



T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE, AFGANİSTAN VE OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK
VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Mohebullah FAQIRI

Danışman
Prof. Dr. Türker YARDAN

SAMSUN
2021

T.C

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



**TÜRKİYE, AFGANİSTAN VE OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK
VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Mohebullah FAQIRI

Danışman

Prof. Dr. Türker YARDAN

SAMSUN
2021

TEZ KABUL VE ONAYI

Mohebullah FAQIRI tarafından, Prof. Dr. Türker YARDAN danışmanlığında hazırlanan *Türkiye, Afganistan Ve OECD Ülkelerinin Sağlık Verilerinin Karşılaştırılması* başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 9.6.2021 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı		
	Üniversitesi		
	Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Türker YARDAN		<input checked="" type="checkbox"/>
	Ondokuz Mayıs Üniversitesi		Kabul
	Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü		<input type="checkbox"/>
			Ret
Üye	Doç. Dr. Polat TUNÇER		<input checked="" type="checkbox"/>
	Ondokuz Mayıs Üniversitesi		Kabul
	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/>
			Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi A. Yunus SARIYILDIZ		<input checked="" type="checkbox"/>
	Samsun Üniversitesi		Kabul
	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/>
			Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY
... / ... / ...
Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım yüksek lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığımı taahhüt ve beyan ederim.

... /... / 2021

Mohebullah FAQIRI

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : Türkiye, Afganistan Ve Oecd Ülkelerinin Sağlık Verilerinin Karşılaştırılması

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 17.05.2021 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı: % 23

Tek kaynak oranı : % 2 çıkmıştır.

17 /05 / 2021

Prof. Dr. Türker YARDAN

ÖZET

TÜRKİYE, AFGANİSTAN VE OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mohebullah FAQIRI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Haziran 2021

Danışman: Prof. Dr. Mohebullah FAQIRI

Amaç: Bu çalışma Türkiye, Afganistan ve OECD ülkelerinin sağlık verilerini karşılaştırılarak, Afganistan sağlık sistemi için açısından öneriler ortaya konulmasını amaçlamaktadır.

Materyal ve Metot: Çalışmada Türkiye, Afganistan ve OECD ülkelerinin 2002-2019 yılları arasındaki, birinci basamak sağlık hizmetleri, yataklı tedavi sağlık hizmetleri, personel verileri, sağlık fonları ve harcama değerleri ile sağlık göstergelerini (bebek ölüm oranları, yetişkin ölüm oranları, ortalama yaşam süreleri. gibi) OECD veri tabanı, Türkiye ve Afganistan Sağlık Bakanlığı ile İstatistik Kurumları üzerinden elde edilerek karşılaştırılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Afganistan'da 1000 canlı doğum başına düşen beş yaş altı ölüm oranı Türkiye'nin 6,03 katı, OECD ülkeleri ortalamasının ise 8,6 katı yüksek olduğu belirlenmiştir. Afganistan'da 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm oranı Türkiye'nin 5,4 katı, OECD ülkeleri ortalamasının ise 7,9 katı olduğu belirlenmiştir. Afganistan'da 1000 canlı doğum başına düşen yeni doğan ölüm oranı Türkiye'nin 6,8 katı, OECD ülkeleri ortalamasının ise 8,9 katı olduğu tespit edilmiştir. Afganistan erkek yetişkin ölüm oranlarında Türkiye'nin 1,8, OECD üyesi ülkelerinin ise 2.02 katı kadın yetişkin ölüm oranlarında ise Türkiye'nin 2,9 OECD üyesi ülkelerinin 3,05 katı düzeyinde olduğu görülmüştür. Afganistan'da ise 2002 yılı itibariyle 14000 olan anne ölümü gerçekleşirken 2019 yılı itibariyle %45 azalarak 7700' e düştüğü tespit edilmiştir. Afganistan anne ölüm oranları Türkiye'nin 35 katı, OECD üyesi ülkelerin 2,75 katıdır. Afganistan, Türkiye'den 6,6 kat, OECD üyesi ülkelere 69,7 kat daha az kişi başı sağlık harcamasına sahiptir. Afganistan'da ise 2002 yılında kişi başına 85,4 dolar sağlık harcaması yapılırken, 2017 yılında 75,5 dolar olmuştur. Her 1000 kişi başına Türkiye'de 1,88, Afganistan'da 0,35 doktor düştüğü belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Türkiye, Afganistan, OECD, Sağlık

ABSTRACT

HEALTH DATA COMPARISON OF TURKEY, AFGHANISTAN AND OECD COUNTRIES

Mohebullah FAQIRI

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Healthcare Management

M.Sc. Thesis, June 2021

Supervisor: Prof. Dr. Türker YARDAN

Objective: This study aims to compare the health data of Turkey, Afghanistan and OECD countries to make recommendation for the quality of health care and health expenditure for the Afghanistan health system.

Material and Method: In the study, primary health care, inpatient health care, personnel data, health funds and expenditure values and specific health indicators (such as infant mortality rates, adult mortality rates, average life expectancy) of Turkey, Afghanistan and OECD countries between 2002 and 2019 were obtained and compared through the Ministry of Health and Statistical Institutions of Turkey and Afghanistan.

Results and Conclusions: The rate of under-Five mortality rate per 1,000 live births in Afghanistan was 6.03 times higher than that of Turkey and 8.6 times the average of OECD countries. While the rate of infant deaths per 1,000 live births in Afghanistan is 5.4 times than that of Turkey and 7.9 times the average for OECD countries. Similarly, the rate of newborn deaths per 1,000 live births in Afghanistan is 6.8 times higher than that of Turkey and 8.9 times the average for OECD countries. The mortality rate of male adults in Afghanistan were 1.8 times higher than that of Turkey and 2.02 times that of OECD member countries, while the female adult mortality rates were 3.05 times than that of Turkey and 2.9 times than OECD member countries. In Afghanistan, there were 14,000 maternal deaths as of 2002, while by 2019 it had decreased by 45% to 7700. The maternal mortality rates of Afghanistan are 35 times higher than Turkey and 2.75 times that of OECD member states. The health expenditures per capita of Afghanistan is 6.6 times less than Turkey and 69.7 times less than OECD member states. The health expenditures of Afghanistan was \$85.4 per capita in 2002 which become \$75.5 in 2017. The number of doctors per 1,000 people 1.88 in Turkey and Afghanistan 0.35 was determined.

Keywords: Turkey, Afganistan, OECD, Health.

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca özellikle tez çalışmalarımın her aşamasında yakın ilgi ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Türker YARDAN'a sonsuz şükran ve saygılarımı sunarım. Ayrıca Türkiye'de yüksek lisans yapma fırsatı veren Yurtdışı Türkler ve Akrabalar Topluluklar (YTB) Başkanlığı'na ve yüksek lisansımın tamamlanmasında 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.

Üniversite hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen değerli ailem ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Başarılı olmam için desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, çalışmalarımı tamamlamam için büyük fedakârlıklar yapan değerli eşime, yüksek lisans sürecinde onlardan uzak durmak zorunda kaldığım oğlum Akaşa Faqiri ve kızım Haya Faqiri'ye sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim.

Haziran 2021, SAMSUN

Mohebullah FAQIRI

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri	4
2.1.1. Sağlık Kavramı	4
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	5
2.1.3. Sağlık Sektörü ve Kamunun Rolü	8
2.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
2.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
2.1.4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
2.1.4.1.2. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
2.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	11
2.1.4.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	11
2.1.4.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	12
2.1.4.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	12
2.1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	12
2.1.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon	12
2.1.4.3.2. Sosyal Rehabilitasyon	13
2.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	13
2.1.6. Sağlık Harcamaları	14
2.2. Türk Sağlık Sistemi ve Verileri	15
2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	17
2.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri ve Hastaneler	19
2.2.3. Sağlık Personeli	21
2.2.4. Sağlık Harcamaları ve Finansman	22
2.2.5. Sağlık Göstergeleri	24

2.3. Afganistan Sağlık Sistemi ve Verileri.....	27
2.3.1. Afganistan Hakkında Genel Bilgi	28
2.3.2. Afganistan Sağlık Sistemi	31
2.3.2.1. Hastaneler.....	33
2.3.2.2. Tedavi ve Yatak Ücretleri	33
2.3.2.3. Sağlık Sigortası ve Primler.....	34
2.3.2.4. İlaç Temin Koşulları	34
2.3.3. Sağlık Sistemi Organizasyonu ve Yönetimi.....	34
2.3.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	35
2.3.3.1.1. Sağlık Evi (Health Post).....	35
2.3.3.1.2. Sağlık Alt Merkezi (Health Sub Center)	36
2.3.3.1.3. Gezici Sağlık Ekibi (Mobil Health Team)	36
2.3.3.1.4. Temel Sağlık Merkezi (Basic Health Center).....	36
2.3.3.1.5. Toplum Sağlığı Merkezi (Comprehensive Health Center).....	36
2.3.3.1.6. İlçe Hastanesi (District Hospital).....	37
2.3.3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	37
2.3.3.2.1. İlçe Hastanesi (District Hospital).....	37
2.3.3.2.2. İl Hastanesi (Provincial Hospital).....	38
2.3.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	38
2.3.4. Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Sağlık Harcamaları	40
2.3.5. Sağlık Göstergeleri.....	42
2.4. OECD Sağlık Sistemleri ve Verileri	47
2.4.1. Almanya Sağlık Sistemi ve Verileri.....	48
2.4.2. ABD Sağlık Sistemi ve Verileri.....	50
2.4.3. İngiltere Sağlık Sistemi ve Verileri.....	58
2.4.4. Fransa Sağlık Sistemi ve Verileri	60
2.4.5. Norveç Sağlık Sistemi ve Verileri	62
2.4.6. Belçika Sağlık Sistemi ve Verileri	63
2.4.7. İtalya Sağlık Sistemi ve Verileri	64
2.4.8. Finlandiya Sağlık Sistemi ve Verileri	66
2.4.9. Yeni Zelanda Sağlık Sistemi ve Verileri.....	68

2.4.10. Hollanda Sağlık Sistemi ve Verileri.....	69
2.4.11. Meksika Sağlık Sistemi ve Verileri	70
3. MATERYAL VE METOT	72
3.1. Materyal.....	72
3.1.1. Çalışmanın Amacı.....	72
3.1.2. Problem Cümlesi.....	72
3.1.3. Hipotezler	72
3.1.4. Varsayımlar	73
3.1.5. Sınırlılıklar.....	74
3.2. Metot	74
3.2.1. Evren ve Örneklem	74
3.2.2. Veri Toplama Aracı.....	75
3.2.3. Analiz Metodu	75
4. BULGULAR.....	77
4.1. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcaması Açısından Karşılaştırılması.....	78
4.1.1. Kişi Başına Düşen GSYİH'nin Karşılaştırılması.....	78
4.1.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması	79
4.1.3. Cepten Yapılan Toplam Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması ...	80
4.2. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Hekim ve Hemşire Sayılarının Karşılaştırılması.....	81
4.3. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Hastane Yatak Kullanımı Açısından Karşılaştırılması.....	82
4.3.1. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısının Karşılaştırılması	83
4.3.2. Hastanede Kalış Süresinin Karşılaştırılması.....	83
4.4. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Sonuç Göstergelerinin Karşılaştırılması.....	84
4.4.1. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresinin Karşılaştırılması.....	84
4.4.2. 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızının Karşılaştırılması.....	86
4.4.3. 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızının Karşılaştırılması.....	87
4.5. Hipotezlerin Kabul Red Durumu Özet Tablo	87
5. TARTIŞMA.....	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	95
6.1. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcaması Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar	95

6.2. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Hekim ve Hemşire Sayılarının Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar	96
6.3. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Hastane Yatak Kullanımı Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar	96
6.4. OECD Üyesi Ülkeler Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Sonuç Göstergelerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar	97
6.5. ÖNERİLER	97
KAYNAKLAR.....	100



SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ANDS	Afganistan Ulusal Kalkınma Stratejisi
BHK	Bölge Hastane Kurulları
BHC	Temel Sağlık Merkezi
BPHS	Temel Sağlık Hizmetleri Paketi
CHC	Toplum Sağlık Merkezi
CHS	Toplum Sağlık Gözetmeni
ÇEKÜS	Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi
DH	İlçe Hastanesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DB	Dünya Bankası
EPHS	Gerekli Hastane Hizmetleri Paketi
ESKHS	Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi
FDA	Gıda ve İlaç İdaresi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
HHS	Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü
HSB	Halk Sağlığı Bakanlığı
HIS	Sağlık Bilgi Sistemleri
HMIS	Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemi
HSC	Sağlık Alt Merkezi
IMCI	Entegre Çocuk Hastalığı Yönetimi
İMF	Uluslararası Para Fonu
ISAF	Uluslararası Destek Gücü
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezleri
MHT	Gezici Sağlık Ekibi
NGOs	Özerk Yapıdaki Sivil Toplum Kuruluşu
NHS	Ulusal Sağlık Hizmeti
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USAID	United States Agency for International Development
USD	Amerikan Doları

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	7
Şekil 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri	10
Şekil 2.3. Sağlık Hizmetleri Üçgeni.....	22
Şekil 2.4. Afganistan Sağlık Sistemi Organizasyon Şeması.....	35
Şekil 2.5. Temel Sağlık Hizmetlerinin Hastane Hizmetlerine Bağlanması	40
Şekil 2.6. Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Sağlık Harcamaları	41
Şekil 2.7. ABD Hastanelerinin Dağılımı.....	51
Şekil 2.8. ABD Sağlık Finansmanı	52
Şekil 2.9. ABD Sağlık Sistemindeki Sağlık Finansman Akımı	53
Şekil 2.10. ABD Sağlık Sistemi Yapısı	54

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı.....	17
Tablo 2.2. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Toplam Hekime Müracaat	18
Tablo 2.3.Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2017	18
Tablo 2.4. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı	19
Tablo 2.5. Sağlık Bakanlığı Kurum ve Yatak Sayıları (2002-2016)	20
Tablo 2.6. 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	20
Tablo 2.7. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler	21
Tablo 2.8. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	21
Tablo 2.9. Türkiye Toplam Sağlık Harcamalarının Yurtiçi Gayri Safi Milli Hasılaya Oranı (%)	22
Tablo 2.10. Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması, (%)..	23
Tablo 2.11. Türkiye ve OECD Üyesi Ülkelerin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Ortalamasının Karşılaştırılması(ABD \$)	23
Tablo 2.12. Türkiye ve OECD Üyesi Ülkelerin Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Ortalamasının Karşılaştırılması (ABD \$)	24
Tablo 2.13. Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Sayıları.....	25
Tablo 2.14. Türkiye’de Yıllara Göre 5 Yaş Altı Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğum Başına)	25
Tablo 2.15. Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Oranları (1000 Canlı Doğumda).....	26
Tablo 2.16. Türkiye’de Yıllara Göre Yeni Doğan Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda)	26
Tablo 2.17. Türkiye ve OECD ülkelerinin Anne Ölüm Sayıları.....	27
Tablo 2.18. Afganistan Nüfus Verileri.....	30
Tablo 2.19. Afganistan’da Kadın ve Erkek Nüfusun Ortalama Yaşam Süreleri	30
Tablo 2.20. Afganistan GSYİH Verileri (2002-2019).....	31
Tablo 2.21. Temel Sağlık Hizmetleri Paketinin Dağıtım 2010.....	32
Tablo 2.22. Afganistan ve OECD Üyesi Ülkeler Ortalamaları Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ABD \$)	42
Tablo 2.23. Afganistan’da Yıllara Göre Bebek Ölüm Sayıları	43
Tablo 2.24. Afganistan’da Yıllara Göre 5 Yaş Altı, Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğum Başına).....	44
Tablo 2.25. Afganistan’da Yıllara Göre Bebek Ölüm Oranları (1000 Canlı Doğumda)	44
Tablo 2.26. Afganistan’da Yıllara Göre Yeni Doğan Ölüm Oranı, (1000 Canlı Doğumda)	45

Tablo 2.27. Afganistan’da Erkek ve Kadın Yetişkin Ölüm Oranları	46
Tablo 2.28. Anne Ölüm Oranları	46
Tablo 2.29. Almanya’nın Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri.....	49
Tablo 2.30. ABD’ nin Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri.....	57
Tablo 2.31. İngiltere’nin Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri.....	60
Table 4.1. Kişi Başına Düşen GSYİH’nın Karşılaştırılması.....	78
Table 4.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması.....	79
Table 4.3. Kişi Başı Yapılan Cepten Harcama Oranları (OECD, 2019)	81
Table 4.4. 1000 Kişiye Düşen Hekim ve Hemşire Sayıları (Afganistan, OECD).....	82
Table 4.5. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısının Karşılaştırılması.....	83
Table 4.6. Hastanede Kalış Süresinin Karşılaştırılması	84
Table 4.7. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Kadın Ve Erkek).....	85
Table 4.8. 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı.....	86
Table 4.9. 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı.....	87
Table 4.10. Hipotezlerin Kabul Red Durumu Özet Tablo.....	88

1. GİRİŞ

Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik kalkınmışlık düzeyleri arasında yakın ve karşılıklı nedensellik ilişkisi vardır. Başta gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm ülkelerde toplam harcamaların sağlık sektörüne ayrılan payı gittikçe artmakta ve bireylerin sağlık konusundaki farkındalıkları yüksek düzeyde olmaktadır. Ayrıca toplumun sağlık düzeyinin gelişmesi ve yükselmesi ekonomik gelişimi de hızlandırmaktadır. Yapılmış olan çalışmalarda, ekonomik göstergelerde yaşanan iyileşmelerin sağlık göstergelerine de olumlu yönde etki ettiği görülmüştür. Ülkelerin sanayileşmesi ve gelir seviyesinin yükselmesi ile sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak miktarı artmaktadır (Taban, 2004).

Ülkelerin sağlık sistemleri ve bu sistemlerin özellikleri; sağlık harcamaları ile beraber sağlıkla alakalı çeşitli çıktılara etki eden en hayati faktörleri içerir (Daştan & Çetinkaya, 2015). Sağlık, kalkınmışlık seviyesinin indikatörlerinden biri olan ve yaşam kalitesine direkt etki eden en önemli unsurdur. Bu sebeple, bir ülkenin sağlık sistemi; toplumsal yapısındaki her bir bireyin doğumda beklenen yaşam süresini artırmak, bebek ölüm oranlarını düşürmek ve bu hedeflere varabilmek için yeterli düzeyde ve sayıda sağlık tesisi, insan gücü, teknolojisi ve sağlık hizmeti sunum aygıtlarına sahip olmasını gerektirmektedir. Bu şekilde ülkeler sağlıklı toplum yaratma amaçlarını gerçekleştirebilmektedirler (Şener ve Yiğit, 2017).

Afganistan'daki uzun yıllar süren çatışma ve siyasi istikrarsızlık, kötü ekonomi ve şiddetli kuraklık sağlık sistemini olumsuz şekilde etkileyerek Afganistan'ı en zayıf sağlık sistemine sahip ülkeler kategorisinin içine sokmuştur. Bu tür bir mağduriyet halihazırda kötü sağlık durumunu ortaya çıkarmış, akut solunum yolu hastalıkları, ishal ve kötü beslenme gibi problemler Afgan çocuklarının ölümüne neden olmuştur. Sağlık sistemlerinin performansının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan temel göstergelerden yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı, ülkedeki bu faktörlerden olumsuz şekilde etkilenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine bakıldığında, Afganistan'da doğumda beklenen yaşam süresinin 2016 yılında erkeklerde 61 yıl, kadınlarda 64 yıl; 2018 yılı verilerine göre; 1000 canlı doğum başına düşen beş yaş altı ölüm hızı 62; 2017 yılında bu oran Türkiye'de 10,9, OECD ülkelerinde ise 7,2; Afganistan'ın kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ise 167 \$, Türkiye'de 1124 \$, OECD ülkelerinde ise 3868 \$ olduğu görülmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017;

WHO, 2020). Aynı zamanda Afganistan'daki her düzeyde sağlık çalışanının bilgi eksikliği bulunmaktadır.

Bir ülkenin ekonomik gelişmişlik ve refah düzeyini gösteren en önemli faktörlerden biri sağlıktır. Ayrıca kişilerin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığını sürdürebilmeleri amacıyla devletten sağlığın korunması, hastalıkların teşhisi, tedavisi ve iyileştirilmesi için gerekli imkanları talep etmeleri bireylerin hakları arasındadır. Sağlık hakkı temel insan haklarının başında gelen yaşam hakkının bir parçası olmuştur. Kişilerin sağlık seviyelerinin iyi olması, sağlık hizmetlerinin etkili ve doğru şekilde verilmesine bağlı sayılmıştır. Sosyal refah ve ekonomik üretkenlik için, iyi bir sağlık düzeyine sahip kişilerden meydana gelen toplum önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin ne şekilde verileceği sağlık sistemlerini incelemeyi gerektirmektedir. Ülkeler sağlık göstergeleri ve sağlık sistemleri açısından farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan bütün ülkelerde sağlık alanında en başta gelen sorun, sektöre ayrılan kaynakların en etkin ve verimli şekilde nasıl kullanılacağı, ayrılan kaynaklarla sağlanan hizmetlerin en ulaşılabilir hale nasıl getirileceği ve üretilen hizmetlerin en iyi şekilde nasıl paylaşılacağıdır (Yılmaz, 2014).

