te yürürlüğe girmiştir).
2004	Hastane ve ilaç giderlerin artmasını önlemeye yönelik yeni harcama kanunları düzenlenmiştir.
2004-7	Macaristan sağlık sisteminde yönetim ve organizasyonun yeniden şekillendirilmesine odaklanan büyük reform ve inisiyatifler yapılmıştır.
2010	Halk sağlığı için planı oluşturulmuştur.

2.4.27 Meksika Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Meksika Birleşik Devletleri
Yüzölçümü:	1,958,201 km ²
Nüfus Sayısı:	132,328,035
Yönetim Biçimi:	Federal Cumhuriyet
Başkenti:	Meksika
Resmi Dili:	İspanyolca

Meksika sağlık sisteminde, Refah Yönelimli / Sigorta yönleri de güçlü olan Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi bir sağlık sistemi bulunmaktadır ve kamu ve özel sektörün karışımından oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık ve Refah Bakanlığı'dır. 1910-1917 yılları arasında Meksika Devrimi'nden sonra Meksika'da sağlık, eğitim, sosyal gibi genel alanlara gelişmeler başlamıştır. 1943 yılında sağlık hizmetleri resmi olarak kabul edilmiştir (Castro, 2014).

Sargutan (2010), 2003 yılında Meksika’da sağlıkta sosyal koruma sağlamak için yeni bir sistem oluşturmak amacıyla Genel Sağlık Kanunu Reformu yapılmıştır. Bu reformun da temelini Sağlıkta Sosyal Koruma İçin Sistem’i ve bu sistemi yürütmek için oluşturulan Genel Sağlık Sigortası oluşturmuştur. Meksika’da muayene ücreti ortalama olarak 20 ABD Doları’dır.

2.4.28 Norveç Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Norveç Krallığı
Yüzölçümü:	378,878 km ²
Nüfus Sayısı:	5,400,916
Yönetim Biçimi:	Parlamente Demokrasi
Başkenti:	Oslo
Resmi Dili:	Norveççe

Norveç sağlık sistemi, kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil Hizmet tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık ve Bakım (Tedavi) Hizmetleri Bakanlığı’dır (Missiolos, 2016).

Norveç sağlık sistemi, ulusal, bölgesel ve belediye olmak üzere üç temel seviyeden oluşmaktadır. Ulusal Sağlık Kurulu’nda, 19 İl İdaresi ve 428 Belediye bulunmaktadır (Ringard, 2013).

Sargutan (2010), Norveç’te hastanelerin çoğu kamuya ait olup, idaresi ve örgütlenmesi illere göre değişmektedir. Yataklı tedavi hizmetleri veren hastanelerde tedavi başına ödeme ile genel bütçeden ödeme mevcuttur. Yataklı tedavi hizmetleri, sosyal güvenlik kapsamında iken, ayakta tedavi hizmetlerinde belli oranda kişisel ödeme söz konusudur. Norveç’te sosyal güvence alanında Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı’na bağlı Ulusal Sigorta İdaresi sosyal güvence kapsamındaki sağlık hizmetleri yaygındır. Sağlık hizmetleri vergiler ve doğrudan kişisel ödemeler ile finanse edilmektedir.

2.4.29 Polonya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Polonya Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	312,685 km ²
Nüfus Sayısı:	38,028,278
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Varşova
Resmi Dili:	Lehçe

1989 yılındaki kamu sektörünün devriminden sonra Polonya sağlık sistemi

gelişmeye başlamıştır. Polonya sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır. Birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin verildiği birimler Sağlık Koruma Örgütleri (ZOZ)'dir (Sagan, 2011).

Polonya'da ilaç fiyatlandırma genel olarak Maliye Bakanlığı'nca yapılmakta, sıkı kontrol ise Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilmektedir (Sargutan, 2010). İlaçlar üretim ve geri ödeme statülerine göre üç temel fiyatlandırma sistemine göre düzenlenmektedir (Şekil 8).

Geri Ödemeli Yerli Üretim İlaçlar:
•Fiyatlar Maliye Bakanlığınca kontrol edilmektedir. Ortalama fiyatlar AB'ndeki eşdeğerlerinin %20-%50'sidir.
Geri Ödemeli İthal İlaçlar:
•Fiyatlar Sağlık Bakanlığının müzakereleri sonucunda belirlenmektedir. Ortalama fiyatlar, üretildiği ülkedeki fiyatlardan %20-%30 daha azdır.
Geri Ödemesiz İlaçlar:
•Bu ilaçların fiyatlandırılması serbestlik göstermektedir.

Şekil 8. Polonya'da İlaç Fiyatlandırma Türleri (Sargutan, 2010)

Ulusal geri ödeme sistemi Sağlık Bakanlığı'nca kontrol edilmektedir. Bu sistem ilacın tipine, tedavi sınıfına ve hastalığın statüsüne bağlıdır. İlaçların geri ödemeye alınması türlerine göre üç temel listede bulunmaktadır (Şekil 9).

A Listesi (Temel İlaç Listesi)	•%100'ü geri ödemelidir.
B Listesi (Destek İlaç Listesi)	•%70'i geri ödemelidir.
C Listesi (Destek İlaç Listesi)	•%50'si geri ödemelidir.

Şekil 9. Polonya'da İlaçların Geri Ödeme Türleri

2.4.30 Portekiz Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Portekiz Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	92,391 km ²
Nüfus Sayısı:	10,254,666
Yönetim Biçimi:	Parlamente Demokrasi
Başkenti:	Lizbon
Resmi Dili:	Portekizce ve İspanyolca

Portekiz sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık

hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Simoos, 2017).

1979 yılında Portekiz'de Ulusal Sağlık Sistemi oluşturulmuştur ve sağlık sistemi, birbirini tamamlayan üç sistemden oluşmaktadır (Simoos, 2017). Bunlar: (1) Ulusal Sağlık Hizmeti, (2) Belli mesleklere yönelik Sosyal Sağlık Sigortası (sağlık alt sistemleri), (3) Gönüllü Özel Sağlık Sigortası'dır.

Portekiz'de kâr amacı gütmeyen, yardım amaçlı bağımsız sağlık kuruluşları olarak "Misericordiasis" ismiyle sağlık hizmeti veren dini kuruluşlar vardır. Bunlar hastanelerde ortopedi, plastik cerrahi, dahiliye ve tamamlayıcı tedavi hizmetleri sunmakta olup, akut ve acil servis hizmetleri vermemektedir (Sargutan, 2010).

2.4.31 Şili Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Şili Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	756,950 km ²
Nüfus Sayısı:	18,336,653
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Santioga
Resmi Dili:	İspanyolca

Şili sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır. Şili sağlık sisteminde kamu sağlık sektörü toplam nüfusun %70'i, özel sağlık sektörü %17,5'i ve %10'u diğer sağlık ajansları ve kendi cebinden direkt ödeme yaparak sağlık hizmetleri almaktadır (Monteiko, 2011).

1974 yılında ülkenin ekonomik kalkınma modelinde yapısal değişiklikler olmuştur ve bunun sonucunda 1981 yılında Özel Sağlık Sigorta Kurumları (ISAPRE) ortaya çıkmıştır. Özel sağlık sigortası kurumları toplam nüfusun %17-%18'i kapsamaktadır. Son zamanlarda ISAPRE'ler halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri alanında aktif çalışmaya başlamıştır (OECD, 2018). Şili sağlık sisteminde üç önemli örgütü bulunmaktadır (Sargutan, 2010). Bunlar:

i. Ulusal Sağlık Fonu (FONASA)

Sağlık Bakanlığı'nın bir parçasıdır ve sağlık sektörüne tahsis edilen kamu finansal kaynaklarının toplanması, idare edilmesi ve dağıtılması için çalışmaktadır. FONASA'ya kurumsal üyelik ve serbest seçimli olarak iki şekilde üyelik yapılabilmektedir.

ii. Toplum Sağlığı Kurumu (ISP)

Kamu Sağlığı Sekreterliğinin bir parçasıdır ve mikrobiyoloji, immünoloji farmakoloji, klinik laboratuvar ve çevre kirliliği alanlarından ulusal araştırma laboratuvarı olarak hizmet vermek, ilaç, besin ve diğer tıbbi ürünler konusunda kalite kontrol ile ilgili faaliyetleri yürütmektir, Sağlık Bakanlığının onayladığı biyolojik ürünler ile ilgili programları işletmek gibi görevleri vardır. Ayrıca, Bulaşıcı Hastalıklar Bölümü ile birlikte epidemiyolojik gözlemleri yapmaktadır.

iii. Bölgesel Sağlık Sekreterlikleri (SEREMI)

Her vilayet bölgesinde bölgesel sekreterlikler (SEREMI) bulunmaktadır ve o bölgedeki kamusal sağlık hizmetlerinin uygulanması ile kontrollü çalışmaktadır. Her bölgede bir adet olmak üzere toplam 13 SEREMI bulunmaktadır.

2.4.32 Slovakya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Slovak Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	48,845 km ²
Nüfus Sayısı:	5,450,987
Yönetim Biçimi:	Parlamenter Demokrasi
Başkenti:	Bratislava
Resmi Dili:	Slovakça

Slovakya sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır. Slovakya sağlık sistemi, 1989 yılında sosyalist tipi sağlık sisteminden refah yönelimli sağlık sistemi tipine dönuşmüştür (Smatana, 2016).

2015 yılından itibaren Slovakya sağlık sisteminde üç sağlık sigortası kurumu faaliyet göstermektedir. Birincisi, devlete ait (pazar payı: %63,3) ikincisi, özel mülkiyete ait (pazar payı: %27,7), üçüncüsü ise Achmea adı ile Hollanda sigorta grubuna ait (pazar payı: %8.7) olan üç sağlık sigortası kurumu bulunmaktadır (Smatana, 2016).

Slovakya'da, halk sağlığı hizmetlerine önem verilmektedir ve sağlık bakanlığından 36 adet bölgesel Halk Sağlığı Büroları bulunmaktadır (Sargutan, 2010).

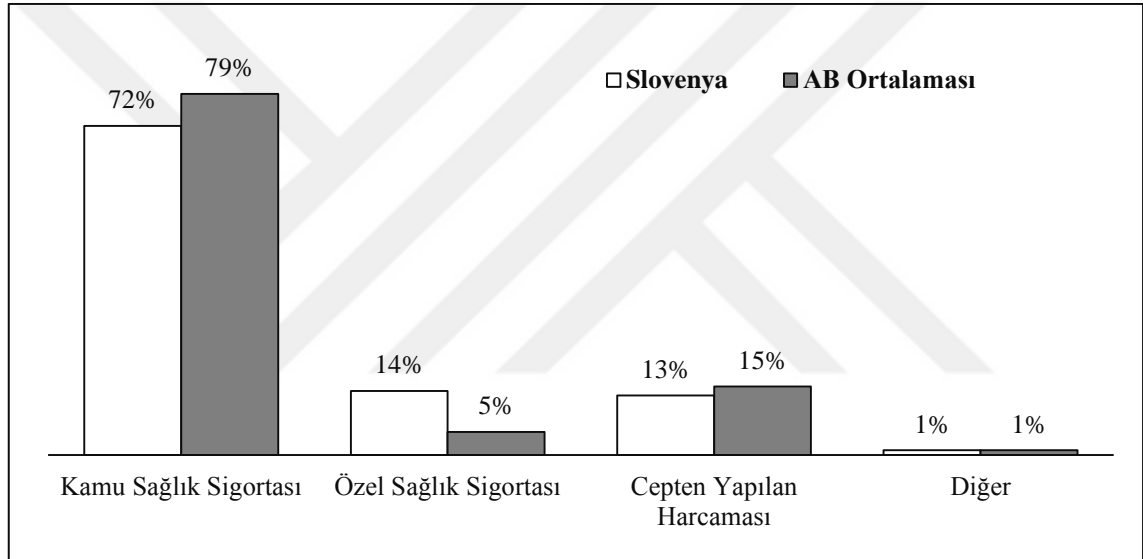
Ülkede en çok nüfus ölümü nedenlerinin başında diğer OECD üyesi ülkeler ile aynı olarak kardiyovasküler hastalıkları ve kanser gelmektedir. Kardiyovasküler hastalıkları için %45 ve kanser için %26 oranlarına sahiptir (OECD, 2017).

2.4.33 Slovenya Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Slovenya Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	20,273 km ²
Nüfus Sayısı:	2,081,900
Yönetim Biçimi:	Parlamenter Demokratik Cumhuriyeti
Başkenti:	Ljubljana
Resmi Dili:	Slovence

Slovenya sağlık sistemi, 1992 yılından itibaren Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Albrecht, 2016).

Slovenya'da en geniş finansman kaynağı ise isteğe bağlı sigortalardır ve isteğe bağlı sağlık sigortası finansmanı oranı AB ülkeleri arasında en yüksektir (OECD, 2017).



Grafik 3. AB ve Slovenya'nın Sağlık Finansman Kaynağı Payı, 2015 (OECD, 2017)

Slovenya'da bütün vatandaşlara verilmiş olan bir elektronik sigorta kartı bulunmaktadır ve bireyler sağlıkla ilgili tüm işlemlerini bu elektronik kart vasıtasıyla yürütmektedir (Sargutan, 2010).

2.4.34 Türkiye Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Türkiye Cumhuriyeti
Yüzölçümü:	814,758 km ²
Nüfus Sayısı:	82,961,805
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Ankara
Resmi Dili:	Türkçe

Türkiye sağlık sistemi, vergi, sosyal ve özel sağlık sigortacılığı modellerini değişik oranlarda birlikte kullanılan Karma Sağlık Sistemi tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Tatar, 2011). Aşağıda Türkiye sağlık sisteminin tarihsel gelişimi (Tablo 9) ve sağlık sistemi yapısı gösterilmiştir (Şekil 10).

Tablo 9. Türkiye Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi (OECD, 2008)

Tarih	Olaylar
1920	Sağlık Bakanlığı kurulmuştur.
1945	Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuştur. İşçi kesimin sosyal güvencesini sağlanmaktadır.
1953	Emekli Sandığı: 1953 yılı başında Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara başlanmıştır.
1986	Bağ-Kur: Kendi hesabına iş yapan kişilerin sosyal güvencesini sağlamaktadır.
1992	Yeşil Kart: Sosyal güvenlik kapsamında yer almayan ve ödeme gücü olmayan vatandaşları kapsamaktadır.
2006	SSK, Sosyal Güvenliği Kurumu (SGK) olarak değiştirilmiştir. SSK+Bağ-Kur+Emekli Sandığı=SGK
2003-13	Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmıştır

Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten yapılan ödeme yoluyla sağlık hizmetlerinin finansmanı oluşturulmaktadır (Daştan, 2015).

Türkiye gelişmekte olan ülkelere ve kendi grubundaki ülkelere kıyasla sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarına göre ortalamanın üzerine çıkmayı başarmasına rağmen OECD üyesi ülkelerle karşılaştırıldığında hala sağlık göstergeleri açısından olumsuz durumda olan ülkelere biridir (Daştan, 2015).

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP): 2003 yılında başlayan SDP'nin amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. SDP sonucunda Türkiye sağlık sistemi performansı 2002 - 2012 yılları arasında çarpıcı şekilde yükselmeye başlamıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Başlıca Sağlık Sistemi Performans Göstergeleri, 2002, 2009 ve 2012 (Anne, S.J & T.C Sağlık Bakanlığı, 2015)

Gösterge	2002	Yıl 2009	2012	Değişiklik 2002-2012 (%)
Sağlık				
Doğuştan beklenen yaşam süresi	72.5	76.1	76.8	5.9
Anne ölüm oranı (100.000 canlı doğumda)	64.0	18.4	15.4	-75.9
Bebek ölüm oranı (1.000 canlı doğumda)	31.4	10.2	7.4	-76.5
Bulaşıcı hastalıklar				
AİDS insidansı (100.000 kişide)	0.07	0.10	0.13	85.7
Kızamık insidansı	11.8	0.1	0.12 ^e	-99.0
Finansal riskten korunma				
Sağlık sigorta kapsamı (%)	70.0	95.9	98.3	40.4
Toplam sağlık harcaması (GSYİH'ye oranı)	5.4	6.1	6.5	20.4
Kamu sağlığı harcamaları (Toplam sağlık harcamalarına oranı)	70.7	80.9	76.8	8.6
Cepten yapılan sağlık harcamaları (Toplam sağlık harcamalarına oranı)	19.8	14.1	15.4	-22.2
Memnuniyet				
Sağlık hizmetlerinden duyulan genel memnuniyet oranı (%)	39.5	65.1	74.8	89.4
Sağlık hizmetlerinin sunulması: Girdiler				
100.000 kişiye düşen hekim sayısı	138	164	172	24.6
100.00 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı	171	213	249	45.6
Hastane yatağı sayısı (1.000 kişiye düşen)	24.8	26.0	26.5	6.9
Yoğun bakım yatağı sayısı	2.214	16.020	22.639	970.0
Ambulans sayısı	2.963	4.658	4.269	44.1

2.4.35 Yeni Zelanda Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Yeni Zelanda
Yüzölçümü:	270,534 km ²
Nüfus Sayısı:	4,792,409
Yönetim Biçimi:	Meşrutî Monarşi
Başkenti:	Wellington
Resmi Dili:	İngilizce ve Maori

Yeni Zelanda sağlık sistemi, çok büyük ağırlıkla Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı, 2019). 1938 yılından itibaren vergiler ile yürütülen bir kamu sağlık güvenliği sistemi uygulanmaktadır ve dünyada sosyal güvenlik uygulamasına geçen ilk ülkelerden biridir. Tarihsel olarak Yeni Zelanda sağlık sistemindeki en önemli reformlar 1993, 1996 ve 2000 yıllarında yapılmıştır (French, 2001).

Yeni Zelanda'da 1993 yılından itibaren hizmet vermeye başlayan Krallığa bağlı bir kuruluş olan ilaç kontrol ajansı PHARMAC'ın amacı; ilaç kullanılması gereken insanların, belirlenen bütçe çerçevesinde en uygun ilaçları alabilmelerini ve ilaçların doğru kullanılmasını sağlamaktır (Sargutan, 2010).

Yeni Zelanda'da sağlıkla ilgili tüm harcamaların büyük bir kısmı merkezi yönetimlerce yapılmaktadır. Yeni Zelanda vatandaşı ve geçici olarak ziyaret eden bir insanın tüm tedavi ve rehabilitasyon masrafları devlet tarafından karşılanmaktadır. Devlete ait sağlık kuruluşlarında tedavi ve ilaçlar parasızdır (Sargutan, 2010).

2.4.36 Yunanistan Sağlık Sistemi

Resmi Adı:	Helen Cumhuriyeti (Yunanca Elles ya da Ellinki Demokratia)
Yüzölçümü:	270,534 km ²
Nüfus Sayısı:	11,124,603
Yönetim Biçimi:	Cumhuriyet
Başkenti:	Atina
Resmi Dili:	Yunanca

Yunanistan sağlık sistemi, Refah Yönelimli / Sigorta tipine sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır. İKA: İşçiler İçin Sosyal Sigorta Fonu, OGA: Tarım Sosyal Sigorta Örgütü, OAEE: Serbest Meslek Sahipleri Fonu, TEVE: Küçük İşletme, Ticari İşyeri Sahipleri ve Esnaf lar Fonu, TAE: Tüccar Sigorta Fonugibi insanların büyük kısmını kapsayan sigorta kuruluşları bulunmaktadır (Economou, 2017).

3. MATERYAL VE METOT

3.1 Materyal

3.1.1 Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi 36 ülkelerin (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallığı, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya, Türkiye, Yeni Zelanda ve Yunanistan) sağlık sistemi verilerinin karşılaştırılmasını amaçlanmıştır.

i. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi “2000-2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin durumları nasıldır ve tahmini olarak 2030 yılına kadar sağlık sonuç göstergeleri nasıl olacaktır?” sorusu oluşturmaktadır.

ii. Hipotezler

Çalışmada teorik olarak incelenen konulardan yola çıkılarak aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

A. Sağlık finansmanı ve harcaması ile ilgili hipotezler

A₁: Kişi başına düşen GSYİH, Beveridge olan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)’de yüksektir.

A₂: GSYİH içindeki sağlık harcaması, serbest pazar tipi olan ülkeler (ABD ve Meksika)’de yüksektir.

A₃: Kişi başına düşen sağlık harcaması, Beveridge olan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)’de yüksektir.

A₄: Cepten yapılan sağlık harcaması, serbest pazar tipi olan ülkeler (ABD ve Meksika)’de yüksektir.

B. Vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyeti ile ilgili hipotez

B1: OECD üyesi ülkeleri arasında kişi başına düşen sağlık harcaması düşük olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı yüksek olan ülkeler, Karma ülke (Türkiye)'dir.

C. 1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı ile ilgili hipotezler

C1: 1000 kişi başına düşen hekim sayısı, Bismarck olan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)'de yüksektir.

C2: 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı, Bismarck olan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)'de yüksektir.

D. Yatak kullanımı ve hastanede kalış süresi ile ilgili hipotezler

D1: 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, Beveridge olan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)'de yüksektir.

D2: Hastanede kalış süresi, Beveridge olan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)'de yüksektir.

E. Sağlık sonuç göstergeleri ile ilgili hipotezler

E1: Doğuştan beklenen yaşam süresi, Bismarck olan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)'de yüksektir.

E2: 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, serbest pazar tipi ülkeler (ABD ve Meksika)'de en yüksektir.

E3: 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, serbest pazar tipi ülkeler (ABD ve Meksika)'de en yüksektir.

F. Zaman serisi analiz ile ilgili hipotezler

F1: GSYİH içindeki sağlık harcaması, tahmini olarak 2016-2030 yılları arasında serbest pazar tipi olan ülkeler (ABD ve Meksika)'de yüksek olacaktır.

F2: Doğuştan beklenen yaşam süresi, tahmini olarak 2016-2030 yılları arasında Beveridge olan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)'de yüksek olacaktır.

F3: 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, tahmini olarak 2016-2030 yılları arasında Bismarck olan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)'de düşük olacaktır.

F4: 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı tahmini olarak 2016-2030 yılları arasında Karma ülke (Türkiye)'de düşük olacaktır.

3.1.2 Varsayımlar

Araştırma kapsamındaki veriler ve verilerden elde edilen sonuçlar gerçek durumu yansıtmaktadır.

3.1.3 Sınırlılıklar

Araştırma OECD üyesi 36 ülkenin (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallığı, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya, Türkiye, Yeni Zelanda ve Yunanistan) sağlık verilerinin karşılaştırılmasını içerdiği için sonuçlarının diğer ülkeler için genellenmesi olası değildir. Karma modelde Türkiye'nin tek ülke olması sınırlılıklara eklenebilir.

3.2 Metot

3.2.1 Evren ve Örneklem

Çalışmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.01.2019 tarihinde (Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/09) etik

kurul izni (Ek 1) alınmıştır. OECD üyesi 36 ülkenin (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallığı, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya, Türkiye, Yeni Zelanda ve Yunanistan) sağlık göstergelerinin karşılaştırılması için:

- Sağlık finansmanı ve harcaması açısından; kişi başına düşen GSYİH, GSYİH içindeki sağlık harcaması, kişi başına düşen sağlık harcaması, cepten yapılan sağlık harcaması ve vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyeti incelenilmiştir.
- Sağlık hizmeti açısından; temel sağlık sonuç göstergeler olarak doğuştan beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı ve bebek ölüm hızı incelenilmiştir.

OECD üyesi 36 ülkenin 12'si Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip, 21'si Refah Yönelimli / Sigorta (Bismarck) tipi sağlık sistemine sahip, 2'si Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkeler ve Türkiye Karma tipi sağlık sistemine sahiptir (Missiolos, 2016).

- Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkeler; Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda'dır.
- Refah Yönelimli / Sigorta (Bismarck) tipi sağlık sistemine sahip ülkeler; Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan'dır.
- Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkeler; ABD ve Meksika'dır.
- Karma tipi sağlık sistemine sahip ülke, Türkiye'dir.

3.2.2 Veri Toplama Aracı

OECD üyesi ülkelerin sağlık verilerinin toplanmasında ve konuya ilişkin bilimsel veriler için OECD ve Dünya Bankası'nın resmi sitesinden sağlık verileri alınmıştır (OECD ve Dünya Bankası, 2018). Veriler 2000, 2005, 2010 ve 2015 gibi beşer yıllık süreleri kapsamaktadır.

3.2.3 Analiz Metodu

Çalışmanın yapılabilmesi için karşılaştırmalı analiz, IBM SPSS 22 ile analiz ve Minitab programında zaman serisi analizi kullanılmıştır.

- Karşılaştırmalı Analiz

Karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı; iki veya daha fazla ülkenin sağlık sisteminin istenilen yönlerini birbiri ile karşılaştırarak, kullanılabilir bilgi ve sonuçlara kıyaslamalarla ulaşmayı amaçlayan bir araştırma yöntemidir (Sargutan, 2010).

Sağlık sistemlerinin arasında karşılaştırılma yapılması sonucunda;

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

Sağlık sistemleri konusunda karşılaştırmalı analiz metodu ile yapılmış çalışmalar aşağıda sunulmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Karşılaştırmalı Analiz Metodu ile Yapılmış Çalışmalar (Google Scholar, 2019)

Çalışmanın Adı	Yazarlar	Yayın Yılı
Comparative health systems: descriptive analyses of fourteen national health systems	Raffel MW	1984
Health system performance in OECD countries, 1980–1992	Schieber, G. J., Poullier, J. P., & Greenwald, L. M	1994
The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries.	Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C. J., & Lauer, J. A	2000
Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages.	Murray, C. J., Lopez, A. D., & WHO	2000
Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı Kavram ve Metot	A.Erdal SARGUTAN	2005
Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri	A.Erdal SARGUTAN	2006
Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması	Erkan KARAGAN	2008

Comparing health system performance in OECD countries	Anderson, G., & Hussey, P. S	2009
84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri	A.Erdal SARGUTAN	2010
The state and healthcare: comparing OECD countries	Rothgang, H., Cacace, M., Frisina, L., Grimmeisen, S., Schmid, A., & Wendt, C	2010
Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz	Kemal CELEBİ Serkan CURA	2013
Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification	Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H	2013
OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırılması	İlker DAŞTAN Volkan ÇETİNKAYA	2015
2015 international profiles of health care systems	Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn., R & Sarnak, D	2016

- IBM SPSS 22 İle Analiz

Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı olan Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Sosyal Bilimler başta olmak üzere Eğitim Bilimleri, Sağlık Bilimleri ve Fen Bilimleri alanlarında araştırması yapmak amacıyla sıklıkla kullanılan bir bilgisayar programıdır. Çalışmada, veriler IBM SPSS 22'te tanımlayıcı istatistikler ile analiz edilmiştir. Sonuçlar yüzde, ortanca, minimum-maksimum, grafik şeklinde incelenilecek olan yıllar için sunulmuştur.