Bu çalışmada; Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi olan 37 ülke içerisinde Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin bulunduğu 12 ülke ile OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'ın sağlık sistemi verilerinin karşılaştırılması ve sağlık sisteminin iyileştirilmesi için öneriler sunulması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda Afganistan'da daha önce yapılmış olan benzer çalışmalara rastlanılmamıştır. Dolayısıyla literatürde bu konu ile ilgili eksiklik olduğu görülmüştür.

Veriler 2002 ve 2019 yılı OECD, Afganistan Sağlık Verileri ve Raporları, Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemi (HMIS), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık bilgi sistemleri (HIS), ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine dayanmaktadır. Yöntem olarak bu çalışma ikincil kaynaklara ve kaynak taramasına dayalı olarak hazırlanmıştır. Çalışmada kullanılan veriler 2002 ve 2019 yılı, OECD, Afganistan Sağlık Verileri ve Raporları, Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemi (HMIS), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık bilgi sistemleri (HIS) ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine dayanmaktadır. Oluşturan sağlık sistem büyüme ilişkisini açıklayabilmek için OECD ülkeleri sağlık verilerine göre doktor sayısı, hemşire ve ebe sayısı, hastane

ve yatak sayısı, ortalama yaşam süresi, kişi başi sağlık harcaması, morbidite ve mortalite Afganistan sağlık verileriyle karşılaştırarak, elde edilen sonuç sağlık verilerinin belirleyicilerini tanımlama konusunda, kanıta dayalı bilgiler sunmaktadır. Bu çalışmanın, sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesinde yöneticilere, karar vericilere ve akademisyenlere katkı sağlayacağı düşünölmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

Çalışmanın kavramsal çerçevesinin çizileceği bu kısımda ilk olarak sağlık ve sağlık hizmetleri konusu incelenecek, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ele alınacaktır.

2.1.1. Sağlık Kavramı

DSÖ'nün 1946'daki sağlık tanımı şu şekildedir: *“sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”* (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006).

Kişiler açısından sağlık, genel olarak hastalığın bir kişide olmaması olarak tanımlanmaktadır. Uzmanlara göre en basit şekilde, bireyin fiziksel bir durumdan rahatsızlık duyması veya normal bir bireyden kendisini farklı hissetme durumu hastalık olarak kabul edilmiştir. Ancak bireyler kendilerini aşırı derecede rahatsız etmeyen durumlarda hasta olarak kendilerini kabul etmezler. Sağlık kavramı göreceli bir kavram olması nedeniyle birden fazla tanımı yapılabilmektedir. Genel olarak sağlık, kişinin hasta olmaması veya bedensel engelinin bulunmaması durumu şeklinde tanımlansa da en yaygın tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ-WHO) belirlediği sağlık tanımıdır (Bilal, 2018).

İnsan yaşama gözlerini açtığı ilk andan itibaren yetişkinlik sürecini geçirerek bedensel gelişimi en üst seviyelere ulaşır ve daha ileriki süreçte bedensel gelişiminin gerilemesine ek olarak zihinsel gelişimi de gerilemeye başlamaktadır. Sağlığın hiç şüphesiz geçmişteki ve günümüzdeki yeri yadsınamaz. Sağlıklı bireyin yanı sıra sağlığın sürdürülebilir olması da oldukça önem arz etmektedir. Sağlığın korunması, sürekliliğinin sağlanması ve geliştirilmesi yalnızca sağlık sektörünün mesuliyetinde değildir. Sağlıklı bir toplumdan söz edebilmek için, ekonomik ve sosyal çevreler mutlak suretle ilişki içerisinde olmalıdır. Ekonomik çevreler sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak oluşturma çalışmaları yaparken, sosyolojik, biyolojik ve fiziki çevre koşullarının insan sağlığı üstündeki negatif etkilerinin hafifletilmesi adına zorunlu tedbirleri almalıdır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Geleneksel Tıp Açısından Sağlık Kavramı: En eski sağlık tanımlarından biri olan herhangi bir hastalığın bulunmama halini geleneksel tıp kavramı vermektedir.

Sağlık ile alakalı bu görüş daha ziyade hekimler ve diğer sağlık personeli arasında, yirminci yüzyılın ilk yarısında büyük ölçüde kabul edilmiştir. Bu modelde belirtilen sağlık tanımı, bilhassa sağlık çalışanları arasında en fazla kabul gören tanım niteliğindedir. Zira bu modelde, sağlığın tanımı, yalnızca hastalığın yokluğu, vücudun herhangi bir bölümünde bir dizi bulgu ve belirtiler ile kendini gösteren, birtakım patolojik bulguların ya da anormalliklerin bulunmaması biçiminde yapılmıştır (Acar, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü Açısından Sağlık Kavramı: Dünya Sağlık Örgütü, 1948 yılında DSÖ Tüzüğü'nde sağlık kavramını “*yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, aynı zamanda bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir.*” biçiminde tanımlamıştır. DSÖ'nün yapmış olduğu bu tanım, sağlığın sosyal, ruhsal, fiziksel ve ekonomik yönlerini de dahil etmiştir. Böylelikle sağlık kavramı daha bütüncül bir yaklaşım sergilemektedir (Fişek, 2017).

Ekolojik Açıdan Sağlık Kavramı: Bu yaklaşımda, kişilerin sağlık ve hastalık durumlarının çevreleriyle etkileşimlerinin neticesinde olduğunu savunmaktadır. Ekolojik açıdan sağlık, çevredeki değişimlere adapte olabilmek, büyüyüp yaşlanabilmek, hastalanma durumunda iyileşebilmek, acı çekebilme ve ölümü huzurlu biçimde bekleyebilme dirayetidir. Zira sağlık, acıyı ve onunla beraber yaşamak için lazım olan güce sahip olmayı da ihtiva etmektedir (Kaplan, 2016).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Ülkelerin kalkınmışlık seviyelerinden ayrı olarak dünya genelindeki insanları ilgilendiren konuların başında sağlık ve sağlık hizmetleri gelmektedir. Sağlık, bireyin yaşamıyla yakından ilişkili olması ile birlikte çok değişik özelliklere sahiptir. Daha önce doktor ve hemşire odaklı sunulan sağlık ve sağlık hizmetleri gün geçtikçe pek çok farklılık göstererek sektörler ve meslekler arası bir boyut kazanmıştır. Sağlık hizmetleri, sadece belirli bir kesime değil, bütün topluma hitap etmektedir (Tıraş, 2018).

Sağlık ekonomisinin farklı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına yol açan unsurların başında, sağlık hizmetlerinin kendine biçilmiş olan amaç ve hedeflerini yerine getirebilmesi adına birtakım özellikleri bulundurması gerekmektedir (Tengilimoğlu ve ark., 2017).

Sağlık hizmeti üretmek için çalışanların kullanmakta olduğu muhtelif araç-gereçler ve hastaneler; ilaç, bandaj, temizlik hizmetleri gibi sağlık hizmetinin üretiminde kullanılmakta olan ara girdiler tarafından üretilen hizmet olarak tanımlanabilir.

İnsan sağlığıyla ilgili ele alınan konular zamanla kişisel olmaktan çıkmış ve bir devlet meselesi haline gelmiştir. Bu duruma yol açan unsurlar; insan nüfusunda hızlı artışın yaşanması, devletlerin kurulması ve devlet kavramının gelişmesi olarak sayılmaktadır (Tengilimoğlu, 2014).

Geçtiğimiz süre zarfında devletler kendi vatandaşlarının sağlık durumlarını iyileştirmek için çeşitli koruma ve iyileştirme mekanizması oluşturmaya çalışmıştır. Bu süreçte sağlığın doktorlar tarafından değerlendirildiği objektif sağlık durumunun yanı sıra sağlığın tanımında da yer alan iyilik halinin sağlanması, devletlerin ilgilendiği konular içerisinde bulunmaktadır (Tunca, 2014).

Türkiye’de kamu sağlık hizmetleri sunumu; koruyucu hekimlik, tanı ve tedavi kapsamında ayrı basamaklarda bulunan kurum ve kuruluşlar aracılığıyla yapılmaktadır (Yazihan, 2014).

Türkiye’de birinci basamaktaki hizmetler ana-çocuk sağlığı merkezlerinde ve sağlık ocaklarında sunulmakta iken, 2010 yılından itibaren bu hizmetler aile hekimleri tarafından verilmiştir. İkinci basamak sağlık kuruluşları olarak devlet hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı ve üniversitelere bağlı hastaneler gösterilmektedir. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesine Dair Yönerge’ye göre, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamına evde ve ayakta sunulan sağlık hizmetleri dâhil edilmektedir. Bu hizmetler esas olarak ayaktan sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle birlikte sunulmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların yataklı bir sağlık kuruluşunda (hastanelerde) yatılı olarak yapılan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat, 2020).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise özel bir alanda veya hastalık türünde o konuda geniş olanaklara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler özel dal hastanelerinde veya eğitim veren sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmektedir (Acar, 2018).

Sağlık sisteminin işlevsel ve duygusal hedefleri 5D başlığıyla sıralanmaktadır (Sargutan, 2005). Bunlar;

1. Ölüm (death),
2. Hastalık (disease),
3. Sakatlık (disability),
4. Rahatsızlık (discomfort) ve
5. Memnuniyetsizlik (dissatisfaction) şeklindedir.

Yönetim sisteminin gelişimi, hasta bakımı ve hasta kaydı işlemlerinde daha fazla rekabet ortamının oluşmasına zemin hazırlamıştır. Bu durumun tam aksine hastaların bilinçlenmesi beraberinde hasta memnuniyetinin önemini ortaya çıkarmaktadır. Fakat geleneksel sağlık sistemleri hasta (rahatsızlık, sakatlık vb.) memnuniyetini genellikle gözardı etmektedir. Neticede hastanın memnuniyet durumu ve sağlık kalitesi açısından literatür gözden geçirilerek tartışma alanı oluşturmaktadır. Bu olumsuzlukların giderilmesine katkı sağlayacak altı çözüm yolu aşağıda sıralanmaktadır;

1. Koruma (önlem),
2. Tanı,
3. Rehabilitasyon,
4. İzlem (gözlem),
5. Halkın sağlık alanındaki eğitim şeklindedir (Sargutan, 2005:404).



Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri (Kaynak: Tıraş (2018) verilerinden yararlanılarak yazarın kendisi hazırlamıştır.)

Şekil 2.1’de sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır; sağlık hizmetlerinin emek yoğun olması, ertelenemezliği, hastalığın tesadüfi olması, sağlığın ikame edilememesi, sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesinin yüksek olması, sağlık hizmetlerinin arz ve talep arasında dengesizliğin var olması, talebinde belirsizliğin olması, stoklanamaması, sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisinin varlığı, sağlık hizmetlerinin kamusal özellikli, doğal tekel olma özelliği, toplumsal mal olma özelliği ve dışsallık özelliğidir.

2.1.3. Sağlık Sektörü ve Kamunun Rolü

1979 yılında DSÖ’nün Alma Ata Bildirgesi’nde de ifade ettiği gibi sosyal hak olan sağlık, piyasadaki mevcut durumda bulunan diğer mal ve hizmetlerle kıyaslanabilecek bir meta değildir. Sağlık hakkını belirleyen tüm bileşenler (sosyal ve tıbbi gibi) en verimli şekilde karmaşık, kapsamlı ve iyi planlanmış hizmetler ağı ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerindeki ve algılarındaki değişikliklerin yanı sıra bu hizmetlere ve genel anlamda sosyal devlet hizmetlerine olan talepteki sosyal değişimlere de uyum göstermektedir. Yükselen kamusal hizmet talep ve sosyal ücretlerin karşılanmasına karşılık günümüzdeki ifadesiyle sağlık hizmeti örgütlenmeleri İkinci Dünya Savaşı sonrasında gelişim göstermiştir. Bu sistem içerisinde sağlık hizmetleri toplumun kendisini yeniden üretmesini sağlayacak şekilde belirlenmektedir (Tunca, 2014).

Sermaye birikim şartlarının ve ücretli işgücünün yeniden üretiminin sağlanması için yaygın yerel sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri yoluyla talep seviyesinin yükseltilmesi, bu yükseltile talep aracılığıyla da arzın ve dolaylı olarak da sermaye birikiminin uyarılması Keynes’in ifadesi ile kamunun sağlığa müdahale etmesinin altında yatan ana hedefdir (Belek, 2009).

Günümüzde özel sektör girişimlerini destekleme eğilimi yükselmiş olmasına rağmen sağlığa yapılan harcamaların çoğunluğu, kamu harcamaları yolu ile sağlandığı görülmektedir. Kamu sağlık sektörünü çeşitli yollarla kontrol altında tutmaktadır. Bunlara örnek olarak, sağlık hizmetlerinin sağlanması, finanse edilmesi ve özel sektörün düzenlenmesidir. Refah ekonomisi de kamusal sağlık bakışı konusunda, genel devlet müdahalesi yaklaşımına benzer olarak kamusal mal kavramına, özel sektör başarısızlıklarına ve gelir dağılımındaki eşitsizlik gibi konularla ilgilenmektedir. Devlet tekelinde bulunan kamusal mal ve hizmetler; bölünemeyen, fiyatlandırılması mümkün olmayan ve tüketilmesi kısıtlanamayan mal ve hizmetler olarak

adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri bakımından incelendiğinde bu konuların yüksek ölçüde ayrıştırılabilir ve fiyatlandırılabilir oldukları görülecektir. Tüm bu hususların yanında sağlıklı durumda olan kişilerin daha çok üretim sağlayabileceğine bağlı olarak beşerî sermayeyi arttırmaları beraberinde de hizmetten faydalanan kişinin yanında toplumsal fayda meydana gelmiş olması yani pozitif dışsallık sebebiyle, sağlık hizmetleri, kullanıldıklarında bireyselliğinin yanı sıra kamusal fayda sağlayan yarı kamusal mal konumundadır. Yarı kamusal mal ve hizmet üretmek isteyen özel sektör dışsallıkların ortaya çıkması sebebiyle ortaya çıkabilecek maliyetleri gerçek anlamda fiyatlarına yansıtmayacaktır. Mal ve hizmetin üretim ve piyasaya sunumunda özel sektörün etkisiz olacağı dolayısıyla kamunun bu durumda müdahale etmesi gerekmektedir. Sonuç olarak sağlık hizmetlerine yarı kamusal mal ve hizmet özelliği kazandıran ve kamunun bu mal ve hizmet arzında müdahaleci bir görev üstlenmesinin temel unsuru sağlık hizmetleri ile alakalı dışsallıkların var olmasıdır (Bloland, 2012).

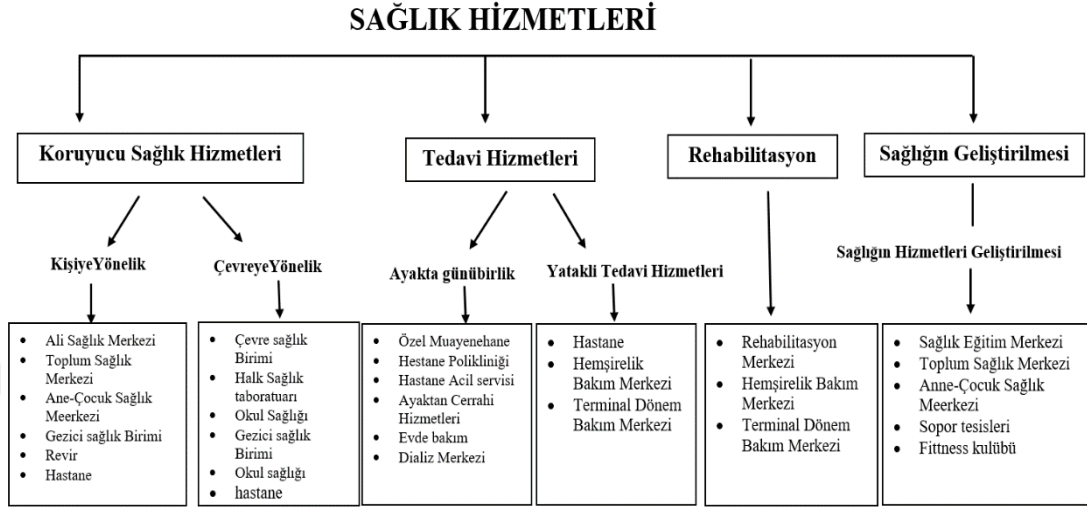
Sağlık hizmetleri kullanıldıklarında pozitif dışsallıkları arttırabilmenin yanında negatif dışsallıkları da azaltabilmektedir. Sağlık giderlerinin azaltılmasında koruyucu sağlık hizmetleri önemli rol oynamakta ve tedavi edici hizmetler ile de kişilerin refah seviyesi ve beklentileri yükseltilebilmektedir. Aşılama ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi halkın sağlığını yükselten, tarama uygulamalarıyla kanser tanısının daha erken ortaya konulmasına yardımcı olarak tedavisini mümkün kılan kamu programlarının önemi kişisel faydanın da üzerindedir (Güzelsarı, 2012).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. maddesine göre, sağlık bir insanlık hakkıdır ve sağlık hizmetlerine erişim hakkı çoğu ülkenin anayasasında sosyal hak olarak kabul edilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesi, sigorta kapsamında olmayanların da güvence altına alınması, devlet kurumlarında ücretsiz sağlık hizmeti sunumu gibi uygulamalar bu hak ile ilişkilidir. Bunun ötesinde sağlıklı olma durumu sağlık hizmetlerinin ötesinde altyapı ve eğitim gibi başka hizmetlerle yakından ilişkilidir ve devletin bu alanlarda da müdahalesi olmaksızın sağlığın belirleyicileri gerekli düzeylerde gerçekleşemez (Tunca, 2014:5-9).

2.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Bir ülkenin kalkınması refah düzeyinin yükseltilmesinde sağlık hizmetlerinin rolü büyüktür. Kamu harcamaları içerisinde cari ve yatırım harcamaları özelliği taşıyan sağlık hizmetlerinin özel bir önemi vardır. Geniş faaliyet yelpazesine sahip olan sağlık hizmetleri birçok sektörden etkilenmektedir. Sağlıklı toplum bireylerin

hastalık halinin ortadan kaldırılması ve hastalanma olasılıklarının azaltılmasıyla kazanılabilir. Şekil 2 incelendiğinde sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır (Yağmuroğlu, 2018).



Şekil 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri (Kavuncubaşı, 2012: 34).

2.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık veya sakatlık durumu meydana gelmeden bu risklere karşı verilen mücadele şeklidir. Bu özelliğinden dolayı koruyucu sağlık hizmetleri daha çok devlet tarafından verilmek zorundadır. Bu tür hizmetlerin amacı, toplumdaki hastalık risklerini azaltmak ve sağlık seviyesi daha yüksek toplum oluşturmaktır. Sağlık hizmetlerinin ödeme gücüne bakılmaksızın tüm topluma sunulması gerekmektedir. Hastalıklar oluşmadan, insanları korumak adına verilen hizmetlerin tamamı koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında toplanmaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2017).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki bölümde ele alınmaktadır (Öcel, 2016).

2.1.4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik olarak yapılan koruyucu sağlık hizmetleri ekonomik, sosyal, biyolojik, kimyasal ve fiziksel unsurların insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik girişimlerin tümünü kapsamaktadır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, bunula alakalı özel eğitim almış teknisyen, kimyacı, veteriner, mühendis

vb. gibi meslek mensuplarınca yerine getirilir. Bu hizmetlere örnek olarak çevre kirliliğinin engellenmesi amacıyla alınan önlemler, bataklık alanların ıslah edilmesi, sıvı ve katı atıkların zararsız hale getirilmesi, besin artıklarının kontrole tabi tutulması ve kıt kaynakların etkin, verimli kullanımını sağlamaya yönelik toplumu bilinçlendirme çalışmaları gösterilebilir (Akdur, 2006).

2.1.4.1.2. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe gibi sağlık personelinin yürüttüğü ve doğrudan doğruya tüketicilere verilen, temel sağlık hizmetleri veya birinci basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırılan hizmetlerdir. Kişisel koruyucu sağlık hizmetleri; aile sağlığı merkezleri (ASM), toplum sağlığı merkezi (TSM), işyeri revirleri, anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, aşılama, laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimlerince sunulmaktadır (Somunoğlu, 2012).

2.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık meydana geldikten sonra hastalığın muayene ve tedavisini kapsayan hizmetlerdir. Sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı, 2000). Kendini hasta hisseden ve sağlık muayenesinden geçmek isteyen kişi veya kişilerin tahlil, tanı ve tedavileri ile ilgili verilen hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır. Sağlık sistemindeki bu basamaklandırılmış yapı, sistemin verimli olmasına katkı sağlarken, kaynakların verimsiz şekilde kullanılmasını da önlemektedir (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002).