- Minitab 18 İle Zaman Serisi Analiz

Minitab programı, kalite iyileştirme araçları, istatistiksel analizler, grafikler ve veri işleme özelliklerini tek paket halinde bulunduran Windows tabanlı yazılım ve hizmet sağlayıcılarından biridir. 4000'den fazla akademik kurumda yaygın şekilde kullanılan Minitab, 300'den fazla ders kitabında da istatistik eğitiminde kullanılmaktadır (Minitab, 2019).

Minitab programında zaman serisi analizi, GSYİH içindeki sağlık harcaması, doğuştan beklenen yaşam süresi, 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı ve 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı verileri açısından yapılmıştır. Sonuçlar ortanca, minimum-maksimum (min-mak), grafik şeklinde tahmin olarak 2016 – 2030 yılları için sunulmuştur.

3.2.4 Güvenirlilik ve Geçerlilik

Çalışmanın yapılabilmesi için OECD ve Dünya Bankası'nın resmi sitesinden sağlık verileri alınmıştır. Daha sonra uygulama aşamasına geçilmiştir.

4. BULGULAR

Bulgular bölümü, altı başlık altında incelenmiştir.

4.1 OECD Üyesi Ülkelerde Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcaması Açısından Karşılaştırılması

- 4.1.1 Kişi başına düşen GSYİH'nin karşılaştırılması
- 4.1.2 GSYİH içindeki toplam sağlık harcamasının karşılaştırılması
- 4.1.3 Kişi başına düşen sağlık harcamasının karşılaştırılması
- 4.1.4 Cepten yapılan toplam sağlık harcamasının karşılaştırılması

4.2 OECD Üyesi Ülkelerde Vatandaşların Sağlık Sistemlerinden Memnuniyet Açısından Karşılaştırılması

- 4.2.1 Vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyeti, 2006 ve 2017
- 4.2.2 Vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyeti ve kişi başına düşen sağlık harcamasının karşılaştırılması, 2017

4.3 OECD Üyesi Ülkelerde 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı Açısından Karşılaştırılması

4.4 OECD Üyesi Ülkelerde Hastanede Yatak Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

- 4.4.1 1000 kişi başına düşen yatak sayısının karşılaştırılması
- 4.4.2 Hastanede kalış süresinin karşılaştırılması

4.5 OECD Üyesi Ülkelerde Sağlık Sonuç Göstergelerinin Karşılaştırılması

- 4.5.1 Doğuştan beklenen yaşam süresinin karşılaştırılması
- 4.5.2 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının karşılaştırılması
- 4.5.3 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızının karşılaştırılması

4.6 Zaman Serisi Analiz İle Yapılmış Olan Tahmini Sonuçlar

- 4.6.1 GSYİH içindeki toplam sağlık harcamasının tahmini sonuçları
- 4.6.2 Doğuştan beklenen yaşam süresinin tahmini sonuçları
- 4.6.3 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının tahmini sonuçları
- 4.6.4 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızının tahmini sonuçları

4.1 Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması

4.1.1 Kişi Başına Düşen GSYİH'nın Karşılaştırılması

Tablo 12. Kişi Başına Düşen Toplam GSYİH (ABD Doları), 2000 – 2015 (OECD, 2018)

No	Ülkeler	2000*	2005*	2010*	2015*
1	ABD	36,305	44,044	48,394	56,701
2	Almanya	27,551	32,414	39,916	47,979
3	Avustralya	28,260	35,571	42,812	47,351
4	Avusturya	29,380	35,025	42,018	49,954
5	Belçika	27,989	33,331	40,050	45,729
6	Çekya	16,163	21,907	27,555	33,701
7	Danimarka	28,671	34,153	43,005	49,071
8	Estonya	9,392	16,466	21,552	29,260
9	Finlandiya	26,753	31,993	38,737	42,213
10	Fransa	26,098	30,504	35,909	40,861
11	Güney Kore	18,083	24,196	30,365	35,761
12	Hollanda	31,874	37,625	45,041	50,302
13	İngiltere	26,258	32,486	36,016	42,055
14	İrlanda	30,185	40,437	43,296	69,050
15	İspanya	21,541	27,696	31,933	35,054
16	İsrail	24,854	24,700	28,840	35,527
17	İsveç	29,321	34,006	41,633	48,437
18	İsviçre	35,434	40,327	52,860	63,939
19	İtalya	27,027	29,938	34,685	36,836
20	İzlanda	29,711	37,338	39,582	48,730
21	Japonya	26,841	31,668	34,994	40,406
22	Kanada	29,265	36,213	40,012	44,407
23	Letonya	8,019 ^a	13,848	17,561	24,726
24	Litvanya	8,458	14,526	20,091	28,910
25	Lüksemburg	55,263 ^b	68,141 ^b	85,515 ^b	102,817 ^b
26	Macaristan	11,878	17,082	21,535	26,356
27	Meksika	10,870	12,522	15,239 ^a	18,414 ^a
28	Norveç	36,956	47,775	57,969	60,492
29	Polonya	10,654	13,898	20,789	26,529
30	Portekiz	18,887	22,740	27,308	29,685
31	Şili	9,519	12,668	18,129	22,601
32	Slovakya	11,331	16,572	24,785	29,700
33	Slovenya	18,046	23,941	27,736	31,627
34	Türkiye	9,433	11,773 ^a	17,264	25,986
35	Yeni Zelanda	21,481	25,590	31,165	37,341
36	Yunanistan	19,519	25,577	28,148	26,902
OECD		23,258	28,853	34,790	41,261
Avrupa Birliği		18,243	29,092	33,676	32,206
Dünya ortalaması		5,488	7,282	9,514	10,182
Düşük gelirli ülkeler		311	392	641	800
Düşük orta gelirli ülkeler		1,136	1,798	3,531	4,346
Orta gelirli ülkeler		1,221	1,954	3,876	4,802
Orta üst gelirli ülkeler		1,880	3,094	6,297	7,968
Yüksek gelirli ülkeler		25,020	32,775	38,137	39,134

* IBM SPSS 22'te "tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

2000-2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde kişi başına düşen GSYİH 23,258'den 41,261'e %44 artmıştır. Genel olarak kişi başına düşen GSYİH açısından; Letonya, Litvanya, Estonya, Türkiye, Şili ve Meksika düşükken ABD, Hollanda, İsviçre, İrlanda, Norveç ve Lüksemburg yüksektir (Tablo 12).

OECD üyesi ülkeleri arasında kişi başına düşen GSYİH, 2000 yılında Letonya'da, 2005 yılında Türkiye'de, 2010-2015 yıllarında Meksika'da en düşüktür. Öte yandan, 2000-2015 yıllarında arasında Lüksemburg en yüksek kişi başına düşen GSYİH'na sahiptir (Tablo 12).

2000 yılında OECD üyesi ülkelerde kişi başına düşen GSYİH, Çekya, Estonya, Güney Kore, Letonya, Litvanya, Şili ve Türkiye'de az olmasına rağmen, 2015 yılında ortalama olarak 2-3,5 kat artmıştır (Tablo 12).

2000-2015 yıllarında OECD üyesi ülkeler arasında kişi başına düşen GSYİH'nın en çok artı Litvanya (3,4 kat), Letonya ile Estonya (3,1 kat) ve Türkiye (2,8 kat) iken en az artı Yunanistan ile İtalya (1,4 kat)'da artmıştır (Tablo 12).

OECD üye ülkelerin kişi başına düşen GSYİH ortalaması Avrupa Birliği'ne üye ülkeler ve yüksek gelirli ülkelerin ortalaması ile benzerlik gösterirken, dünya ortalamasından yaklaşık 4 kat, düşük gelirli ülkelere yaklaşık 50 kat ve orta gelirli ülkelere yaklaşık 9 kat daha yüksektir (Tablo 12).

2000-2015 yılları arasında kişi başına düşen GSYİH, OECD üyesi ülkeleri ile yüksek gelirli ülkelere 1,6 kat, AB'ne üye ülkelere 1,8 kat, düşük gelirli ülkelere 2,6 kat, düşük orta gelirli ülkeler ile orta gelirli ülkelere ise 3,8 kat ve orta üst gelirli ülkelere ise 4,2 kat artmıştır (Tablo 12).

Genel olarak 2000-2015 yılları arasında kişi başına düşen GSYİH, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

4.1.2 GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması

Tablo 13. GSYİH İçindeki Sağlık Harcaması (%), 2000 – 2015 (OECD, 2018)

No	Ülkeler	2000*	2005*	2010*	2015*
1	ABD	12,5 ^b	14,5 ^b	16,4 ^b	16,8 ^b
2	Almanya	9,8	10,2	11,0	11,1
3	Avustralya	7,6	8,0	8,4	9,3
4	Avusturya	9,2	9,6	10,2	10,3
5	Belçika	7,9	9,0	9,8	10,1
6	Çekya	5,7	6,4	6,9	7,2
7	Danimarka	8,1	9,1	10,3	10,3
8	Estonya	5,2	5,0	6,3	6,5
9	Finlandiya	6,8	8,0	8,9	9,7
10	Fransa	9,5	10,2	11,2	11,5
11	Güney Kore	4,0 ^a	4,9 ^a	6,2	7,0
12	Hollanda	7,1	9,3	10,4	10,4
13	İngiltere	6,0	7,2	8,5	9,8
14	İrlanda	5,9	7,6	10,5	7,4
15	İspanya	6,8	7,7	9,0	9,1
16	İsrail	6,8	7,1	7,1	7,4
17	İsveç	7,4	8,3	8,5	11,0
18	İsviçre	9,8	10,8	10,7	11,9
19	İtalya	7,6	8,4	9,0	9,0
20	İzlanda	9,0	9,2	8,8	8,3
21	Japonya	7,2	7,8	9,2	10,9
22	Kanada	8,3	9,1	10,6	10,4
23	Letonya	5,4	5,9	6,1	5,7
24	Litvanya	6,2	5,6	6,8	6,5
25	Lüksemburg	5,9	7,2	7,0	6,2
26	Macaristan	6,8	8,0	7,5	7,1
27	Meksika	4,4	5,8	6,0	5,8
28	Norveç	7,7	8,3	8,9	10,1
29	Polonya	5,3	5,8	6,4	6,3
30	Portekiz	8,4	9,4	9,8	9,0
31	Şili	7,0	6,6	6,8	8,0
32	Slovakya	5,3	6,6	7,8	6,9
33	Slovenya	7,8	8,0	8,6	8,5
34	Türkiye	4,6	4,9 ^a	5,1 ^a	4,1 ^a
35	Yeni Zelanda	7,5	8,3	9,6	9,3
36	Yunanistan	7,2	9,0	9,6	8,2
OECD		%7,2	%7,9	%8,7	%8,8
Avrupa Birliği		%7,9	%8,7	%9,6	%9,9
Dünya ortalaması		%8,6	%9,3	%9,5	%9,8
Düşük gelirli ülkeler		%4,3	%5,3	%6,3	%6,1
Düşük orta gelirli ülkeler		%4,9	%4,9	%5,1	%5,4
Orta gelirli ülkeler		%4,9	%4,9	%5,1	%5,4
Orta üst gelirli ülkeler		%5,3	%5,3	%5,4	%5,7
Yüksek gelirli ülkeler		%9,3	%10,4	%11,5	%12,4

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

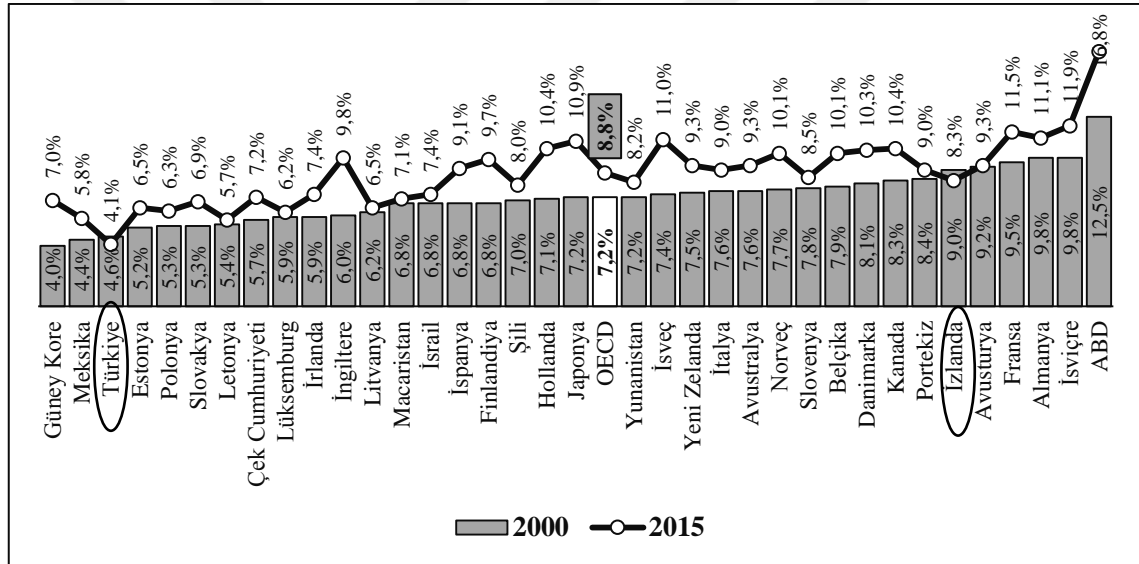
^a minimum değer

^b maksimum değer

2000-2015 yıllarında OECD üyesi ülkelerde GSYİH içindeki sağlık harcaması %7,2'den %8,8'e %1,6 artmıştır. Genel olarak GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması Estonya, Meksika, Türkiye, Şili ve Lüksemburg'da düşükken, ABD, Avusturya, Almanya, İrlanda, Fransa, İsviçre ve Kanada'da yüksektir (Tablo 13).

2000-2005 yıllarında Güney Kore'de GSYİH içindeki sağlık harcaması %4,0 olarak en az olmasına rağmen, son zamanlarda hızlıca yükselerek 2017 yılında %7,6'ya yaklaşık 2 kat artmıştır. Öte yandan, 2000-2015 yılları arasında Türkiye'nin GSYİH içindeki sağlık harcaması en az olmasına rağmen, son zamanlarda sabit kalmıştır.

ABD'de GSYİH içindeki sağlık harcaması sürekli artmıştır ve 2000-2015 yıllarında OECD üyesi ülkeleri arasında ABD en yüksek GSYİH içindeki sağlık harcamasına sahiptir (Tablo 13).



* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

Grafik 4. GSYİH içindeki Sağlık Harcaması (%), 2000 ve 2015

2000–2015 yılları arasında GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması her ülkede artış gösterirken, sadece Türkiye ve İzlanda'da azalma seyretip görülmüştür (Grafik 4).

Genel olarak GSYİH içindeki sağlık harcaması, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

Tablo 14. Sağlık Finansman Tipine Göre GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcaması Oranı, 2000 – 2015

	2000*	2005*	2010*	2015*
1. Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)				
Ortalama	%7,4	%8,3	%9,2	%9,5
Min	%5,9 (İrlanda)	%7,2 (İngiltere)	%8,4(Avustralya)	%7,4 (İrlanda)
Mak	%9,0 (İzlanda)	%9,2 (İzlanda)	%10,5 (Kanada)	%11,0 (İsveç)
2. Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)				
Ortalama	%7,0	%7,7	%8,3	%8,4
Min	%4,0 (G.Kore)	%4,9 (G.Kore)	%6,1 (Letonya)	%5,7 (Letonya)
Mak	%9,8 (İsviçre)	%10,8 (İsviçre)	%11,1 (Fransa)	%11,9 (İsviçre)
3. Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (ABD ve Meksika)				
Ortalama	%8,5	%10,2	%11,1	%11,2
Min	%4,5 (Meksika)	%5,8 (Meksika)	%5,9 (Meksika)	%5,8 (Meksika)
Mak	%12,5 (ABD)	%14,5 (ABD)	%16,4 (ABD)	%16,8 (ABD)
4. Karma sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Türkiye)				
Türkiye	%4,6	%4,9	%5,1	%4,1

* IBM SPSS 22’te “Tanımlayıcı istatistikler” ile analiz edilmiştir.

Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerin (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) GSYİH içindeki sağlık harcaması bir birleriyle benzerlik göstermektedir ve 2000–2015 yılları arasında %7,4’ten %9,5’e %2,1 artmıştır (Tablo 14).

Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) GSYİH içindeki sağlık harcaması 2000–2015 yılları arasında %7’den %8,4’e %1,4 artmıştır (Tablo 14).

Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) GSYİH içindeki sağlık harcaması oranı 2000 – 2015 yılları arasında %8,5’den %11,2’ye %2,7 artış göstermiştir (Tablo 14).

Karma sağlık sistemine sahip Türkiye’de ise 2000–2015 yılları arasında GSYİH içindeki sağlık harcaması %4,6’dan %4,2’ye %0,2 azalmıştır (Tablo 14).

4.1.3 Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması

Tablo 15. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (ABD Doları), 2000 – 2015 (OECD, 2018)

No	Ülkeler	2000*	2005*	2010*	2015*
1	ABD	4,557 ^b	6,443 ^b	7,940 ^b	9,491 ^b
2	Almanya	2,707	3,314	4,397	5,297
3	Avustralya	2,152	2,842	3,611	4,409
4	Avusturya	2,704	3,371	4,298	5,159
5	Belçika	2,222	2,989	3,945	4,589
6	Çekya	926	1,401	1,919	2,424
7	Danimarka	2,323	3,104	4,448	5,001
8	Estonya	486	819	1,368	1,860
9	Finlandiya	1,829	2,559	3,439	4,099
10	Fransa	2,507	3,124	4,037	4,657
11	Güney Kore	723	1,183	1,896	2,482
12	Hollanda	2,229	3,455	4,634	5,148
13	İngiltere	1,567	2,331	3,040	4,072
14	İrlanda	1,782	3,093	4,552	5,106
15	İspanya	1,468	2,127	2,883	3,175
16	İsrail	1,696	1,769	2,033	2,647
17	İsveç	2,170	2,812	3,533	5,272
18	İsviçre	3,519	4,391	5,683	7,570
19	İtalya	2,048	2,513	3,138	3,292
20	İzlanda	2,659	3,406	3,380	3,964
21	Japonya	1,918	2,464	3,205	4,428
22	Kanada	2,422	3,282	4,225	4,633
23	Letonya	437	812	1,081	1,400
24	Litvanya	524	820	1,371	1,864
25	Lüksemburg	3,407	5,126	6,456	7,016
26	Macaristan	803	1,366	1,621	1,862
27	Meksika	484	731	911	1,037
28	Norveç	2,849	3,981	5,163	6,239
29	Polonya	564	807	1,352	1,687
30	Portekiz	1,581	2,145	2,684	2,650
31	Şili	668	841	1,232	1,803
32	Slovakya	603	1,096	1,949	2,027
33	Slovenya	1,405	1,907	2,377	2,670
34	Türkiye	426 ^a	583 ^a	872 ^a	1,029 ^a
35	Yeni Zelanda	1,607	2,124	2,998	3,524
36	Yunanistan	1,414	2,301	2,694	2,188
OECD		1,761	2,429	3,177	3,633
Avrupa Birliği		1,454	2,559	3,252	3,183
Dünya ortalaması		472	680	907	1,001
Düşük gelirli ülkeler		14	21	35	37
Düşük orta gelirli ülkeler		56	90	178	233
Orta gelirli ülkeler		60	97	194	257
Orta üst gelirli ülkeler		98	162	338	456
Yüksek gelirli ülkeler		2,361	3,476	4,461	4,874

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

Tablo 15'e göre, OECD üyesi ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcaması 2000–2015 yılları arasında 1,761'den 3663'e kadar 2,1 kat artmıştır ve Türkiye'de en düşükken, ABD'de en yüksektir. Kişi başına düşen sağlık harcaması açısından; Çekya, Estonya, Letonya, Meksika, Polonya, ve Türkiye düşükken, ABD, Almanya, Avusturya, Fransa, Hollanda, İsveç, İsviçre, İrlanda, Norveç ve Lüksemburg yüksektir. OECD üyesi ülkeleri arasında 2000-2015 yıllarında kişi başına düşen sağlık harcaması en çok Estonya'da 3,8 kat artarken, en az İzlanda ile Yunanistan'da 1,5 kat artmıştır.

OECD üyesi ülkelerin GSYİH içindeki sağlık harcaması AB'ne üye ülkeler ile benzerlik gösterirken, dünya ortalamasından yaklaşık 3,7 kat, düşük gelirli ülkelere 98 kat ve orta gelirli ülkelere yaklaşık 14 kat daha yüksektir (Tablo 15).

Genel olarak kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

Tablo 16. Sağlık Finansman Tipine Göre Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (ABD Doları), 2000–2015

	2000*	2005*	2010*	2015*
1. Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)				
Ortalama	2,073	2,848	3,701	4,399
Min	1,468 (İspanya)	2,124 (Yeni Zelanda)	2,883 (İspanya)	3,175 (İspanya)
Mak	2,849 (Norveç)	3,981 (Norveç)	5,163 (Norveç)	6,239 (Norveç)
2. Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)				
Ortalama	1,573	2,167	2,868	3,401
Min	437 (Letonya)	807 (Polonya)	1,081 (Letonya)	1,400 (Letonya)
Mak	3,519 (İsviçre)	5,126 (Lüksemburg)	6,456 (L.burg)	7,570 (İsviçre)
3. Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (ABD ve Meksika)				
Ortalama	2,521	3,587	4,426	5,264
Min	484 (Meksika)	731 (Meksika)	911 (Meksika)	1,037 (Meksika)
Mak	4,557 (ABD)	6,443 (ABD)	7,940 (ABD)	9,491 (ABD)
4. Karma sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Türkiye)				
Türkiye	426	583	872	1,029

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

Sağlık finansman tipi incelendiğinde, Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelere (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya,

İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) kişi başına düşen sağlık harcaması 2000 – 2015 yılları arasında 2,073'ten 4,399'a 2,1 kat artmıştır ve İspanya en düşükken, Norveç en yüksektir (Tablo 16).

Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) kişi başına düşen sağlık harcaması 2000 – 2015 yılları arasında 1,573'ten 3,401'e 2,2 kat artmıştır ve Polonya ile Letonya'da en düşükken İsviçre ile Lüksemburg'da en yüksektir (Tablo 16).

Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) ise hem Beveridge hem de Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerle kıyaslandığında daha yüksektir ve 2000 – 2015 yılları arasında 2,521'den 5,264'e 2,1 kat artmıştır. Ayrıca, ABD'deki GSYİH içindeki sağlık harcaması Meksika'daki sağlık harcamasından yaklaşık üç kat daha yüksektir (Tablo 16).

Karma sağlık sistemine sahip Türkiye'de ise 2000 – 2015 yılları arasında GSYİH içindeki sağlık harcaması sabit kalmasına rağmen, kişi başına düşen sağlık harcaması 426'dan 1,029'a 2,4 kat artmıştır (Tablo 16).

4.1.4 Cepten Yapılan Toplam Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması

Tablo 17. Cepten Yapılan Sağlık Harcaması Oranı, 2000 – 2015, (Dünya Bankası, 2019)

No	Ülkeler	2000	2005	2010	2015
1	ABD	15,5	13,9	12,2	11,1
2	Almanya	12,0	14,2	13,9	12,5
3	Avustralya	21,0	19,6	19,7	19,4
4	Avusturya	17,8	18,6	17,7	17,9
5	Belçika	21,1	18,1	18,3	17,6
6	Çekya	10,2	11,1	15,3	14,8
7	Danimarka	15,4	14,7	13,7	13,7
8	Estonya	20,4	20,5	21,9	22,8
9	Finlandiya	23,2	19,0	20,0	19,9
10	Fransa	7,3^a	7,4^a	7,5^a	6,8^a
11	Güney Kore	43,6	41,1	37,3	36,8
12	Hollanda	9,4	10,6	9,8	12,3
13	İngiltere	11,5	10,1	9,7	14,8
14	İrlanda	12,1	13,6	13,8	15,2
15	İspanya	24,3	22,0	20,7	24,2
16	İsrail	29,5	30,2	23,7	24,4
17	İsveç	14,5	17,1	16,9	15,2
18	İsviçre	33,0	30,6	28,0	28,3
19	İtalya	26,5	21,6	20,5	22,8
20	İzlanda	19,4	17,2	18,2	17,0
21	Japonya	15,9	15,7	14,6	13,1
22	Kanada	16,6	15,4	15,5	14,6
23	Letonya	47,7	41,7	37,2	41,6^b
24	Litvanya	27,0	32,8	27,6	32,1
25	Lüksemburg	14,3	12,9	10,2	10,6
26	Macaristan	27,3	25,8	27,4	29,0
27	Meksika	52,2^b	54,6^b	45,7^b	41,4
28	Norveç	17,9	16,7	15,0	14,3
29	Polonya	31,1	27,7	23,7	23,2
30	Portekiz	25,0	23,3	24,6	27,7
31	Şili	42,8	42,5	34,5	32,2
32	Slovakya	10,8	23,6	22,8	18,4
33	Slovenya	12,7	13,0	12,7	12,5
34	Türkiye	28,9	24,2	16,9	16,9
35	Yeni Zelanda	15,4	14,1	12,6	12,4
36	Yunanistan	36,3	38,7	28,1	35,5
OECD		%22,5	%22,1	%20,2	%20,6
Avrupa Birliği		%14,5	%14,6	%14,6	%15,3
Dünya ortalaması		%19,2	%18,5	%18,3	%18,1
Düşük gelirli ülkeler		% 48,9	%45,8	%45,9	%44,2
Düşük - orta gelirli ülkeler		%46,6	%45,6	%38,9	%36,6
Orta gelirli ülkeler		%46,5	%45,6	%38,7	%36,4
Üst - orta gelirli ülkeler		%43,5	%42,0	%34,9	%32,2
Yüksek gelirli ülkeler		% 16,2	% 15,1	% 14,3	% 13,5

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

Cepten yapılan sağlık harcaması açısından; 2000–2015 yılları arasında OECD ortalaması %22,5’ten %20,6’ya %1,9 azalmıştır ve Fransa’da en düşükken, Meksika ile Letonya’da en yüksektir. OECD üyesi ülkeleri arasında cepten yapılan sağlık harcaması, Fransa, İngiltere ve Hollanda düşükken, Letonya, Meksika, Şili ve Yunanistan yüksektir (Tablo 17).