2.1.4.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak tedavi hizmetleri; sağlığın teşvik edilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin birlikte sunulduğu ve bireylerin sağlık hizmetlerine kolayca erişebildikleri sağlık hizmetleridir. Düşük maliyetlerle etkin ve kapsamlı sağlık hizmeti sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin modern uygulama biçimi aile hekimliğidir. Aile hekimliği bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal çevreleri ile birlikte doğumundan ölümüne kadar olun süreci ele alan uygulamaları içermektedir. Bununla birlikte kişilere seçme ve tercih etme hakkı sunan uygulamalardır. Türkiye’de Aile Hekimliği Kanunu 2004 yılında hayata geçirilmiştir. İlk uygulama 15 Eylül 2005’te Düzce ilinde başlanmış olup

günümüzde nerdeyse Türkiyenin tamamına yakınında yaygınlık kazanmıştır (Yağmuroğlu, 2018).

2.1.4.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetleri; yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhisi ve bireylerin yatarak tedavisi için sunulan hizmetleri içermektedir. Genellikle devlet hastaneleri, özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlar ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerine örnek olarak sayılabilir (Bankaoğlu, 2013).

2.1.4.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yoğun bilgi ve teknoloji içeren ve özel bir yaş grubuna, cinsiyete veya belli bir hastalığa yakalanan kişilere, yataklı tedavi kurumlarında verilen tedavi hizmetleridir. Bu hizmetler, özel dal hastaneleri, üniversite ve eğitim hastaneleri tarafından verilmektedir (Akdağ ve Koç, 2012).

2.1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olarak yaşamamasını sağlamak için sunulan sağlık hizmetleridir (Yerebakan, 2000).

Rehabilitasyon edici hizmetlerin temel amacı, bireyleri ihtiyaç durumuna düşmekten korumaktır. Bir diğer amacı, engelli bireylerin işte, okulda, evde ve toplum içinde uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır. Bu hizmetler tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde verilmektedir (Yağmuroğlu, 2018).

2.1.4.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Kişilerin fiziksel olarak kalıcı bozuklukları ve engellilik durumlarının düzeltilmesi, yaşam standartlarının iyileştirilmesi amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en az düzeye indirilmesi çalışmaları örnek olarak verilebilir (Tengilimoğlu ve ark., 2017).

2.1.4.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Sakatlığı ve engeli bulunan kişilerin, gündelik yaşama aktif olarak katılımının sağlanması ve başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi için işe adapte olması, yeni iş bulması ve öğretmesi gibi çalışmaları kapsamaktadır (Hayran ve Sur, 1998).

2.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumu denilince sağlık hizmeti talebi olanlarla bu hizmetlerin arzını yapan yapılar akla gelmektedir. Ülkeler sağlık hizmetlerini, sağlık personelinin yardımıyla yerine getirmektedir. Bu hizmetlerin sunumunda bulunması gereken nitelikler bulunmaktadır (Zengin, 2010). Bunlar;

- **Mevcudiyet:** Ülkenin kalkınma düzeyi ve ekonomik durumu göz önünde alındığında, ülkenin sınırları içerisindeki sağlık kuruluşlarının, sağlığa yönelik malzeme ve ekipmanların, program ve hizmetlerin yeterli oranda ve çalışır durumda olması gerekmektedir.
- **Erişilebilirlik:** Sağlık kurumlarındaki hizmetlerin, malzemelerin ve servislerin herhangi bir ayırım yapılmaksızın her ferdin erişimine açık şekilde olması devletin görevleri arasındadır. Erişilebilirliğin dört boyutu bulunmaktadır.

Ayrımcılık Yapmama: Sağlık kurumlarına, hizmetlerine ve malzemelerine herkesin ulaşabilir olmasıdır.

Fiziksel Erişilebilirlik: Sağlık kurumlarına, hizmetlerine ve malzemelerine toplumun bütün kesiminin güvenli şekilde fiziksel erişimine açık olmasıdır.

Ekonomik Erişilebilirlik: Sağlık kuruluşlarından, malzemelerinden ve hizmetlerinden yararlanma herkesin ekonomik olarak karşılayabileceği düzeyde olmalıdır. Hem sağlık hizmetlerinin hem de sağlığı belirleyici faktörlerin fiyatlandırılması hakkaniyet ilkesine dayanmalıdır. Böylece, sağlık hizmetleri ister kamu ister özel sektör tarafından sunulsun, hizmetlerin bedelinin dezavantajlı gruplar da dahil herkes tarafından karşılanabilir olmalıdır.

Bilgiye Erişilebilirlik: Sağlıkla ilgili konularda bilgi ve fikir isteme, alma, açıklama haklarını içerir. Bilgiye erişim, mahremiyetin söz konusu olduğu kişisel sağlık bilgilerinin gizliliği hakkını ihlal etmemelidir.

- **Kabul Edilebilirlik:** Tüm sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve hizmetlerinin tıp etiğine saygılı; kişilerin, azınlıkların, halkın ve toplulukların

kültürlerine uygun; toplumsal cinsiyete ve yaşam döngüsünün gerekliliklerine duyarlı; mahremiyeti gözeten ve ilgili kişilerin sağlık durumunu iyileştirecek modelde tasarlanmış olmalıdır.

- **Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumu:** Sağlık kuruluşları, hizmetleri ve malzemeleri bilimsel ve tıbbi gereklere uygun, yüksek kalitede olmalıdır. Kaliteli sağlık hizmet sunumu, kalifiyeli sağlık personeli yetiştirmeyi, bilimsel olarak onaylanan ve tarihi geçmemiş ilaç ve hastane donanımı bulundurmamayı, güvenli ve içilebilir içme suyunu temin etmeyi ve yeterli sağlık korumasını içermektedir. Sağlık kuruluşları için kalite standartları geliştirmek ve kaliteyi arttırmak için çalışmalar yapmak, sadece insanlara daha iyi tıbbi hizmet sunma sorunu değil uluslararası hukukta yaptırımları olan insan hakları konusudur (Zengin, 2010).

2.1.6. Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, birçok ülkede çözümü nispeten güç ve önemli bir konu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanının önemli ve birbiriyle bağlantılı üç ögesi bulunmaktadır. Bu ögelerden ilki; sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli fonun toplanması, ikincisi; ödeyiciler arasında risk paylaşımı esasına dayalı olarak fonların havuzlanması ve üçüncüsü gerekli sağlık hizmetinin satın alınması ya da sağlanması için fonların uygun şekilde kullanılmasıdır (Tıraş, 2018).

Ülkelerin, sağlık hizmetleri için harcama yapması gerektiği konusunda hemen hemen benzer düşünceler bulunmaktadır. Bu konudaki ana sorunlardan biri, “harcama düzeyinin ne olması gerektiği” ile ilgilidir. Sağlık harcamalarının temel belirleyicileri arasında hem yapısal hem de durumsal/dönemsel unsurlar bulunabilmektedir . Bu unsurlar; “sağlık sistemlerinin nasıl organize edildiği ve yönetildiği, nüfusun sağlık ihtiyaçları, ekonomik gelişme ve kişi başı gelir düzeyi, sosyo-kültürel faktörler, sağlık güvencesinin varlığı, sağlık hizmetini sunanların davranışı, hizmet sunumu ve hekim ödeme modelleri, nüfusun ve hastaların artan beklentileri, teknolojik gelişmeler, kullanım biçimlerinin değişmesi, hastalık dokusundaki değişimler, politik değişimler, çocuk nüfus oranı ve nüfusun yaşlanması ile birlikte sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının artması” şeklinde ifade edilebilir (Atasever, 2014). Sağlık harcamalarında bu belirleyicilerin payı, etkisi ve önemi ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir.

Ülkelerin genelinde, sağlık politikası üreten kişiler için temel önemli konu; insanların gereksinim duydukları zamanda ihtiyaçları olan sağlık hizmetine erişebilmelerinin ne şekilde garanti edileceği ve kişilerin sağlık harcamalarının

finansal riskine karşı ne şekilde korunacağıdır (Demirkıran ve ark., 2016).

Kamusal Finansman Modeli: Bu modelin temeli vergi ve prim esasına dayanır. Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı toplanan genel ya da özel vergilerle (Beveridge Modeli) veya da toplanmış olan primler vasıtasıyla (Bismark Modeli) sağlanmaktadır. Finansmanın bir bölümünün vergiler bir bölümünün de primlerle sağlanmakta olduğu örnekler de bulunmaktadır.

Özel Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sağlık sigortası, tıbbî tasarruf hesabı ve cepten yapılan sağlık harcamalarıyla sağlanmaktadır (Korucu ve Oksay, 2018).

Karma Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamusal finansman modeliyle özel finansman modeli beraber kullanılmaktadır. Örneğin sağlık hizmetlerinin finansmanı vergiler, primler, özel sağlık sigortaları, tıbbî tasarruflar ve cepten yapılan harcamalarla sağlanmaktadır (Korucu ve Oksay, 2018).

2.2. Türk Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı : Türkiye Cumhuriyeti

Yüzölçümü : 783.356 km²

Nüfus Sayısı : 83.154.997 (2020)

Yönetim Biçimi : Cumhuriyet

Başkenti : Ankara

Para Birimi : Türk Lirası

Resmi Dili : Türkçe

Türkiye veya resmî ismiyle Türkiye Cumhuriyeti, topraklarının büyük kısmı Anadolu'da, küçük bir kısmı da Balkan Yarımadası'nın güneydoğu uzantısı olan Trakya'da bulunmaktadır. Türkiye'nin kuzeybatısında Bulgaristan, batısında Yunanistan, kuzeydoğusunda Gürcistan, doğusunda ise Ermenistan ve İran, güneydoğusunda Suriye ve Irak bulunmaktadır. Türkiye üç tarafı denizlerle çevrili bir ülkedir. Kuzeyinde Karadeniz, güneyinde Akdeniz ve batısında Ege Denizi bulunmaktadır. Ege Denizi ile Karadeniz'i birbirine bağlayan Marmara Denizi üzerinde ise Çanakkale ve İstanbul Boğazları bulunmaktadır. Türkiye, Avrupa ve Asya'nın kavşak noktasında yer alması sayesinde önemli bir jeopolitik gücü elinde

bulundurmakta olup, tarihi boyunca saldırılara maruz kalmıştır (Vikipedi-Türkiye, 2020).

Türkiye'nin sağlık sisteminde 2003 yılı önemli bir kavşak noktasıdır. Öyle ki Türkiye'de 2003 yılı itibariyle sağlık alanında liberal görüş temelli bir reform süreci hayata geçirilmiştir. Uygulamaya koyulan bu reformlarda Dünya Bankası Raporu ve liberal ekonomi anlayışının sağlık üzerindeki etkisi yatmaktadır. 2002 yılı Kasım ayında gerçekleştirilmiş olan genel seçimlerin ardından siyasal iktidar birçok alanda yeni politikaların uygulanacağını ifade etmiştir. Bu alanlardan birisi de sağlık sektörü olmuştur. 3 Ocak 2003 tarihinde ise sağlık alanında "Herkes İçin Sağlık" adı altında yapılması hedeflenen planlar aşağıdaki biçimde belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015):

- i. *"Sağlık Bakanlığının günün koşullarına ve yeni sağlık sistemine göre yeniden yapılandırılması"*
- ii. *"Devlet hastanesi, kurum hastanesi ve sigorta hastanelerinin tek çatı altında toplanması"*
- iii. *"Hastanelere idari ve mali yönden özerklik verilmesi"*
- iv. *"Sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının ayrılması"*
- v. *"Genel Sağlık Sigortası sisteminin ve kurumunun kurulması"*
- vi. *"Aile hekimliği sistemine geçilmesi ve sevk zinciri sisteminin kurulması"*
- vii. *"Anne ve çocuk sağlığına özel bir önem verilmesi"*
- viii. *"Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması"*
- ix. *"Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi"*

Acil eylem planının ilan edilmesinden sonra ise Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmış olup sağlıkta dönüşümün 8 tema etrafında gerçekleştirilmesi karara bağlanmıştır (Mamur, 2016). Türkiye; sağlıkta kamu-özel işbirliğine dayalı şehir hastaneleri, serbest sağlık bölgeleri, estetik cerrahi ve sağlık turizmi alanında artan uluslararası pazardan pay almak için son 15-20 yıldır ciddi girişimlerde bulunmuştur (Kaya ve ark., 2013).

Türkiye'de sağlık hizmetleri genel hatları itibariyle birinci basamak sağlık hizmetleri, yataklı sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, özel sağlık hizmetleri gibi çok boyutlu ve ileri bir yapıya sahiptir. Bunlardan ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine değinmekte fayda bulunmaktadır (Sena, 2019).

2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri; aile hekimliği, toplum sağlığı merkezi, verem savaş dispanserleri, KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezleri) ve ÇEKÜS (Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi) birimleri, aile sağlığı merkezleri, 112 acil sağlık istasyonları, belediyelere ve bazı kuruluşlara ait poliklinikler ve halk sağlığı laboratuvarları tarafından yürütülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hayata geçtiği 2002 yılından önce birinci basamak sağlık hizmetleri daha çok sağlık ocakları tarafından gerçekleştirilmekteydi (Kara ve Öztürk, 2021).

Aşağıda yer alan tablo incelediğinde sağlık ocaklarının 2002 yılına kadar hizmet verdiği, 2002 yılında ise Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte sağlık ocaklarının sunduğu hizmetlerin Aile Hekimliği tarafından gerçekleştirilmeye başlandığı görülmektedir. 2002 yılında 9094 birinci basamak sağlık kuruluşu varken, bu sayı 2018 yılında 2002 yılına göre % 379,5 artışla 43.064 olmuştur.

Ayrıca 2002-2018 döneminde birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde verem savaş dispanserlerinin sayısı azalmış, 112 istasyonlarının sayısında yaklaşık 7 katlık bir artış yaşanmıştır. Türkiye’de 2002 yılında halk sağlığı laboratuvarı bulunmazken, 2014 yılından itibaren 83 tane halk sağlığı laboratuvarı hizmet vermeye başlamıştır.

Tablo 2.1. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Ocağı	5055	0	0	0	0	0
Aile Hekimliği Birim	0	21384	21696	24428	25198	26252
Aile Sağlığı Merkezi	0	6829	6902	7636	7774	7979
Toplum Sağlığı Merkezi	0	970	970	970	972	776
Sağlık Evi	2899	5572	5544	5419	5320	5259
ÇEKÜS Birimi	298	182	182	181	177	172
Verem Savaş Dispanseri	277	179	181	180	177	173
Ketem	84	132	156	159	166	175
112 Acil Yardım İstasyonu	481	2186	2323	2400	2618	2735
Halk Sağlığı Laboratuvarları	0	83	83	83	83	83

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2019).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatlar incelendiğinde; 2002 yılında 148.924.044 kişi olmuşken, 2018 yılında ise bu sayı %78,3 artışla 265.496.223 kişiye çıkmıştır. Burada dikkat çeken ayrıntı 2002 yılında 74.827.588 muayene

sayısına sahip olan özel polikliniklerin, 2018 yılında 539.593 hasta muayenesi yapmış olmalarıdır. Tablo 2’den de anlaşılacağı üzere, Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan ilgi artmıştır. Ayrıca aile hekimliğinde, toplum sağlığı merkezlerinde ve verem savaş dispanserlerinde yapılan muayene sayıları düşmüştür.

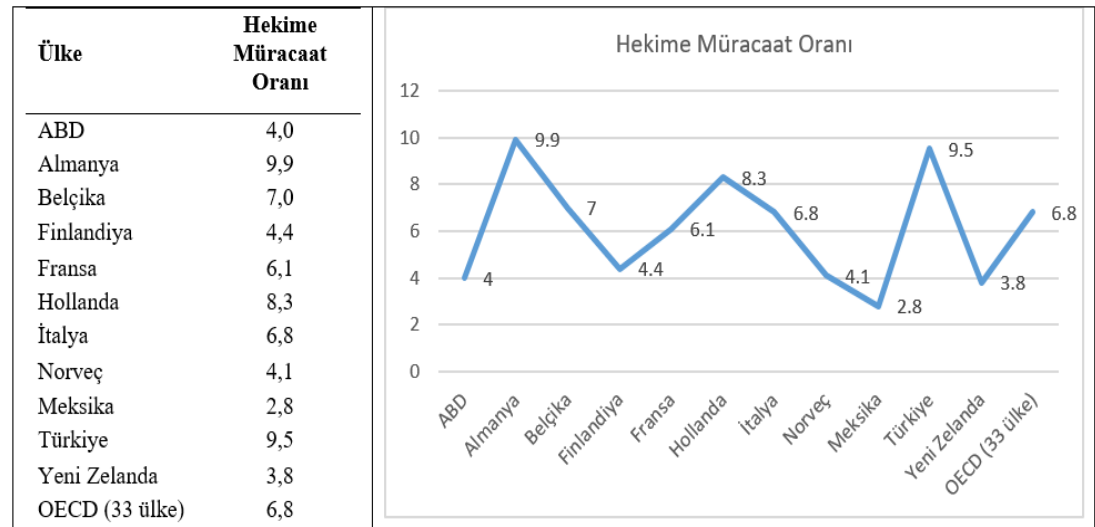
Tablo 2.2. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Toplam Hekime Müracaat

	2002	2014	2016	2017	2018
Sağlık Ocağı	69.103.517	0	0	0	0
Aile Hekimliği Birim	0	214.120.750	205.549.931	228.098.527	258.436.607
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	1.643.937	1.374.153	1.391.617	1.332.580
ÇEKÜS Birimi	2.980.481	660056	525.011	646.856	366.095
Toplum Sağlığı Merkezi	0	2.234.348	8.080.631	44.496.425	4.821.348
Özel Poliklinikler	74.827.588	546.514	461.013	501.993	539.593
Toplam	148.924.044	219.205.605	215.990.739	275.135.418	265.496.223

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019 (Danışmanlık hizmeti başvuruları, hekime müracaat sayısına dâhil edilmemiştir)

Aşağıda yer alan tabloda kişi başı hekime müracaat oranı incelendiğinde; Amerika Birleşik Devletleri’nde %4,0, Norveç’te %4,1, İtalya’da %6,8, Almanya’da %9,5 ve OECD üyesi ülkeler ortalaması ise %6,8’dir. Kişi başı hekime müracaat oranı %9,5 olan Türkiye, OECD ülkelerin ortalamasının üstünde, Almanya ile birbirine yakın orana sahiptir.

Tablo 2.3. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2017



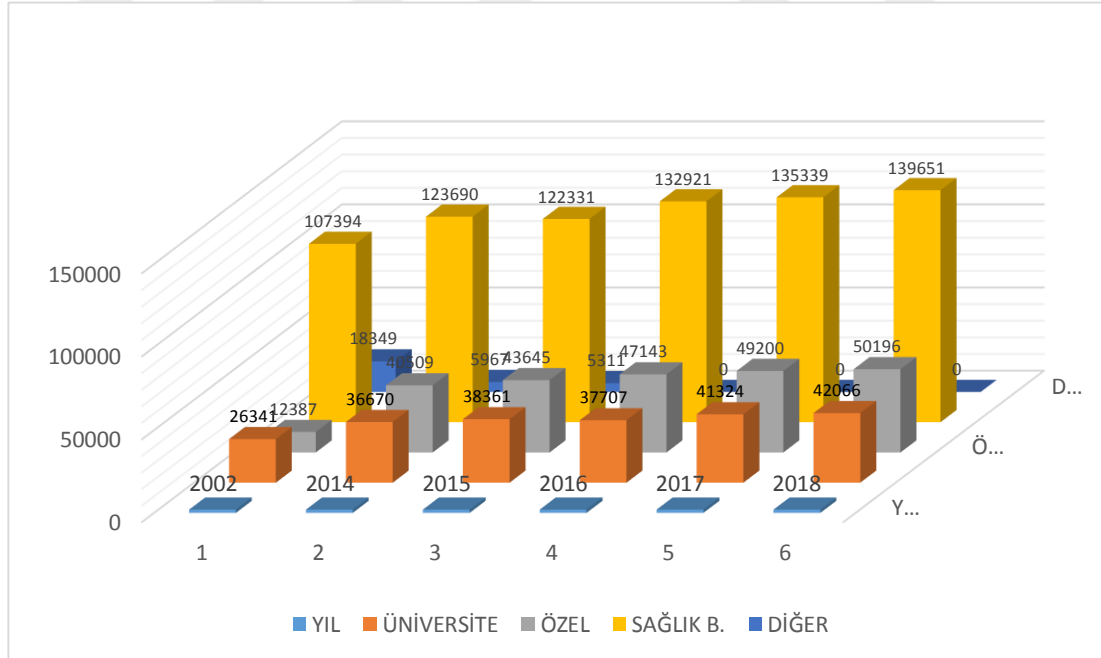
Kaynak: OECD ve Dünya Bankası (2018).

2.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri ve Hastaneler

Türk sağlık sisteminde hastaneler; mülkiyetlerine, işlevlerine, hasta yatak sayılarına ve hastaların hastanede kalış sürelerine göre sınıflandırılmaktadır. Mülkiyetlerine göre hastaneler, özel hastaneler ve kamu hastaneleri olarak gruplandırılır. İşlevlerine göre hastaneler; ilçe/belde hastanesi, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleridir. Hasta yatak sayısına göre; hastaneler ise, 25, 50, 100, 200, 400 ile 800 ve üstü yataklı hastanelerdir. Hastaların hastanede kalış sürelerine göre hastaneler, kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler olmak üzere ayrılmaktadır (Esra Kalaycıoğlu, 2016).