OECD üyesi ülkelerinde cepten yapılan sağlık harcaması, AB’ne üye ülkeler ve yüksek gelirli ülkelerin ortalaması ile benzerlik gösterirken, düşük gelirli ülkeler ve orta gelirli ülkelere yaklaşık 3 daha azdır. Ayrıca, 2000-2015 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcaması, AB’ne üyesi ülkeler dışında diğer ülkelerde (OECD üyesi ülkeler, düşük gelirli ülkeler, düşük orta gelirli ülkeler, orta gelirli ülkeler, orta üstü gelirli ülkeler ve yüksek gelirli ülkeler) yaklaşık 2,5-3 oranında azalmıştır (Tablo 17).

Genel olarak 2000-2015 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcaması, OECD ortalamasından düşük olan ülkelerin çoğu, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

Tablo 18. Sağlık Finansman Tipine Göre Cepten Yapılan Toplam Sağlık Harcaması (Oranı), 2000 – 2015

	2000*	2005*	2010*	2015*
1. Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)				
Ortalama	%18,1	%18,7	%16,4	%16,9
Min	%11,5 (İngiltere)	%10,1 (İngiltere)	%9,7 (İngiltere)	%12,4 (Y.Zelanda)
Mak	%26,5 (İtalya)	%21,9 (İspanya)	%20,7 (İspanya)	%24,3 (İspanya)
2. Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)				
Ortalama	%23,6	%23,8	%21,7	%22,4
Min	%7,3 (Fransa)	%7,4 (Fransa)	%7,5 (Fransa)	%6,8 (Fransa)
Mak	%47,6 (Letonya)	%42,5 (Şili)	%37,3 (G. Kore)	%41,6 (Letonya)
3. Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (ABD ve Meksika)				
Ortalama	%33,8	%34,2	%28,9	%26,2
Min	%15,5 (ABD)	%13,9 (ABD)	%12,2 (ABD)	%11,1 (ABD)
Mak	%52,2 (Meksika)	%54,6 (Meksika)	%47,5 (Meksika)	%41,4 (Meksika)
4. Karma sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Türkiye)				
Türkiye	%28,9	%24,2	%16,8	%16,9

* IBM SPSS 22’te “Tanımlayıcı istatistikler” ile analiz edilmiştir.

Sağlık finansman tipi incelendiğinde, Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya,

İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) cepten yapılan sağlık harcaması hem Bismarck hem de serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerden daha azdır ve ortalaması 2000–2015 yılları arasında %18,1’den %16,9’a %2,1 azalmıştır. Cepten yapılan sağlık harcaması İngiltere’de en düşükken, İtalya ve İspanya’da en yüksektir (Tablo 18).

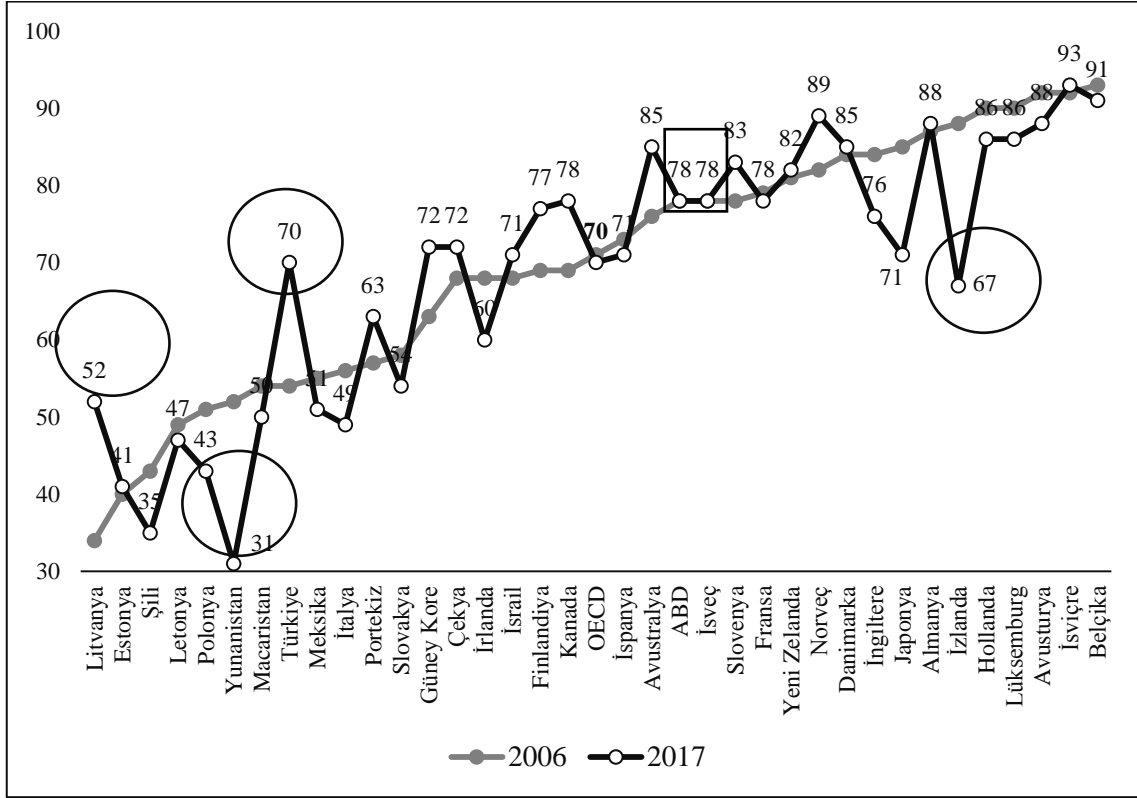
Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) cepten yapılan sağlık harcaması Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkelerle kıyaslandığında daha yüksektir ve 2000–2015 yılları arasında %23,6’dan %22,4’e kadar %1,2 azalmıştır. Fransa’da en düşükken, Letonya ve Şili’de en yüksektir (Tablo 18).

Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) cepten yapılan sağlık harcaması hem Beveridge hem de Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerle kıyaslandığında daha yüksektir ve 2000 – 2015 yılları arasında ortalama olarak %33,8’den %26,2’ye %7,6 azalmıştır. Ayrıca, ABD’deki cepten yapılan sağlık harcaması Meksika’daki cepten yapılan sağlık harcamasından yaklaşık 4 kat daha azdır (Tablo 18).

Karma sağlık sistemine sahip Türkiye’de, cepten yapılan sağlık harcaması hızlıca azalmış göstermiştir. 2000–2015 yılları arasında %28,9’dan %16,9’a %12 azalmıştır. Bu azalmayı etkileyen en önemli neden ise Türkiye’de 2003–2013 yılları arasında “Sağlıkta Dönüşüm Programının” uygulanması olabilir (Tablo 18).

4.2 OECD Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemlerinden Vatandaşların Memnuniyetinin Karşılaştırılması

4.2.1 Vatandaşların Sağlık Sistemlerinden Memnuniyeti, 2006 ve 2017



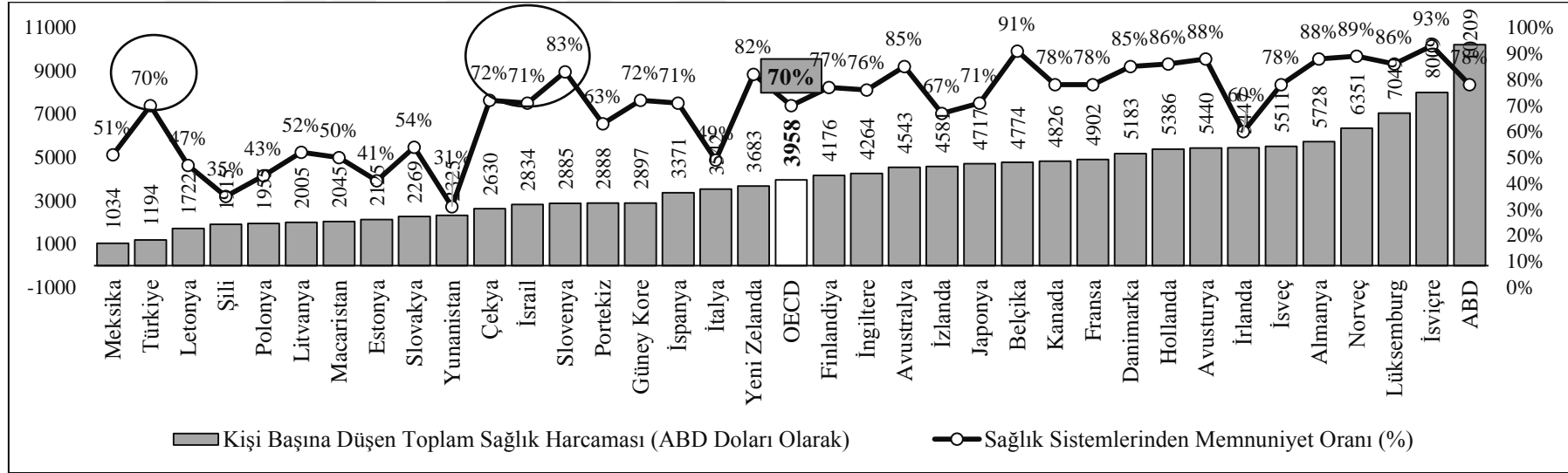
* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

Grafik 5. Vatandaşların Sağlık Sistemlerinden Memnuniyet Oranı, 2006 ve 2017

Grafik 5'e göre, 2006 yılında OECD üyesi ülkelerde vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı Litvanya ile Şili'de en düşükken, Avusturya, İsviçre ve Belçika'da en yüksektir. Öte yandan, 2017 yılında Yunanistan ile Şili'de en düşükken, Belçika ile İsviçre'de en yüksektir. OECD ortalaması %71'den %70'e azalmıştır.

OECD üyesi ülkelerde 2006-2017 yılları arasında vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı Litvanya ile Türkiye'de en çok artmıştır. Diğer taraftan Yunanistan, Japonya ve İzlanda'da en çok azalmıştır. ABD ve İsveç'te yaşayan vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı 2006 – 2017 arasında herhangi bir değişiklik olmadan sabit kalmıştır (Grafik 5).

4.2.2 Sağlık Sistemlerinden Memnuniyet ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Açısından Karşılaştırılması, 2017



* IBM SPSS 22’te “Tanımlayıcı istatistikler” ile analiz edilmiştir.

Grafik 6. Sağlık Sistemlerinden Memnuniyet ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Açısından Karşılaştırılması, 2017

Grafik 6’ya göre, İsviçre’nin hem kişi başına düşen sağlık harcaması hem de vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyeti genel olarak diğer ülkelerden daha yüksektir. Aynı zamanda, İzlanda ve İrlanda’da kişi başına düşen sağlık harcaması OECD ortalamasından yüksek olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı OECD ortalamasından düşüktür. Öte yandan, Türkiye, Çekya, İsrail, Slovenya’da kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD ortalamasından düşük olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı OECD ortalamasından yüksektir. Genel olarak vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Beveridge sistemini uygulayan ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

4.3 OECD Üyesi Ülkelerde 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı Açısından Karşılaştırılması

Tablo 19. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı, 2000 – 2015 (OECD, 2018)

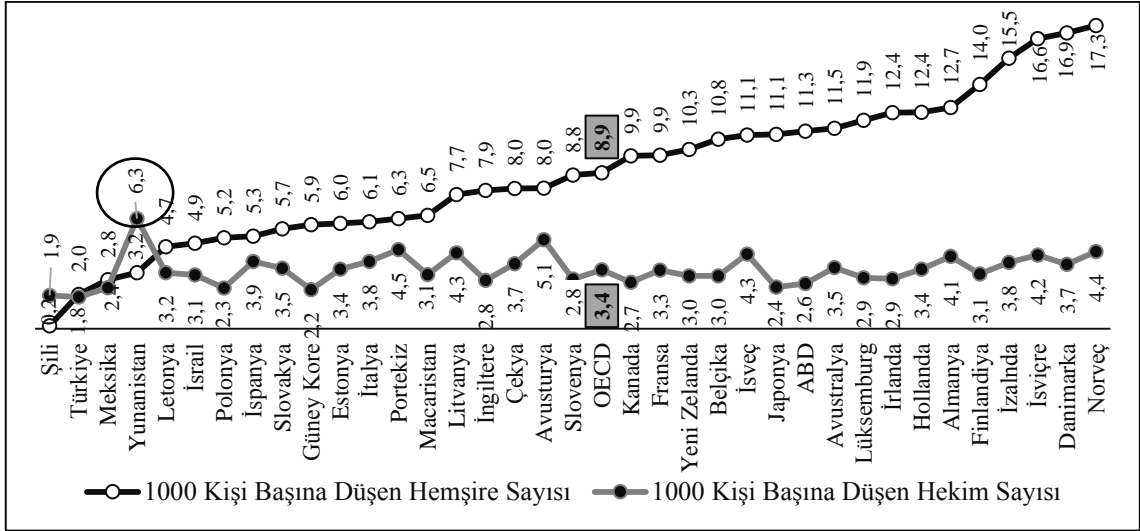
No	Ülkeler	1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı*				1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı*			
		2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
1	ABD	2,3	2,4	2,4	2,6	10,2	10,4	10,9	11,3
2	Almanya	3,2	3,4	3,7	4,1	9,9	10,6	11,5	12,6
3	Avustralya	2,5	2,8	3,2	3,5	10,1	9,8	10,2	11,4
4	Avusturya	3,8	4,3	4,8	5,1	7,2	7,2	7,7	8,0
5	Belçika	2,8	2,9	2,9	3,0	7,8	9,0	9,6	10,8
6	Çekya	3,4	3,6	3,6	3,7	7,6	8,1	8,1	8,0
7	Danimarka	2,9	3,3	3,6	3,7	12,4	14,4^b	15,8	16,9
8	Estonya	3,1	3,1	3,2	3,4	5,8	6,3	6,1	6,0
9	Finlandiya	2,5	2,6	3,0	3,1	10,7	12,6	13,9	13,9
10	Fransa	3,3	3,3	3,3	3,3	6,7	7,6	8,4	9,9
11	Güney Kore	1,3	1,6	1,9	2,2	2,9	3,8	4,6	5,9
12	Hollanda	2,4	2,7	2,9	3,4	10,3	11,4	11,8	12,4
13	İngiltere	2,0	2,4	2,6	2,8	8,2	9,1	8,4	7,9
14	İrlanda	2,1	2,4	2,6	2,9	11,2	12,2	13,4	12,3
15	İspanya	3,1	3,6	3,8	3,8	3,5	4,4	5,2	5,3
16	İsrail	3,4	3,2	3,3	3,1	5,4	5,2	4,7	4,9
17	İsveç	3,1	3,5	3,9	4,3	9,8	10,7	11,0	11,1
18	İsviçre	3,5	3,7	3,8	4,2	11,6	12,7	14,6	16,6
19	İtalya	3,4	3,7	3,8	3,8	6,3	6,5	6,3	6,1
20	İzlanda	3,4	3,6	3,6	3,8	13,3^b	13,9	14,5	15,4
21	Japonya	1,9	2,1	2,2	2,4	8,1	8,9	10,1	11,1
22	Kanada	2,1	2,1	2,4	2,7	8,2	8,7	9,3	9,9
23	Letonya	2,9	3,0	3,1	3,2	4,6	5,0	5,0	4,7
24	Litvanya	3,6	3,7	3,9	4,3	7,6	7,3	7,4	7,7
25	Lüksemburg	2,1	2,6	2,8	2,9	7,4	10,9	11,1	11,9
26	Macaristan	2,7	2,8	2,9	3,1	5,3	5,9	6,2	6,5
27	Meksika	1,6	1,8	2,1	2,4	2,2	2,2	2,4	2,8
28	Norveç	3,4	3,6	4,1	4,4	11,9	13,6	16,1^b	17,3^b
29	Polonya	2,2	2,1	2,2	2,3	4,9	5,1	5,3	5,2
30	Portekiz	3,2	3,5	3,8	4,5	4,1	4,4	5,7	6,3
31	Şili	0,8^a	1,3^a	1,6^a	1,9	0,1^a	0,1^a	0,2^a	0,17^a
32	Slovakya	3,4	3,0	3,4	3,5	7,4	6,0	6,1	5,7
33	Slovenya	2,2	2,4	2,4	2,8	6,9	7,8	8,2	8,8
34	Türkiye	1,3	1,5	1,7	1,8^a	1,1	1,1	1,6	1,9
35	Yeni Zelanda	2,2	2,1	2,6	3,0	8,3	9,0	10,1	10,2
36	Yunanistan	4,3^b	5,0^b	6,2^b	6,3^b	2,7	3,3	3,4	3,2
	OECD	2,7	2,9	3,2	3,4	7,3	7,9	8,5	8,9

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

Tablo 19'ye göre, 2000 – 2015 yılları arasında 1000 kişi başına düşen hekim sayısı açısından; OECD ortalaması 2,7'den 3,3'e 0,6 artmıştır. Hemşire sayısı da 7,3'ten 8,9'a 2,6 artmıştır. Aynı zamanda, 1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı, Şili ile Türkiye'de en düşükken, Yunanistan, İzlanda, Danimarka ve Norveç'te en yüksektir. Genel olarak 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı, hekim sayısından yaklaşık 3 kat daha yüksektir.



* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

Grafik 7. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı, 2015

Grafik 7'ye göre, 2015 yılında OECD üyesi ülkeleri arasında 1000 kişi başına düşen hekim sayısı hemşire sayısından 2,6 kat daha düşüktür. Genel olarak OECD üyesi ülkeleri arasında 1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı Şili, Türkiye, Meksika ve Yunanistan'da düşükken, İzlanda, İsviçre, Danimarka ve Norveç'te yüksektir.

Diğer OECD üyesi ülkelerinden farklı olarak Yunanistan'da 1000 kişi başına düşen hekim sayısı, hemşire sayısından yaklaşık 2 kat daha yüksektir.

Genel olarak 1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerdir (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan).

4.4 OECD Üyesi Ülkelerde Hastanede Yatak Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

Tablo 20. Hastanede Yatak Kullanımının Karşılaştırılması, 2000 – 2015 (OECD, 2018)

No	Ülkeler	1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı*				Hastanede Kalış Süresi (Gün)*			
		2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
1	ABD	3,5	3,2	3,1	2,8	5,8	5,6	5,4	5,5
2	Almanya	9,1	8,5	8,2	8,1	10,1	8,8	8,1	7,6
3	Avustralya	4,0	3,9	3,8	3,8	6,1	6,0	5,1	4,2
4	Avusturya	7,9	7,7	7,6	7,5	7,6	6,9	6,6	6,5
5	Belçika	6,7	6,4	6,1	5,8	8,2	7,9	7,2	6,8
6	Çekya	7,8	7,6	7,0	6,5	8,4	7,9	6,6	5,9
7	Danimarka	4,3	3,9	3,5	2,5	3,8^a	3,5^a	3,3^a	3,1^a
8	Estonya	7,0	5,4	5,3	4,9	7,3	6,0	5,5	6,0
9	Finlandiya	7,5	7,1	5,8	4,3	6,9	7,1	7	6,6
10	Fransa	7,9	7,2	6,4	6,1	5,6	5,9	5,8	5,7
11	Güney Kore	4,6	5,9	8,7	11,6	11	10,5	10,0	7,5
12	Hollanda	4,8	4,4	4,1	3,7	9	7,2	5,6	6,2
13	İngiltere	4,1	3,7	2,9	2,6	7,6	6,9	6,1	6,0
14	İrlanda	6,1	5,5	2,7	2,9	6,4	6,5	6,0	6,1
15	İspanya	3,6	3,3	3,1	2,9	7,1	6,7	6,3	5,9
16	İsrail	3,8	3,7	3,2	3,0	9	5,9	5,2	5,2
17	İsveç	3,6	2,9	2,7	2,4	6,6	6,2	5,8	5,7
18	İsviçre	6,3	5,5	4,9	4,6	9,3	8,5	6,6	5,7
19	İtalya	4,7	4,0	3,6	3,2	7	6,7	6,7	6,9
20	İzlanda	4,5	4,3	3,6	3,1	4,8	4,9	5,4	5,9
21	Japonya	14,7^b	14,1^b	13,5^b	13,2^b	24,8^b	19,8^b	18,2^b	16,5^b
22	Kanada	3,8	3,1	2,8	2,6	7,2	7,2	7,7	7,4
23	Letonya	8,8	7,9	5,7	5,7	8,5	7,4	6,2	6
24	Litvanya	8,8	7,3	7,2	6,9	8,4	8,4	7,3	7,1
25	Lüksemburg	6,7	5,8	5,4	4,9	6,9	7,2	7,4	7,4
26	Macaristan	8,2	7,9	7,2	6,9	7,1	6,5	5,8	5,6
27	Meksika	1,8^a	1,7^a	1,6^a	1,5^a	3,9	4,0	4,1	4,2
28	Norveç	3,8	5,2	4,3	3,8	6	5,2	6,3	6,2
29	Polonya	6,5	6,5	6,6	6,6	8,3	7,9	7,3	6,9
30	Portekiz	3,7	3,6	3,4	3,4	7,8	7	7	7,2
31	Şili	2,7	2,3	2,0	2,1	5,9	5,8	5,8	5,7
32	Slovakya	7,9	6,8	6,5	5,7	8,4	7,3	6,6	6,9
33	Slovenya	5,4	4,8	4,6	4,5	7,1	5,8	5,5	6,5
34	Türkiye	2,1	2,3	2,5	2,7	5,6	5,3	4,0	3,9
35	Yeni Zelanda	2,9	2,8	2,7	2,7	4,3	5,7	6,1	5,1
36	Yunanistan	4,8	4,8	4,5	4,3	6,2	5,6	5,3	5,2
	OECD	5,7	5,3	4,9	4,7	7,6	6,7	6,5	6,3

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

Tablo 20'ye göre, 2000 – 2015 yılları arasında 1000 kişi başına düşen yatak sayısı açısından; OECD ortalaması 5,7'den 4,7'ye kadar 1,0 azalmıştır. 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, Meksika'da en düşükken, Japonya'da en yüksektir. Aynı zamanda, hastanın hastanede kalış süresi 7,6'dan 6,3'e 1,3 gün azalmıştır.

Hastanede kalış süresi Danimarka'da en düşükken, Japonya'da en yüksektir. Genel olarak OECD üyesi ülkelerinde 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ve hastanede kalış süresi azalmıştır.

1000 kişi başına düşen yatak sayısı incelendiğinde; 2000–2015 yılları arasında 1000 kişi başına düşen yatak sayısı Türkiye ve Güney Kore dışında diğer OECD üyesi ülkelerinde azaldığı görülmüştür. Aynı zamanda, Türkiye'de 1000 kişi başına düşen yatak sayısı 2,1'den 2,7'ye kadar 0,6 artmıştır ve Güney Kore'de ise 4,7'den 11,6'ya yaklaşık 2,5 kat artmıştır.

Genel olarak 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerdir (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan).

Hastanede kalış süresi açısından; 2000 – 2015 yıllarında OECD üyesi ülkelerin çoğunda hastanın hastanede kalış süresi azalmıştır. Ancak, Fransa, Meksika, Lüksemburg, Yeni Zelanda ve İzlanda'da artmıştır. Danimarka'da diğer OECD üyesi ülkelerinden farklı olarak 1000 kişi başına düşen hekim sayısı yüksek olmasına rağmen, hastanın hastanede kalış süresi OECD ülkeleri arasında en düşüktür. Öte yandan, Japonya'da 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ve hastanın hastanede kalış süresi, 2000-2015 yılları arasında Japonya diğer OECD üyesi ülkelerinden en yüksektir.

Genel olarak hastanede kalış süresi, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerdir (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan).

4.5 OECD Üyesi Ülkelerde Sağlık Sonuç Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması

4.5.1 Doğuştan Beklenen Yaşam Süresinin Karşılaştırılması

Tablo 21. Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi, 2000 – 2015 (OECD, 2018)

No	Ülkeler	2000	2005	2010	2015
1	ABD	79,3	80,1	81,0	81,1
2	Almanya	81,2	82,0	83,0	83,1
3	Avustralya	82,0	83,3	84,0	84,5
4	Avusturya	81,2	82,2	83,5	83,7
5	Belçika	81,0	81,9	83,0	83,4
6	Çekya	78,5	79,2	80,9	81,6
7	Danimarka	79,2	80,5	81,4	82,7
8	Estonya	76,4	78,2	80,8	82,2
9	Finlandiya	81,2	82,5	83,5	84,4
10	Fransa	83,0	83,9	85,3	85,5
11	Güney Kore	79,7	81,6	83,6	85,2
12	Hollanda	80,7	81,7	83,0	83,2
13	İngiltere	80,3	81,3	82,6	82,8
14	İrlanda	79,2	81,3	83,1	83,4
15	İspanya	82,8	83,6	85,5	85,7
16	İsrail	80,9	82,2	83,6	84,1
17	İsveç	82,0	82,9	83,6	84,1
18	İsviçre	82,8	84,0	84,9	85,1
19	İtalya	82,8	83,6	84,7	84,9
20	İzlanda	81,6	83,5	84,1	83,8
21	Japonya	84,6^b	85,5^b	86,3^b	87,0^b
22	Kanada	81,6	82,3	83,3	83,9
23	Letonya	75,6	76,3	78,0	79,5
24	Litvanya	77,4	77,4	78,9	79,7
25	Lüksemburg	81,3	82,3	83,5	84,7
26	Macaristan	76,2	77,2	78,6	79,0
27	Meksika	76,1	76,7	77,0	77,7^a
28	Norveç	81,5	82,7	83,3	84,2
29	Polonya	78,0	79,3	80,7	81,6
30	Portekiz	80,4	81,5	83,2	84,3
31	Şili	80,0	80,5	80,9	82,7
32	Slovakya	77,5	78,1	79,3	80,2
33	Slovenya	79,9	80,9	83,1	83,9
34	Türkiye	73,1^a	75,2^a	76,8^a	80,7
35	Yeni Zelanda	80,8	81,9	82,7	83,4
36	Yunanistan	81,3	82,5	83,3	83,7
OECD		77,9	81,1	82,3	83,1
Avrupa Birliği		77,1	78,3	79,7	80,6
Dünya ortalaması		67,6	69,1	70,6	71,8
Düşük gelirli ülkeler		52,6	56,7	60,0	62,5
Düşük - orta gelirli ülkeler		65,5	67,1	68,8	70,1
Orta gelirli ülkeler		66,7	68,3	69,8	71,1
Üst - orta gelirli ülkeler		70,8	72,4	73,9	80,3
Yüksek gelirli ülkeler		77,4	78,5	79,6	80,3

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

Tablo 21'e göre, 2000–2015 yıllarında OECD üyesi ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam süresi 77,9'dan 83,1'e 5,2 artmıştır. Türkiye ve Meksika'da en düşükken, Japonya'da en yüksektir.