Türkiye yataklı tedavi kurumu sayısında ve bu kurumların sahip olduğu hasta yatağı sayılarında büyük gelişmeler yaşanmıştır. Örneğin; sadece Sağlık Bakanlığı'na ait 2002 yılı itibarıyla 107,394 hasta yatağı sayısı bulunurken bu sayı 2018 yılında 139,641 olmuştur. Özel sektöre ait hastane ve bunların sahip oldukları yatak sayısında da artış yaşanmıştır. 2002 yılında özel sağlık kuruluşlarına ait 12.387 hasta yatağı bulunurken, bu sayı 2018 yılına gelindiğinde 50.196 olmuştur.

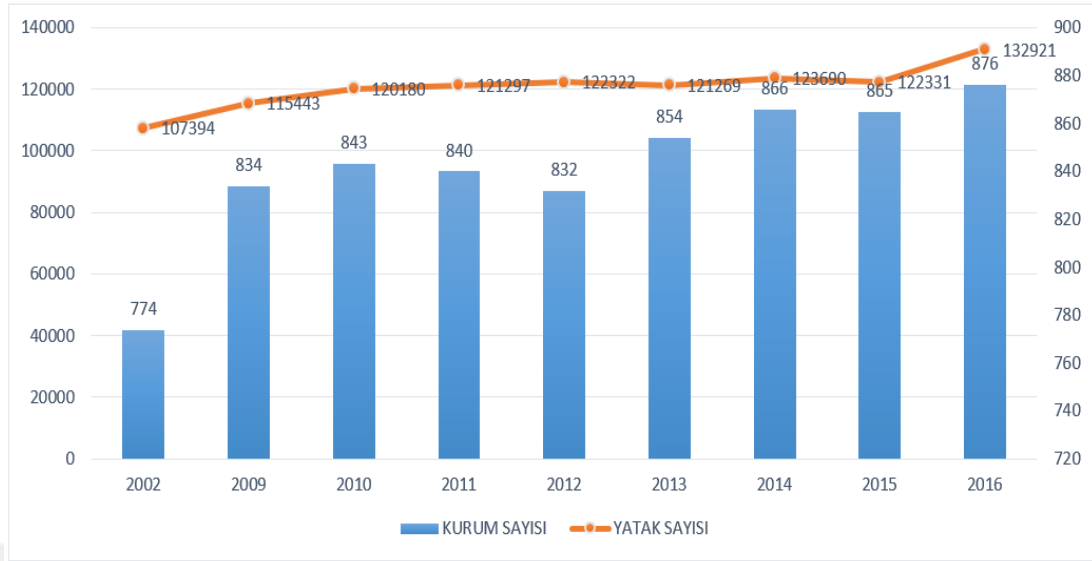
Tablo 2.4. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2019.

Sağlık Bakanlığı kurum ve yatak sayılarını gösteren aşağıdaki tablo incelendiğinde, 2002 yılında 774 olan Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet veren yataklı tedavi kurum sayısı %13'lük artışla 876 olmuştur.

Tablo 2.5. Sağlık Bakanlığı Kurum ve Yatak Sayıları (2002-2016)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası (2018).

Türkiye’de hasta yatağı ve kurum sayısında artış meydana gelmiştir. 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısının uluslararası karşılaştırması’na dair tabloya bakıldığında, Türkiye’de 10.000 kişiye ortalama 28,3 hasta yatağı düştüğü görülmektedir. Bu oran Almanya’da 80, Fransa’da 59,8’dir. OECD üyesi ülkelerin ortalaması 46,5’tir.

Tablo 2.6. 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, EUROSTAT Veri tabanı, OECD Health Data 2019 Not: Türkiye verisi 2018 yılına aittir. Ülke verileri 2017 yılına veya en yakın yıla aittir.

2.2.3. Sağlık Personeli

Tablo 2,7’de Türkiye’deki sağlık kurumlarında aktif sağlık personeli sayıları verilmektedir. Tablo 2,7 incelendiğinde, sağlık kurumlarındaki toplam sağlık personeli sayısının 1.016.401 olduğu görülmektedir.

2018 yılında asistan hekim sayısına 1.932 tane yan dal asistan hekim, toplam dış hekimi sayısına 2.056 tane asistan dış hekimi, eczacı sayısına serbest eczanelerde çalışan 1.727 tane ikinci eczacı ve yardımcı eczacı dâhil edilmiştir.

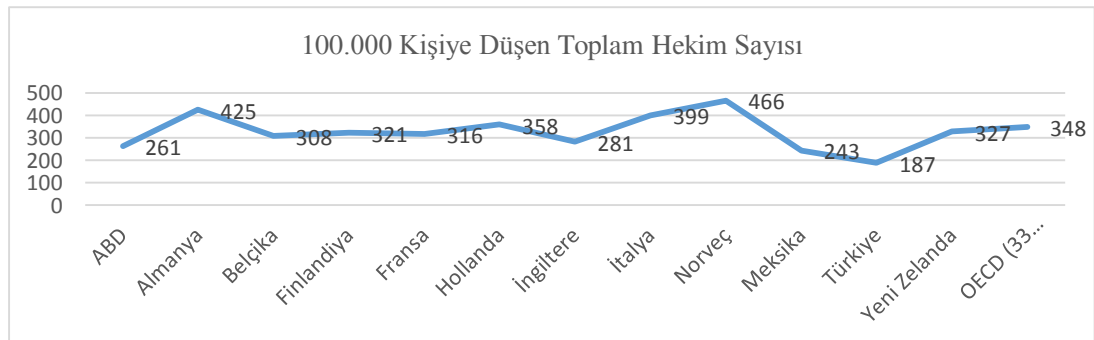
Tablo 2.7. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Uzman Hekim	45.457	75.251	77.622	78.620	80.951	82.894
Pratisyen Hekim	30.900	39.045	41.794	43.058	44.649	44.053
Asistan Hekim	15.592	21.320	21.843	23.149	24.397	26.181
Toplam Hekim	91.949	135.616	141.259	144.827	149.997	153.128
Toplam Dış Hekimi	16.371	22.996	24.834	26.674	27.889	30.615
Eczacı	22.289	27.199	27.530	27.864	28.512	32.032
Hemşire	72.393	141.432	152.803	152.952	166.142	190.499
Ebe	41.479	52.838	53.086	52.456	53741	56351
Diğer Sağlık Personeli	50.106	138.878	145.943	144.609	155.417	177.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83964	303.110	311.337	321.952	339.241	376.367
Toplam Personel	378.551	822.069	856.792	871.334	920.939	1.016.401

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2019

100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırmasının yapıldığı Tablo 8 incelendiğinde; ABD’de 261, Norveç’te 466, Almanya’da 425, İtalya’da 399 hekim düşmekteyken Türkiye’de 187 hekim düşmektedir. OECD ülkelerinde ortalama ise 348 hekimdir.

Tablo 2.8. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması

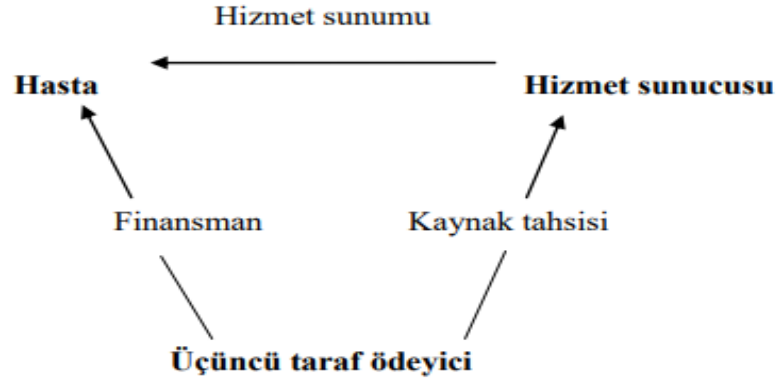


Kaynak: OECD(2019)

2.2.4. Sağlık Harcamaları ve Finansman

Bir ülkenin iktisadi büyümesini etkileyen en önemli faktörlerden biri ülkenin sağlık insangücüne sahip olmasıdır. Sağlık insangücüne sahip olmak, ülkedeki sağlık harcamalarının yeterli biçimde yapılması gerekmektedir (Acar, 2020).

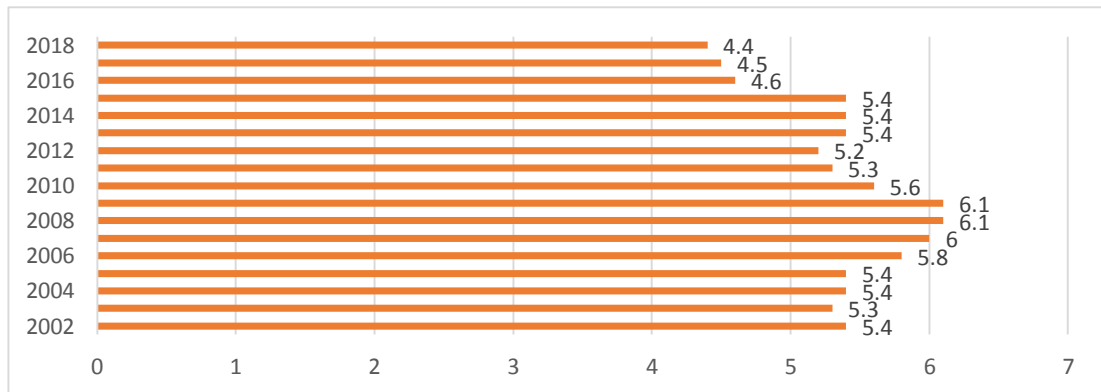
Şekil 2.3. Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: 'Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi', Sosyal Güvenlik Dergisi.

Türkiye'de sağlığın finansmanında karma model uygulanmaktadır. Burada özel sağlık sigortaları, genel sağlık sigortası ve cepten yapılan ödemeler gibi unsurlar bulunmaktadır. Tablo 9'de Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının Yurtiçi Gayri Safi Milli Hasılaya oranına bakıldığında; 2002 yılında %5,4 olan oran, 2009 yılında %6,1 olmuştur. 2018 yılı itibariyle bu oran sadece %4,4'tür.

Tablo 2.9. Türkiye Toplam Sağlık Harcamalarının Yurtiçi Gayri Safi Milli Hasılaya Oranı (%)

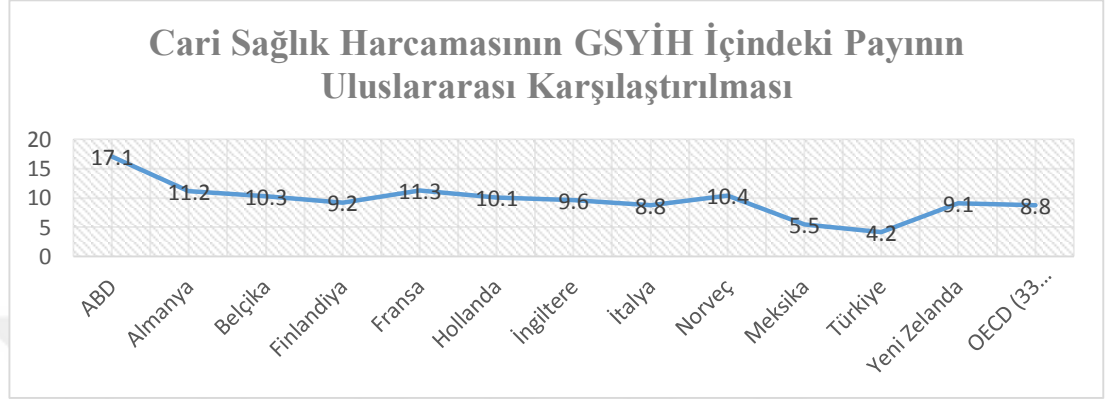


Kaynak: Dünya Bankası, OECD (2018)

Aşağıdaki tablodaki dünya Sağlık Örgütünün 2017 yılı için yayınladığı satın alma gücüne göre kamu sağlık harcamaları karşılaştırıldığında, Türkiye en düşük

kamu sağlık harcaması yapan ÷lkeler arasında bulunmaktadır. Ayrıca cari sağlık harcamasının GSYİH içindeki payına bakıldığında; ABD’de %17,1, Almanya’da %11,2, İngiltere’de %9 ve Türkiye’de % 4,2’dir.

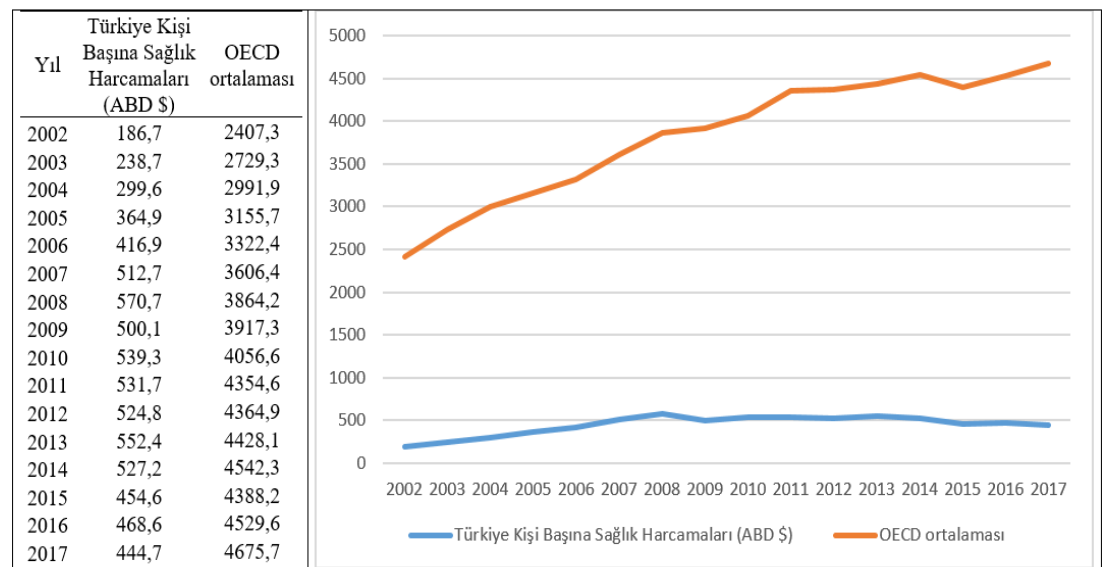
Tablo 2.10. Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması, (%)



Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2019 Not: Türkiye verisi 2018 yılına aittir. Ülke verileri 2017 yılına veya en yakın yıla aittir.

Türkiye ve OECD üyesi ÷lkelerin kişi başına düşen sağlık harcamasına ait veriler aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Buna göre; 2002–2017 yılları arasında OECD üyesi ÷lkelerde yapılan kişi başına sağlık harcaması 2407,3 dolardan %94,2’lik artışla 4675,7 dolar’a çıkmıştır. 2002 yılında Türkiye’de 186,7 dolar, 2017 yılı itibarıyla %138,1 artışla 444,7 dolar olmuştur.

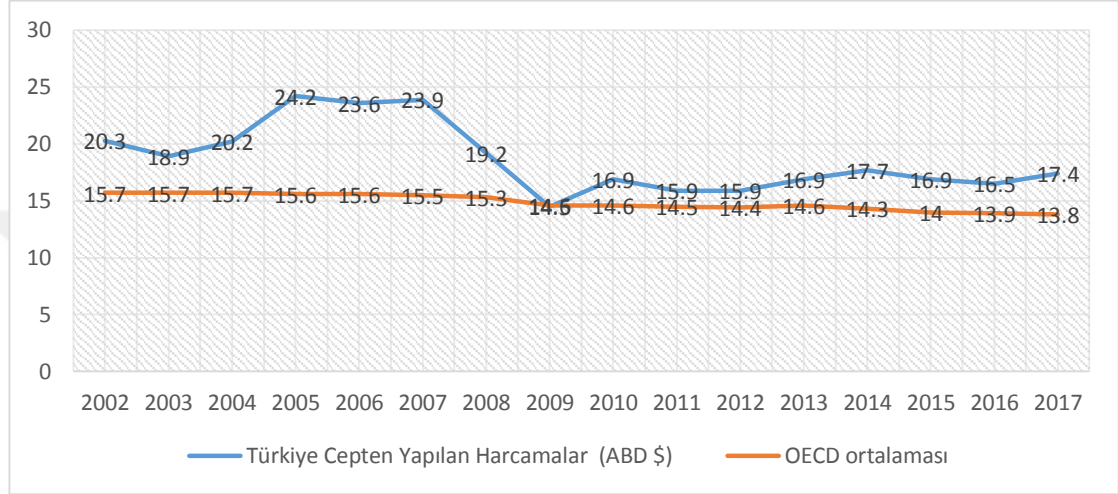
Tablo 2.11. Türkiye ve OECD Üyesi ÷lkelerin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Ortalamasının Karşılaştırılması (ABD \$)



Kaynak: Dünya Bankası, OECD (2018)

Türkiye ve OECD üyesi ülkelerin cepten yapılan sağlık harcamalarının ortalamasının karşılaştırılmıştır. Buna göre; 2002–2017 yılları arasında OECD üyesi ülkelerde cepten yapılan sağlık harcaması 15,7 dolardan %13,2 azalarak, 13,8 dolara düşmüştür. Bu sağlık harcaması türü 2002 yılında Türkiye’de 20,3 dolar iken, 2017 yılı itibariyle %14,3’lük azalışla 17,4 dolar olmuştur.

Tablo 2.12. Türkiye ve OECD Üyesi Ülkelerin Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Ortalamasının Karşılaştırılması (ABD \$)



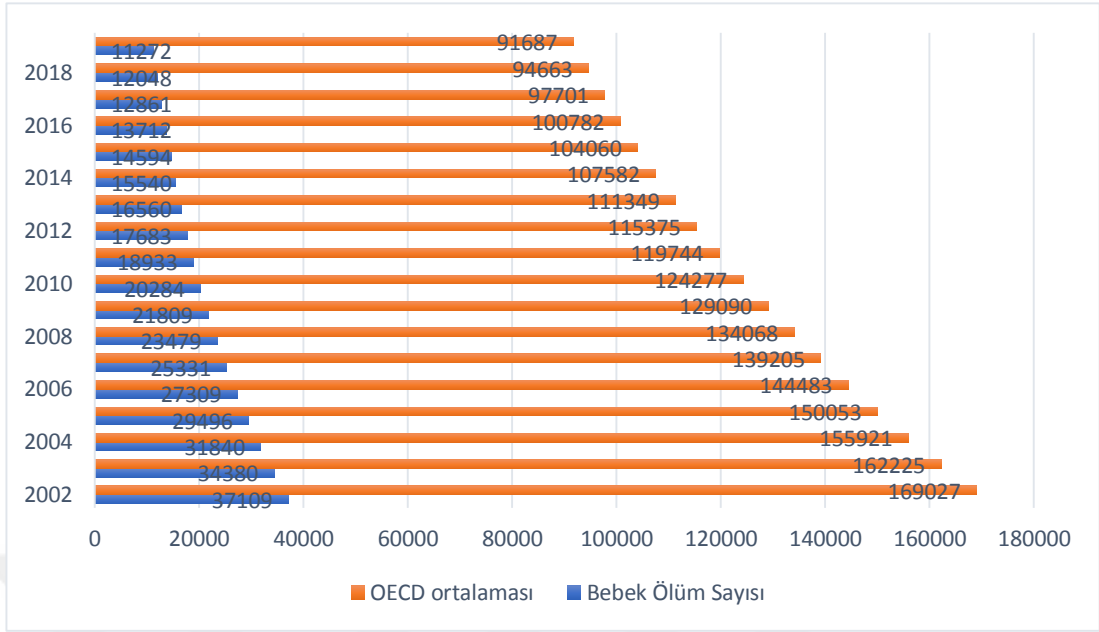
Kaynak: Dünya Bankası, OECD (2018)

2.2.5. Sağlık Göstergeleri

Bebek ölümleri, anne ölümleri, çocuk ölümleri, yetişkin ölümleri veya doğuştan beklenen yaşam süreleri bir ülkenin sağlık göstergelerinin belirleyiciliği açısından önem arz etmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması, işgücünün daha uzun süre emek piyasasında kalması ve daha fazla üretime katkı yapması anlamına gelmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresi ile iktisadi büyüme arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara göre, doğuştan beklenen yaşam süresi ile ekonomik büyüme arasında ilişki bulunmaktadır (Acar, 2020).

Aşağıdaki tabloda 2002–2019 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin bebek ölüm sayıları incelendiğinde, 2002 yılında 169.027 bebek ölümü varken, bu sayı 2019 yılı itibariyle 91.687 olmuştur. Türkiye’de 2002 yılında 37.109 bebek ölümü varken, 2019 yılı itibariyle 11.272 bebek ölümü gerçekleşmiştir.

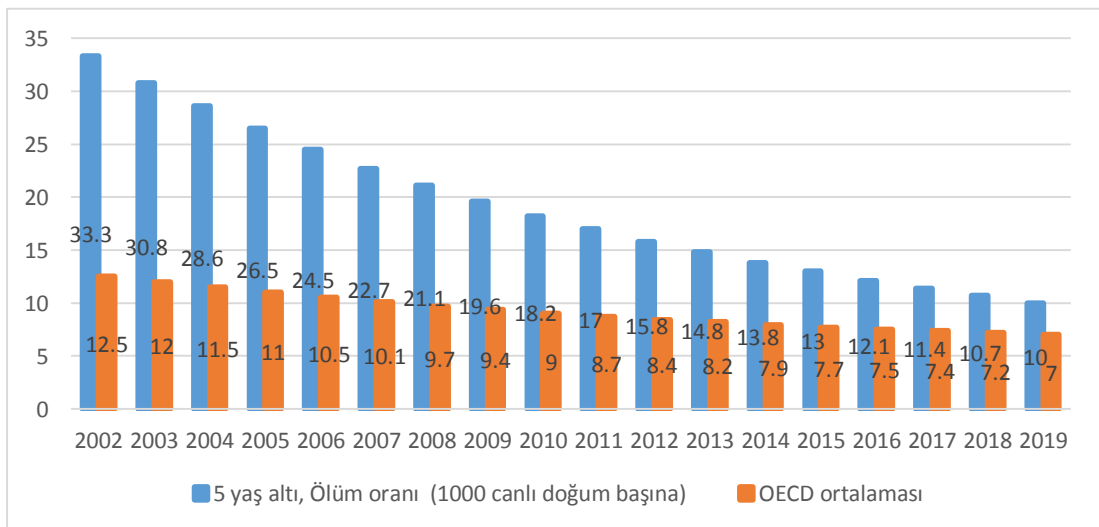
Tablo 2.13. Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Sayıları



Kaynak: Dünya Bankası (2020)

Aşağıdaki tabloda Türkiye ve OECD ülkelerinin beş yaş altı ölüm oranı yer almaktadır. Buna göre beş yaş altı ölüm oranı 1000 canlı doğum başında, yeni doğan bir bebeğin beş yaşına gelmeden önce ölüm oranıdır. Aşağıdaki tablo incelendiğinde, 2002–2019 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde 1000 canlı doğum başına düşen beş yaş altı ölüm hızı 12,5’den 7,0’a düştüğü belirlenmiştir. 2002-2019 yılları arasında 1000 canlı doğum başına düşen yeni doğan ölüm hızı Türkiye’de 33,3’ten düşerek 10,0 olmuştur.

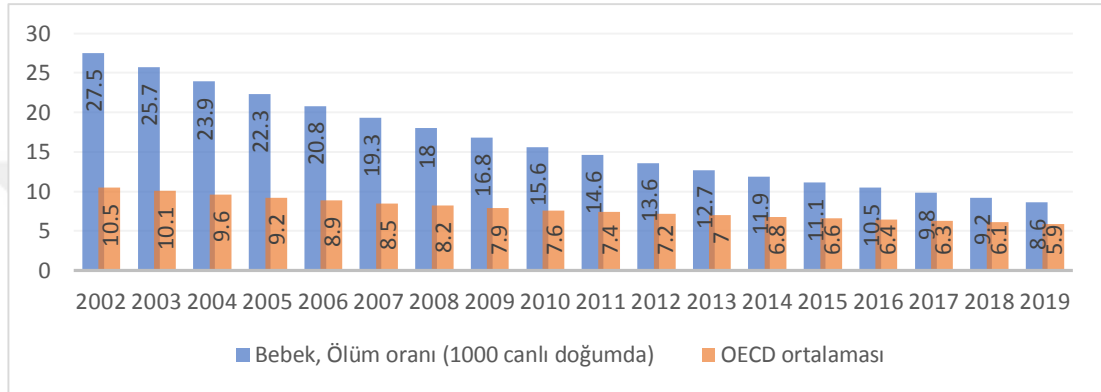
Tablo 2.14. Türkiye’de Yıllara Göre 5 Yaş Altı Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğum Başına)



Kaynak: Dünya Bankası (2020)

Aşağıdaki tabloda Türkiye ve OECD ülkelerinin bebek ölüm oranları yer almaktadır. Bebek ölüm oranı, belirli bir yılda 1000 canlı doğum başına bir yaşına gelmeden ölen bebek sayısıdır. Aşağıdaki tabloya bakıldığında, 2002–2019 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 10,5'ten 5,9'a düşmüştür. 2002-2019 yılları arasında 1000 canlı doğum başına düşen yeni doğan ölüm hızı, Türkiye'de 27,5'den 8,6'ya düşmüştür.

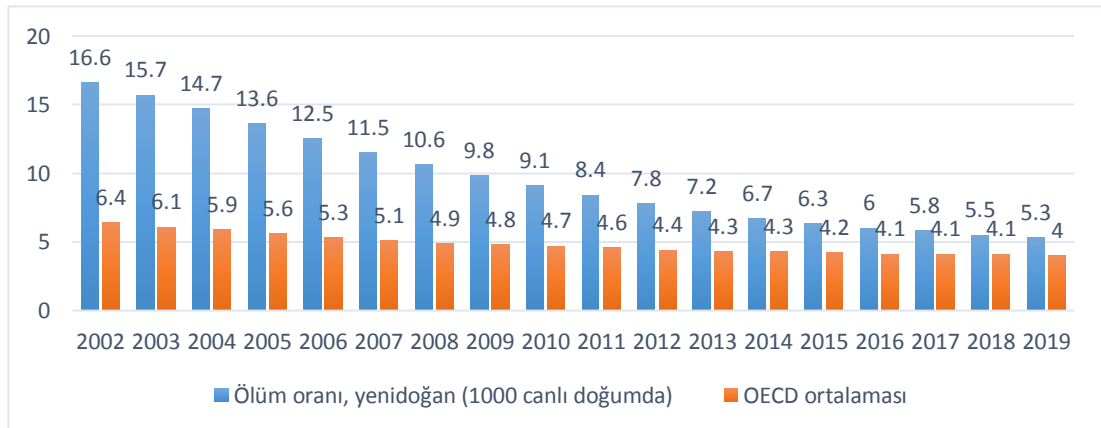
Tablo 2.15. Türkiye'de Yıllara Göre Bebek Ölüm Oranları (1000 Canlı Doğumda)



Kaynak: Dünya Bankası ve OECD (2019)

Aşağıdaki tabloda Türkiye ve OECD ülkelerinin yeni doğan ölüm oranları yer almaktadır. Yeni doğan ölüm oranı, belirli bir yılda 1000 canlı doğum başına 28 güne ulaşmadan ölen yeni doğanların sayısıdır. Buna göre; 2002–2019 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 6,4'ten 4,0'a düşmüştür. 2002-2019 yılları arasında 1000 canlı doğum başına düşen yeni doğan ölüm hızı, Türkiye'de 16,6'dan 5,3'e düşmüştür.

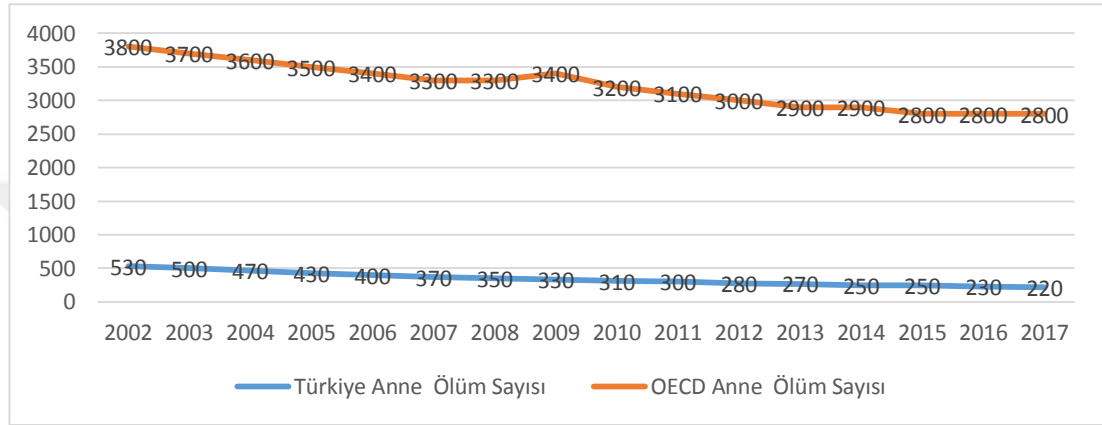
Tablo 2.16. Türkiye'de Yıllara Göre Yeni Doğan Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda)



Kaynak: Dünya Bankası (2020).

Aşağıdaki tabloda Türkiye ve OECD ülkelerinin anne ölüm sayılarının ortalaması yer almaktadır. Buna göre; 2002–2017 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde 2002 yılında ortalama 3800 anne ölümü meydana gelirken, 2017 yılı itibariyle bu oran %35,7 azalarak 2800 seviyesine düşmüştür. Türkiye’de 2002 yılında ortalama 530 anne ölümü meydana gelirken, bu oran 2017 yılı itibariyle %58,5 azalarak ortalama 220 anne ölümüne gerçekleşmiştir.

Tablo 2.17. Türkiye ve OECD ülkelerinin Anne Ölüm Sayıları



Kaynak: Dünya Bankası (2018).

2.3. Afganistan Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı	: Afganistan İslam Cumhuriyeti
Nüfus	: 38.041.754
Başkenti	: Kabil
Dili	: Afgan Farsçası (Dari), Peştuca
Din	: İslam
Para Birimi	: Afgani (AFG)
Yüzölçümü	: 652.100 km ²
Yönetim Şekli	: İslam Cumhuriyeti

Afganistan, 34 il ve 398 ilçeye ayrılmıştır, Başkenti Kabil’dir (3,8 milyon nüfus). Başlıca Şehirleri; Kandahar (391 bin nüfus), Herat (272 bin nüfus) ve Mazarı Sharif (303 bin nüfus)’dir (Afghanistan National Statistics and Information Authority, 2017).

Coğrafi Konumu: Asya bölgesinde yer alan Afganistan’ın herhangi bir denize sınırı bulunmamaktadır. Güneyinde ve doğusunda Pakistan, batısında İran, kuzeyinde

Tacikistan Özbekistan ve Türkmenistan, doğusunda ise Çin ile komşudur. Afganistan, Hindistan ve Çin'i birbirine bağlayan enerji koridoru üstünde bulunmasından dolayı çok önemli bir stratejik konuma sahiptir. Ülke nüfusunun % 99.5'i Müslümandır (Seyahat, 2020).

Resmi Dilleri: Anayasa Kanunu'nun 16. maddesi gereği Darice (Afganistan Farsçası) ve Peştunce Afganistan'ın iki resmi dilidir. Diğer taraftan bir kısım bölgelerde Özbekçe, Türkmençe, Peşeyice, Nuristanice, Beluçça ve Pamirice de konuşulmaktadır (Wikipedia, 2020).

2.3.1. Afganistan Hakkında Genel Bilgi

Afganistan dünya üzerinde büyük önem arzeden stratejik yolların geçmiş olduğu strateji bir konuma sahiptir. Bu özelliğinden dolayı çok eski çağlardan günümüze fetih amaçlı çok sayıda saldırıya maruz kalmıştır. Ülke onbirinci asırda İslamiyet ile tanışmadan önce, Hint ve Yunana medeniyetlerinin etkisi altında kalmıştır. İslamiyeti kabulüyle birlikte Afganistan gelişimini sağlayamamış bir ülke olmuştur. Yönetim derebeyi aileleri arasında paylaşılmayan sürekli bir mücadele yaşanmasına neden olan bir olgu olmuştur. Hükümdarlıkları 1747 yılı ile başlamış olan Dürraniler (son sülale), 19. asırda İngiltere ile birçok anlaşmazlık yaşamıştır. Afganistan'da Rusların ilerlemesinden endişelenen ve Hindistan'ı kuzeybatıda güvenli bir sınır ile korumak isteyen İngilizler, 1842-1879 yılları arasında Afganistan'ı işgal etmişlerdir. Ancak bu girişim başarısızlıkla sonuçlanmıştır. 1901'de, Rusya ve İngiltere Afganistan'ın sınırları üzerinde anlaşmaya yapmış, dış ilişkilerin yönetimini İngiltere ele almıştır. 1880 yılında tahta çıkan Kral Abdur Rahman, I. Dünya savaşı sırasında ülkesinin tarafsız kalmasını sağlamıştır (DEİK, 2011). Rahman'ın üçüncü oğlu Emanullah Han da Hindistan'a saldırarak Afganistan'ın dış ilişkilerinde bağımsızlığını garantilemiştir. 1919-1929 yılları arasında, Kral Emanullah, Mustafa Kemal Atatürk'ün de telkinleriyle Avrupa ülkeleriyle ve Türkiye ile ilişkilerini geliştirerek ülkede çağdaşlaşma girişimleri başlatmıştır. Türkiye, Afganistan'ın idari, askeri, tıbbi yapılanması konusunda önemli derecede yardım sağlamıştır.

1933-1973 dönemi Zahir Sah dönemi olarak adlandırılmıştır. Sovyetler Birliği 1960'lı yıllardan itibaren Afganistan'da iç siyasi gelişmelere müdahale etmeye başlamıştır. 1973, 1978 ve 1979 yıllarındaki darbelerden sonra Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) iç karışıklığı bahane ederek Afganistan'ı işgal etmiştir.

1984 yılından itibaren Mücahitler önemli dış yardım alarak işgalcilere karşı başarılı olmaya başlamıştır. 1988 yılında Pakistan, Afganistan ve Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB)'nin imzaladıkları anlaşmalar neticesinde 1989 yılında Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği Afganistan'dan çekilmiştir. 1989-1992 yılları arasında Afganistan Demokratik Cumhuriyeti'nin devlet başkanı olan Necibullah halktan veya uluslararası toplumdaki destek almamasına rağmen iktidarda kalmayı başarmıştır. 1992'de Afganistan İslam Devleti kurulmuştur. 1992 yılından itibaren Afganistan'daki gruplar arasında iç savaş yoğunlaşmıştır. Taliban (Molla Muhammed Ömer), 1996 yılında Kabil'i, 1997 yılında da Mezar-ı Şerifi ele geçirerek iktidar olmuştur. Taliban yönetimi sadece Birleşik Arap Emirlikleri, Suudi Arabistan ve Pakistan tarafından tanınmıştır. Taliban dönemi boyunca Birleşmiş Milletler'de Afganistan'ı Prof. Dr. Rabbani'ye bağlı görevliler temsil etmiştir. İslam Konferansı Örgütü'nde ise "boş sandalye politikası" izlenmiştir (NSIA, 2020). 11 Eylül 2001 olayları öncesine kadar ülkenin kuzeyini kontrol etmiş olan Kuzey İttifakı, İran, Rusya, Hindistan ve Tacikistan'dan askeri destek ve mali yardım almıştır. Buna karşılık Taliban Pakistan'ın, El-Kaide gibi örgütlerin ve bazı Arap grupların desteğini almıştır. Taliban'a (Molla Muhammed Ömer) karşı yürütülen mücadelede en önemli komutan olan Ahmet Sah Mesud, New York ve Washington'da meydana gelen terör olaylarından birkaç gün önce suikaste uğrayarak yaşamını yitirmiştir. 11 Eylül Olayı ile başlayan Taliban'ı ve müttefiklerini dünyadan silme hareketi, geniş çaplı bir operasyon halini almıştır.

Afganistan'ı modernize etmek için Aralık 2001'de Bonn'da en önemli Afgan temsilcileri bir araya gelerek;

- 1- Geçici hükümetin kurulması, düzenli bütçenin oluşturulması,
- 2- Yeniden inşa ve iyileşme stratejileri için Ulusal Gelişme Taslağı hazırlanması,
- 3- Ulusal Gelişme Bütçesi hazırlanması,
- 4- Haziran 2002'de Loya Jirga'nın toplanması,
- 5- Geçici olarak Devlet Başkanı Hamid Karzai'ye destek verilmesi,
- 6- Afganistan'ın tutarlı bir yönetime geçmesi ve kalkınması için iyi bir zemin hazırlanması kararları almıştır (Azimi ve ark., 2015).

Siyasi ve İdari Yapı: Afganistan İslam Cumhuriyeti, üniter yapıya sahiptir. 34 ilden ve 400 civarında ilçeden oluşmaktadır. Vali ve kaymakamlar merkezi hükümet tarafından atanmaktadır. Yerleşim birimlerinde düzenli belediye örgütleri

bulunmamakla beraber, bazı büyük illerde bulunan belediye başkanları da merkezi hükümetce atanmaktadır. Birkaç bakanlıkların il merkezlerinde temsilcilikleri vardır. Afgan Anayasası, başkanlık sistemini öngörmektedir. Halkoyuyla seçilen başkan, hükümeti kurma ve hükümete başkanlık etme hakkını elinde bulundurmaktadır. Başkanın büyük anayasal yetkileri bulunmasına rağmen, iki meclisli parlamento başkanının denetleme ve engellemeye yönelik hakları bulunmaktadır (AMICS, 2011).

Tablo 2.18’de Afganistan’a ait 2000-2019 yılları arasında demografik veriler yer almaktadır. 2000 yılında 20 milyon 779 bin 953 olan Afganistan nüfusu % 45,38 artışla, 38 milyon 41 bin 754 olmuştur. 2000 yılındaki toplam dünya nüfusu üzerindeki payı %0,34 olan Afganistan’ın 2019 yılında nüfusu, toplam dünya nüfusunun% 0,49’ına eşittir. Küresel sıralamada ise 2000-2019 yılları arasında 48. sıradan 37. sıraya yükselmiştir (Dünya Bankası, 2019).

Tablo 2.18. Afganistan Nüfus Verileri

Yıl	Nüfus	Yıllık Değişim %	Yıllık Artış	Göçmenler (net)	Dünyadaki Payı (%)	Küresel Sıralama
2019	38.041.754	2,34	869.833	-62.920	0,49	37
2018	37.171.921	2,41	875.808	-62.920	0,49	38
2017	36.296.113	2,58	913.081	-62.920	0,48	39
2016	35.383.032	2,82	969.429	-62.920	0,47	39
2015	34.413.603	3,35	1.045.619	104.354	0,47	40
2010	29.185.507	2,61	706.246	-209.272	0,42	40
2005	25.654.277	4,30	974.865	148.839	0,39	45
2000	20.779.953	2,79	533.859	-173.508	0,34	48

Kaynak: Dünya Bankası (2020)

Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi: Tablo 19’da hem erkek hem de kadınlar için ortalama yaşam süresi gösterilmektedir. Afganistan’da 2018 yılına göre doğan bir çocuğun ortalama olarak 64,5 yaşına kadar yaşaması beklenmektedir.

Tablo 2.19. Afganistan’da Kadın ve Erkek Nüfusun Ortalama Yaşam Süreleri

Erkek Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	2018	63,0 yıl
Kadın Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	2018	66,0 yıl
Toplam Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	2018	65,5 yıl

Kaynak: Dünya Bankası (2019)

Temel göstergelerden biri olan GSYİH, bir ülkenin ekonomik performansını ölçmek için kullanılır. Toplam üretim, gelir ve harcamaların değerini gösteren GSYİH, kişi başına düşen milli gelirin hesaplanmasını sağlamaktadır. GSYİH yalnızca ülke ekonomisini değil, yatırımcıların da işlemlerini hangi şekilde yönetmesi gerektiği hakkında bilgiler sunmaktadır. Aşağıdaki tabloda Afganistan'ın 2002-2019 yılları arasındaki GSYİH ve kişi başı GSYİH oranları yer almaktadır. Buna göre; 2002 yılında GSYİH oranı %4,1 iken, 2010 yılında %15,9 olmuştur. 2019 yılına gelindiğinde, Afganistan'ın GSYİH oranı %19,1 düzeyindedir. Kişi başı GSYİH oranı 2002 yılında 179,4 dolar, 2010 yılında 543,3 dolar ve 2019 yılında ise 502,1 dolar olmuştur.

Tablo 2.20. Afganistan GSYİH Verileri (2002-2019)

Yıl	GSYİH (Milyar ABD Doları)	Kişi Başı (ABD \$)	Yıllık Değişim %
2002	4,1	179,4	
2003	4,5	190,7	8,8
2004	5,2	211,4	1,4
2005	6,2	242,0	11,2
2007	9,7	359,7	13,8
2008	10,1	364,7	3,9
2009	12,4	438,1	21,4
2010	15,9	543,3	14,4
2011	17,8	591,2	0,4
2013	20,6	637,2	5,6
2014	20,5	613,9	2,7
2015	19,9	578,5	1,5
2016	19,4	547,2	2,3
2017	20,2	556,3	2,7
2018	19,5	524,2	1,8
2019	19,1	502,1	2,9

Kaynak: Dünya Bankası (2020)

2.3.2. Afganistan Sağlık Sistemi

Afganistan, 35 yıldan uzun bir süredir iç savaş ve çatışmaların ortasında kalan ülke olmasından dolayı, sağlık sistemi ve kamu hizmetleri üzerinde yıkıcı etki oluşturmuştur. Bu yüzden en çok zarar gören devlet kurumlarından biri Halk Sağlığı Bakanlığı olmuştur. Sağlık sisteminin yönetimi bozulmuş, nitelikli insanlar görevlerinden ayrılmış ve ülkeyi terk etmişlerdir. Sağlık kurumları yıkılmış ve kapatılmıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerine sınırlı erişim olmuştur. Afganistan'da geçici devlet kurulduğunda, Afganistan Halk Sağlığı Bakanlığı, Amerika Birleşik

Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı, Afganistan Araştırma ve Değerlendirme Ünitesi ve Kolombiya Üniversitesi birlikte Afganistan'ın sağlık sisteminin durumunu incelemişler ve değerlendirmeler yapmışlardır. Afgan halkının ihtiyaçlarına cevap verebilecek en uygun temel sağlık hizmetleri paketi (BPHS) ve temel hastane hizmetleri paketi hazırlanmıştır. Afgan Halk Sağlığı Bakanlığı ve Afgan Hükümeti tüm Afgan vatandaşlarına sağlamayı planladığı sağlık hizmetleri için bir rehber olarak Temel Sağlık Hizmetleri Paketini (BPHS) geliştirmiştir. Temel sağlık hizmetleri paketinin yedi ana unsuru bulunmaktadır. Bunlar; önemli sağlık sorunları üzerinde büyük etkiye sahip olan, ulaşılabilir, uygun maliyetli ve hem kırsal hem de kentsel alanlarda sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlayacak hizmetler şeklindedir.