OECD üyesi ülkeleri arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, Meksika, Macaristan, Letonya, Litvanya, Slovakya ve Türkiye'de düşükken, İsviçre, Güney Kore, Fransa, İspanya ve Japonya'da yüksektir.

OECD üyesi ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam süresi, AB'ne üye ülkeler ve yüksek gelirli ülkelerin ortalaması ile benzerlik gösterirken düşük gelirli ülkeler ve orta gelirli ülkelere yaklaşık 15-20 yıl daha yüksektir (Tablo 21).

Genel olarak 2000-2015 yılları arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

Tablo 22. Sağlık Finansman Tipine Göre Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi, 2000 – 2015

	2000*	2005*	2010*	2015*
1. Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)				
Ortalama	81,2	82,4	83,4	83,9
Min	79,2 (Danimarka)	80,5 (Danimarka)	81,4 (Danimarka)	82,7 (Danimarka)
Mak	82,8 (İspanya)	83,6 (İspanya)	85,5 (İspanya)	85,7 (İspanya)
2. Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)				
Ortalama	80,1	80,8	82,2	83,0
Min	76,2 (Macaristan)	76,3 (Letonya)	78,0 (Letonya)	79,0 (Macaristan)
Mak	84,6 (Japonya)	85,5 (Japonya)	86,3 (Japonya)	87,0 (Japonya)
3. Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (ABD ve Meksika)				
Ortalama	77,7	78,4	79,0	79,4
Min	76,1 (Meksika)	76,7 (Meksika)	77,0 (Meksika)	77,7 (Meksika)
Mak	79,3 (ABD)	80,1 (ABD)	81,0 (ABD)	81,1 (ABD)
4. Karma sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Türkiye)				
Türkiye	73,1	75,2	76,8	80,7

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

Sağlık finansman tipi incelendiğinde, Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) doğuştan beklenen yaşam süresi Bismarck ve serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerle kıyaslandığında daha yüksektir. 2000–2015 yılları arasında 81,2'den 83,9'a kadar yükselmiş ve 2,7 yıl artmıştır.

Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, Danimarka’da en düşükken, İşpanya’da en yüksektir. Ayrıca, Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkelerin doğuştan beklenen yaşam süresi birbiri ile benzerlik göstermektedir (Tablo 22).

2000–2015 yılları arasında Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) doğuştan beklenen yaşam süresi 80,1’den 83’e 2,9 yıl artmıştır. Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, Macaristan ve Letonya’da en düşükken, Japonya’da en yüksektir. Ayrıca, OECD yesi ülkeleri arasında doğuştan beklenen yaşam süresi ilk sırada gelen ülkeler ise Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerdir (Güney Kore, Fransa ve Japonya).

Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) doğuştan beklenen yaşam süresi, Beveridge ve Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerle kıyaslandığında en düşüktür. Bu; 2000 -2015 yılları arasında ortalama olarak 77,7’den 79,4’e yükselmiş ve 1,7 yıl artmıştır. 2015 yılında OECD yesi ülkeleri arasında doğuştan beklenen yaşam süresi Meksika’da en düşüktür. Öte yandan, ABD’nin doğuştan beklenen yaşam süresi OECD ortalamasından 2 yıl daha düşüktür (Tablo 22).

Karma sağlık sistemine sahip Türkiye’de, 2000–2015 yılları arasında doğuştan beklenen yaşam süresi 73,1’den 80,7’ye 7,6 yıl artmıştır. Türkiye’nin doğuştan beklenen yaşam süresi, OECD ortalamasından düşük olan ülkelerin arasında yer almasına rağmen, son zamanlarda hızlıca yükselen ülkelerden biridir (Tablo 22).

4.5.2 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızının Karşılaştırılması

Tablo 23. 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı, 2000 – 2015 (Dünya Bankası, 2019)

No	Ülkeler	2000	2005	2010	2015
1	ABD	12	13	14	14
2	Almanya	8	7	7	6
3	Avustralya	9	7	6	6
4	Avusturya	5	5	4	4
5	Belçika	9	8	8	7
6	Çekya	7	6	5	4
7	Danimarka	9	8	7	6
8	Estonya	26	15	8	9
9	Finlandiya	5	4	3	3
10	Fransa	12	10	9	8
11	Güney Kore	16	14	15	11
12	Hollanda	14	11	8	7
13	İngiltere	12	12	10	9
14	İrlanda	9	8	7	8
15	İspanya	5	5	5	5
16	İsrail	8	7	6	5
17	İsveç	5	5	4	4
18	İsviçre	7	7	6	5
19	İtalya	5	4	4	4
20	İzlanda	5	4	4	3
21	Japonya	10	7	6	5
22	Kanada	9	9	8	7
23	Letonya	30	22	19	18
24	Litvanya	16	12	9	10
25	Lüksemburg	13	13	11	10
26	Macaristan	15	14	15	17
27	Meksika	77	54	45 ^b	38 ^b
28	Norveç	7	7	6	5
29	Polonya	8	6	4	3
30	Portekiz	13	12	11	10
31	Şili	35	31	26	22
32	Slovakya	8	7	6	6
33	Slovenya	12	11	9	9
34	Türkiye	79 ^b	57 ^b	23	16
35	Yeni Zelanda	12	14	13	11
36	Yunanistan	4 ^a	3 ^a	3 ^a	3 ^a
OECD		14,5	12,2	9,8	8,8
Avrupa Birliği		11	9	8	8
Dünya ortalaması		341	288	246	216
Düşük gelirli ülkeler		769	674	570	479
Düşük - orta gelirli ülkeler		378	319	272	238
Orta gelirli ülkeler		295	243	205	180
Üst - orta gelirli ülkeler		69	59	50	41
Yüksek gelirli ülkeler		15	14	14	13

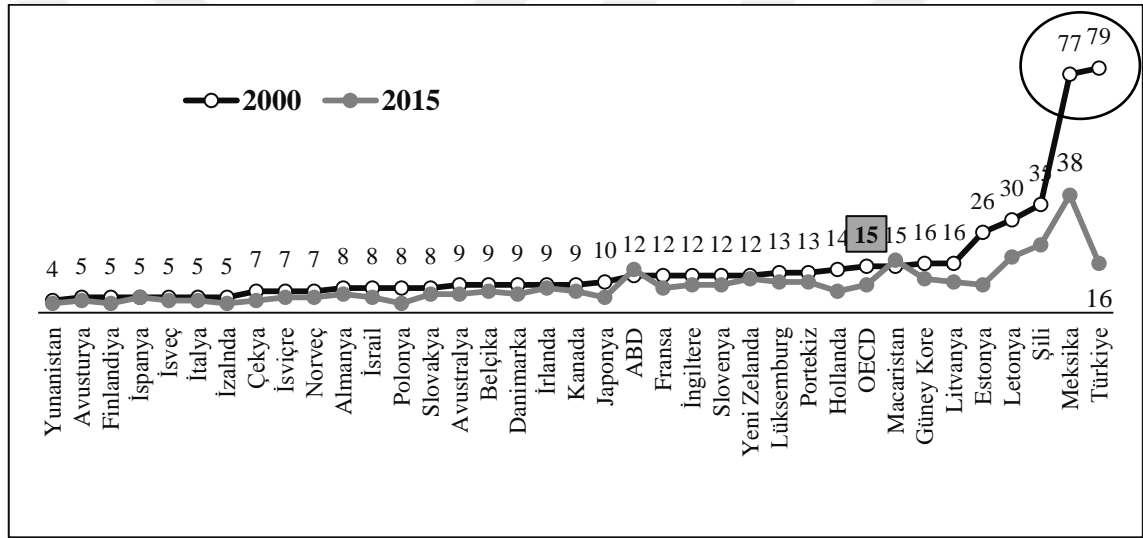
* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

Tablo 23'e göre, 2000 – 2015 yıllarında OECD üyesi ülkelerin arasında 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, 14,5'ten 8,8'e düşmüş 5,5 azalmıştır. Bu hız, Türkiye ve Meksika'da en yüksekken, Yunanistan'da en düşüktür. Genel olarak 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, Türkiye, Meksika, Şili, Letonya ve Estonya'da yüksekken, Yunanistan, Avusturya, Finlandiya, İspanya ve İsveç'te düşüktür. Türkiye'de anne ölüm hızı 2000–2015 arasında yaklaşık 5 kat azalmıştır.

2015 yılına göre, OECD üyesi ülkelerin 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, AB'ne üye ülkeler ve yüksek gelirli ülkeler ile benzerlik gösterirken, dünya ortalamasından 27 kat, düşük gelirli ülkelere 60 kat ve orta gelirli ülkelere 22 kat daha düşüktür (Tablo 23).



* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

Grafik 8. 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı, 2000 ve 2015

Grafik 8'e göre, Meksika'da 2000–2015 yılları arasında 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, 77'den 38'e düşmüş ve 2 kat azalmıştır. 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, ABD ve Macaristan dışındaki diğer ülkelerde Türkiye ve Meksika kadar hızlı azalma olmasına rağmen, ABD'de 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı 12'den 14'e ve Macaristan'da 15'den 17'ye artmıştır.

Genel olarak 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) düşüktür. Serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (ABD ve Meksika) yüksektir.

Tablo 24. Sağlık Finansman Tipine Göre 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı, 2000 – 2015

	2000*	2005*	2010*	2015*
1. Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)				
Ortalama	7,6	7,2	6,4	5,9
Min	5 (Finlandiya)	4 (Finlandiya)	3 (Finlandiya)	3 (Finlandiya)
Mak	12 (İngiltere)	14(Yeni Zelanda)	13 (Yeni Zelanda)	11 (Yeni Zelanda)
2. Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)				
Ortalama	13,4	10,8	9,3	8,5
Min	4 (Yunanistan)	3 (Yunanistan)	3 (Yunanistan)	3 (Yunanistan)
Mak	35 (Şili)	31(Şili)	26 (Şili)	22 (Şili)
3. Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (ABD ve Meksika)				
Ortalama	44,5	33,5	29,5	26,0
Min	12 (ABD)	13(ABD)	14 (ABD)	14 (ABD)
Mak	77 (Meksika)	54(Meksika)	45 (Meksika)	38 (Meksika)
4. Karma sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Türkiye)				
Türkiye	79	57	23	16

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

Sağlık finansman tipi incelendiğinde, Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı 2000 – 2015 yılları arasında 7,6'dan 5,9'a 1,7 kat azalmıştır (Tablo 24).

2000–2015 yılları arasında Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı 13,4'ten 8,5'e 4,9 kat azalmıştır (Tablo 24).

Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı 2000 - 2015 yılları arasında ortalama olarak 44,5'ten 26,0'ya 18,5 kat azalmıştır (Tablo 24).

Karma sağlık sistemine sahip Türkiye'de 2000 – 2015 yılları arasında 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı 79'dan 16'ya 5 kat azalmıştır (Tablo 24).

4.5.3 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızının Karşılaştırılması

Tablo 25. 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı, 2000 – 2015 (OECD, 2018)

No	Ülkeler	2000*	2005*	2010*	2015*
1	ABD	6,9	6,9	6,1	5,9
2	Almanya	4,4	3,9	3,4	3,3
3	Avustralya	5,2	4,9	4,1	3,2
4	Avusturya	4,8	4,2	3,9	3,1
5	Belçika	4,8	3,7	3,6	3,3
6	Çekya	4,1	3,4	2,7	2,5
7	Danimarka	5,3	4,4	3,4	3,7
8	Estonya	8,4	5,4	3,3	2,5
9	Finlandiya	3,8	3	2,3	1,7
10	Fransa	4,5	3,8	3,6	3,7
11	Güney Kore	5,1	4,7	3,2	2,7
12	Hollanda	5,1	4,9	3,8	3,3
13	İngiltere	5,6	5,1	4,2	3,9
14	İrlanda	6,2	3,8	3,6	3,4
15	İspanya	4,4	3,7	3,2	2,7
16	İsrail	5,5	4,4	3,7	3,1
17	İsveç	3,4	2,4	2,5	2,5
18	İsviçre	4,9	4,2	3,8	3,9
19	İtalya	4,3	3,3	3	2,9
20	İzlanda	3,0^a	2,3^a	2,2^a	2,2
21	Japonya	3,2	2,8	2,3	1,9
22	Kanada	5,3	5,4	5	4,6
23	Letonya	10,3	7,7	5,6	4,1
24	Litvanya	8,6	7,1	5	4,2
25	Lüksemburg	5,1	2,6	3,4	2,8
26	Macaristan	9,2	6,2	5,3	4,2
27	Meksika	20,8	16,9	14,1^b	12,5^b
28	Norveç	3,8	3,1	2,8	2,3
29	Polonya	8,1	6,4	5	4
30	Portekiz	5,5	3,5	2,5	2,9
31	Şili	8,9	7,9	7,4	6,9
32	Slovakya	8,6	7,2	5,7	5,1
33	Slovenya	4,9	4,1	2,5	1,6^a
34	Türkiye	28,4^b	25,8^b	12	10,2
35	Yeni Zelanda	6,3	5	5,5	5,9
36	Yunanistan	5,9	3,8	3,8	4
OECD		6,7	5,5	4,4	3,9
Avrupa Birliği		5,9	5,1	4,1	3,6
Dünya ortalaması		53,6	44,9	37,2	31,2
Düşük gelirli ülkeler		88,1	73,0	61,1	51,5
Düşük - orta gelirli ülkeler		58,8	49,2	40,7	34,0
Orta gelirli ülkeler		53,1	44,1	36,1	29,8
Üst - orta gelirli ülkeler		29,0	21,6	16,0	12,6
Yüksek gelirli ülkeler		7,2	6,3	5,5	4,7

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

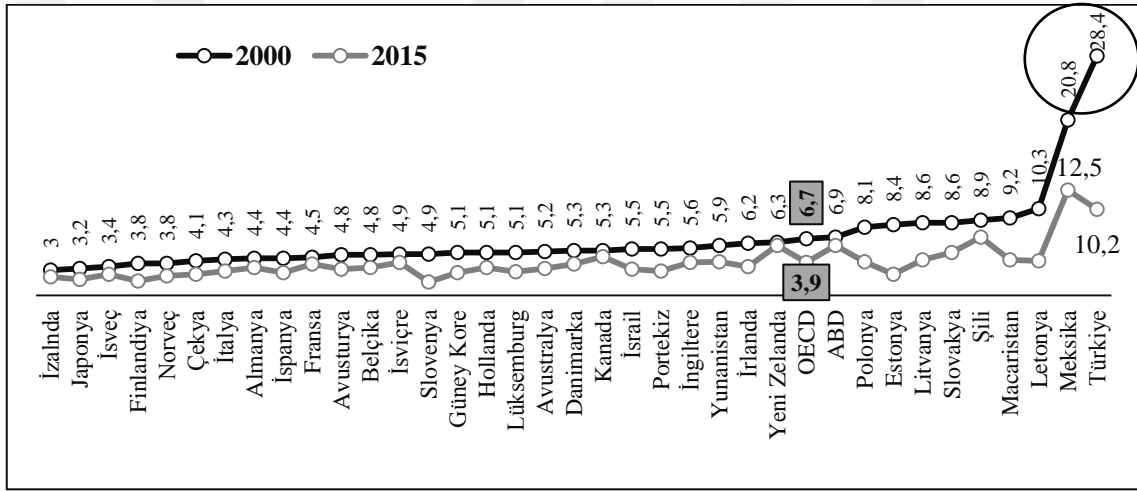
^a minimum değer

^b maksimum değer

Tablo 25'e göre, 2000–2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 6,7'den 3,9'a 2,8 azalmıştır. Bu hız, İzlanda ve Slovenya'da en düşükken, Türkiye ve Meksika'da en yüksektir.

Genel olarak 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, Türkiye, Meksika, Letonya, Macaristan ve Şili'de yüksekken, İzlanda, Japonya, İsveç, Finlandiya ve Norveç'te düşüktür (Tablo 25).

2015 yılına göre, OECD üyesi ülkelerin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, AB'ne üye ülkeler ve yüksek gelirli ülkeler ile benzerlik gösterirken, dünya ortalamasından 8 kat, düşük gelirli ülkelere 13 kat ve orta gelirli ülkelere 8 kat daha düşüktür (Tablo 25).



* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

Grafik 9. 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı, 2000 ve 2015

2000 yılında 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, Meksika ve Türkiye'de diğer ülkelere farklı olarak çok yüksek olmasına rağmen, 2015 yılına kadar hızlıca azalmıştır. Meksika'da 2000–2015 yılları arasında 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 20,8'den 12,5'e yaklaşık 2 kat azalırken, Türkiye'de 28,4'ten 10,2'ye yaklaşık 3 kat azalmıştır (Grafik 9).

Genel olarak 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelere (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) düşüktür ve serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelere (ABD ve Meksika) yüksektir.

Tablo 26. Sağlık Finansman Tipine Göre 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı, 2000 – 2015

	2000*	2005*	2010*	2015*
1. Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda)				
Ortalama	4,7	3,9	3,5	3,2
Min	3,0 (İzlanda)	2,3 (İzlanda)	2,2 (İzlanda)	1,7 (Finlandiya)
Mak	6,3 (Y.Zelanda)	5,4(Kanada)	5,5 (Y.Zelanda)	5,9 (Y.Zelanda)
2. Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan)				
Ortalama	6,1	4,8	3,9	3,5
Min	3,2 (Japonya)	1,6 (Lüksemburg)	3 (Japonya)	1,6 (Slovenya)
Mak	10,3 Letonya)	31(Şili)	26 (Şili)	22 (Şili)
3. Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (ABD ve Meksika)				
Ortalama	13,8	11,9	10,1	9,2
Min	6,9 (ABD)	6,9 (ABD)	6,1 (ABD)	5,9 (ABD)
Mak	20,8 (Meksika)	16,9(Meksika)	14,1 (Meksika)	12,5 (Meksika)
4. Karma sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Türkiye)				
Türkiye	28,4	25,8	12	10,2

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

Tablo 26'ya göre, sağlık finansman tipi incelendiğinde, Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 2000 – 2015 yılları arasında 4,7'den 3,2'ye 1,5 azalmıştır.

Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 6,1'den 3,5'e 2,6 azalmıştır (Tablo 26).

Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 2000 - 2015 yılları arasında 13,8'den 9,2'ye 4,6 azalmıştır.

Bu oranın 2000–2015 yılları arasında Karma sağlık sistemine sahip Türkiye'de diğer ülkelerle kıyaslandığında 28,4'ten 10,2'ye 2,8 kat azalmıştır (Tablo 26).

4.6 Zaman Serisi Analiz İle Yapılmış Olan Tahmini Sonuçlar

4.6.1 GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcamasının Tahmini Sonuçları

Tablo 27. GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcamasının Tahmini Sonuçları (%)

No	Ülkeler	Gerçek Veriler*				Tahmini Veriler**		
		2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
1	ABD	12,5 ^b	14,5 ^b	16,4 ^b	16,8 ^b	18,1 ^b	19,1 ^b	20,2 ^b
2	Almanya	9,8	10,2	11,0	11,1	11,5	12,0	12,4
3	Avustralya	7,6	8,0	8,4	9,3	9,5	10,1	10,6
4	Avusturya	9,2	9,6	10,2	10,3	10,7	11,1	11,4
5	Belçika	7,9	9,0	9,8	10,1	10,9	11,4	11,9
6	Çekya	5,7	6,4	6,9	7,2	7,8	8,3	8,6
7	Danimarka	8,1	9,1	10,3	10,3	11,0	11,4	11,9
8	Estonya	5,2	5,0	6,3	6,5	7,1	7,7	8,4
9	Finlandiya	6,8	8,0	8,9	9,7	10,3	11,1	11,8
10	Fransa	9,5	10,2	11,2	11,5	12,2	12,8	13,3
11	Güney Kore	4,0 ^a	4,9 ^a	6,2	7,0	8,1	9,1	10,2
12	Hollanda	7,1	9,3	10,4	10,4	11,7	12,2	12,9
13	İngiltere	6,0	7,2	8,5	9,8	10,8	12,0	13,2
14	İrlanda	5,9	7,6	10,5	7,4	9,8	9,3	9,2
15	İspanya	6,8	7,7	9,0	9,1	9,9	10,4	10,9
16	İsrail	6,8	7,1	7,1	7,4	7,3	7,5	7,6
17	İsveç	7,4	8,3	8,5	11,0	12,1	13,7	14,6
18	İsviçre	9,8	10,8	10,7	11,9	12,1	13,1	13,7
19	İtalya	7,6	8,4	9,0	9,0	9,4	9,7	10,0
20	İzlanda	9,0	9,2	8,8	8,3	7,9	7,7	7,3
21	Japonya	7,2	7,8	9,2	10,9	12,2	13,8	14,9
22	Kanada	8,3	9,1	10,6	10,4	11,0	11,5	12,0
23	Letonya	5,4	5,9	6,1	5,7	5,9	5,9	6,1
24	Litvanya	6,2	5,6	6,8	6,5	6,7	6,8	7,0
25	Lüksemburg	5,9	7,2	7,0	6,2	6,1	5,8	5,5 ^a
26	Macaristan	6,8	8,0	7,5	7,1	7,1	7,1	6,9
27	Meksika	4,4	5,8	6,0	5,8	5,8	5,7	5,6
28	Norveç	7,7	8,3	8,9	10,1	10,1	11,2	12,0
29	Polonya	5,3	5,8	6,4	6,3	6,7	6,9	7,2
30	Portekiz	8,4	9,4	9,8	9,0	9,3	9,1	9,1
31	Şili	7,0	6,6	6,8	8,0	8,0	8,8	9,3
32	Slovakya	5,3	6,6	7,8	6,9	8,0	7,9	8,2
33	Slovenya	7,8	8,0	8,6	8,5	8,8	9,1	9,2
34	Türkiye	4,6	4,9 ^a	5,1 ^a	4,1 ^a	4,7 ^a	5,4 ^a	5,9
35	Yeni Zelanda	7,5	8,3	9,6	9,3	10,1	10,3	10,7
36	Yunanistan	7,2	9,0	9,6	8,2	8,7	8,2	8,2
OECD		%7,2	%8,0	%8,7	%8,8	%9,4	%9,8	%10,2

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

** Minitab 18 programında "Zaman serisi" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

Tablo 27'ye göre, 2000-2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması ortalama olarak %7,2 ile %8,8 arasındayken, bu oranın 2020-2030 yılları arasında %9,4'ten %10,2'ye artacağı beklenmektedir.

Toplam olarak 2000-2030 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması %7,2'den %10,2'ye %3 artacağı beklenmektedir. 2020-2030 yılları arasında GSYİH içindeki toplam sağlık harcamasının Türkiye, Lüksemburg, İzlanda ve Portekiz düşükken, ABD, Almanya, Hollanda, İngiltere, İsveç, Japonya ve Norveç'te yüksek olacağı tahmin edilmektedir (Tablo 27).

Tablo 28. Sağlık Finansman Tipine Göre GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcaması Oranı Tahmini Sonuçları, 2020-2030

Sağlık sistemi türleri		2020*	2025*	2030*
Beveridge	Ortalama	%10,2	%10,7	%11,2
	Min	%7,9 (İzlanda)	%7,7 (İzlanda)	%7,3 (İzlanda)
	Mak	%12,1 (İsveç)	%13,7 (İsveç)	%14,6 (İsveç)
Bismarck	Ortalama	%8,9	%9,3	%9,6
	Min	%6,1 (Lüksemburg)	%5,8 (Lüksemburg)	%5,5 (Lüksemburg)
	Mak	%12,2 (Japonya)	%13,8 (Japonya)	%14,9 (Japonya)
Serbest Pazar	Ortalama	%11,9	%12,4	%12,9
	Min	%5,8 (Meksika)	%5,7 (Meksika)	%5,6 (Meksika)
	Mak	%18,1 (ABD)	%19,1 (ABD)	%20,2 (ABD)
Karma	Türkiye	%4,7	%5,4	%5,9

* Minitab 18 programında "Zaman serisi" ile analiz edilmiştir.

Sağlık finansman tipi incelendiğinde, 2020-2030 yılları arasında GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması oranının serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) en çok artacağı ve Bismarck tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) en az artacağı tahmin edilmektedir (Tablo 28).

Tahmini olarak 2030 yılına kadar GSYİH içindeki toplam sağlık harcamasının Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) yüksek olacağı beklenmektedir.

4.6.2 Doğuştan Beklenen Yaşam Süresinin Tahmini Sonuçlar

Tablo 29. Doğuştan Beklenen Yaşam Süresinin Tahmini Sonuçları

No	Ülkeler	Gerçek Veriler*				Tahmini Veriler**		
		2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
1	ABD	79,3	80,1	81,0	81,1	82,0	82,4	83,0
2	Almanya	81,2	82,0	83,0	83,1	84,2	84,8	85,5
3	Avustralya	82,0	83,3	84,0	84,5	85,3	85,9	86,6
4	Avusturya	81,2	82,2	83,5	83,7	85,0	85,7	86,5
5	Belçika	81,0	81,9	83,0	83,4	84,7	85,5	86,5
6	Çekya	78,5	79,2	80,9	81,6	83,2	84,3	85,6
7	Danimarka	79,2	80,5	81,4	82,7	84,0	85,2	86,4
8	Estonya	76,4	78,2	80,8	82,2	84,4	86,3	88,3
9	Finlandiya	81,2	82,5	83,5	84,4	85,3	86,1	87,0
10	Fransa	83,0	83,9	85,3	85,5	87,0	87,7	88,7
11	Güney Kore	79,7	81,6	83,6	85,2	87,1	88,8^b	90,7^b
12	Hollanda	80,7	81,7	83,0	83,2	84,4	85,1	85,9
13	İngiltere	80,3	81,3	82,6	82,8	84,2	85,0	85,9
14	İrlanda	79,2	81,3	83,1	83,4	84,9	85,8	87,0
15	İspanya	82,8	83,6	85,5	85,7	87,5	88,5	89,6
16	İsrail	80,9	82,2	83,6	84,1	85,2	86,1	87,1
17	İsveç	82,0	82,9	83,6	84,1	84,8	85,4	86,0
18	İsviçre	82,8	84,0	84,9	85,1	86,2	86,9	87,6
19	İtalya	82,8	83,6	84,7	84,9	86,3	87,1	87,9
20	İzlanda	81,6	83,5	84,1	83,8	84,8	85,3	85,8
21	Japonya	84,6^b	85,5^b	86,3^b	87,0^b	87,5^b	88,1	88,7
22	Kanada	81,6	82,3	83,3	83,9	84,9	85,6	86,4
23	Letonya	75,4	76,3	78,0	79,5	81,2	82,7	84,4
24	Litvanya	77,4	77,4	78,9	79,7	81,1	82,4	83,5
25	Lüksemburg	81,3	82,3	83,5	84,7	86,3	87,8	89,3
26	Macaristan	76,2	77,2	78,6	79,0	80,5	81,4	82,4
27	Meksika	76,1	76,7	77,0	77,7^a	78,1^a	78,6^a	79,2^a
28	Norveç	81,5	82,7	83,3	84,2	85,0	85,8	86,6
29	Polonya	78,0	79,3	80,7	81,6	83,0	84,2	85,4
30	Portekiz	80,4	81,5	83,2	84,3	85,4	85,7	86,5
31	Şili	80,0	80,5	80,9	82,7	83,5	84,6	85,6
32	Slovakya	77,5	78,1	79,3	80,2	81,6	82,7	83,8
33	Slovenya	79,9	80,9	83,1	83,9	85,7	86,9	88,4
34	Türkiye	73,1^a	75,2^a	76,8^a	80,7	81,8	82,9	84,0
35	Yeni Zelanda	80,8	81,9	82,7	83,4	84,2	84,9	85,7
36	Yunanistan	81,3	82,5	83,3	83,7	84,8	85,5	86,3
OECD		77,9	81,1	82,3	83,1	84,4	85,3	86,3

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

** Minitab 18 programında "Zaman serisi" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

Tablo 29'a göre, 2000-2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam süresi ortalama olarak 77,9 ile 83,1 arasındayken, 2020-2030 yılları arasında 84,4'ten 86,3'e 1,9 yıl artacağı beklenmektedir.