Altı öge temel hizmetleri içermektedir, yedinci öge ise diğer altı hizmet ögesinin başarısı için gereklidir. Yedinci unsur, temel ilaçların düzenli ve güvenilir tedariki ve bulunabilirliğidir (Afghanistan Ministry of Public Health, 2020). Temel Sağlık Hizmetleri Paketi aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 2.21. Temel Sağlık Hizmetleri Paketinin Dağıtım 2010

Ana ve çocuk sağlığı	Doğum öncesi bakım (gebe takibi) Doğum bakımı Doğum sonu bakım Aile planlama Yeni doğan bakım
Çocuk Sağlığı Ve Aşılaması	Aşılaması programı IMCI
Toplum Beslenmesi	Malnutrisiyondan kuruma Malnutrisyonu tanısı Malnutrisyon tedavisi
Bulaşıcı Olan Hastaların Tedavisi Ve Kontrolü	Sıtma kontrolü HIV kontrolü Verem kontrolü
Ruh Sağlığı	Topluma eğitim ve bilgilendirme Vaka bulma Tanı ve tedavi
Meyüb Hizmetleri	Toplum eğitimi Vaka bulma Sevk etme
Serf Malzeme Destek Ve Temel İlaçlar	Çok gerekli ilaçların sağlanması

Kaynak: Afganistan için Temel Sağlık Hizmetleri Paketi (TSHP, 2010)

Bu temel sağlık hizmetleri paketi Afganistan Halk Sağlığı Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), healthNet tpo Afganistan (Afganistan'daki en büyük sağlık STK'larından biridir ve 1993'ten beri Afganistan'da bir kalkınma modeli üzerinde çalışmaktadır), Türk İş Birliği ve Koordinasyon Ajansı (TİKA), Dünya Bankası (DB), özerk yapıdaki sivil toplum kuruluşu (NGOs) ve diğer yardım eden kuruluşlar temel sağlık hizmet sunumunu tasarlayıp uygulamışlardır (Haroon, 2014).

2.3.2.1. Hastaneler

Günümüzde Afganistan'da sağlık hizmetleri Afgan Halk Sağlığı Bakanlığı'na bağlı merkezler ve hastaneler, bakanlık denetimi altında faaliyette bulunan bir kısım ulusal ya da uluslararası yapılar tarafından yönetilen hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Kamu ve özel hastanelerde hasta tedavisinde kullanılan ilaç ve sıhhi sarf malzemeleri hastalar veya hasta yakınları tarafından karşılanmaktadır. Büyük kentlerde faaliyet gösteren özel hastanelerde teşhis ve tedavi işlemleri ücret karşılığında verilmektedir. Son beş yıldır ülkede sağlık için yıllık bir milyar dolar harcanmıştır. Bu tutarın %75'i vatandaşın kendi cebinden %25'i devlet tarafından karşılanmaktadır. Kamu ve üniversite hastanelerinde, bilgisayarlı tomografi (BT), Anjiyografi ve Manyetik Rezonans (MR) cihazları gibi gelişmiş görüntüleme cihazları bulunmamaktadır. Ancak Kabil Polis ve Askeri Tıp Akademisi ve Kabil Fransız Çocuk Hastanelerinde son 3-4 yıldır MR ve BT cihazları kullanılmaktadır. NATO Uluslararası Destek Gücü (ISAF) güçlerine ait hastanelerde bu cihazlar bulunmaktadır. Afganistan'daki eğitim ve üniversite hastanelerinde, iç hastalıkları, kadın doğum ve çocuk hastalıkları cerrahisi, ortopedi branşlarının dışında uzmanlık ve yan dal eğitimi verilmemektedir. Onkoloji, KVC (Kalp Damar Cerrahisi), nükleer tıp ve invazif kardiyoloji bölümleri ve patoloji laboratuvarları bulunmamaktadır (Seyahat, 2020).

Ülke genelinde ve illerde merkezi acil ambulans sistemi henüz tam anlamıyla kurulamamıştır. Başkent Kabil'de, Halk Sağlığı Bakanlığı'nca kurulmuş olan, ortalama 40-50 araç kapasiteli Merkezi Acil Ambulans Sistemi (166) mevcuttur. Bu merkez, ülkede egemen olan kötü güvenlik koşulları ve Bakanlığın ekonomik problemleri sebebiyle verimli biçimde faaliyette bulunamamaktadır. Özellikle, Kabil'deki bazı özel hastane ve sağlık kuruluşları yerel nüfusa ve yabancılara şehrin belli bölgeleri içerisinde, ücret karşılığında acil ambulans hizmeti sunmaktadırlar. Ülkede faaliyette bulunan bütün kamu ve özel hastanelerde Afgan vatandaşları ve bütün yabancı hastalara acil sağlık hizmeti ücretsiz olarak verilmektedir. Ancak, birçok durumda hastalar ilaç ve zorunlu sarf malzemelerini kendi olanakları dahilinde temin etmek zorundadır. Özel sektöre ait sağlık merkezlerinde ise acil muayene, tetkik ve tedavi dahil her türlü sağlık hizmeti ücret karşılığında verilmektedir (Newbrander).

2.3.2.2. Tedavi ve Yatak Ücretleri

Özel hastanelerde, yatak, tedavi ve ameliyat ücretleri değişiklik göstermektedir.

Mezar-i Şerif, Herat ve Kabil gibi şehirlerde faaliyette bulunan özel hastanelerde, poliklinik hasta muayene ücreti 6-10 dolar, günlük yatak ücretleri 10 ila 100 dolar arasında değişmektedir. Örneğin bir apandisit ya da kasık fitiği ameliyatı 80-150 dolar civarındadır. Hastalar için, laparoskopik batın içi ameliyatlar az sayıdaki özel hastanelerde, yurt dışından getirilen cerrahi ekipler tarafından yüksek fiyatlar karşılığında yapılabilmektedir. Ancak bu tür cerrahi girişimler kamu ve üniversite hastanelerinde yapılmamaktadır. Ülkede, özel sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerin fiyatlarını belirleyen veya denetleyen bir kurum ya da yönetmelik bulunmamaktadır (Seyahat, 2020).

2.3.2.3. Sağlık Sigortası ve Primler

Afganistan'da, kamu kaynaklı genel sağlık sigorta sistemi veya sosyal güvence kurumu hali hazırda oluşturulmamıştır. Ülkede son 6 yıldır, “Afghan Global Insurance Company” adında özel sağlık sigorta şirketi faaliyette bulunmaktadır. Ülkede güvenlik problemleri, bölgelere göre farklılık arz etmesi sebebiyle prim fiyatları hakkında net bir bilgi bulunmamaktadır (Fatima ve Hiroyuki, 2019).

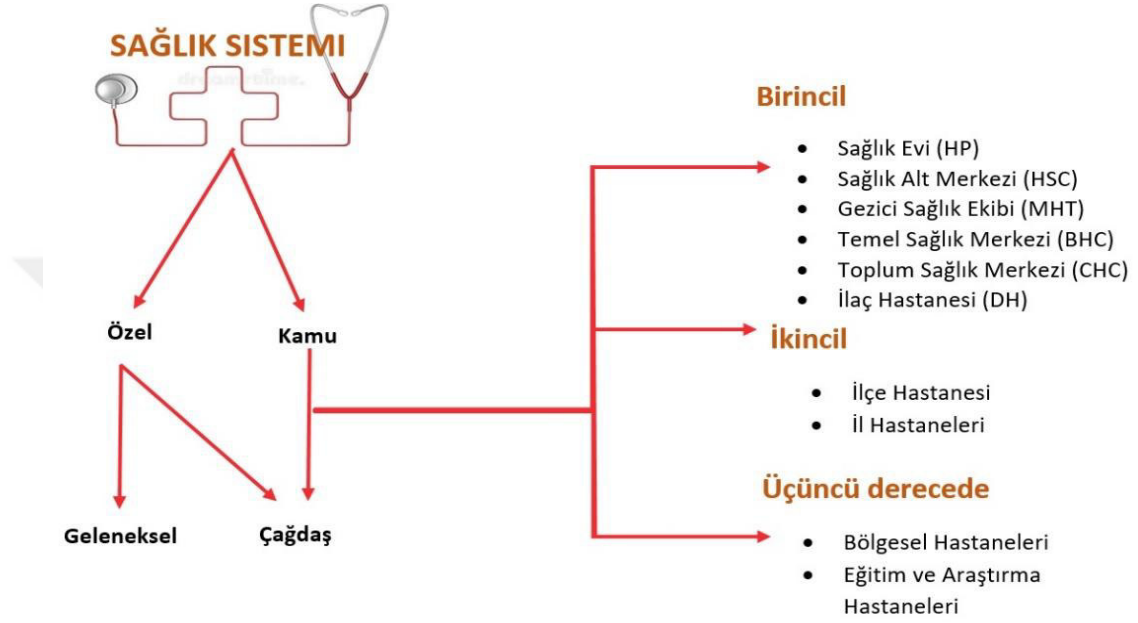
2.3.2.4. İlaç Temin Koşulları

Afganistan'da yerli ilaç imalat endüstrisi bulunmamaktadır. Hastalıkların tedavisinde kullanılmakta olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri ithal edilmekte ya da komşu ülkelerden gümrüksüz şekilde ülkeye getirilmektedir. Ucuz olmaları sebebiyle piyasada en çok satılan ilaçlar Çin, Pakistan ve İran'dan gelmektedir. Türkiye, Rusya ve İran'dan da tıbbi malzeme ve ilaç ithalatı yapılmaktadır. Afgan Halk Sağlığı Bakanlığı, ilaç ve tıbbi malzemelerin ithalat, kalite denetimi, dağıtım ve denetiminden sorumlu olmasına rağmen, piyasada satılmakta olan ilaçların önemli bir bölümü sahte, kalitesiz ya da biyoyararlılığı sınırlanmış ilaçlardan meydana gelmektedir (Nazari, 2019).

2.3.3. Sağlık Sistemi Organizasyonu ve Yönetimi

Afganistan Sağlık Sistemi içinde kamu ve özel kesime ait çok sayıda kurum ve kuruluş, hizmet üretimi ve sunumunda görev almaktadır. Afganistan'da yürürlükte olan Halk Sağlığı Kanunu'na göre, Sağlık Bakanlığı bu kurumları izlemek ve aralarındaki koordinasyonu sağlamakla görevlidir (Haroon, 2014).

Sağlık Bakanlığı Afganistan'da birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini en yaygın biçimde sunmaktadır. Şekil 2.4'te Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra örgütlenmesi verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri altı farklı yapıdaki kurum tarafından, ikinci basamak sağlık hizmetleri iki farklı yapıdaki kurum tarafından ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri iki farklı yapıdaki kurum tarafından sunulmaktadır (Measureevaluation, 2019).



Şekil 2.4. Afganistan Sağlık Sistemi Organizasyon Şeması (Blaakman ve Lwin, 2013)

2.3.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Afganistan'da birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan sağlık kuruluşları aşağıda verilmiştir.

2.3.3.1.1. Sağlık Evi (Health Post)

Sağlık evi Köylerde 1000-1500 nüfusa, lise mezunu toplum sağlığı çalışanı olan iki kişi tarafından sağlık hizmeti sunan kurumdur. Sağlık çalışanları gönüllü olarak çalışmakta, sadece aylık raporları temel sağlık merkezine iletmesi için yol ücreti ödenmektedir. Sağlık evi çalışanları, hastaların demir artı folik asit hapının ve verem hastalarının ilacının alımını gözetlemekten, gıda takviyelerinin dağıtılmasından, aile planlamasının yapılmasından, hastaların sevk evrakının hazırlanmasından, acil durumlarda ilk yardımın sağlanmasından ve ishal, pnömoni, sıtma tedavilerini vermekten sorumludur (William ve ark., 2013).

2.3.3.1.2. Sağlık Alt Merkezi (Health Sub Center)

Sağlık Alt Merkezi, Sağlık Evleri ile diğer temel sağlık hizmetlerinin hizmet sunum düzeyi arasındaki boşluğu kapatmak için sağlık hizmetini sunan kurumdur. Bu sağlık kuruluşunun devlet tarafından kurulan binası olmayıp, kiralanmış herhangi bir binada hizmet vermektedir. Bu hizmetler, 3000-7000 nüfusa sahip olan köy ve kasabalarda sağlık evinin sunduğu temel sağlık hizmetlerinin dışında doğum ve yeni doğan takiblerini içermektedir. Sağlık hizmetleri, devlet ile sözleşmeli olan özerk sivil toplum kuruluşlarının (NGOs), verdiği hizmetin karşılığı aylık ücretle bir hemşire, bir ebe ve bir güvenlik personeliyle yürütülmektedir (Salehi, 2013).

2.3.3.1.3. Gezici Sağlık Ekibi (Mobil Health Team)

Bu hizmet için belirli bir nüfus belirlenmemiş olup sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu yerlere veya acil bir durum meydana geldiğinde dört personel tarafından (hekim, hemşire, ebe, ambulans sürücüsü) özel ambulansa benzeyen araç ile topluma koruyucu sağlık hizmeti sunmaktadır. Gezici sağlık hizmetleri Temel Sağlık Merkezi hizmetlerinin uzantısı olduğundan sunduğu hizmetlerin çoğu durumda benzemektedir (Fatimie, 2005).

2.3.3.1.4. Temel Sağlık Merkezi (Basic Health Center)

Temel Sağlık Merkezi'nin standart bir binası olup, verdiği hizmetin karşılığı devlet tarafından ödenen yedi sağlık personelden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı, bu sağlık kurumunda bir hekimin kesinlikle bulunmasına, hekimin yanında da ebe veya hemşirenin hizmeti sunmasına izin vermektedir. 10000-30000 nüfusa temel sağlık hizmetlerini sunan ve gezici sağlık ekibinin sunduğu hizmetler dahil olmak üzere ayakta tedavi, küçük cerrahi işlemler, çocuklara aşılama programı, anne ve yenidoğan bakımı veren bir sağlık kurumudur (HMIS, 2015).

2.3.3.1.5. Toplum Sağlığı Merkezi (Comprehensive Health Center)

Toplum sağlığı merkezi on altı sağlık personelinden oluşmaktadır. Bir toplum sağlığı merkezinin personeli hekim, hemşire, ebe, psikososyal danışmanı, laboratuvar teknisyeni ve eczane teknisyeni olmak üzere temel sağlık merkezininkinden daha fazladır. 30000-60000 nüfusa sahip yerlerdeki bireylere temel sağlık hizmetleri paketi dışında laboratuvar hizmetleri, 24 saat yataklı sağlık hizmeti, küçük cerrahi ve ambulans hizmetleri sunmaktadır. Ayrıca, normal doğum, ciddi çocuk hastalıkları, sıtma vakalarında, yataklı hasta bakımı ve akıl sağlığı hastaları için ayakta tedavi

hizmetleri vermektedir (Haroon, 2014).

2.3.3.1.6. İlçe Hastanesi (District Hospital)

İlçe hastanesi Sağlık Hizmetleri Temel Paketi (SHTP) 'deki tüm hizmetleri yönetmektedir. Temel sağlık hizmetleri dışında hastane hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri ile dahiliye, genel cerrahi, kadın-doğum hastalıkları, çocuk hastalıkları, acil servis hizmetleri, ağız sağlığı hizmetleri sunmaktadır. İlçe hastaneleri yaklaşık 100.000–300.000 nüfusa sağlık hizmeti vermektedir. Ayrıca ilçe hastanesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini ikinci basamağa bağlayan bir sağlık kuruluşudur (Nazari, 2019).

2.3.3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri, Afganistan Halk Sağlığı Bakanlığı ve Amerikan Birleşik Uluslararası Kalkınma Ajansı ve Afganistan Araştırma ve Değerlendirme Ünitesi “Afghanistan Research And Evaluation Unit”si tarafından gerekli hastane hizmetleri olarak geliştirilmiştir. Afganistan’da birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilemeyen ve gereksinim duyulan hallerde hasta, daha büyük ve donanımlı hastaneye sevk edilmektedir. Böylece hem sevk zincirinin etkin çalışması hem de daha kaliteli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmaktadır (Walkman ve Hanif, 2002).

Afganistan İslam Cumhuriyeti Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından sağlık evi, sağlık alt merkezi, gezici sağlık ekibi, temel sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi kırsal bölgelere TSH’lerini sunmaktadır. Ayrıca Bakanlık ilçe hastanelerine, il hastaneleri ile bölge hastanelerine birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sunarak anne, yenidoğan ve beş yaş altı çocuk ölüm düzeyinin azaltılmasını amaçlamaktadır (Hanif, 2002).

2.3.3.2.1. İlçe Hastanesi (District Hospital)

İlçe hastanesi sağlık sistemine ilk giriş noktasıdır. Kırsal alanlarda yaşayan bireylerin yataklı ve acil sağlık hizmetlerine kolayca ulaşmalarını sağlamayı ve anne, yenidoğan ile beş yaş altı çocukların ölümünü azaltmayı hedeflemektedir. Bireylerin hastalıklarına tanı koymak, onları tedavi etmek ve hastaları başka bir sağlık kurumuna sevk etmek, 24 saat yataklı sağlık hizmeti ile acil ve ayaktan sağlık hizmetlerini sunmaktadır. İlçe hastanesinin, sağlık sistemi içerisinde aşağıda belirtilen rolleri bulunmaktadır (Howard, ve diğerleri, 2014):

- Sevk sisteminin önemli bir parçasıdır.
- Temel sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır.
- Toplum sağlığı merkezinin ve temel sağlık merkezinin bulunmadığı yerlerde hastaların sağlık sistemine ilk giriş noktasıdır.
- Hastaları başka bir sağlık kurumuna sevk etmektedir.
- Hastanın hastaneye ilk girişi acil cerrahi işlemler için değil, hastalığın tanısını koymak amacıyla yapılmaktadır.
- Sağlık personelinin kendini geliştirmesinde önemli rol oynamaktadır.

2.3.3.2.2. İl Hastanesi (Provincial Hospital)

İl hastanesi, il sağlık sistemindeki sevk hastanesidir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki son sevk noktasıdır. Hastaları daha üst bölge hastanelerine ve eğitim ve araştırma hastanelerine sevk edebilmektedir. Aslında ilçe hastanelerinden çok farklı değildir. Kırsal bölgelerde yaşayan bireylere, yataklı ve acil servis hizmetlerini, ilçe hastanelerini ve toplum sağlığı merkezlerini destekleyici şekilde hizmet sunmaktadır. İl hastanelerinin amacı anne, yenidoğan, beş yaş altı ve başka hastalıkların ölüm düzeyinin azaltmaktır (Nazari, 2019).