2000-2030 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam süresinin 80'den 86,3'e yaklaşık 6 yıl daha artacağı beklenmektedir. 2020-2030 yılları arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, Türkiye, Polonya, Macaristan, Slovakya ve Şili'de düşük, İsviçre, Finlandiya, Norveç, Japonya ve Güney Kore'de yüksek olacağı tahmin edilmektedir.

Tablo 30. Sağlık Finansman Tipine Göre Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi Tahmini Sonuçları, 2020-2030

Sağlık sistemi türleri		2020*	2025*	2030*
Beveridge	Ortalama	85,1	85,9	86,8
	Min	84 (Danimarka)	85 (İngiltere)	85,8 (İzlanda)
	Mak	86,3 (İtalya)	87,1 (İtalya)	87,9 (İtalya)
Bismarck	Ortalama	84,4	85,4	86,5
	Min	80,5 (Macaristan)	81,4 (Macaristan)	82,4 (Macaristan)
	Mak	87,5 (Japonya)	88,8 (Güney Kore)	90,7 (Güney Kore)
Serbest Pazar	Ortalama	80	80,5	81,1
	Min	78,1 (Meksika)	78,6 (Meksika)	79,2 (Meksika)
	Mak	82 (ABD)	82,4 (ABD)	83 (ABD)
Karma	Türkiye	81,8	82,9	84,0

* Minitab 18 programında "Zaman serisi" ile analiz edilmiştir.

2020-2030 yılları arasında doğuştan beklenen yaşam süresinin en çok Bismarck tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) artacağı tahmin edilmektedir (Tablo 30).

Tahmin olarak 2030 yılına kadar doğuştan beklenen yaşam süresi, Bismarck tipi sahip ülkeler arasında en çok artmasına rağmen, genel olarak Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) yüksek ve serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) düşük olacağı beklenmektedir. 2020-2030 yıllarında Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi, diğer OECD üyesi ülkelerinde farklı olarak hızlıca yükseleceği beklenmektedir.

4.6.3 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızının Tahmini Sonuçları

Tablo 31. 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızının Tahmini Sonuçları

No	Ülkeler	Gerçek Veriler*				Tahmini Veriler**		
		2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
1	ABD	12,0	13,0	14,0	14,0	14,8	14,9	15,4
2	Almanya	8,0	7,0	7,0	6,0	5,6	4,8	4,2
3	Avustralya	9,0	7,0	6,0	6,0	5,2	4,3	3,6
4	Avusturya	5,0	5,0	4,0	4,0	3,5	3,3	3,0
5	Belçika	9,0	8,0	8,0	7,0	6,5	5,8	5,3
6	Çekya	7,0	6,0	5,0	4,0	2,7	1,6	0,6^a
7	Danimarka	9,0	8	7	6	5,6	4,6	3,6
8	Estonya	26,0	15,0	8,0	9,0	7,1	5,6	4,2
9	Finlandiya	5,0	4,0	3,0	3,0	2,2	1,8	1,2
10	Fransa	12,0	10,0	9,0	8,0	7,5	6,4	5,4
11	Güney Kore	16,0	14,0	15,0	11,0	11,3	9,5	8,7
12	Hollanda	14,0	11,0	8,0	7,0	3,6	1,6	0,6^a
13	İngiltere	12,0	12,0	10,0	9,0	7,5	6,3	4,9
14	İrlanda	9,0	8,0	7,0	8,0	8,2	8,2	8,5
15	İspanya	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9	4,8	4,7
16	İsrail	8,0	7,0	6,0	5,0	3,6	2,5	1,3
17	İsveç	5,0	5,0	4,0	4,0	3,1	2,6	2,0
18	İsviçre	7,0	7,0	6,0	5,0	4,6	3,8	3,3
19	İtalya	5,0	4,0	4,0	4,0	3,7	3,4	3,2
20	İzlanda	5,0	4,0	4,0	3,0	2,8	2,3	1,7
21	Japonya	10,0	7,0	6,0	5,0	4,1	3,3	2,2
22	Kanada	9,0	9,0	8,0	7,0	6,2	5,2	4,3
23	Letonya	30,0	22,0	19,0	18,0	13,8	10,6	7,3
24	Litvanya	16,0	12,0	9,0	10,0	7,5	6,2	4,3
25	Lüksemburg	13,0	13,0	11,0	10,0	8,8	7,9	6,9
26	Macaristan	15,0	14,0	15,0	17,0	17,9	18,8	20,0^b
27	Meksika	77,0	54,0	45,0^b	38,0^b	28,3^b	18,4^b	9,8
28	Norveç	7,0	7,0	6,0	5,0	4,1	3,3	2,6
29	Polonya	8,0	6,0	4,0	3,0	2,0^a	1,3^a	0,6^a
30	Portekiz	13,0	12,0	11,0	10,0	8,8	7,9	6,9
31	Şili	28,0	27,0	25,0	22,0	20,1	17,8	15,5
32	Slovakya	8,0	8,7	6,0	6,0	5,1	4,6	4,0
33	Slovenya	12,0	11,0	9,0	9,0	7,1	6,4	5,2
34	Türkiye	79,0^b	57,0^b	23,0	16,0	11,3	7,9	4,4
35	Yeni Zelanda	12,0	14,0	13,0	11,0	10,5	9,6	8,9
36	Yunanistan	4,0^a	3,0^a	3,0^a	3,0^a	2,9	2,9	2,9
OECD		14,5	12,2	9,8	8,8	7,6	6,4	5,3

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

** Minitab 18 programında "Zaman serisi" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

Tablo 31'e göre, 2000-2015 yılları arasında 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı 14,5 ile 8,8 arasındayken, bu oranın 2020-2030 yılları arasında 7,6'dan 5,3'e düşeceği beklenmektedir. 2020-2030 yılları arasında 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı Polonya, Çekya ile Hollanda'da en düşük, ve Macaristan ile Şili'de en yüksek olacağı beklenmektedir.

2000-2030 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı 14,5'den 5,3'e yaklaşık 2,7 kat düşeceği tahmin edilmektedir. 2020-2030 yılları arasında 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının ABD, Macaristan, ve Şili'de yüksekken, Çekya, Hollanda ve Polonya'da düşük olacağı tahmin edilmektedir (Tablo 31).

Tablo 32. Sağlık Finansman Tipine Göre 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı Tahmini Sonuçları, 2020-2030

Sağlık sistemi türleri		2020*	2025*	2030*
Beveridge	Ortalama	5,3	4,7	4,1
	Min	2,2 (Finlandiya)	1,8 (Finlandiya)	1,2 (Finlandiya)
	Mak	10,5 (Y.Zelanda)	9,6 (Y.Zelanda)	8,9 (Y.Zelanda)
Bismarck	Ortalama	7,3	6,3	5,4
	Min	2,0 (Polonya)	1,3 (Polonya)	0,6 (Polonya)
	Mak	20,1 (Şili)	17,8 (Şili)	15,5 (Şili)
Serbest Pazar	Ortalama	21,5	16,7	12,6
	Min	14,8 (ABD)	14,9 (ABD)	15,4 (ABD)
	Mak	28,3 (Meksika)	18,4 (Meksika)	9,8 (Meksika)
Karma	Türkiye	11,3	7,9	4,4

* Minitab 18 programında "Zaman serisi" ile analiz edilmiştir.

Tablo 32'ye göre, sağlık finansman tipi incelendiğinde, 2020-2030 yılları arasında 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) en fazla azalacağı ve Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) az azalacağı tahmin edilmektedir.

Tahmini olarak 2030 yılına kadar 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) az olacağı ve serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) yüksek olacağı beklenmektedir.

4.6.4 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızının Tahmini

Sonuçları

Tablo 33. 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızının Tahmini Sonuçları

No	Ülkeler	Gerçek Veriler*				Tahmini Veriler**		
		2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
1	ABD	6,9	6,9	6,1	5,9	5,4	5,0	4,6
2	Almanya	4,4	3,9	3,4	3,3	2,8	2,6	2,2
3	Avustralya	5,2	4,9	4,1	3,2	2,5	1,8	1,1
4	Avusturya	4,8	4,2	3,9	3,1	2,5	2,0	1,5
5	Belçika	4,8	3,7	3,6	3,3	3,0	2,6	2,3
6	Çekya	4,1	3,4	2,7	2,5	1,9	1,5	1,0
7	Danimarka	5,3	4,4	3,4	3,7	2,9	2,7	2,2
8	Estonya	8,4	5,4	3,3	2,5	1,7	0,9	0,2
9	Finlandiya	3,8	3,0	2,3	1,7	1,4	0,9	0,3
10	Fransa	4,5	3,8	3,6	3,7	3,3	3,1	2,9
11	Güney Kore	5,1	4,7	3,2	2,7	1,6	1,0	0,1 ^a
12	Hollanda	5,1	4,9	3,8	3,3	2,8	2,4	1,8
13	İngiltere	5,6	5,1	4,2	3,9	3,2	2,6	2,1
14	İrlanda	6,2	3,8	3,6	3,4	2,4	2,1	1,4
15	İspanya	4,4	3,7	3,2	2,7	2,2	1,7	1,2
16	İsrail	5,5	4,4	3,7	3,1	2,3	1,7	1,0
17	İsveç	3,4	2,4	2,5	2,5	2,1	1,9	1,7
18	İsviçre	4,9	4,2	3,8	3,9	3,4	3,2	2,9
19	İtalya	4,3	3,3	3,0	2,9	2,4	2,1	1,7
20	İzlanda	3,0 ^a	2,3 ^a	2,2 ^a	2,2 ^a	1,0 ^a	0,6 ^a	0,2
21	Japonya	3,2	2,8	2,3	1,9	1,6	1,2	0,8
22	Kanada	5,3	5,4	5,0	4,6	4,4	4,1	3,8
23	Letonya	10,3	7,7	5,6	4,1	3,2	3,1	2,5
24	Litvanya	8,6	7,1	5,0	4,2	3,7	2,7	2,2
25	Lüksemburg	5,1	2,6	3,4	2,8	2,7	2,9	2,6
26	Macaristan	9,2	6,2	5,3	4,2	3,0	1,9	0,7
27	Meksika	20,8	16,9	14,1 ^b	12,5 ^b	9,5 ^b	7,3 ^b	4,8
28	Norveç	3,8	3,1	2,8	2,3	1,8	1,3	0,8
29	Polonya	8,1	6,4	5,0	4,0	2,7	1,5	0,3
30	Portekiz	5,5	3,5	2,5	2,9	2,3	2,0	1,5
31	Şili	8,9	7,9	7,4	6,9	6,5	5,9	5,4
32	Slovakya	8,6	7,2	5,7	5,1	4,3	3,8	3,0
33	Slovenya	4,9	4,1	2,5	1,6	1,4	0,9	0,2
34	Türkiye	28,4 ^b	25,8 ^b	12,0	10,2	8,5	6,7	5,1
35	Yeni Zelanda	6,3	5,0	5,5	5,9	5,4	5,6	5,6 ^b
36	Yunanistan	5,9	3,8	3,8	4,0	3,3	3,5	3,3
OECD		6,7	5,5	4,4	3,9	3,2	2,7	2,1

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

** Minitab 18 programında "Zaman serisi" ile analiz edilmiştir.

^a minimum değer

^b maksimum değer

2000-2015 yılları arasında 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 6,7 ile 3,9 arasındayken, 2020-2030 yılları arasında bu oranın 3,2'den 2,1'e düşeceği beklenmektedir (Tablo 33).

1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızının 2000-2030 yılları arasında 6,7'den 2,1'e yaklaşık 3,2 kat düşeceği beklenmektedir. 2020-2030 yılları arasında bu oranın ABD, Meksika, Şili, Türkiye ve Yeni Zelanda'da yüksek, Güney Kore, İzlanda, Macaristan, Norveç, Polonya ve Slovenya'da düşük olacağı tahmin edilmektedir.

Tablo 34. Sağlık Finansman Tipine Göre 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı Tahmini Sonuçları, 2020-2030

Sağlık sistemi türleri		2020*	2025*	2030*
Beveridge	Ortalama	2,6	2,3	1,8
	Min	1,4 (Finlandiya)	0,9 (Finlandiya)	0,3 (Finlandiya)
	Mak	5,4 (Y.Zelanda)	5,6 (Y.Zelanda)	5,6 (Y.Zelanda)
Bismarck	Ortalama	2,9	2,4	1,8
	Min	1,4 (Slovenya)	0,9 (Slovenya)	0,1 (Güney Kore)
	Mak	6,5 (Şili)	5,9 (Şili)	5,4 (Şili)
Serbest Pazar	Ortalama	7,5	6,2	4,7
	Min	5,4 (ABD)	5,0 (ABD)	4,6 (ABD)
	Mak	9,5 (Meksika)	7,3 (Meksika)	4,8 (Meksika)
Karma	Türkiye	8,5	6,7	5,1

* Minitab 18 programında "Zaman serisi" ile analiz edilmiştir.

Tablo 34'e göre, sağlık finansman tipi incelendiğinde, 2020-2030 yılları arasında 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızının serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) en çok düşeceği ve Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) en az düşeceği beklenmektedir.

Tahmini olarak 2030 yılına kadar 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızının hem Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) hem de Bismarck tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) eşit düzeye düşeceği tahmin edilmektedir.

5. TARTIŞMA

5.1 Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcaması Açısından

OECD, demokratik yapılara ve piyasa ekonomisine sahip 36 ülkenin (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallığı, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya, Türkiye, Yeni Zelanda ve Yunanistan) küreselleşmenin ekonomik sosyal ve yöntem sorunlarını çözmek ve bu sürecin fırsatlarından faydalanmak üzere birlikte çalışan bir örgüttür (Türkiye Dışişleri Bakanlığı, 2019).

Çalışma kapsamında, OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin mevcut durumunun belirlenmesi, çeşitli sağlık sistemi modellerin özelliklerinin incelenmesi, ülkelerde gerçekleştirilen sağlık programlarının özelliklerinin incelenmesi ve sağlık sistemlerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Bu çalışmada, OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması ile; başarılı bir sağlık sisteminin oluşturulması, sağlık sistemlerinin mevcut problemlerinin belirlenmesi ve doğru tanımlanması, çözüm önerilerinin belirlenmesi ve sağlık sisteminin önemi ile ilgili farkındalığı sağlanması amaçlanmıştır. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında ülkenin ekonomik düzeyine göre ve sağlık sistemlerini yöneten politik ideolojiye göre yapılmış en kapsamlı çalışma 1993 yılında Roemer tarafından yapılmıştır ve sağlık sistemlerini dört ana başlıkta sınıflandırmıştır. Bunlar: (1) Kapsayıcı /Bütüncül/ Tip Sağlık Sistemleri, (2) Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri, (3) Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemleri (4) Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri biçiminde sınıflandırmıştır (Roemer, 1993).

OECD üyesi 36 ülke (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallığı, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya, Türkiye, Yeni Zelanda ve Yunanistan) bulunmaktadır ve bunların 12'si Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip, 21'si Refah Yönelimli / Sigorta (Bismarck) tipi sağlık sistemine sahip, 2'si Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir. Türkiye, karma tipi sağlık sistemine sahiptir.

Sağlık finansmanı ve sağlık harcaması açısından incelendiğinde, GSYİH içindeki sağlık harcaması serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (ABD ve Meksika) en yüksektir. Beveridge modeline sahip ülkelerin (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) GSYİH içindeki sağlık harcaması, Bismarck modeline sahip ülkelere (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) daha yüksektir. Kişi başına düşen sağlık harcaması OECD üyesi ülkeleri arasında Türkiye ve Meksika’da en düşükken, ABD, Norveç, İsviçre, Almanya ve Fransa yüksektir. Genel olarak kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerdir.

OECD üyesi ülkelerin arasında İsviçre’nin hem kişi başına düşen sağlık harcaması hem de vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı açısından diğer ülkelere daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda, İzlanda ve İrlanda’da kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD ortalamasından yüksek olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı OECD ortalamasından düşüktür. Öte yandan, Türkiye, Çekya, İsrail, Slovenya, Güney Kore, İspanya ve Yeni Zelanda’da kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD ortalamasından düşük olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı OECD ortalamasından yüksektir. ABD’nin tek başına kişi başına düşen sağlık harcaması 10,000 ABD Doları’ndan yüksek olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sisteminden memnuniyet oranı o kadar yüksek değildir. Genel olarak sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

Cepten yapılan sağlık harcaması, serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelere (ABD ve Meksika) en yüksektir. Bismarck modeline sahip ülkelerin cepten yaptığı sağlık harcaması, Beveridge modeline sahip ülkelere daha yüksektir.

Zaman serisi analizi ile yapılmış olan analizde 2000–2030 yılları arasında GSYİH içindeki toplam sağlık harcamasının ABD’de en yüksek, Lüksemburg, Türkiye ve Meksika’da en düşük olacağı beklenmektedir.

Raffel 1984 yılında yaptığı çalışmada, Avusturya, Belçika, Kanada, Çin, Danimarka, İngiltere, Fransa, Almanya, Japonya, Hollanda, Yeni Zelanda, İsveç, Eski Sovyet ülkeler ve ABD gibi toplam 14 ülkenin sağlık hizmetleri, halk sağlık hizmetleri, akıl sağlık hizmetleri, sağlık sigortası ve sağlık finansmanı verilerini kullanarak karşılaştırmalı analiz yapmıştır. Çalışma sonucunda, vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşma düzeyi ve GSYİH'dan sağlık ayrılan payın Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Kanada, Danimarka, İngiltere, Yeni Zelanda) arasında yüksek olduğu görülmüştür.

Roemer 1993 yılında yaptığı çalışmada, ülke sağlık sistemlerini, devlet müdahalesini (yada devletin üstlendiği sorumluluğun) en az olduğu sistemden en merkeziyetçi sisteme göre, Kapsayıcı Tıp Sağlık Sistemleri, Refah Yönelimli Tıp Sağlık Sistemleri, Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemleri ve Sosyalist Tıp Sağlık Sistemleri olarak sınıflandırmıştır.

Lameire 1999 yılında yaptığı çalışmada, OECD üyesi toplam 16 ülkenin sağlık finansman verilerini kullanarak o ülkelerin sağlık sistemlerini sınıflandırmak amacıyla araştırma yapmıştır. Çalışma sonucunda, Beveridge, Bismarck ve Özel sağlık sistemi olarak üçe ayrılmıştır. Çalışmada yer aldığı 16 ülke; Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (Kanada, İngiltere, Danimarka, Finland, Norveç, İsveç, İtalya ve İspanya), Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkeler (İsviçre, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Avusturya Japonya), serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülke ABD'dir.

Evans 2000 yılında yaptığı çalışmada, toplam 191 ülkenin sağlık sisteminin verimliliğini ölçmek amacıyla karşılaştırmalı analiz yapmıştır. Çalışmada, ülkelerin sağlık finansmanı ve harcaması verileri, doğuştan beklenen yaşam süresi, 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, 1000 canlı doğum başına bebek ölüm hızı temel veriler olarak karşılaştırmıştır. Çalışma sonucunda, Almanya, İsviçre, İsveç, İngiltere, Fransa, Finlandiya, Norveç, Hollanda, Danimarka, Japonya, Güney Kore gibi ülkeler sağlık sisteminin verimliliği açısından olumlu durumdayken, düşük ve düşük orta gelirli ülkeler sağlık sisteminin verimliliği açısından bazı olumsuz özelliklere sahiptir.

Karagan 2008 yılında yaptığı çalışmada, AB ülkeleri ile Türkiye'nin sağlık harcamaları kıyaslandığında, Türkiye'nin diğer ülkelere göre sağlık harcamalarına daha az bütçe ayırdığı görülmektedir. Ülkelerin sağlık harcamaları refah düzeylerinin

de yansımaları olduğundan, Türkiye'nin sağlık harcamalarının düzeyi çok da düşük değildir.

Anderson'un 2009 yılında yaptığı çalışmada, OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin performanslarını değerlendirmek amacıyla OECD'de yer alan toplam 28 ülkenin sağlık verilerini 1960, 1980 ve 1998 yılları arasında karşılaştırmıştır. Çalışma sonucunda, çalışmada yer aldığı diğer ülkelerden farklı olarak ABD'nin sağlık performansı 1960 yılından itibaren düştüğünü bulunmuştur.

Çalışkan 2009 yılında yaptığı çalışmada, 2006 yılında GSYİH'dan sağlığa ayıran pay açısından OECD ortalaması yaklaşık %9 bulunmuştur. Ancak bu oran ülkeler arasında önemli değişiklikler göstermektedir. OECD ortalaması dikkate alındığında Polonya, Güney Kore, Türkiye ve Meksika GSYİH'dan sağlığa en düşük pay ayıran ülkeler iken, ABD, İsviçre, Fransa, Almanya, Belçika en yüksek payı ayıran ülkelerdir.

Wendt 2009 yılında yaptığı çalışmada, sağlık sistemlerinin temel özelliklerini ayırt etmede, tamamlamalarında, karşılaştırılmalarında önemli ilk adımdır.

Sargutan'ın 2010 yılında yaptığı çalışmada, 84 ülkenin (Almanya, ABD, Arjantin, Arnavutluk, Avustralya, Avusturya, Azerbaycan, Belçika, Beyaz Rusya, Birleşik Arap Emirlikleri, Birleşik Krallığı, Bolivya, Bosna Hersek, Brezilya, Bulgaristan, Cezayir, Çekya, Çin, Danimarka, Endonezya, Ermenistan, Estonya, Fas, Filipinler, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Gurcistan, Hirvatistan, Hindistan, Hollanda, İran, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Kazakistan, Kenya, Kırgızistan, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Kuba, Letonya, Libya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Makedonya, Malezya, Meksika, Mısır, Moldova, Nikaragua, Norveç, Özbekistan, Pakistan, Peru, Polonya, Portekiz, Romanya, Rusya, Sırbistan Karadağ, Slovakya, Slovenya, Sri Lanka, Sudan, Suriye, Saudi Arabistan, Şili, Tayland, Tunus, Turkmenistan, Ukranya, Ürdün, Venezuela, Yeni Zelanda ve Yunanistan) sağlık sistemlerinin tipleri, sağlık finansmanı ve harcaması, sağlık hizmetleri ve o ülkelerin sağlıkta yapılmakta olan mevcut durumları açısından incelenmiştir. Çalışma sonucunda, çalışmada yer yüksek gelirli ülkeler ve Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin sağlık sistemlerinin mevcut durumları benzerlik gösterirken, Turkmenistan, Sudan ve Suriye gibi ülkelerin sağlık sistemlerinin mevcut durumları, sağlık finansmanı ve harcaması bazı olumsuz özelliklerine sahip olduğu ve o ülkelerin sağlık sistemlerine yönelik sağlık politikaları ile iyileştirmeler yapmak gerektiği bulunmuştur.

Böhm 2013 yılında yaptığı çalışmada, sağlık sistemini yönetim, finansman ve hizmet sunumu şeklinde sağlık sisteminin üç ana boyutunu farklılaştırarak yeni ve kapsamlı bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada, OECD üyesi 30 ülkenin verileri sağlık sistemini sınıflandırmasında kullanmıştır. Çalışma sonucunda, Böhm, devlet, toplum ve özel sektör olarak üç tür faktör tanımlayarak 30 OECD ülkesi için beş farklı sistem türü önermiştir. Bunlar: (1) Ulusal sağlık sistemi, (2) Ulusal sağlık sigortası, (3) Sosyal sağlık sigortası sistemi, (4) Devlet sosyal sağlık sigortası sistemi, (5) Özel sağlık sistemi'dir.

Daştan 2015 yılında yaptığı çalışmada, Beveridge ve Bismarck modellerini kıyaslamıştır. Çalışma sonucunda, Beveridge modelini kabul görmüş ülkelerin Bismarck modelini kabul gören ülkelere göre kamu sağlık harcama oranının fazla olduğu görülmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip ülkelerin kamu sağlık harcama oranları diğer ülkelere göre daha düşüktür.

5.2 Sağlık Hizmetleri Açısından

2000–2015 yılları arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, OECD üyesi ülkeleri arasında Japonya'da en yüksekken, Türkiye ve Meksika'da en düşüktür. Sağlık finansman tipi incelendiğinde, Beveridge modeline sahip ülkelerin (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) doğuştan beklenen yaşam süresi Bismarck (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) ve serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerle (ABD ve Meksika) kıyaslandığında en yüksektir. Bu oran, serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde en düşüktür. Zaman serisi analizi ile yapılmış olan bu analizde, 2016 – 2030 yılları arasında doğuştan beklenen yaşam süresinin Meksika'da en düşükken, Güney Kore'de en yüksek olacağı tahmin edilmektedir.