2.3.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Afganistan'da Bölge Hastanesi ve Kabil'deki Ulusal Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, yüksek uzmanlık gerektiren hastalıklarda hastaları ileri düzeyde tıp teknolojisini kullanan ihtisas hastanelerine sevk etmektedir. Böylece hastaların tedavileri buralarda devam ederek üçüncü basamak sağlık hizmeti verilmektedir. Çocuk Hastaneleri, Göğüs Hastalıkları Hastaneleri, Onkoloji Hastaneleri, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, Üniversite Tıp Hastaneleri bu tür ihtisas hastaneleridir. Bu sağlık kuruluşları en üst düzey tedavi hizmetlerini sunmaktadır. Bu hastaneler tüm devlet sağlık kuruluşlarından, ilçe, il ve bölge hastanelerinden ve özel hastanelerden kısacası Kabil'deki tüm temel sağlık kuruluşları dahil olmak üzere hastaların sevkini kabul eden hastanelerdir. Ayrıca üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının toplam yatak kapasitesi 300-450 arasındadır (Hospital Strategy, 2016)

Kabil'deki Eğitim Araştırma Hastaneleri, ileri tetkik ve tedavi gerektiren sağlık hizmetlerini standartlara uygun şekilde topluma sunmayı hedeflemektedir. Halk Sağlığı Bakanlığı (HSB) sistemi dışında Kabil'de Yüksek Öğretim Bakanlığı'na bağlı

Üniversite Hastaneleri, Savunma Bakanlığı'na bağlı Askeri Hastaneler ve Emniyet Teşkilatına bağlı hastaneler Halk Sağlığı Bakanlığı'nın standartları ve kılavuzuna bağlı olmadan kendi kurallarına göre hizmet sunmaktadır. Özel hastaneler HSB'nin kontrolü ve denetimi altındadır. Ama yönetim sistemi HSB'dan bağımsız şekilde yürütülmekte, bazı standart ve akreditasyona uymak zorundadır. Afganistan Halk Sağlığı Bakanlığı yönetim görevi olmadığından, Kabil'deki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin ve ülkedeki hastanelerin karşı karşıya kaldığı bazı sıkıntılar ve problemler aşağıda yer almaktadır (William ve ark., 2013):

1. Ülke çapındaki hastaneler ve yatakları adaletsiz şekilde dağıtılmıştır. Sağlık kurumunun sunduğu hizmetlere ulaşımın eşit olmamasından (kırsal alanda ulaşımın zor olduğu, kentsel ve yarı kentsel alanda ulaşımın kolay olması) dolayı Kabil'de yatak başına 1.9/1000 kişi, başka illerde ise 0.5/1000 kişi hastane yataklarına ulaşmaktadır.
2. Klinik hasta bakım hizmetlerinin eksikliği sonucunda kalite düşük düzeydedir.
3. Hastane yöneticilerinin yönetim yeteneklerinin eksikliği nedeniyle kaynaklar, malzemeler, personel etkin şekilde kullanılamamaktadır.
4. Hastane sistemleri dağınıktır. Koordineli bir sistem olmayıp sağlık sistemine entegre değildir. Sevk sisteminin iyileştirilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının ikinci basamak sağlık kuruluşlarına bağlanmasını sağlamakta yardımcı olmaktadır.
5. Finansal kaynaklar sınırsız ve sürdürülebilir değildir. Hastanelerin finans kaynağı yetersizdir, hastalardan ya da toplumdan katkı payı almamaktadır. Bu nedenle sağlık sistemindeki parçaların yenilenmesi ve sürdürülmesi zorlaşmaktadır.
6. Eğitimli personelin sayısının azlığıdır. Özellikle kırsal ve uzak bölgelerdeki ayaktan sağlık hizmeti veren merkezlere gelen kadın hastalara, hizmet verme noktasında kadın sağlık personelinin sayısının eksikliğidir.

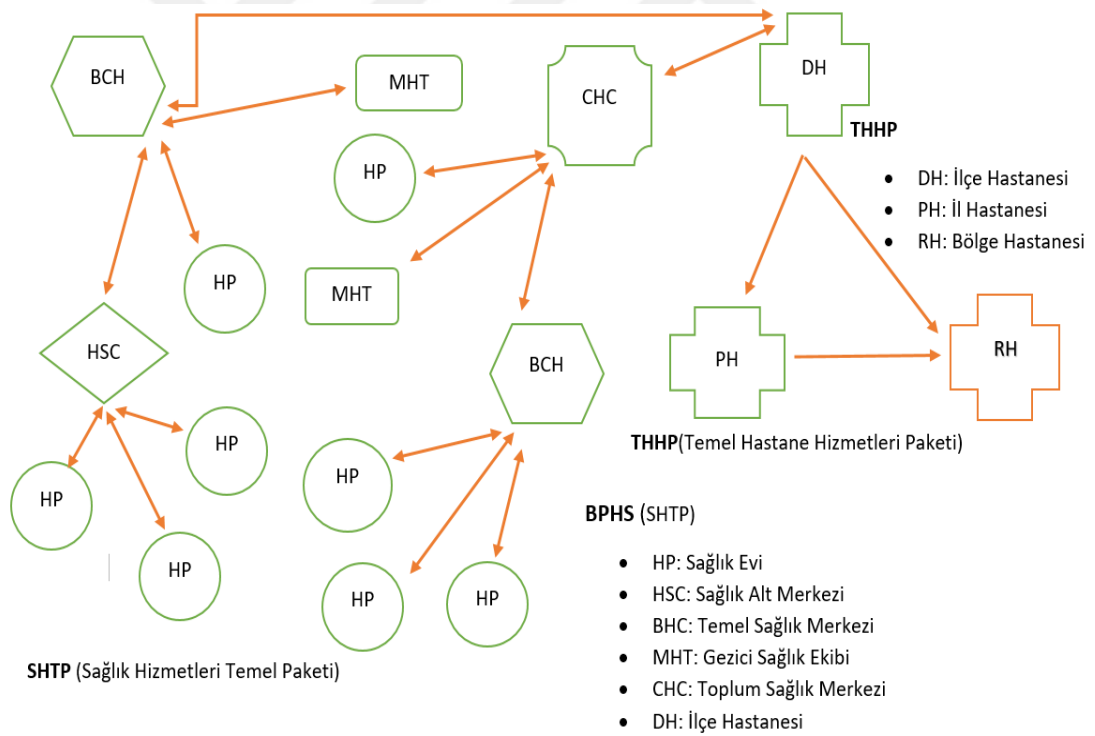
Hastane yönetim grubu, Afganistan sağlık sisteminin kalitesini artırmak ve ulusal sağlık politikasını, hastane politikaları ile Afganistan sağlık sistemini uygun hale getirmek için hastanelerin gereksinimlerini analiz etmiştir. On anahtar politika ve 34 standart geliştirilerek, sağlık kurumunun düzeyine göre yatak sayıları belirlenmiştir (WHO ve National Strategy 2015).

Gerekli Hastane Hizmetlerinin Hedefi;

- Her seviyedeki hastaneler için standartları tespit etmek,
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere, özel hastanelere, uluslararası organizasyonlara ya da donörlere rehber geliştirmek,
- Sağlık hizmetleri temel paketi (BPHS)'in EPHS'e entegre edilmesi aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (EPHS for Afghanistan, 2005:1-10).

İlçe hastanesi, il hastanesi ve bölge hastanesi gerekli hastane hizmetlerini sunan sağlık kuruluşlarıdır. Bu sağlık kuruluşları küçük veya büyük şehirlerde gerekli hastane hizmetlerini (Essential Package of Hospital Service (EPHS)) topluma sunmakta olup; yatak sayısı, işgücü ve kompleksine göre üç gruba ayrılmaktadır. (Hanif ve Haroon 2014).

Şekil 2.5. Temel Sağlık Hizmetlerinin Hastane Hizmetlerine Bağlanması



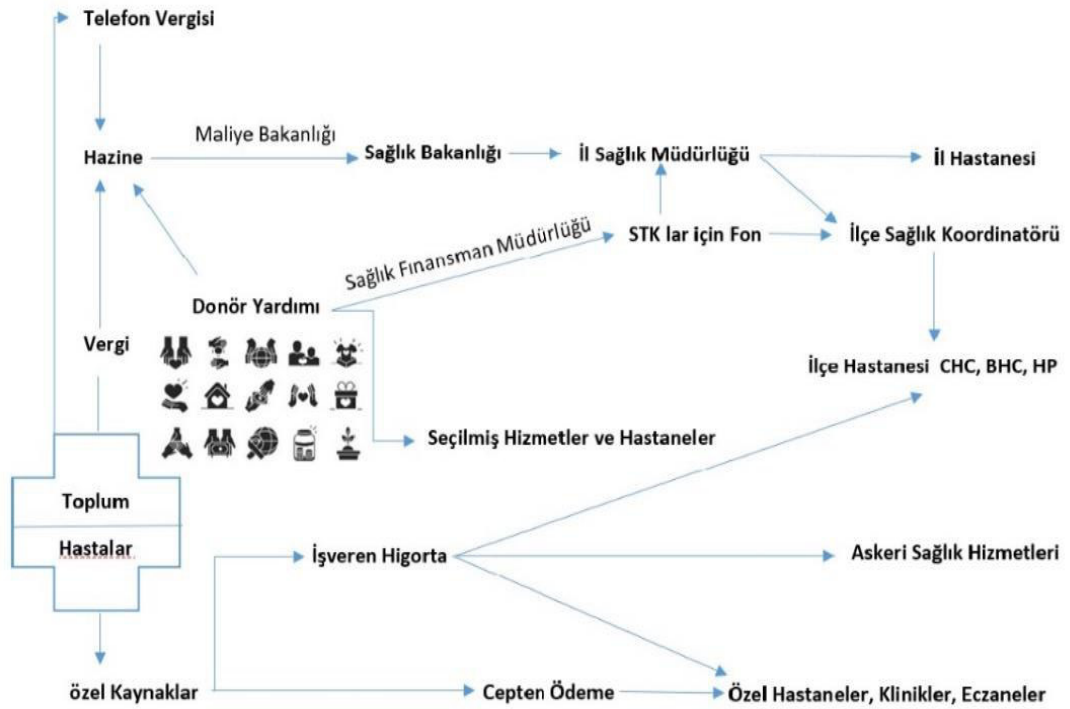
Kaynak: EPHS for Afganistan, 2005: 4

2.3.4. Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Sağlık Harcamaları

Bir ülkedeki sağlık sisteminin temel ayırt edici özelliklerinden biri, sağlık hizmetlerinin finansman şeklidir. Sağlık finansmanı yöntemlerinin genellikle iki boyutu vardır. Birinci boyut, finansmanın kaynağı; ikinci boyut finansmanın

organizasyonudur. Finansman kaynağı, kamu/özel ayrımını; finansmanın organizasyonu ise, ödeme şeklini kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel kaynakların bileşimi, ülkedeki genel ekonomik ve politik tercihlere göre belirlenmektedir. Sağlık hizmetleri, liberal tercihlerin geçerli olduğu ekonomik sistemlerde ağırlıklı olarak özel kaynaklardan finanse edilmekte iken; sosyal yönelimlerin geçerli olduğu sistemlerde ise kamu kaynaklarından finanse edilmektedir. Kamu kaynaklarından yani genel bütçeden finanse edilen sistemlerde hizmet, kamuya ücretsiz olarak sunulmaktadır. Özel kaynaklardan finanse edilmesi durumunda, sağlık hizmetlerinin maliyeti hizmeti kullananlar tarafından ödenmektedir (Nazari, 2019).

2006-2016 yılları, kamu sağlık kurumlarının işlevsel hale getirilmesi için kaynak yaratma uygulamalarının ilk aşamasını oluşturmaktadır. Bu kademedeki sağlık sistemi finansmanı; direkt Afganistanın genel bütçesinden, cepten yapılan ödemelerden ve başka uluslararası kurumlardan sağlanmış olan bağışlarla yapılmaktadır (Haroon, 2014)

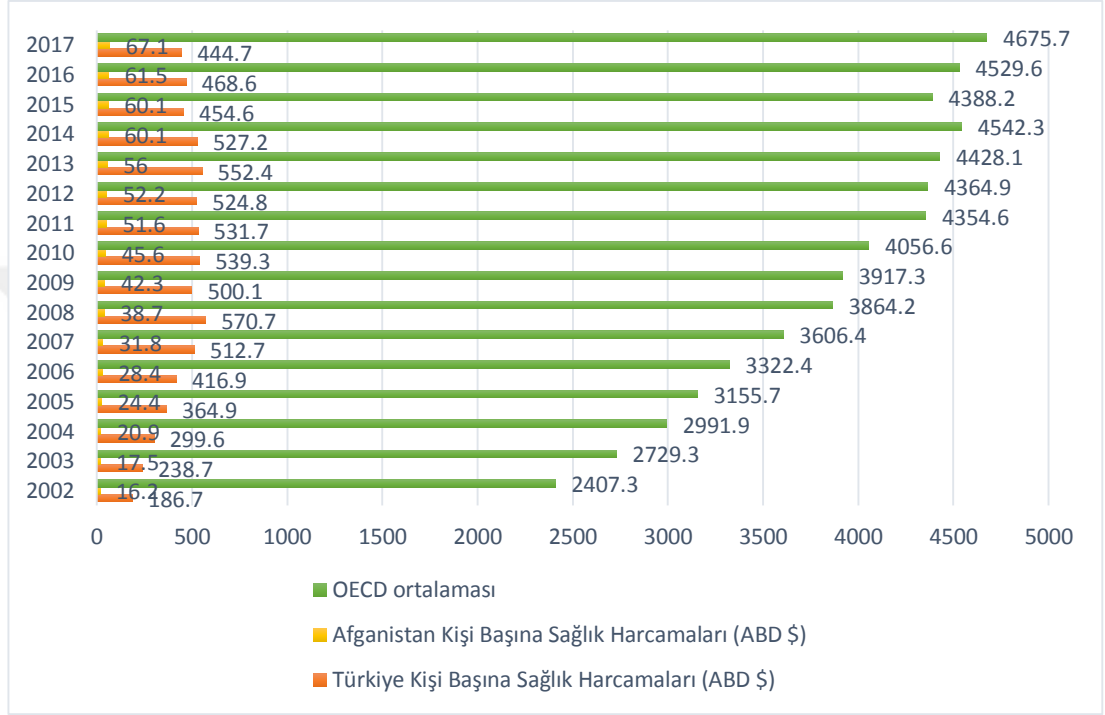


Şekil 2.6. Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Sağlık Harcamaları (Blaakman ve Lwin, 2013)

Kişi Başı Sağlık Harcamaları: Aşağıdaki tabloda Afganistan ve OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamalarının ortalamaları yer almaktadır. 2002–2017 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinde kişi başına sağlık harcaması 2407,3 dolardan

% 94,2 artışla 4675,7 dolara yükselmiştir. Afganistan’da ise 2002 yılında kişi başına 16,2 dolar sağlık harcaması yapılırken, 2017 yılında 4 kattan fazla bir artışla 67,1 dolar olmuştur. Ancak Afganistan, Türkiye’den 6,6 kat; OECD üyesi ülkelerden 69,7 kat daha az kişi başı sağlık harcamasına sahiptir.

Tablo 2.22. Afganistan ve OECD Üyesi Ülkeler Ortalamaları Kişi Başına Sağlık Harcamaları (ABD \$)



Kaynak: Dünya Bankası (2018)

Cepten Yapılan Sağlık Harcamalar: 2002–2017 yılları arasında OECD üyesi ülkelerde kişi başına sağlık harcaması 15,7 dolardan, % 13,2 azalarak 13,8 dolara düşmüştür. Afganistan’da 2002 yılında kişi başına 85,4 dolar sağlık harcaması yapılırken, 2017 yılında % 11,6 azalışla 75,5 dolar olmuştur. Bu oranlara bakıldığında OECD ülkelerinin gerek fon kaynaklarına gerek sigorta sistemlerine sahip olmaları sayesinde, vatandaşları daha az sağlık harcamaları ile karşı karşıya kalmaktadır. Afganistan ise bu imkânlarla sahip olmadığından dolayı sağlık hizmetleri, bireylerin direkt olarak ceplerinden yaptıkları harcamalarla karşılanmaktadır (Dünya Bankası, 2020).

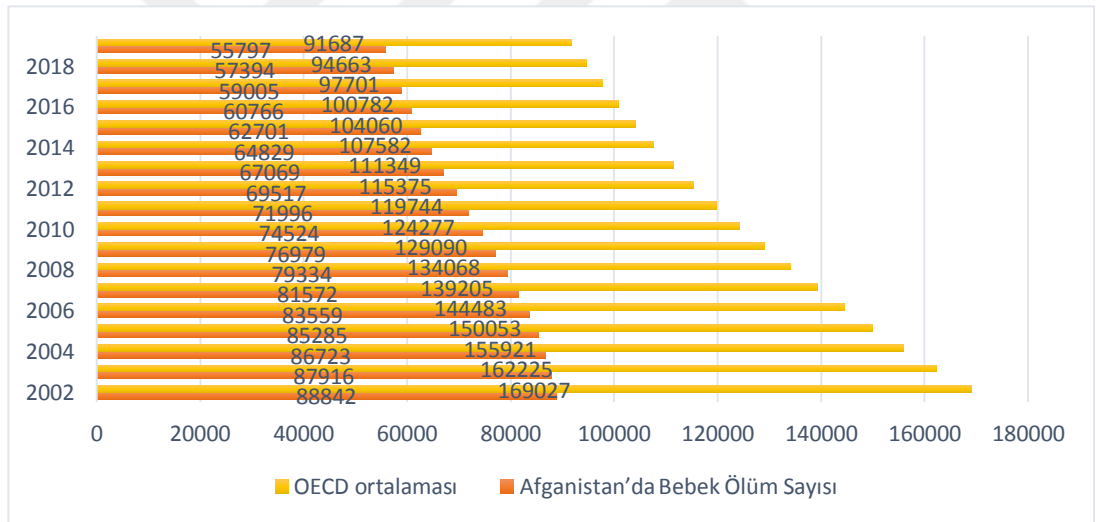
2.3.5. Sağlık Göstergeleri

Bebek, anne, çocuk ve yetişkin ölümleri veya beklenen yaşam süreleri bir ülkenin sağlık göstergeleri açısından önem arz etmektedir. Doğuşta beklenen yaşam

süresinin artması ve işgücünün uzun müddet emek piyasasında kalması, daha çok üretime katkıda bulunulması manasını taşımaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresiyle ekonomik büyüme arasındaki bağlantıları inceleyen araştırmalara göre, doğuşta beklenen yaşam süresi ekonomik büyümeyle bağlantılıdır. Bu çalışmaların ortak sonucu, ekonomik büyüme gerçekleştiğinde doğuşta beklenen yaşam süresinin uzamaktadır (Aydın, 2020).

2002–2019 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinin bebek ölüm sayıları aşağıda yer alan tabloda incelendiğinde 2002 yılında 169,027 bebek ölümü varken, bu sayı 2019 yılı itibariyle 77,340 bebek ölümü azalarak 91,687 olmuştur. Afganistan’da ise 2002 yılında 88,842 bebek ölümü bulunurken, 2019 yılı itibariyle 55,797 bebek ölümü gerçekleşmiştir. Afganistan’da bebek ölümleri nüfusla oranlandığında ise bu sayı çok yüksek düzeylerde dir.

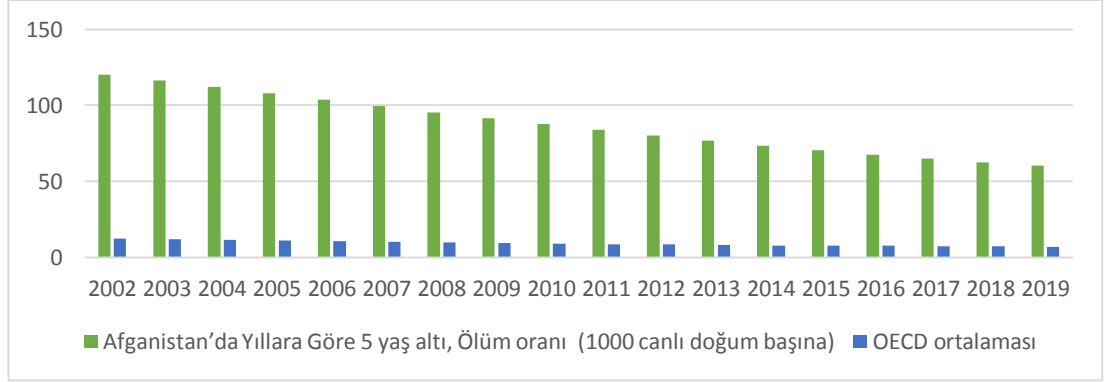
Tablo 2.23. Afganistan’da Yıllara Göre Bebek Ölüm Sayıları



Kaynak: Dünya Bankası (2019)

Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı: Afganistan'da beş yaş altı ölüm oranında yıl bazında azalma miktarı tatmin edici olmamasına rağmen, azalan bir seyir gözlenmektedir. Beş yaş altı ölüm oranı 2002 yılında 1000 canlı doğum başına 120,4 olurken, 2019 yılında 1000 canlı doğum başına 60,9 olmuştur. Beş yaş altı ölüm oranı 2002 yılından 2019 yılına kadar sadece %48 azalma gözlenmiştir. Çocukların beş yaşına ulaşmadan önce ölme riski, kırsal alanlarda kentsel alanlara göre daha fazladır. Afganistan'da yüksek olan beş yaş altı ölüm oranının nedeni, bu ülkedeki beş yaş altı çocukların çoğunluğunun yetersiz beslenmesi ve salgın hastalıklara yakalanmasıdır (Dünya Bankası 2019).

Tablo 2.24. Afganistan'da Yıllara Göre 5 Yaş Altı, Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğum Başına)



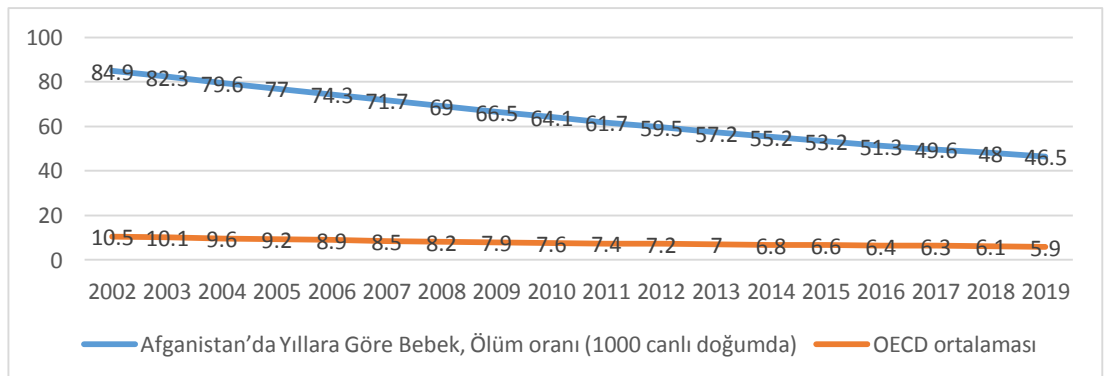
Kaynak: Dünya Bankası (2019)

2002–2019 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinin 1000 canlı doğum başına düşen beş yaş altı ölüm hızı 12,5'den 7,0'a düşerek 5,5 azalmıştır. Afganistan'da bu yıllar arasında 1000 canlı doğum başına düşen yeni doğan ölüm hızı, 120,4'den 60,3'e düşmüştür. Afganistan'daki 1000 canlı doğum başına düşen yeni doğan ölüm oranı OECD ülkeleri ortalamasının 8,6 katı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bebek Ölüm Oranı: Tablo 25'da Afganistan'a ait bebek ölüm oranları verilmektedir. Afganistan'da, bebek ölüm oranı son 20 yıldır ciddi bir düşme göstermektedir. Afganistan'da her 1000 canlı doğumda 2002 yılında 84,9 olarak gerçekleşen bebek ölümleri, 2019 yılında 46,5 olmuştur. Aynı zamanda bu rakam benzer gelir düzeyine ve sağlık harcamasına sahip ülkelerinde üzerindedir.