100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının Yunanistan'da en düşük ve Türkiye ile Meksika'da en yüksek olmasına rağmen, 2005–2015 yılları arasında Türkiye'de 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı hızlı azalış göstermiştir. Sağlık finansman tipi incelendiğinde, Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkelerin (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerle (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya,

Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) kıyaslandığında yaklaşık 2 kat daha düşüktür ve serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (ABD ve Meksika) bu hız en yüksektir. Zaman serisi analiz ile yapılmış olan bu analizde, 2016 – 2030 yılları arasında 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı Meksika’da en yüksekken, Yunanistan ve Polonya’da en düşük olacağı beklenmektedir.

2000–2015 yılları arasında 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, İzlanda ve Slovenya’da en düşükken, Türkiye ve Meksika’da en yüksektir. Sağlık finansman tipi incelendiğinde, 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı Beveridge sağlık sistemini uygulayan ülkeleri (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) Bismarck olan ülkeler (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) ve serbest pazar (ABD ve Meksika) tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerle kıyaslandığında daha azdır ve serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (ABD ve Meksika) daha yüksektir. Zaman serisi analiz ile yapılmış olan bu analizde, 2016 – 2030 yılları arasında 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı Meksika’da en yüksekken Güney Kore ve İzlanda’da en düşük olacağı tahmin edilmektedir.

2000 – 2015 yılları arasında 1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı Şili ve Türkiye’de en düşükken, Yunanistan, İzlanda, Danimarka ve Norveç’te oldukça yüksektir. Genel olarak 1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerdir (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan).

Bhalotra 2007 yılında yaptığı çalışmada, kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki artış ile doğuştan beklenen yaşam süresi arasında pozitif ilişki olduğu gözlenmektedir. Fakat, kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki artış ile doğuştan beklenen yaşam süresi yavaş şekilde artmaktadır. Bebeklik çağının ilk yılını tamamlayamadan ölen bebeklerin oranının ölçümü sıklıkla kullanılan bir diğer

uluslararası sağlık göstergesidir. Benzer Şekilde, kişi başına düşen sağlık harcamaları arttıķa bebek ölüm oranlarında önemli miktarda azalmalar görülmektedir. Fakat kişi başına düşen sağlık harcamaları arttıķa bebek ölüm oranlarındaki azalma hızı yavaŐlamaktadır. Diğer bir söylemle, doğuştan beklenen yaşam suresini yükseltmek ya da bebek ölüm oranlarını azaltmak için çok fazla sağlık harcaması gerçekleŐtirmek önkoŐul değildir.

elik 2011 yılında yaptığı çalışmada, ülkelerin ve sağlık sistemlerinin uluslararası düzeyde kıyaslamasında çeşitli sağlık göstergeleri kullanılmaktadır. Doğuştan beklenen yaşam suresi en sık kullanılan sağlık göstergelerinden biridir.

Daştan'ın 2015 yılında yaptığı çalışmada, OECD yesi ülkelerin sağlık sistemleri ve farklı sağlık sistemlerine sahip ülkelerin sağlık ile ilgili hedeflerine ne kadar ulaŐtıkları deđerlendirilmiŐtir. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Bismarck ülkelerinden daha fazla olan Beveridge lkelerinde görülen bebek ölüm hızı diğer ülkelerden daha çok düşüktür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kişi Başına Düşen GSYİH Açısından: 2000–2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde kişi başına düşen GSYİH 23,258'den 41,261'e %44 artmıştır. Kişi başına düşen GSYİH incelendiğinde, Letonya, Litvanya, Estonya, Türkiye ve Şili'de düşükken, İsviçre, ABD, Norveç ve Lüksemburg'da yüksektir. OECD üyesi ülkelerin kişi başına düşen GSYİH ortalaması, dünya ortalamasından yaklaşık 4 kat, düşük gelirli ülkelere yaklaşık 50 kat ve orta gelirli ülkelere yaklaşık 9 kat daha yüksektir. Genel olarak kişi başına düşen GSYİH, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) .

GSYİH İçindeki Sağlık Harcaması Açısından: 2000–2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde GSYİH içindeki sağlık harcaması %7,1'den %8,8'e %1,7 artmıştır. Türkiye, Meksika ve Lüksemburg'de en düşükken, Fransa, İsviçre ve ABD'de en yüksektir. Genel olarak GSYİH içindeki toplam sağlık harcaması, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması Açısından: 2000 – 2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcaması 1,761'den 4,012'ye yükselerek 2,3 kat artmıştır. Bu harcama, Türkiye, Şili, Meksika ve Letonya'da düşükken, Almanya, Fransa, İsviçre, Norveç, Belçika ve ABD'de yüksektir. Genel olarak kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) .

Cepten Yapılan Sağlık Harcaması Açısından: 2000–2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde cepten yapılan sağlık harcaması %22,5'ten %20,6'ya düşmüş ve %1,9 azalmıştır. Bu harcama, Fransa'da en düşükken, Meksika ve Letonya'da en yüksektir. OECD üyesi ülkelerinde cepten yapılan sağlık harcaması AB'ne üye ülkeler ve yüksek gelirli ülkelerin ortalaması ile benzerlik gösterirken düşük gelirli ülkeler ve orta gelirli ülkelere yaklaşık 3 kat daha azdır. Genel olarak 2000-2015 yılları arasında

cepten yapılan sağlık harcaması OECD ortalamasından düşük olan ülkelerin çoğu, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

Vatandaşların Sağlık Sistemlerinden Memnuniyeti Açısından: 2006 yılında vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı Litvanya ve Şili’de en düşükken, Avusturya, İsviçre ve Belçika’da en yüksektir. Memnuniyet oranı, 2017 yılında Yunanistan ve Şili’de en düşükken, Belçika ve İsviçre’de en yüksektir. OECD üyesi ülkeleri arasında İsviçre hem kişi başına düşen sağlık harcaması hem de vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet açısından yüksektir. Aynı zamanda, İzlanda ve İrlanda’da kişi başına düşen sağlık harcaması OECD ortalamasından yüksek olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı OECD ortalamasından düşüktür. Diğer taraftan, Türkiye, Çekya, İsrail, Slovenya, Güney Kore, İspanya ve Yeni Zelanda’da kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD ortalamasından düşük olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı OECD ortalamasından yüksektir. Genel olarak 2000-2015 yılları arasında vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyet oranı OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı Açısından: 2000–2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde 1000 kişi başına düşen hekim sayısı 2,7’den 3,3’e yükselerek 0,6 artmıştır ve hemşire sayısı da 7,3’ten 8,9’a 2,6 artmıştır. 1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı Şili ve Türkiye’de en düşükken, Danimarka ve Norveç’te en yüksektir. 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı, hekim sayısından yaklaşık 3 kat daha yüksektir. Genel olarak 1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerdir (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan).

Hastanede Yatak Kullanımı Açısından: 2000–2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ve hastanın hastanede kalış süresi

azalmıştır. Aynı zamanda, OECD üyesi ülkelerinde 1000 kişi başına düşen yatak sayısı 5,7'den 4,7'e düşerek 1,0 azalmıştır. Bu sayı, Meksika'da en düşükken, Japonya'da en yüksektir. Aynı zamanda, hastanın hastanede kalış süresi de 7,6'ten 6,3'ye gerilemiş ve 1,3 gün azalmıştır. Danimarka'da hastanın hastanede kalış süresi en düşükken, Japonya'da en yüksektir. 2000 – 2015 yıllarında OECD üyesi ülkelerin çoğunda hastanın hastanede kalış süresi azalmıştır. Ancak, Fransa, Meksika, Lüksemburg, Yeni Zelanda ve İzlanda'da artmıştır. Genel olarak 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ve hastanın hastanede kalış süresi, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Bismarck sağlık sistemini uygulayan ülkelerdir (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan).

Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi Açısından: 2000–2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam süresi, 77,9'dan 83,1'e yükselerek 5,2 armıştır. OECD üyesi ülkeleri arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, Türkiye, Meksika, Macaristan, Letonya, Litvanya ve Slovakya'da düşükken, İsviçre, Güney Kore, Fransa, İspanya ve Japonya'da yüksektir. OECD üyesi ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam süresi, AB'ne üye ülkeler ve yüksek gelirli ülkelerin ortalaması ile benzerlik gösterirken, düşük gelirli ülkeler ve orta gelirli ülkelere yaklaşık 15-20 yıl daha yüksektir. 2000-2015 yılları arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, OECD ortalamasından yüksek olan ülkelerin çoğu, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda).

100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı Açısından: 2000–2015 yıllarında OECD üyesi ülkeleri arasında 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı 14,5'ten 8,8'e düşmüş ve 5,7 azalmıştır. Bu hız, Türkiye ve Meksika'da en yüksekken, Yunanistan'da en düşüktür. Genel olarak 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, Türkiye, Meksika, Şili, Letonya ve Estonya'da yüksekken, Yunanistan, Avusturya, Finlandiya, İspanya ve İsveç'te düşüktür. 2005 yılından sonra Türkiye'de anne ölüm hızı açısından hızlıca azalma olmuştur. Bu hız, 2000–2015 arasında Türkiye'de yaklaşık 5 kat azalmıştır. Genel olarak 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelere (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni

Zelanda) düşüktür ve serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (ABD ve Meksika) yüksektir.

1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı Açısından: 2000–2015 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 6,7’den 3,9’a 2,8 azalmıştır. 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, Türkiye, Meksika, Letonya, Macaristan ve Şili’de yüksekken, İzlanda, Japonya, İsveç, Finlandiya ve Norveç’te düşüktür. 2000 yılında 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, Meksika ve Türkiye’de diğer ülkelere farklı olarak çok yüksek olmasına rağmen, 2015 yılına kadar ikisi de hızlıca düşmüştür. Meksika’da 2000–2015 yılları arasında 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 20,8’den 12,5’e yaklaşık 2 kat azalırken, Türkiye’de 28,4’ten 10,2’ye yaklaşık 3 kat azalmıştır. Genel olarak 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) düşüktür ve serbest pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (ABD ve Meksika) yüksektir.

Zaman Serisi Analiz Açısından:

OECD üyesi ülkelerinde GSYİH içindeki toplam sağlık harcamasının 2020-2030 yılları arasında %9,4’ten %10,2’ye artacağı beklenmektedir. Bu harcamanın, Türkiye, Lüksemburg, İzlanda ve Portekiz’de düşükken, ABD, Almanya, Hollanda, İngiltere, İsveç, Japonya ve Norveç’te yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Tahmini olarak 2030 yılına kadar GSYİH içindeki toplam sağlık harcamasının Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) yüksek olacağı beklenmektedir.

2020-2030 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam süresi 84,4’ten 86,3’e 1,9 yıl artacağı beklenmektedir. Bu sürenin, Türkiye, Polonya, Macaristan, Slovakya ve Şili düşükken İsviçre, Finlandiya, Norveç, Japonya ve Güney Kore’de yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Tahmini olarak 2030 yılına kadar doğuştan beklenen yaşam süresi, Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) yüksek ve serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) düşük olacağı beklenmektedir.

100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının 2020-2030 yılları arasında 7,6'dan 5,3'e düşeceği beklenmektedir. Bu hızının, Polonya, Çekya ile Hollanda'da en düşük, Macaristan ile Şili'de en yüksek olacağı beklenmektedir. Tahmini olarak 2030 yılına kadar 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) düşük ve serbest olması serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerde (ABD ve Meksika) yüksek olacağı beklenmektedir.

OECD üyesi ülkelerinde 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızının 2020-2030 yılları arasında 3,2'den 2,1'e düşeceği beklenmektedir. Bu hızının, ABD, Meksika, Şili, Türkiye ve Yeni Zelanda'da yüksekken, Güney Kore, İzlanda, Macaristan, Norveç, Polonya ve Slovenya'da düşük olacağı tahmin edilmektedir. Tahmini olarak 2030 yılına kadar 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, hem Beveridge tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) hem de Bismarck tipi sağlık sistemine sahip ülkelerde (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) eşit düzeye düşeceği tahmin edilmektedir.

Aşağıdaki tablo 35’te araştırmada oluşturduğu hipotezlere ilişkin sonuçlar sunulmuştur.

Tablo 35. Hipotezlere İlişkin Sonuçlar

	Kişi Başı GSYİH (A ₁)	GSYİH içindeki sağlık harcaması (A ₂)	Kişi başı sağlık harcaması (A ₃)	Cepten yapılan sağlık harcaması (A ₄)
1. Sağlık finansmanı ve harcaması ile ilgili hipotezler *				
Kişi başına düşen GSYİH, Beveridge olan ülkelerde yüksektir. (A ₁)	Kabul	-	-	-
GSYİH içindeki sağlık harcaması, serbest pazar tipi ülkelerde yüksektir. (A ₂)	-	Kabul	-	-
Kişi başına düşen sağlık harcaması, Beveridge olan ülkelerde yüksektir. (A ₃)	-	-	Kabul	-
Cepten yapılan sağlık harcaması, serbest pazar tipi olan ülkelerde yüksektir. (A ₄)	-	-	-	Kabul
2. Vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyeti ile ilgili hipotezler *	Vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyeti (B₁)			
Kişi başına düşen sağlık harcaması düşük olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sistemlerinden memnuniyeti yüksek olan ülkeler, Karma ülke (Türkiye)’dir. (B ₁)	Kabul			
3. 1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı ile ilgili hipotezler *	1000 Kişi Başı Hekim Sayısı (C₁)	1000 Kişi Başı Hemşire Sayısı (C₂)		
1000 kişi başına düşen hekim sayısı, Bismarck olan ülkelerde yüksektir. (C ₁)	Kabul	-		-
1000 kişi başına düşen hemşire sayısı, Bismarck olan ülkelerde yüksektir. (C ₂)	-	Kabul		
4. Yatak kullanımı ile ilgili hipotezler *	1000 Kişi Başı Yatak Sayısı (D₁)	Hastanede Kalış Süresi (D₂)		
1000 kişi başına düşen yatak sayısı, Beveridge olan ülkelerde yüksektir. (D ₁)	Red	-		-
Hastanede kalış süresi, Beveridge olan ülkelerde yüksektir. (D ₂)	-	Red		
5. Sağlık sonuç göstergeleri ile ilgili hipotezler *	Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (E₁)	100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı (E₂)	1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı (E₃)	
Doğuştan beklenen yaşam süresi, Bismarck olan ülkelerde yüksektir. (E ₁)	Red	-	-	
100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, serbest pazar tipi ülkelerde en yüksektir. (E ₂)	-	Kabul	-	
1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, serbest pazar tipi ülkeler en yüksektir. (E ₃)	-	-	Kabul	

...Tablo 35. devamı

6. Zaman serisi analiz ile ilgili hipotezler **	GSYİH içindeki sağlık harcaması (D ₁)	Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (D ₂)	100,000 canlı doğum başı anne ölüm hızı (D ₃)	1000 canlı doğum başı bebek ölüm hızı (D ₄)
GSYİH içindeki sağlık harcaması, tahmini olarak 2016-2030 yılları arasında serbest pazar tipi olan ülkelerde yüksek olacaktır. (D ₁)	Red	-	-	-
Doğuştan beklenen yaşam süresi, tahmini olarak 2016-2030 yılları arasında Beveridge olan ülkelerde yüksek olacaktır. (D ₂)	-	Kabul	-	-
100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, tahmini olarak 2016-2030 yılları arasında Bismarck olan ülkelerde düşük olacaktır. (D ₃)	-	-	Red	-
1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı tahmini olarak 2016-2030 yılları arasında Karma ülke (Türkiye)'de düşük olacaktır. (D ₄)	-	-	-	Kabul

* IBM SPSS 22'te "Tanımlayıcı istatistikler" ile analiz edilmiştir.

** Minitab 18 programında "Zaman serisi" ile analiz edilmiştir.

OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinde sağlık yönetimi, sağlık finansmanı, sağlık harcaması ve sağlık hizmetlerine yönelik aşağıdaki öneriler yapılabilir.

Beveridge tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerin (Avustralya, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Kanada, Norveç ve Yeni Zelanda) sağlık sistemlerinde iyileştirme yapmak için aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Vatandaşların sağlık sigorta kapsamını artırmak için işsizlik oranı azaltılabilir.
- 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının ve 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızını azaltmak için hamile kadınlar ve onların ailelere yönelik sağlık eğitim programı uygulanabilir.
- Yurt içi ve yurt dışı vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını artırmak için sağlık turizmi alanında iyileştirmeler yapılabilir.
- Hastanın hekimini seçmesi, hasta memnuniyetini artırabilir. Bunun için politikalar oluşturulabilir.
- Sağlık hizmetlerinin fiyatlarını yükseltmemek için ülkeler kendi teknolojisini üretebilir, bunun için devlet desteği sağlanabilir.
- Sağlık sektörünün sosyal refahı iyileştirilebilir. Sağlık çalışanlarının iş yükü hesaplanabilir ve personel teşvik sistemi oluşturulabilir. Çalışma ortamının mutluluğu artırılabilir.
- Sağlık personelinin sayısını artırmak için, tıp fakülteleri ve sağlık kurumları arasında iletişim sağlanabilir.
- Sağlıkta çalışanlarının yurt içi ve yurt dışı eğitim programına katılması için destek sağlanabilir.
- Öğrencilerin mesleki tanıtımlarını artırmak için hastanelere staj imkanı geliştirilebilir.
- Gelecekteki meslek risklerinin önlemesi için tıp fakülteleri içinde iş güvenliğine ilişkin yeni anabilim dalı açılabilir.

Bismarck tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerin (Almanya, Avusturya, Belçika, Çekya, Estonya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İsrail, İsviçre, Japonya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Polonya, Portekiz, Şili, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan) sağlık sistemlerinde iyileştirme yapmak için aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Düşük kaliteli sağlık hizmeti sunan özel hastanelerin sayısını azaltmaya yönelik politikalar uygulanabilir, akreditasyon sistemi kriterleri geliştirilebilir.
- Vatandaşların sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam tarzını artırmak amacıyla Çevre Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı gibi sağlık ile ilişkili bakanlıklar ile Sağlık Bakanlığı arasındaki işbirliği geliştirilebilir.
- Birinci basamakta sağlık hizmeti sunan merkezlerde kronik hastalıkları azaltmak için yaşlı nüfusa yönelik eğitim programları ve hamile kadınlara yönelik doğum sürecindeki kontrolü, doğum öncesi ve sonrası bilgileri tanıtmak amacıyla programlar düzenlenebilir.
- Acil servis hizmetlerine ulaşım imkanları (uçak, araba, gemi, vb.) uygulamaları artırılabilir.
- Vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını yükseltmek için hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri tespit edilip sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme ile ilgili çalışmalar yapılabilir.
- 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı ve 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızını azaltmak için sağlık ocağı, sağlık evi, sağlık merkezi gibi birinci basamakta sağlık hizmeti sunan merkezlerde hamile kadınlara yönelik doğum öncesi, doğum esnası ve doğum sonrası bilgileri vermek amacıyla programlar artırılabilir.
- Vatandaşların akılcı ilaç kullanımı sağlanabilir.
- Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin kontrolü ve kalitesini artırmak için maliyet etkililik analizi, maliyet fayda analizi gibi sağlık hizmetlerinin maliyeti ve verimliliğine yönelik araştırmalar yapılabilir.

Serbest pazar tipi sağlık sistemini uygulayan ülkelerin (ABD ve Meksika) sağlık sistemlerinde iyileştirme yapmak için aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- ABD’de sağlık finansmanı, sağlık teknolojisi, sağlık çalışanlarının sayısı yüksek olmasına rağmen, sağlık sonuç göstergeleri (doğuştan beklenen yaşam süresi, vatandaşların sağlık sisteminden memnuniyet oranı, 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı ve 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı) düşük olduğu için sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik politikalar uygulanabilir.

- Sağlık hizmetlerinin kalitesi, hizmet kapsamı, hizmet standardı, ulaşılabilirliğini geliştirmek için Sağlık Bakanlığı – hastane – hasta arasındaki 3 taraflı işbirliği iyileştirilebilir.
- Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek, Medicaid ve Medicare programlarından faydalananların sayısını artırmak için vatandaşların sağlık sigortası kapsamı geliştirilebilir.
- ABD’de ve Meksika’da yaşayanlarda obezite oranı diğer OECD üyesi ülkelerden yüksek olduğu için vatandaşların düzenli beslenmesine yönelik politikalar uygulanabilir.
- Meksika’da yaşayanların kendi ülkelerinde sağlık hizmetini serbestçe alma imkanını artırmak için sağlık teknolojisi geliştirilebilir ve sağlık personeli sayısı artırılabilir.
- Meksika’da GSYİH içinde sağlığa ayrılan payı yükseltmeye yönelik politikalar, devlet tarafından uygulanabilir.
- Meksika’da cepten yapılan sağlık harcamasını düşürmek için kamu sağlık harcamasını yükseltmeye yönelik iyileştirmeler yapılabilir.
- 2000-2015 yılları arasında OECD üyesi ülkeleri arasında Meksika’nın sağlık sonuç göstergeleri (doğuştan beklenen yaşam süresi, vatandaşların sağlık sisteminden memnuniyet oranı, 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı ve 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı) en düşük olduğu için diğer OECD üyesi ülkelerinin tecrübelerinden örnek edinmeye yönelik çalışmalar uygulanabilir.

Karma sağlık sistemine sahip Türkiye’nin sağlık sistemlerinde iyileştirme yapmak için aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Sağlık harcamalarındaki kontrolsüz artışı önlemek ve optimal harcama seviyesini belirlemek için reformlar geliştirilebilir.
- Sağlık harcamaları ile etkin sağlık hizmeti sağlamaya yönelik çaba gösterilebilir .
- Nüfusun gelir düzeyini geliştirmek için devlet tarafından işsizliği azaltmaya ve toplumun sağlık sigorta kapsamını yükseltmeye yönelik politikalar yaygınlaştırılabilir.
- Sağlık hizmetlerin kalitesini yükseltmek için sağlık personeline ve her

seviyedeki sağlık yöneticilerine yönelik örgüt içi ve örgüt dışı eğitim imkanları sağlanabilir.

- Toplumun sağlık eğitimi düzeyini arttırmak için topluma televizyon, gazete, instagram, facebook, twitter vb. gibi iletişim araçlarıyla kamu sağlık spotları arttırılabilir.
- Türkiye’de hem sağlık hizmetlerinin fiyatı düşük hem de sağlık hizmetlerinin kalitesi iyi olduğu için sağlık turizm alanında AB’ne ye lkeler, Rusya ve Arap lkeleri gibi coğrafik olarak yakın olan ülkelerden sağlık turisti sağlamaya yönelik politikalar uygulanabilir.
- OECD yesi ülkeleri arasında Türkiye’nin GSYİH içindeki sağlık harcaması ve kişi başına düşen toplam sağlık harcaması az olmasına rağmen, vatandaşların sağlık sisteminden memnuniyet oranı yüksektir. Tahmini olarak 2030 yılında Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi, 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı ve 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızının OECD yesi ülkeleri arasında orta seviyede olacağı beklenmektedir. Bunun için Sağlık Bakanlığı – hastane – hasta arasındaki 3 taraflı işbirliği ve temel sağlık hizmetleri daha çok geliştirilebilir.
- Türkiye’de bu konuda araştırma yapmak isteyen araŐtırmacılar, ülkelerin sağlık sistemlerini sadece OECD yesi ülkeleri için değil, diğer ülkelerin sağlık sistemlerini de araŐtırarak daha kapsamlı ve yararlı sonuçlar elde edebilirler.

KAYNAKLAR

- ABD Sağlık Bakanlığı Sitesi 2019. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü
<https://www.hhs.gov/about/index.html>, 2019
- ABD Medicare 2019. Programı Sitesi
<https://www.medicare.gov/what-medicare-covers>, 2019
- ABD Medicaid 2019. Programı Sitesi
<https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html>, 2019
- ABD Obamacare 2019. Programı Sitesi
<https://www.healthcare.gov/using-marketplace-coverage/>, 2019
- Albrecht, T., Brinovec, R.P., Josar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., Panteli, D & Maresso, A. "Slovenia Health System Review": Health Systems in Transition 2016;18(3):15-49.
- Alexa J., Recka L., Votapkova, J., Ginneken E., Spranger A & Wittenbecher F. "Czech Health System Review": Health Systems in Transition 2015;17(1):15-39.
- Anderson G & Hussey P.S. "Comparing health system performance in OECD countries": Health Affairs 2001;20(3):219-232.
- Anell A., Glenngard A.H & Merkur S. "Sweden Health System Review": Health Systems in Transition 2012;14(5):17-42.
- Anne S.J., ve T.C Sağlık Bakanlığı. "Sağlıkta Stratejik Planlama (Türkiye Örneği)": Ankara: DSÖ, Avrupa Bölge Ofisi 2015.
- Ateş M., "Sağlık sistemleri". 3. Baskı, İstanbul, Beta kitabevi. 2016; 95.
- Avustralya Sağlık Bakanlığı Sitesi 2019. Sağlık ve Refah Bakanlığı
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/programs-initiatives-menu>, 2019
- Avustralya Özel Sağlık Sigortası 2019. "Medibank" Sitesi
<https://www.medibank.com.au/health-insurance/>, 2019
- Avusturya Sağlık Bakanlığı Sitesi 2019. Federal Sağlık, Aile ve Gençler Bakanlığı
<http://ghdx.healthdata.org/organizations/federal-ministry-health-austria>, 2019
- Bachner F., Bobek J., Habimana K., Ladurner J., Lepuschütz N., Ostermann H., Rainer L., Schmidt A.E., Zuba M., Quentien W., & Winkelmann J. "Austria Health System Review": Health System in Transition, 2018;20(3):16-64.
- Barnighausen T., & Sauerborn R. "One Hundred and Eighteen Years Of The German Health Insurance System": Are There Any Lessons For Middle and Low Income Countries? Soc Sci Med 2002;54(1):1559-1587.
- Belek İ., Avrupa Sağlık Reformları. 1. Baskı, İstanbul, Yazılama Yayınevi. 2014; 16.

- Bernal E., Garcio S., & Olivia A. "Spain Health System Review": Health Systems in Transition 2018;20(2):15-35.
- Berthet F., Calteux A., Wolter M., Weber L., Ginneken E & Spranger A. "Luxemburg Health System Review": Health Systems in Transition 2015; 3-18.
- Bhalotra S. "Spending to Save? State Health Expenditure and Infant Mortality in India": Health Economics 2007;16(9):911-928.
- Birleşik Krallığı Sağlık Bakanlığı Sitesi 2019. Sağlık ve Sosyal Hizmetleri Bölümü <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care#content>, 2019
- Böhm K., Schmid A., Götze R., Landwehr C., & Rothgang H. "Five types of OECD health care systems: empirical results of a deductive classification": Health Policy 2013;113(3):258-269.
- Bureau V., & Blank R. H. "Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems": Journal of comparative policy analysis 2006;8(01):63- 76.
- Burazeri G., & Kragelj L.Z. Health Systems–Lifestyle–Policies. 2013; 5-7.
- Busse R & Blümel M. "Germany Health System Review": Health Systems in Transition 2014;16(2):17-95.
- Castro R. Health Care Delivery System: Mexico. 2014; 1.
- Chevreur K., Brigham K.B., Zaleski I.D & Quevedo C.H. "France Health System Review": Health Systems in Transition, 2015;15(3):19-53.
- Chua K.P. Overview of the US health care system. American Medical Student Association, 2006; 4.
- Chun C.B.C., Kim S.Y., Lee J.Y & Lee S.Y. "Republic of Korea Health System Review": Health Systems in Transition 2009;11(7):17-34.
- Cylus J., Richardson E., Findley L., Longley M., O’neill C & Steel D. "United Kingdom Health System Review", Health Systems in Transition, 2015;17(5):13-37.
- Çalışkan Z. "OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları: Panel Veri Analizi": Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdare Bilimler Fakültesi Dergisi, 2009;(34):117-137.
- Çelik Y., Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011;1(1):62-81.
- Daştan İ., ve Çetinkaya V. OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2015;5(1):104-134.
- Dünya Bankası 2018. İstatistikleri Platformu <https://www.who.int/topics/statistics/en/>, 2018
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M & Maresso A. "Greece Health System Review": Health Systems in Transition, 2017;19(5):13-31.
- Evans D. B., Tandon A., Murray C. J., & Lauer J.A. The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. World Health Organization, 2000;29(29):1-36.

- Ferre F., Belvis A.G., Valerio L., Longhi S., Lazzari A., Fattore G., Ricciardi W & Maresso A. "Italy Health System Review": Health Systems in Transition, 2014;16(4):15-36.
- French S., Old A & Healy J. "New Zealand Health System Review": Health Systems in Transition, 2001;1(19):33-99.
- Fulop T & Roemer M. International Development of Health Manpower Policy. WHO Offset Publication, 1982; 61.
- Gaal P., Szigeti S., Csere M., Caskins M & Panteli D. "Hungary Health System Review": Health Systems in Transition, 2011,13(5):17-52.
- Gerkens S. & Merkur S. "Belgium Health System Review": Health System in Transition, 2010;12(5):15-39.
- Habicht T., Reinap M., Kasekamp K., Sikkut R., Aaben L & Ginneken E.V. "Estonya Health System Review": Health Systems in Transition, 2018;20(1):15-46.
- Healy J., Sharman E & Lokuge B. "Australia Health System Review": Health Systems in Transition, 2006;8(5):1-37.
- Hsiao W., (2003). What is a Health System? Why Should We Care?, Harvard School of Public Health
- Kanada Sağlık Bakanlığı Sitesi 2019. Sağlık Kanada
<https://www.canada.ca/en/health-canada.html>, 2019
- Karagan E. Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 34-36.
- Kavuncubaşı Ş., Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kıtabevi, 2015; 76-92.
- Korkmaz C., Biçer M., Uzcan D., Zurnacı M. Dünya'da Sağlık Hizmetlerinin Finansman Politikaları, 2015; 28.
- Kroneman M., Boerma W., Berg M., Groenewegen P., Jong J & Ginneken E. "Netherlands Health System Review": Health Systems in Transition, 2016;18(2):15-46.
- Lameire N., Joffe P., Wiedemann M. Healthcare systems—an international review: an overview. Nephrology Dialysis Transplantation, 1999;14(6):3-9.
- Litvanya Sağlık Bakanlığı Sitesi 2019. Sağlık Bakanlığı
<http://sam.lrv.lt/en/health-care/health-care-services>, 2019
- Lukasova T. Shemashko Health Financing Model – Economic and Health Consequences in Czechia, 2018;7(1):34.
- Lüksemburg Sağlık Bakanlığı Sitesi 2019. Sağlık Bakanlığı
https://guichet.public.lu/en/organismes/organismes_citoyens/ministere-sante.html, 2019

- Marchildon G.P. "Canada Health System Review": Health Systems in Transition, 2013;15(1):19-54.
- Mcdaid D., Wiley M., Maresso A & Mossiolos E. "Ireland Health System Review": Health Systems in Transition, 2009;11(4):17-38.
- Mendi B. Sağlık Bileşimi ve Güncel Uygulamalar. İstanbul Bilim Üniversitesi, Uzaktan Öğretim Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016; 12-20.
- Missiolos E., Wenzl M., Osborn R & Sarnak, D. "2015 International Profiles of Health Care System", The Commonwealth Fund, 2016; 49-50.
- Mitenbergs U., Taube M., Misins J., Mikitis E., Martinsons A., Rurane, A & Quentin, W. "Latvia Health System Review": Health Systems in Transition, 2012;14(8):17-45.
- Monteiko B., Jde, R.D & Manuel, A. The Health System Of Chile. 2011;53(2):132-143.
- Murauskiene L., Janoniene R., Veniute M., Ginneken E & Karanikolos M. "Lithuania Health System Review": Health Systems in Transition, 2013;15(2):17-39.
- Murray C. J & Frenk J. A Framework For Assessing The Performance Of Health Systems. Bulletin of the world Health Organization, 2000;78(6):717-731.
- Nuffield T. Public Payment & Private Provision: The Changing Landscape Of Health in 2000s, 2013; 56.
- Odier N. The US Healthcare System: A Proposal for Reform. Journal of Medical Marketing, 2010;10(4):279-304.
- OECD 2018. E-Kütüphane Sitesi
<https://www.oecd-ilibrary.org/statistics>, 2019
- OECD. State of Health in the EU Countries. Country Health Profile 2017, 2017; 3-13.
- OECD. Health at a Glance 2017. OECD Indicators (Germany), 2017, 6.
- OECD. OECD Reviews of Public Health: Chile. Assessments & Recommendations. 2019; 10-11.
- OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. The reform of health care systems: a review of seventeen OECD countries, 1994; 25.
- OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. Sağlık sistemi incelemeleri: Türkiye. OECD ve Dünya Bankası Yayınları, 2008; 1-32.
- OECD Sağlık İstatistikleri Platformu, 2018
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.html>., 2018
- Olejaz M., Nielsen A.J., Rudkjebing A., Birk O.K., Krasnik A & Quevedo C.H. "Denmark Health System Review": Health Systems in Transition, 2012; 14(2):19-59.
- Ono T., Schoenstein M., & Buchan J. Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. OECD Health Working Papers, 2014;2(69):24.
- Pekten A. Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler, Sayıştay Dergisi, 2006;61:119-138.

- Pietro C.D., Camenzind P., Sturny I., Crivelli L., Garavoglia S.E., Spranger A., Wittenbecher F & Quantin W. "Switzerland Health System Review": Health Systems in Transition, 2015;17(4):19-72.
- Raffel M.W. Comparative health systems: descriptive analyses of fourteen national health systems. 1984; 45-56.
- Rice T., Rosenau L & Uhrh Y. "United States of America: Health System Review": Health Systems in Transition, 2013;15(3):25-80.
- Ringard A., Sagan A., Saunes I.S & Lindahl A.K. "Norway Health System Review": Health Systems in Transition, 2013;15(8):15-41.
- Roemer M. I. National health systems as market interventions. Journal of Public Health Policy, 1989;10(1):62-77.
- Roemer M. I. National health systems throughout the World. Annual Review of Public Health, 1993;1(14):335-353.
- Rosen B., Waitzberg R & Merkur S. "Israel Health System Review": Health Systems in Transition, 2015;17(6):13-38.
- Sagan A., Panteli D & Borkowski W. "Poland Health System Review": Health Systems in Transition, 2011;13(8):13-43.
- Salar T. Patientavgifter i halso – och sjukvarden 2015. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions. 2015
- Sargutan E. "84 Ülke Ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri", 2010; 5- 2881.
- Sezer C. Öğrenen Örgüt Düşüncesi ve Öğrenen Örgütler. İçinde: Çağdaş Yönetim Araçlarından Seçmeler, Edt. M. Şimşek ve S. Kınır, Ankara, Nobel Yayın Basım, 2006; 45.
- Simoës J.A., Augusto G.F., Fronteria I & Quevedo C.H. "Portugal Health System Review": Health Systems in Transition, 2017;19(2):15-40.
- Sigurgeirsdottir S., Waagfjord J & Maresso A. "Iceland Health System Review": Health Systems in Transition, 2014;16(6):15-40.
- Smatana M. "Slovakia Health System Review": Health Systems in Transition, 2016;18(6):19-56.
- Sur H., ve Palteki T. Hastane Yönetimi, Ankara, 2013; 439.
- Tatar M., Mollahalioglu S., Şahin B., Aydın S., Maresso A & Quevedo C.H. "Turkey Health System Review": Health Systems in Transition, 2011;13(6):15-30.
- Tatara K & Okamoto E. "Japan Health System Review": Health Systems in Transition, 2009;11(5):1-49.
- Terris M. The three world systems of medical care: trends and prospects. American Journal of Public Health, 1978;68(11):1125-1131.
- Türkiye Dışişleri Bakanlığı 2019.
http://www.mfa.gov.tr/iktisadi-isbirligi_ve-gelisme-teskilati-_oecd_.tr.mfa, 2019

- Vourenkoski L. "Finland Health System Review": Health Systems in Transition, 2008;10(4):1-38.
- Wallace L.S. A View Of Health Care Around the World. Ann Fam Med, 2013; 84.
- Wendt C., Frisina L., & Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. Social Policy & Administration, 2009;43(1):70-90.
- WHO. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization, 2000; 5
- WHO. Strengthening Health Systems To Improve Health Outcomes: WHO's Framework For Action. World Health Organization, Geneva, 2007; 34.
- Yardan T. "Sağlık Politikaları, Sağlık Kurumları Yönetimi Tezsiz Yüksek Lisans Programı", Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Uzaktan Eğitim Merkezi, Samsun, 2015; 18.
- Yıldırım H.H., Yıldırım T. Healthcare financing reform in Turkey: context and salient features. Journal of European Social Policy, 2011;21(2):178-193.

EKLER

Ek-1: OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

Ek-2: Kişi Başına Düşen GSYİH ve Toplam Sağlık Harcaması (ABD Doları)

Ek-3: GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcaması ve Cepten Yapılan Sağlık Harcaması Oranı, 2000 – 2015

Ek-4: 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı, 2000 - 2015

Ek-5: 1000 Kişi Başi Yatak Sayısı ve Hastanede Kalış Süresi (Gün), 2000 – 2015

Ek-6: Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi, 2000 – 2015

Ek-7: 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı ve 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı, 2000 – 2015

Ek-8: Tahmini olarak GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcaması (%), 2016 – 2030

Ek-9: Tahmini Olarak Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi, 2016 – 2030

Ek-10: Tahmini Olarak 100,000 Canlı Doğum Başi Anne Ölüm Hızı, 2016– 2030

Ek-11: Tahmini Olarak 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı, 2016 – 2030

Ek 1. OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/09

18.01.2019

Sayın Prof. Dr. Türker YARDAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verileri İle Karşılaştırılması** başlıklı OMÜ KAEK 2019/09 Karar nolu Veri kaynakları taraması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 17.01.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr. Ramis ÇOLAKI
Klinik Araştırmalar/Etik Kurulu/Başkanı

Ek 2. Kişi Başına Düşen GSYİH ve Toplam Sağlık Harcaması (ABD Doları)

No	Ülkeler	Kişi Başına Düşen GSYİH				Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması			
		2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
1	ABD	36,305	44,044	48,394	56,701	4,557	6,443	7,940	9,491
2	Almanya	27,551	32,414	39,916	47,979	2,707	3,314	4,397	5,297
3	Avustralya	28,260	35,571	42,812	47,351	2,152	2,842	3,611	4,409
4	Avusturya	29,380	35,025	42,018	49,954	2,704	3,371	4,298	5,159
5	Belçika	27,989	33,331	40,05	45,729	2,222	2,989	3,945	4,589
6	Çekya	16,163	21,907	27,555	33,701	926	1,401	1,919	2,424
7	Danimarka	28,671	34,153	43,005	49,071	2,323	3,104	4,448	5,001
8	Estonya	9,392	16,466	21,552	29,260	486	819	1,368	1,860
9	Finlandiya	26,753	31,993	38,737	42,213	1,829	2,559	3,439	4,099
10	Fransa	26,098	30,504	35,909	40,861	2,507	3,124	4,037	4,657
11	Güney Kore	18,083	24,196	30,365	35,761	723	1,183	1,896	2,482
12	Hollanda	31,874	37,625	45,041	50,302	2,229	3,455	4,634	5,148
13	İngiltere	26,258	32,486	36,016	42,055	1,567	2,331	3,040	4,072
14	İrlanda	30,185	40,437	43,296	69,050	1,782	3,093	4,552	5,106
15	İspanya	21,541	27,696	31,933	35,054	1,468	2,127	2,883	3,175
16	İsrail	24,854	24,700	28,84	35,527	1,696	1,769	2,033	2,647
17	İsveç	29,321	34,006	41,633	48,437	2,170	2,812	3,533	5,272
18	İsviçre	35,434	40,327	52,860	63,939	3,519	4,391	5,683	7,570
19	İtalya	27,027	29,938	34,685	36,836	2,048	2,513	3,138	3,292
20	İzlanda	29,711	37,338	39,582	48,730	2,659	3,406	3,380	3,964
21	Japonya	26,841	31,668	34,994	40,406	1,918	2,464	3,205	4,428
22	Kanada	29,265	36,213	40,012	44,407	2,422	3,282	4,225	4,633
23	Letonya	8,019	13,848	17,561	24,726	437	812	1,081	1,400
24	Litvanya	8,458	14,526	20,091	28,910	524	820	1,371	1,864
25	Lüksemburg	55,263	68,141	85,515	102,817	3,407	5,126	6,456	7,016
26	Macaristan	11,878	17,082	21,535	26,356	803	1,366	1,621	1,862
27	Meksika	10,87	12,522	15,239	18,414	484	731	911	1,037
28	Norveç	36,956	47,775	57,969	60,492	2,849	3,981	5,163	6,239
29	Polonya	10,654	13,898	20,789	26,529	564	807	1,352	1,687
30	Portekiz	18,887	22,74	27,308	29,685	1,581	2,145	2,684	2,650
31	Şili	9,519	12,668	18,129	22,601	668	841	1,232	1,803
32	Slovakya	11,331	16,572	24,785	29,700	603	1,096	1,949	2,027
33	Slovenya	18,046	23,941	27,736	31,627	1,405	1,907	2,377	2,670
34	Türkiye	9,433	11,773	17,264	25,986	426	583	872	1,029
35	Yeni Zelanda	21,481	25,59	31,165	37,341	1,607	2,124	2,998	3,524
36	Yunanistan	19,519	25,577	28,148	26,902	1,414	2,301	2,694	2,188
	OECD	23,258	28,853	34,790	41,261	1,761	2,429	3,177	3,633

Kaynak: www.oecd.org

Ek 3. GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcaması ve Cepten Yapılan Sağlık Harcaması Oranı, 2000 – 2015

No	Ülkeler	GSYİH İçindeki Sağlık Harcaması				Cepten Yapılan Sağlık Harcaması			
		2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
1	ABD	12,5	14,5	16,4	16,8	15,5	13,9	12,2	11,1
2	Almanya	9,8	10,2	11,0	11,1	12,0	14,2	13,9	12,5
3	Avustralya	7,6	8,0	8,4	9,3	21,0	19,6	19,7	19,4
4	Avusturya	9,2	9,6	10,2	10,3	17,8	18,6	17,7	17,9
5	Belçika	7,9	9,0	9,8	10,1	21,1	18,1	18,3	17,6
6	Çekya	5,7	6,4	6,9	7,2	10,2	11,1	15,3	14,8
7	Danimarka	8,1	9,1	10,3	10,3	15,4	14,7	13,7	13,7
8	Estonya	5,2	5,0	6,3	6,5	20,4	20,5	21,9	22,8
9	Finlandiya	6,8	8,0	8,9	9,7	23,2	19,0	20,0	19,9
10	Fransa	9,5	10,2	11,2	11,5	7,3	7,4	7,5	6,8
11	Güney Kore	4,0	4,9	6,2	7,0	43,6	41,1	37,3	36,8
12	Hollanda	7,1	9,3	10,4	10,4	9,4	10,6	9,8	12,3
13	İngiltere	6,0	7,2	8,5	9,8	11,5	10,1	9,7	14,8
14	İrlanda	5,9	7,6	10,5	7,4	12,1	13,6	13,8	15,2
15	İspanya	6,8	7,7	9,0	9,1	24,3	22,0	20,7	24,2
16	İsrail	6,8	7,1	7,1	7,4	29,5	30,2	23,7	24,4
17	İsveç	7,4	8,3	8,5	11,0	14,5	17,1	16,9	15,2
18	İsviçre	9,8	10,8	10,7	11,9	33,0	30,6	28,0	28,3
19	İtalya	7,6	8,4	9,0	9,0	26,5	21,6	20,5	22,8
20	İzlanda	9,0	9,2	8,8	8,3	19,4	17,2	18,2	17,0
21	Japonya	7,2	7,8	9,2	10,9	15,9	15,7	14,6	13,1
22	Kanada	8,3	9,1	10,6	10,4	16,6	15,4	15,5	14,6
23	Letonya	5,4	5,9	6,1	5,7	47,7	41,7	37,2	41,6
24	Litvanya	6,2	5,6	6,8	6,5	27,0	32,8	27,6	32,1
25	Lüksemburg	5,9	7,2	7,0	6,2	14,3	12,9	10,2	10,6
26	Macaristan	6,8	8,0	7,5	7,1	27,3	25,8	27,4	29,0
27	Meksika	4,4	5,8	6,0	5,8	52,2	54,6	45,7	41,4
28	Norveç	7,7	8,3	8,9	10,1	17,9	16,7	15,0	14,3
29	Polonya	5,3	5,8	6,4	6,3	31,1	27,7	23,7	23,2
30	Portekiz	8,4	9,4	9,8	9,0	25,0	23,3	24,6	27,7
31	Şili	7,0	6,6	6,8	8,0	42,8	42,5	34,5	32,2
32	Slovakya	5,3	6,6	7,8	6,9	10,8	23,6	22,8	18,4
33	Slovenya	7,8	8,0	8,6	8,5	12,7	13,0	12,7	12,5
34	Türkiye	4,6	4,9	5,1	4,1	28,9	24,2	16,9	16,9
35	Yeni Zelanda	7,5	8,3	9,6	9,3	15,4	14,1	12,6	12,4
36	Yunanistan	7,2	9,0	9,6	8,2	36,3	38,7	28,1	35,5
OECD		7,16	7,96	8,72	8,81	16,4	15,6	14,5	13,8

Kaynak: www.oecd.org & www.data.worldbank.org

Ek 4. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı, 2000 - 2015

No	Ülkeler	Hekim Sayısı				Hemşire Sayısı			
		2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
1	ABD	2,29	2,43	2,43	2,58	10,17	10,42	10,94	11,29
2	Almanya	3,25	3,4	3,71	4,14	9,99	10,65	11,53	12,65
3	Avustralya	2,49	2,78	3,2	3,5	10,07	9,76	10,18	11,45
4	Avusturya	3,85	4,32	4,8	5,09	7,16	7,18	7,7	8,04
5	Belçika	2,83	2,87	2,92	3,02	7,8	9,01	9,59	10,83
6	Çekya	3,37	3,56	3,6	3,72	7,61	8,11	8,1	8,01
7	Danimarka	2,91	3,31	3,58	3,68	12,37	14,39	15,83	16,9
8	Estonya	3,13	3,15	3,24	3,41	5,84	6,29	6,12	6,01
9	Finlandiya	2,5	2,63	2,99	3,13	10,71	12,57	13,86	13,96
10	Fransa	3,26	3,34	3,27	3,34	6,66	7,59	8,45	9,92
11	Güney Kore	1,3	1,63	1,98	2,24	2,98	3,84	4,61	5,94
12	Hollanda	2,44	2,71	2,96	3,41	10,29	11,37	11,76	12,37
13	İngiltere	1,98	2,40	2,65	2,77	8,15	9,15	8,41	7,91
14	İrlanda	2,1	2,35	2,61	2,86	11,19	12,21	13,45	12,35
15	İspanya	3,14	3,55	3,76	3,85	3,54	4,36	5,15	5,29
16	İsrail	3,45	3,22	3,32	3,07	5,43	5,23	4,71	4,88
17	İsveç	3,08	3,51	3,88	4,27	9,79	10,67	11,02	11,06
18	İsviçre	3,52	3,74	3,81	4,2	11,59	12,67	14,64	16,58
19	İtalya	3,44	3,72	3,82	3,84	6,34	6,52	6,27	6,11
20	İzlanda	3,44	3,61	3,59	3,78	13,26	13,97	14,54	15,45
21	Japonya	1,93	2,05	2,21	2,38	8,1	8,9	10,11	11,1
22	Kanada	2,1	2,16	2,38	2,66	8,2	8,73	9,37	9,87
23	Letonya	2,88	2,96	3,11	3,2	4,58	5,0	5,01	4,68
24	Litvanya	3,63	3,72	3,95	4,34	7,63	7,3	7,37	7,66
25	Lüksemburg	2,15	2,55	2,77	2,91	7,38	10,97	11,05	11,91
26	Macaristan	2,68	2,78	2,87	3,1	5,28	5,95	6,21	6,47
27	Meksika	1,59	1,75	2,11	2,35	2,19	2,18	2,41	2,79
28	Norveç	3,38	3,62	4,11	4,4	11,9	13,64	16,13	17,33
29	Polonya	2,22	2,14	2,19	2,33	4,96	5,09	5,28	5,2
30	Portekiz	3,20	3,45	3,84	4,51	4,1	4,43	5,68	6,29
31	Şili	0,8	1,3	1,6	1,9	0,11	0,13	0,16	0,17
32	Slovakya	3,35	3,04	3,36	3,45	7,44	6,02	6,07	5,7
33	Slovenya	2,15	2,35	2,43	2,83	6,85	7,80	8,19	8,78
34	Türkiye	1,30	1,47	1,69	1,81	1,06	1,14	1,57	1,95
35	Yeni Zelanda	2,23	2,11	2,62	3,01	8,3	9,03	10,06	10,25
36	Yunanistan	4,3	5,0	6,2	6,3	2,75	3,34	3,45	3,21
	OECD	2,71	2,91	3,15	3,37	7,27	7,93	8,47	8,90

Kaynak: www.oecd.org

Ek 5. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı ve Hastanede Kalış Süresi (Gün), 2000 - 2015

No	Ülkeler	Yatak Sayısı				Yatakta Kalış Süresi			
		2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
1	ABD	3,49	3,2	3,05	2,8	5,8	5,6	5,4	5,5
2	Almanya	9,12	8,47	8,25	8,13	10,1	8,8	8,1	7,6
3	Avustralya	4,04	3,9	3,78	3,81	6,1	6,0	5,1	4,2
4	Avusturya	7,95	7,69	7,65	7,54	7,6	6,9	6,6	6,5
5	Belçika	6,71	6,43	6,14	5,82	8,2	7,9	7,2	6,8
6	Çekya	7,8	7,57	7,04	6,49	8,4	7,9	6,6	5,9
7	Danimarka	4,29	3,86	3,5	2,53	3,8	3,5	3,3	3,1
8	Estonya	7,04	5,38	5,27	4,96	7,3	6	5,5	6
9	Finlandiya	7,54	7,05	5,85	4,35	6,9	7,1	7	6,6
10	Fransa	7,97	7,22	6,43	6,13	5,6	5,9	5,8	5,7
11	Güney Kore	4,65	5,9	8,74	11,61	11	10,5	10	7,5
12	Hollanda	4,83	4,45	4,1	3,7	9	7,2	5,6	6,2
13	İngiltere	4,08	3,72	2,93	2,61	7,6	6,9	6,1	6,0
14	İrlanda	6,13	5,46	2,73	2,99	6,4	6,5	6,0	6,1
15	İspanya	3,65	3,34	3,12	2,98	7,1	6,7	6,3	5,9
16	İsrail	3,79	3,72	3,16	3,03	9	5,9	5,2	5,2
17	İsveç	3,58	2,93	2,73	2,44	6,6	6,2	5,8	5,7
18	İsviçre	6,29	5,54	4,97	4,58	9,3	8,5	6,6	5,7
19	İtalya	4,71	4,04	3,64	3,2	7	6,7	6,7	6,9
20	İzlanda	4,5	4,3	3,58	3,12	4,8	4,9	5,4	5,9
21	Japonya	14,69	14,08	13,51	13,17	24,8	19,8	18,2	16,5
22	Kanada	3,77	3,1	2,78	2,61	7,2	7,2	7,7	7,4
23	Letonya	8,77	7,9	5,68	5,69	8,5	7,4	6,2	6
24	Litvanya	8,83	7,28	7,16	6,97	8,4	8,4	7,3	7,1
25	Lüksemburg	6,7	5,79	5,37	4,93	6,9	7,2	7,4	7,4
26	Macaristan	8,16	7,91	7,18	6,99	7,1	6,5	5,8	5,6
27	Meksika	1,77	1,69	1,59	1,52	3,90	4,00	4,10	4,20
28	Norveç	3,8	5,16	4,3	3,76	6	5,2	6,3	6,2
29	Polonya	6,48	6,52	6,61	6,63	8,3	7,9	7,3	6,9
30	Portekiz	3,71	3,56	3,37	3,37	7,8	7	7	7,2
31	Şili	2,71	2,31	2,04	2,14	5,9	5,8	5,8	5,7
32	Slovakya	7,86	6,79	6,46	5,75	8,4	7,3	6,6	6,9
33	Slovenya	5,4	4,83	4,57	4,51	7,1	5,8	5,5	6,5
34	Türkiye	2,05	2,27	2,52	2,68	5,6	5,3	4	3,9
35	Yeni Zelanda	2,9	2,8	2,75	2,71	4,3	5,7	6,1	5,1
36	Yunanistan	4,77	4,78	4,48	4,25	6,2	5,6	5,3	5,2
OECD		5,68	5,30	4,92	4,74	7,61	6,70	6,53	6,30

Kaynak: www.oecd.org

Ek 6. Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi, 2000 – 2015

No	Ülkeler	2000	2005	2010	2015
1	ABD	79,3	80,1	81	81,1
2	Almanya	81,2	82	83	83,1
3	Avustralya	82	83,3	84	84,5
4	Avusturya	81,2	82,2	83,5	83,7
5	Belçika	81	81,9	83	83,4
6	Çekya	78,5	79,2	80,9	81,6
7	Danimarka	79,2	80,5	81,4	82,7
8	Estonya	76,4	78,2	80,8	82,2
9	Finlandiya	81,2	82,5	83,5	84,4
10	Fransa	83	83,9	85,3	85,5
11	Güney Kore	79,7	81,6	83,6	85,2
12	Hollanda	80,7	81,7	83	83,2
13	İngiltere	80,3	81,3	82,6	82,8
14	İrlanda	79,2	81,3	83,1	83,4
15	İspanya	82,8	83,6	85,5	85,7
16	İsrail	80,9	82,2	83,6	84,1
17	İsveç	82	82,9	83,6	84,1
18	İsviçre	82,8	84	84,9	85,1
19	İtalya	82,8	83,6	84,7	84,9
20	İzlanda	81,6	83,5	84,1	83,8
21	Japonya	84,6	85,5	86,3	87
22	Kanada	81,6	82,3	83,3	83,9
23	Letonya	75,6	76,3	78	79,5
24	Litvanya	77,4	77,4	78,9	79,7
25	Lüksemburg	81,3	82,3	83,5	84,7
26	Macaristan	76,2	77,2	78,6	79
27	Meksika	76,1	76,7	77	77,7
28	Norveç	81,5	82,7	83,3	84,2
29	Polonya	78	79,3	80,7	81,6
30	Portekiz	80,4	81,5	83,2	84,3
31	Şili	80	80,5	80,9	82,7
32	Slovakya	77,5	78,1	79,3	80,2
33	Slovenya	79,9	80,9	83,1	83,9
34	Türkiye	73,1	75,2	76,8	80,7
35	Yeni Zelanda	80,8	81,9	82,7	83,4
36	Yunanistan	81,3	82,5	83,3	83,7
	OECD	77,9	81,1	82,3	83,1

Kaynak: www.oecd.org

Ek 7. 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı ve 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı, 2000 – 2015

No	Ülkeler	Anne Ölüm Hızı				Bebek Ölüm Hızı			
		2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
1	ABD	12	13	14	14	6,9	6,9	6,1	5,9
2	Almanya	8	7	7	6	4,4	3,9	3,4	3,3
3	Avustralya	9	7	6	6	5,2	4,9	4,1	3,2
4	Avusturya	5	5	4	4	4,8	4,2	3,9	3,1
5	Belçika	9	8	8	7	4,8	3,7	3,6	3,3
6	Çekya	7	6	5	4	4,1	3,4	2,7	2,5
7	Danimarka	9	8	7	6	5,3	4,4	3,4	3,7
8	Estonya	26	15	8	9	8,4	5,4	3,3	2,5
9	Finlandiya	5	4	3	3	3,8	3	2,3	1,7
10	Fransa	12	10	9	8	4,5	3,8	3,6	3,7
11	Güney Kore	16	14	15	11	5,1	4,7	3,2	2,7
12	Hollanda	14	11	8	7	5,1	4,9	3,8	3,3
13	İngiltere	12	12	10	9	5,6	5,1	4,2	3,9
14	İrlanda	9	8	7	8	6,2	3,8	3,6	3,4
15	İspanya	5	5	5	5	4,4	3,7	3,2	2,7
16	İsrail	8	7	6	5	5,5	4,4	3,7	3,1
17	İsveç	5	5	4	4	3,4	2,4	2,5	2,5
18	İsviçre	7	7	6	5	4,9	4,2	3,8	3,9
19	İtalya	5	4	4	4	4,3	3,3	3	2,9
20	İzlanda	5	4	4	3	3	2,3	2,2	2,2
21	Japonya	10	7	6	5	3,2	2,8	2,3	1,9
22	Kanada	9	9	8	7	5,3	5,4	5	4,6
23	Letonya	30	22	19	18	10,3	7,7	5,6	4,1
24	Litvanya	16	12	9	10	8,6	7,1	5	4,2
25	Lüksemburg	13	13	11	10	5,1	2,6	3,4	2,8
26	Macaristan	15	14	15	17	9,2	6,2	5,3	4,2
27	Meksika	77	54	45	38	20,8	16,9	14,1	12,5
28	Norveç	7	7	6	5	3,8	3,1	2,8	2,3
29	Polonya	8	6	4	3	8,1	6,4	5	4
30	Portekiz	13	12	11	10	5,5	3,5	2,5	2,9
31	Şili	35	31	26	22	8,9	7,9	7,4	6,9
32	Slovakya	8	7	6	6	8,6	7,2	5,7	5,1
33	Slovenya	12	11	9	9	4,9	4,1	2,5	1,6
34	Türkiye	79	57	23	16	28,4	25,8	12	10,2
35	Yeni Zelanda	12	14	13	11	6,3	5	5,5	5,9
36	Yunanistan	4	3	3	3	5,9	3,8	3,8	4
	OECD	14,5	12,2	9,8	8,8	6,7	5,5	4,4	3,9

Kaynak: www.data.worldbank.org & www.oecd.org

Ek 8. Tahmini olarak GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcaması (%), 2016 – 2030

No	Ülkeler	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	ABD	17,1	17,2	17,8	17,9	18,1	18,3	18,5	18,7	18,9	19,1	19,3	19,3	19,4	19,9	20,2
2	Almanya	11,1	11,3	11,3	11,4	11,5	11,6	11,7	11,8	11,9	12,0	12,0	12,1	12,2	12,3	12,4
3	Avustralya	9,3	9,1	9,3	9,4	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,1	10,2	10,3	10,4	10,5	10,6
4	Avusturya	10,4	10,3	10,6	10,7	10,7	10,8	10,9	11,0	11,0	11,1	11,1	11,2	11,3	11,3	11,4
5	Belçika	10,0	10,0	10,7	10,8	10,9	10,9	11,1	11,2	11,3	11,4	11,4	11,5	11,6	11,7	11,9
6	Çekya	7,1	7,1	7,6	7,7	7,8	7,9	8,0	8,1	8,2	8,3	8,3	8,3	8,5	8,5	8,6
7	Danimarka	10,4	10,2	10,8	10,9	11,0	11,1	11,2	11,3	11,4	11,4	11,5	11,5	11,7	11,8	11,9
8	Estonya	6,7	6,7	6,8	7,0	7,1	7,3	7,4	7,5	7,6	7,7	7,8	7,9	8,1	8,3	8,4
9	Finlandiya	9,5	9,2	10,0	10,2	10,3	10,5	10,6	10,8	11,0	11,1	11,2	11,3	11,5	11,6	11,8
10	Fransa	11,5	11,5	12,0	12,1	12,2	12,3	12,4	12,6	12,7	12,8	12,9	12,9	13,1	13,2	13,3
11	Güney Kore	7,3	7,6	7,7	7,9	8,1	8,3	8,6	8,7	8,9	9,1	9,3	9,5	9,7	10,0	10,2
12	Hollanda	10,4	10,1	11,5	11,6	11,7	11,8	11,9	12,0	12,1	12,2	12,3	12,4	12,6	12,7	12,9
13	İngiltere	9,8	9,7	10,3	10,5	10,8	11,0	11,3	11,5	11,8	12,0	12,2	12,4	12,7	12,9	13,2
14	İrlanda	7,4	7,1	9,8	9,8	9,8	9,8	9,7	9,6	9,5	9,3	9,1	9,0	9,0	9,0	9,2
15	İspanya	9,0	8,8	9,7	9,8	9,9	10,0	10,1	10,2	10,3	10,4	10,4	10,5	10,7	10,8	10,9
16	İsrail	7,3	7,4	7,3	7,3	7,3	7,4	7,4	7,4	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6	7,6	7,6
17	İsveç	10,9	10,9	11,5	11,8	12,1	12,4	12,7	13,1	13,4	13,7	13,9	14,1	14,3	14,3	14,6
18	İsviçre	12,2	12,3	11,9	12,0	12,1	12,3	12,5	12,7	13,0	13,1	13,2	13,3	13,5	13,6	13,7
19	İtalya	8,9	8,9	9,3	9,4	9,5	9,5	9,6	9,7	9,7	9,7	9,7	9,8	9,9	10,0	10,0
20	İzlanda	8,3	8,5	8,2	8,1	7,9	7,8	7,8	7,8	7,7	7,7	7,6	7,5	7,4	7,4	7,3
21	Japonya	10,8	10,7	11,6	11,9	12,2	12,6	12,9	13,2	13,5	13,8	14,0	14,2	14,4	14,6	14,9
22	Kanada	10,5	10,4	10,9	10,9	11,0	11,2	11,3	11,4	11,4	11,5	11,6	11,6	11,7	11,9	12,0
23	Letonya	6,2	6,3	5,9	5,9	5,9	5,9	5,8	5,9	5,9	5,9	6,0	6,0	6,0	6,1	6,1
24	Litvanya	6,7	6,3	6,6	6,6	6,7	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,9	7,0	7,0
25	Lüksemburg	6,2	6,1	6,3	6,2	6,1	6,0	5,9	5,9	5,9	5,8	5,7	5,6	5,6	5,6	5,5

... Ek 8. devamı

26	Macaristan	7,4	7,2	7,3	7,2	7,1	7,0	7,0	7,0	7,0	7,1	7,0	7,0	6,9	6,9	6,9
27	Meksika	5,5	5,4	5,9	5,9	5,8	5,7	5,7	5,7	5,7	5,7	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6
28	Norveç	10,5	10,4	10,0	10,0	10,1	10,4	10,6	10,9	11,1	11,2	11,4	11,5	11,7	11,9	12,0
29	Polonya	6,5	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8	6,8	6,9	6,9	6,9	6,9	7,0	7,1	7,2	7,2
30	Portekiz	9,1	9,0	9,4	9,4	9,3	9,3	9,2	9,2	9,2	9,1	9,1	9,0	9,0	9,1	9,1
31	Şili	8,2	8,1	7,7	7,8	8,0	8,2	8,4	8,6	8,7	8,8	8,9	9,0	9,2	9,3	9,3
32	Slovakya	7,1	7,1	7,9	7,9	8,0	7,9	7,9	7,9	7,9	7,9	7,9	7,9	8,0	8,1	8,2
33	Slovenya	8,5	8,3	8,7	8,7	8,8	8,8	8,9	9,0	9,0	9,1	9,0	9,0	9,1	9,1	9,2
34	Türkiye	4,4	4,3	4,5	4,6	4,7	4,8	4,9	5,0	5,2	5,4	5,5	5,7	5,8	6,0	5,9
35	Yeni Zelanda	9,2	9,0	9,9	10,0	10,1	10,2	10,2	10,3	10,3	10,3	10,3	10,4	10,5	10,6	10,7
36	Yunanistan	8,5	8,4	8,9	8,7	8,7	8,6	8,5	8,3	8,3	8,2	8,1	8,1	8,1	8,1	8,2
	OECD	8,9	8,8	9,2	9,3	9,4	9,5	9,6	9,7	9,7	9,8	9,9	9,9	10,1	10,1	10,2

Ek 9. Tahmini Olarak Doğuştan Beklenen Yaşam Suresi, 2016 – 2030

No	Ülkeler	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	ABD	81,1	81,7	81,8	81,9	82,0	82,0	82,1	82,2	82,3	82,4	82,5	82,6	82,7	82,8	83,0
2	Almanya	83,5	83,8	84,0	84,1	84,2	84,3	84,4	84,5	84,6	84,8	84,9	85,1	85,2	85,4	85,5
3	Avustralya	84,6	85,0	85,1	85,2	85,3	85,4	85,5	85,7	85,8	85,9	86,1	86,2	86,3	86,5	86,6
4	Avusturya	84,1	84,6	84,7	84,9	85,0	85,1	85,3	85,4	85,5	85,7	85,9	86,0	86,2	86,4	86,5
5	Belçika	84,0	84,2	84,4	84,6	84,7	84,9	85,0	85,2	85,3	85,5	85,7	85,9	86,1	86,3	86,5
6	Çekya	82,1	82,4	82,7	83,0	83,2	83,4	83,7	83,8	84,1	84,3	84,6	84,8	85,1	85,3	85,6
7	Danimarka	82,8	83,3	83,5	83,8	84,0	84,2	84,5	84,7	85,0	85,2	85,5	85,7	85,9	86,2	86,4
8	Estonya	82,2	83,2	83,6	84,0	84,4	84,8	85,2	85,6	85,9	86,3	86,6	87,0	87,4	87,8	88,3
9	Finlandiya	84,4	84,9	85,0	85,2	85,3	85,5	85,6	85,8	86,0	86,1	86,3	86,5	86,7	86,9	87,0
10	Fransa	85,7	86,4	86,7	86,8	87,0	87,1	87,2	87,4	87,5	87,7	87,9	88,1	88,2	88,5	88,7
11	Güney Kore	85,4	86,1	86,5	86,8	87,1	87,5	87,8	88,1	88,5	88,8	89,2	89,6	89,9	90,3	90,7
12	Hollanda	83,2	84,0	84,1	84,3	84,4	84,5	84,7	84,8	84,9	85,1	85,2	85,4	85,6	85,8	85,9
13	İngiltere	83,0	83,7	83,8	84,0	84,2	84,3	84,5	84,7	84,8	85,0	85,1	85,3	85,5	85,7	85,9
14	İrlanda	83,6	84,4	84,5	84,7	84,9	85,1	85,3	85,5	85,6	85,8	86,1	86,3	86,6	86,8	87,0
15	İspanya	86,3	86,7	87,0	87,2	87,5	87,6	87,9	88,0	88,3	88,5	88,7	88,9	89,1	89,4	89,6
16	İsrail	84,2	84,7	84,9	85,0	85,2	85,4	85,6	85,8	86,0	86,1	86,3	86,5	86,7	86,9	87,1
17	İsveç	84,1	84,5	84,6	84,7	84,8	84,9	85,0	85,2	85,3	85,4	85,5	85,7	85,8	85,9	86,0
18	İsviçre	85,6	85,8	86,0	86,1	86,2	86,3	86,5	86,6	86,7	86,9	87,0	87,2	87,3	87,5	87,6
19	İtalya	85,6	85,8	85,9	86,1	86,3	86,4	86,6	86,7	86,9	87,1	87,2	87,4	87,6	87,7	87,9
20	İzlanda	84,1	84,6	84,6	84,7	84,8	84,9	85,0	85,1	85,2	85,3	85,3	85,4	85,5	85,7	85,8
21	Japonya	87,1	87,2	87,3	87,4	87,5	87,6	87,8	87,9	88,0	88,1	88,2	88,4	88,5	88,6	88,7
22	Kanada	84,1	84,4	84,5	84,7	84,9	85,0	85,2	85,3	85,5	85,6	85,8	85,9	86,1	86,3	86,4
23	Letonya	79,6	80,1	80,4	80,8	81,2	81,5	81,9	82,2	82,5	82,7	83,1	83,4	83,7	84,0	84,4
24	Litvanya	80,1	80,2	80,5	80,8	81,1	81,4	81,7	82,0	82,2	82,4	82,5	82,7	83,0	83,2	83,5
25	Lüksemburg	85,4	85,4	85,8	86,0	86,3	86,6	86,9	87,3	87,5	87,8	88,1	88,4	88,7	89,0	89,3

... Ek 9. devamı

26	Macaristan	79,7	79,9	80,1	80,3	80,5	80,7	80,9	81,0	81,2	81,4	81,6	81,8	82,0	82,2	82,4
27	Meksika	77,8	77,9	77,9	78,0	78,1	78,2	78,3	78,4	78,5	78,6	78,8	78,9	79,0	79,1	79,2
28	Norveç	84,2	84,6	84,7	84,9	85,0	85,1	85,3	85,5	85,6	85,8	86,0	86,1	86,3	86,5	86,6
29	Polonya	82,0	82,3	82,5	85,7	83,0	83,2	83,5	83,7	84,0	84,2	84,4	84,6	84,9	85,1	85,4
30	Portekiz	84,3	84,7	84,9	85,3	85,4	85,4	85,5	85,6	85,6	85,7	85,8	85,9	86,2	86,4	86,5
31	Şili	82,9	82,7	83,0	83,2	83,5	83,7	83,9	84,2	84,4	84,6	84,9	85,1	85,3	85,5	85,6
32	Slovakya	80,7	80,9	81,1	81,4	81,6	81,9	82,1	82,3	82,5	82,7	83,0	83,2	83,4	83,6	83,8
33	Slovenya	84,3	84,8	85,1	85,4	85,7	86,0	86,2	86,4	86,7	86,9	87,2	87,5	87,8	88,1	88,4
34	Türkiye	80,7	81,1	81,3	81,6	81,8	82,2	82,5	82,6	82,8	82,9	83,2	83,5	83,6	83,7	84,0
35	Yeni Zelanda	83,4	83,8	83,9	84,1	84,2	84,4	84,5	84,6	84,8	84,9	85,1	85,2	85,4	85,5	85,7
36	Yunanistan	84,0	84,4	84,5	84,7	84,8	85,0	85,1	85,3	85,4	85,5	85,7	85,9	86,0	86,2	86,3
	OECD	83,4	83,8	84,0	84,2	84,4	84,6	84,8	85,0	85,2	85,4	85,6	85,9	86,1	86,3	86,5

Ek 10. Tahmini Olarak 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı, 2016 – 2030

No	Ülkeler	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	ABD	14,6	14,6	14,7	14,8	14,8	14,8	14,8	14,8	14,9	14,9	15,1	15,2	15,3	15,4	15,4
2	Almanya	6,0	5,8	5,7	5,6	5,6	5,4	5,3	5,1	4,9	4,8	4,7	4,5	4,4	4,4	4,2
3	Avustralya	5,6	5,5	5,3	5,2	5,2	5,0	4,8	4,6	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	3,6
4	Avusturya	3,7	3,6	3,5	3,5	3,5	3,4	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0
5	Belçika	6,9	6,9	6,8	6,7	6,5	6,4	6,2	6,1	6,0	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5	5,3
6	Çekya	3,5	3,3	3,1	2,9	2,7	2,5	2,3	2,1	1,9	1,6	1,4	1,2	1,1	0,8	0,6
7	Danimarka	6,4	6,2	6,0	5,8	5,6	5,4	5,2	5,0	4,8	4,6	4,4	4,1	4,0	3,8	3,6
8	Estonya	8,7	7,5	7,3	7,3	7,1	7,1	6,5	6,3	5,9	5,6	5,3	5,0	4,9	4,6	4,2
9	Finlandiya	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,4	1,3	1,2
10	Fransa	8,1	7,9	7,8	7,6	7,5	7,2	7,0	6,8	6,5	6,4	6,2	6,0	5,7	5,5	5,4
11	Güney Kore	12,1	12,1	11,8	11,5	11,3	11,0	10,7	10,2	9,9	9,5	9,4	9,3	9,2	9,0	8,7
12	Hollanda	5,4	4,9	4,4	3,9	3,6	3,3	2,9	2,5	2,0	1,6	1,4	1,3	0,9	0,8	0,6
13	İngiltere	8,7	8,4	8,1	7,8	7,5	7,2	7,0	6,8	6,5	6,3	6,0	5,7	5,5	5,2	4,9
14	İrlanda	7,8	7,9	8,1	8,2	8,2	8,2	8,3	8,3	8,2	8,2	8,4	8,4	8,4	8,5	8,5
15	İspanya	5,0	4,9	4,9	4,8	4,9	4,9	4,9	4,9	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,7	4,7
16	İsrail	4,5	4,2	3,9	3,7	3,6	3,4	3,1	3,0	2,7	2,5	2,2	2,0	1,8	1,6	1,3
17	İsveç	3,9	3,7	3,5	3,3	3,1	3,1	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,4	2,3	2,1	2,0
18	İsviçre	5,0	4,9	4,8	4,7	4,6	4,4	4,3	4,1	4,0	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3
19	İtalya	3,7	3,6	3,6	3,6	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3,2
20	İzlanda	3,1	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2	2,0	1,8	1,7
21	Japonya	4,7	4,6	4,5	4,3	4,1	4,1	3,9	3,7	3,5	3,3	3,0	2,8	2,6	2,4	2,2
22	Kanada	7,1	6,9	6,6	6,4	6,2	5,9	5,7	5,5	5,3	5,2	5,0	4,8	4,6	4,5	4,3
23	Letonya	15,6	15,1	14,8	14,2	13,8	13,1	12,4	11,8	11,4	10,6	9,9	9,1	8,7	8,0	7,3
24	Litvanya	8,4	8,1	8,0	7,7	7,5	7,2	6,8	6,7	6,5	6,2	5,8	5,3	5,0	4,6	4,3
25	Lüksemburg	9,7	9,5	9,4	9,1	8,8	8,6	8,5	8,3	8,2	7,9	7,7	7,4	7,3	7,1	6,9

... Ek 10. devamı

26	Macaristan	16,7	17,0	17,3	17,6	17,9	18,0	18,2	18,3	18,6	18,8	19,1	19,3	19,5	19,8	20,0
27	Meksika	33,3	32,6	31,6	30,1	28,3	26,3	24,4	22,4	20,3	18,4	17,2	15,4	13,4	11,6	9,8
28	Norveç	4,9	4,7	4,5	4,3	4,1	4,0	3,9	3,7	3,5	3,3	3,2	3,0	2,9	2,7	2,6
29	Polonya	2,9	2,4	2,3	2,2	2,0	2,0	1,8	1,6	1,5	1,3	1,2	1,1	0,9	0,7	0,6
30	Portekiz	9,5	9,3	9,1	9,0	8,8	8,7	8,5	8,3	8,1	7,9	7,7	7,5	7,3	7,2	6,9
31	Şili	22,2	21,7	21,2	20,6	20,1	19,6	19,1	18,7	18,2	17,8	17,3	16,9	16,5	16,0	15,5
32	Slovakya	5,4	5,3	5,2	5,2	5,1	5,0	5,0	4,8	4,8	4,6	4,5	4,4	4,2	4,1	4,0
33	Slovenya	7,9	7,7	7,4	7,3	7,1	7,0	7,0	6,7	6,6	6,4	6,1	5,9	5,7	5,4	5,2
34	Türkiye	15,8	14,7	13,1	12,2	11,3	10,7	10,2	9,4	8,7	7,9	6,9	6,7	5,8	5,1	4,4
35	Yeni Zelanda	11,5	11,2	10,9	10,7	10,5	10,2	10,2	10,0	9,9	9,6	9,4	9,3	9,1	9,0	8,9
36	Yunanistan	2,88	2,97	2,96	2,96	2,95	2,95	2,94	2,94	2,93	2,92	2,92	2,91	2,91	2,90	2,90
	OECD	8,4	8,2	8,0	7,8	7,6	7,3	7,1	6,9	6,6	6,4	6,2	6,0	5,8	5,5	5,3

Ek 11. Tahmini Olarak 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı, 2016 – 2030

No	Ülkeler	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	ABD	6,0	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3	5,2	5,2	5,1	5,0	5,0	4,9	4,8	4,7	4,6
2	Almanya	3,4	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2
3	Avustralya	3,1	2,9	2,8	2,7	2,5	2,4	2,2	2,1	2,0	1,8	1,6	1,5	1,4	1,2	1,1
4	Avusturya	3,1	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5
5	Belçika	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	2,3
6	Çekya	2,8	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0
7	Danimarka	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,5	2,4	2,4	2,2
8	Estonya	2,3	2,1	2,0	1,8	1,7	1,5	1,4	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,3	0,2
9	Finlandiya	1,9	1,7	1,6	1,5	1,4	1,2	1,2	1,1	1,0	0,9	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3
10	Fransa	3,7	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9
11	Güney Kore	2,8	2,2	2,0	1,8	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,0	0,8	0,7	0,5	0,3	0,1
12	Hollanda	3,5	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	2,1	2,0	1,9	1,8
13	İngiltere	3,8	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1
14	İrlanda	3	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1	1,9	1,8	1,6	1,5	1,4
15	İspanya	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2
16	İsrail	3,1	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	1,8	1,7	1,5	1,4	1,2	1,1	1,0
17	İsveç	2,5	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,7	1,7
18	İsviçre	3,6	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9
19	İtalya	2,8	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8	1,7
20	İzlanda	0,7	1,2	1,2	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,2
21	Japonya	2	1,8	1,7	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2	1,1	1,1	1,0	0,9	0,8
22	Kanada	4,5	4,6	4,5	4,4	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8
23	Letonya	3,7	3,6	3,4	3,3	3,2	3,0	3,9	3,6	3,3	3,1	2,9	2,6	2,4	2,4	2,5
24	Litvanya	4,5	4,3	3,9	3,8	3,7	3,4	3,1	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,2
25	Lüksemburg	3,8	2,4	2,4	2,5	2,7	2,8	3,0	3,0	3,0	2,9	2,7	2,6	2,6	2,7	2,6

... Ek 11. devamı

26	Macaristan	3,9	3,4	3,3	3,2	3,0	2,8	2,6	2,4	2,1	1,9	1,7	1,4	1,2	1,0	0,7
27	Meksika	12,1	10,8	10,3	9,9	9,5	9,1	8,6	8,2	7,8	7,3	6,8	6,3	5,8	5,3	4,8
28	Norveç	2,2	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,1	0,9	0,8
29	Polonya	4	3,4	3,2	2,9	2,7	2,5	2,3	2,0	1,8	1,5	1,3	1,1	0,8	0,6	0,3
30	Portekiz	3,2	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5
31	Şili	6,7	6,8	6,8	6,7	6,5	6,4	6,3	6,2	6,0	5,9	5,8	5,7	5,6	5,5	5,4
32	Slovakya	5,4	4,8	4,7	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,5	3,4	3,1	3,0
33	Slovenya	2	1,8	1,6	1,5	1,4	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,7	0,6	0,4	0,4	0,2
34	Türkiye	10	9,1	8,7	8,6	8,5	8,3	7,9	7,7	7,1	6,7	6,4	6,1	5,8	5,5	5,1
35	Yeni Zelanda	5,7	5,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,5	5,5	5,6	5,6	5,6	5,6	5,7	5,7	5,6
36	Yunanistan	4,2	3,1	3,2	3,2	3,3	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3
	OECD	3,9	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,3	2,2	2,1

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Unurbayar LKHAGVAA
Doğum Yeri: Selenge, Moğolistan
Doğum Tarihi: 14.06.1992
Medeni Hali: Bekar
Bildiği Yabancı Diller: İngilizce, Türkçe
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Moğolistan Milli Tıp Üniversitesi,
Sağlık Ekonomist (Lisans), 2011 - 2015
Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: -
E-posta: unurbayaa@gmail.com