2002–2019 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı 10,5'den 5,9'a düşerek 4,6 oranında azalmıştır. Afganistan'da 1000 canlı doğum başına düşen yeni doğan ölüm oranının, OECD ülkeleri ortalamasının 7,9 katı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

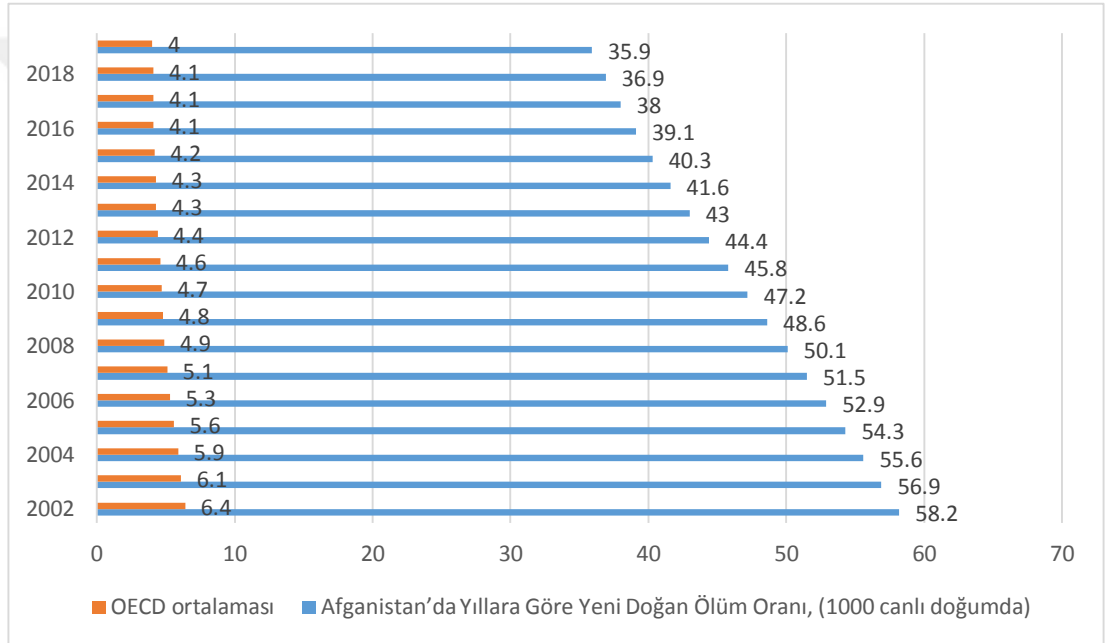
Tablo 2.25. Afganistan'da Yıllara Göre Bebek Ölüm Oranları (1000 Canlı Doğumda)



Kaynak: Dünya Bankası (2019); OECD (2020)

Yeni Doğan Ölüm Oranı: Afganistan’da yeni doğan ölüm oranı, belirli bir yılda 1000 canlı doğum başına 28 güne ulaşmadan ölen yeni doğanların sayısıdır. Aşağıda yer alan tablo incelendiğinde 2002–2019 yılları arasında OECD üyesi ülkelerin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı, 6,4’den 4,0’a düşerek 2,4 oranında azalmıştır. Afganistan’da bu yıllar arasında 1000 canlı doğum başına düşen yeni doğan ölüm hızı, 58,2’den 35,9’a düşmüştür. Afganistan’da 1000 canlı doğum başına düşen yeni doğan ölüm oranı OECD ülkeleri ortalamasının 8,9 katı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2.26. Afganistan’da Yıllara Göre Yeni Doğan Ölüm Oranı, (1000 Canlı Doğumda)



Kaynak: Dünya Bankası (2019)

Aşağıdaki tabloda Afganistan ve OECD ülkeleri erkek ve kadın yetişkin ölüm oranları yer almaktadır. Buna göre; 2002–2017 yılları arasında OECD üyesi ülkelerinin erkek yetişkin ölüm oranları 136,6’dan 18,1 azalarak 118,5’e düşmüştür. Kadın yetişkin ölüm oranları ise 70,7’den 5,8 azalarak 64,9’e düşmüştür. Afganistan’da 2002-2017 yılları arasında erkek yetişkin ölüm oranları 321,6’dan 81,3 azalarak 240,3’e düşmüştür. Kadın yetişkin ölüm oranları ise 276,2’dan 78 azalarak 198,2’e düşmüştür. Afganistan erkek yetişkin ölüm oranlarında, OECD üyesi ülkelerinin 2,02 katı; kadın yetişkin ölüm oranlarında ise, OECD üyesi ülkelerinin 3,05 katı düzeyindedir.

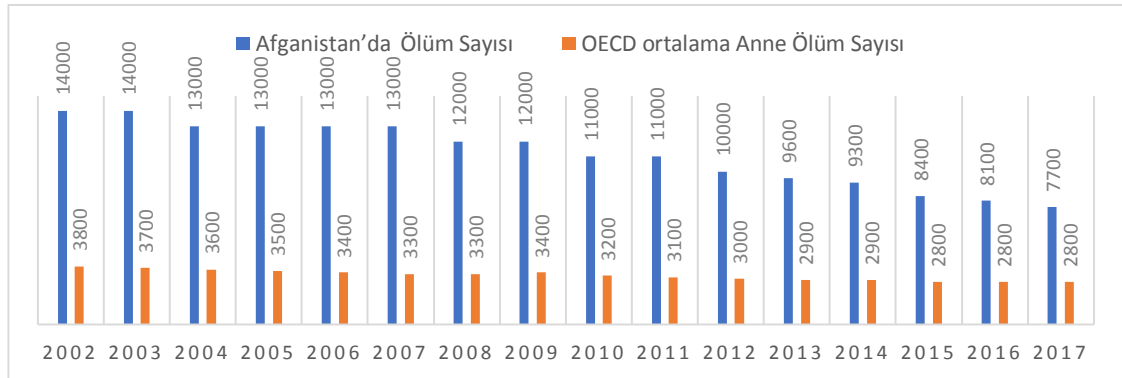
Tablo 2.27. Afganistan’da Erkek ve Kadın Yetişkin Ölüm Oranları

Yıl	Afganistan’da Erkek ve Kadın Yetişkin Ölüm Oranları		OECD Ülkeleri Ortalama Erkek/Kadın Yetişkin Ölüm Oranları	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
2002	321,6	276,2	136,6	70,7
2003	314,5	269,5	135,2	70,1
2004	307,5	262,9	131,7	68,6
2005	300,4	256,3	130,9	68,1
2006	293,3	249,7	128,8	67,1
2007	286,2	243,0	126,8	66,2
2008	281,3	238,4	124,5	65,5
2009	276,3	233,7	122,4	64,9
2010	271,3	229,0	119,6	63,4
2011	266,3	224,3	118,0	63,6
2012	261,3	219,6	115,5	62,2
2013	257,1	215,3	113,8	61,7
2014	252,9	211,0	112,1	61,3
2015	248,7	206,7	114,3	62,3
2016	244,5	202,5	114,1	62,5
2017	240,3	198,2	118,5	64,9

Kaynak (OECD 2018); Dünya Bankası (2019)

Anne Ölüm Oranı: Tablo 28 incelendiğinde anne ölüm oranı, 2002 yılından 2017 yılına kadar sürekli şekilde düşmektedir. Kentsel ve kırsal alanlar arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Yeni doğum yapan kadınlara yönelik motivasyonun ve tavsiyelerin artması, sağlık personeline ulaşma, gebelik yaşının yükselmesi, gebeliklerin daha az sayıda olması gibi faktörler doğumda annelerin ölüm riskini büyük ölçüde azaltmıştır. Bu nedenler anne ölüm oranında düşüşü açıklamaktadır (Dünya Bankası ve Afghaistan Halk Sağlığı Bakanlığı 2018).

Tablo 2.28. Anne Ölüm Oranları



Kaynak: Dünya Bankası ve Afghaistan Halk Sağlığı Bakanlığı (2018); (OECD 2018)

Yukarıdaki tabloda Afganistan ve OECD ülkelerine ait anne ölüm oranları yer almaktadır. Buna göre; OECD üyesi ülkelerinde 2002 yılında ortalama 3,800 anne

ölümü meydana gelirken, 2017 yılı itibariyle bu oran %35,7 azalarak 2,800 seviyesine düşmüştür. Afganistan'da ise 2002 yılı itibariyle 14,000 olan anne ölüm sayısı 2017 yılı itibariyle %45 azalarak 7,700'e düşmüştür. Afganistan'daki anne ölüm oranları OECD üyesi ülkelerinin 2,75 katıdır.

2.4. OECD Sağlık Sistemleri ve Verileri

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 14.12.1960'da imzalanan Paris Sözleşmesi'ne dayanılarak kurulmuş olan uluslararası ekonomik bir yapıdır. OECD, iktidarlara siyasal tecrübelerini karşılaştırabileceği, yaygın sorunların çözüme kavuşturulmasında kaynak arayabileceği, iyi uygulamaları saptayabileceği, ulusal ve uluslararası politikaları koordine etmek amacıyla çalışabileceği imkan sunmaktadır. 20 kurucu üyesi bulunan OECD'nin, günümüzde 35 üyesi bulunmaktadır. Bu üyeler Almanya, ABD, Danimarka, İngiltere, Belçika, Avusturya, Kanada, İsveç, İtalya, İspanya, Norveç, İzlanda, Fransa, Hollanda, Lüksemburg, İrlanda, Yunanistan, İsviçre, Portekiz'dir. Türkiye, OECD'nin 20 kurucu üye ülkesinden biridir. İleri bir toplum, yalnız sağlıklı insanlarla mümkündür. Dünyadaki bütün demokratik sistemler, sağlıklı kişilerden meydana gelen bir toplum oluşturabilmeyi ve bu toplumun sürekliliğini hedeflemektedir (Baykara, 2014).

Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişliği arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Ekonomik gelişimi belirli bir düzeye ulaşan toplumlarda, sağlık için ayrılan bütçe arttığı gibi, bireylerin sağlık konusunda bilgi ve farkındalıkları da yükselmektedir. Diğer taraftan, sağlık düzeyinin yükselmesi ekonomik gelişimi hızlandırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, ekonomik göstergelerde yaşanan gelişmenin, sağlık göstergelerini olumlu yönde etkilediği gözlenmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayrılmaktadır. Günümüzde ülkelerin gelişmişlik seviyesi, farklı bir bakış açısıyla ele alınmakta ve özellikle sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık sektörünün ülkelerin refah seviyesi üzerindeki rolünü öne çıkaran yaklaşım, sektörün önemini daha fazla vurgulamaktadır. Bununla birlikte ülkelerin gelişmişlik düzeyinin saptanmasında sağlık göstergelerinin de göz önünde bulundurulmasına neden olmaktadır. Ülkelerin sağlık düzeylerini belirlemek ve uluslararası sağlık düzeyi kıyaslamaları yapmak için, sağlık düzeyi ölçütleri bulunmaktadır. Bu ölçütler içerisinde en çok kullanılanları; hastalık, ölüm, doğurganlık oranları ve sosyo-ekonomik durumu gösteren ölçütlerdir (Lkhagvaa, 2019).

2.4.1. Almanya Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı: Federal Republic of Germany

Yüzölçümü: 357,000 km²

Nüfus Sayısı: 83,138,639

Yönetim Biçimi: Federal Cumhuriyeti

Başkenti: Berlin

Resmi Dili: Almanca

Zengin ve refah bir ülke olarak kabul edilen Almanya, sağlık alanında da önemli bir gelişmişlik seviyesi göstermektedir. Ülkenin yüksek gelir seviyesi, sağlık alanındaki gelişmişliğin en önemli unsurlarından biridir. Alman sağlık sisteminin oldukça köklü bir geçmişe sahip olması da bir diğer etken olarak göze çarpmaktadır. 1883 yılında Bismark'ın öncülüğünde hayata geçirilen zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemin temelini oluşturmaktadır. Almanya, Bismarck Modeli olarak anılan bu uygulamanın kaynak ülkesi niteliğindedir (Orhaner ve İlknur, 2020).

Almanya Federal Cumhuriyeti, AB içerisindeki en kalabalık ülke konumundadır ve 16 eyaletten oluşmaktadır. Ülke nüfusu 82 milyon 700 bin civarındadır. Genel politik konularda olduğu gibi sağlık konularında da merkezi yönetim ve yerel yönetimler arasında karar almada bir güç paylaşımı söz konusudur. Ancak zorunlu sigorta programlarının yönetişimi, hükümet dışı korporatist kuruluşlara delege edilmektedir (Busse ve Blümel, 2014).

Sağlık sistemi içerisinde yer alan kuruluşlar, federal ve devlet (Land-Lander) olmak üzere örgütlenmektedir. Almanya sağlık sisteminin örgütsel yapısında şu yapılar 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 sağlık hizmetleri geleneksel olarak yataklı tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Akut hastaneler ise ayakta acil bakım hizmetleri sunarken, yalnızca üniversite hastaneleri ayaktan sağlık bakım hizmeti vermektedir (Sargutan, 2010).

Almanya'da birçok kurum sağlık sisteminin bir parçasıdır. Sağlık sistemi üç bölümden oluşmaktadır.

- Hekimler ve eczaneler tarafından sunulan ayakta tıbbi bakım hizmetleri, (Hastanın bakım sonrasında evine gitmesi)
- Hastanelerde yatarak tıbbi bakım hizmetleri, (Hastanın, tedavisi için hastanede kalması)
- ve Gesundheitsamt (Sağlık Dairesi) tarafından sunulan önleyici ve kamusal sağlık hizmetleridir (Sağlığı Korumaya ve Hastalanmayı Önlemeye Yönelik Sunulan Hizmetler) (Sena, 2019).

Ülkede 01.01.2009 tarihinden sonra uygulanmaya başlayan sağlık reformu sonucunda Almanya vatandaşı olan ve Almanya’da kalıcı oturma iznine sahip herkes sosyal sağlık sigortasına veya özel sağlık sigortasına tabi olmak zorundadır. 2019 yılı verilerine göre; Almanya’nın toplam nüfusu yaklaşık 83,13 milyon, 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %21, 0-14 yaş nüfusun toplam nüfusa oranı ise %13’tür. Doğumda beklenen yaşam beklentisi 2018 yılı verilerine göre kadınlarda 83 ve erkeklerde 78 yıldır. Toplumda kişi başına düşen milli gelir 2017 verilerine göre 56305,2 dolardır. Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 2017 verilerine göre 5,463 dolardır ve toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılatındaki payı, 2019 verilerine göre %11,7 civarındadır (OECD, 2020).

Tablo 2.29. Almanya'nın Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri

	Değer	Verinin yılı
15 Yaş Altı Nüfus	10 333 117 % 13	2018
65 Ve Üstü Yaş Nüfus	% 21	2018
Nüfus Artış Hızı	% - 0,2	2017
Kişi Başına Düşen Milli Gelir	530512 \$	2019
Anne Ölüm Hızı	6 ölüm /100 000 canlı doğumda	2017
Bebek Ölüm Hızı	3,2 ölüm/ 1000 canlı doğumda	2019
Doğumda Yaşam Beklentisi	80,7 yıl	2018
Toplam Doğurganlık Hızı	1,45 doğum/kadın	2017
Toplam Sağlık Harcamaları	449 milyar \$	2017
Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranı	% 11,7	2019
Kişi Başı Ortalama Sağlık Harcaması	5,463 \$	2019
Bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı	4,3	2019
Bin Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısı	8,3	2018
Sağlıklı İçme Suyuna Erişen Nüfus Oranı	% 100	2019
Sağlık Harcamalarında Kamusal Pay	% 79,9	2017

Kaynak: Dünya Bankası 2019; WHO 2017; OECD 2020

Almanya’da bulunan hastaneler, yatarak tedavi hizmetleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 3.322 hastane ve her 10 bin kişiye 8,3 hastane yatağı düşmektedir. Bu yatakların % 41’i genel hastanelere, % 37’si

federal/devlet hastanelerine, eyalet/devlet veya belediyelere ait hastanelere, kalan % 22'si ise özel sektörde yer alan hastanelere aittir. Aynı yıl verilerine göre, 2,222 hastanenin % 90'ı genel, % 10'u uzmanlık hastanesidir ve uzmanlık hastanelerin önemli bir kısmı özel sektörün elindedir (WHO, 2014). Ayakta tedavi hizmetlerinde çalışan hekimlerin yarısı uzman hekim iken kalan yarısı aile hekimi olarak görev yapmaktadır. Uzmanlar hem muayenehanelerde, hem de hastanelerde çalışabilmektedir. Yasal Hastalık Sigortası (YHS) doktoru başına düşen nüfus giderek azaldığından hekimlerin dağılımının düzenlenmesi amacıyla planlama bölgeleri oluşturulmuştur. Hizmet kapasitesi %110'unun üzerindeki uzmanlık alanında yeni muayenehane açılmamaktadır. Planlamaya rağmen, Doğu eyaletlerindeki dağılımlarda eşitsizlikler bulunmaktadır. YHS doktorları harcama hacminin %80'inini gerçekleştirmektedir (Sena, 2019).

Almanya sağlık hizmetlerinin finansmanında karma bir yapıya sahiptir. Sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olmak üzere iki yapıya sahiptir. Sosyal sağlık sigortasına herkes katılabilirken, özel sağlık sigortasına katılım için bazı şartlar gerekmektedir. Hastalık kasası da denilen hastalık sigorta fonları; yerel hastalık fonları, endüstriyel fonlar, kırsal fonlar gibi hükümetten bağımsız şekilde kendini yöneten fonlardan oluşmaktadır. Almanya'da sosyal sağlık sigortası, sağlık harcamalarının yaklaşık %78'inin finansmanını karşılamaktadır. Sağlık harcamaları finansmanına devletin katkısı %7 iken; özel sağlık sigortasından gelen pay %1'dir. Son olarak cepten yapılan harcamalar sağlık harcamaları finansmanının %12'sini ve diğer harcamalar ise %2'sini oluşturmaktadır (Çakır, 2016).

2.4.2. ABD Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı: Amerika Birleşik Devletleri

Yüzölçümü: 9,529,063 km²

Nüfus Sayısı: 328,239,109

Yönetim Biçimi: Federal Cumhuriyeti

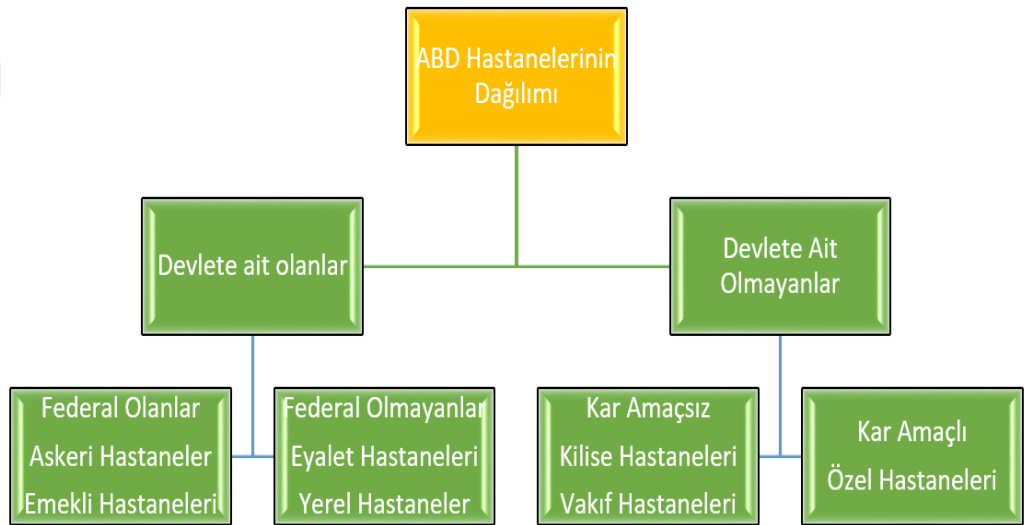
Başkenti: Washington D.C

Resmi Dili: İngilizce

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), eyalet sistemine sahip federal bir cumhuriyettir. Her eyaletin kendi başkentine sahip olduğu ABD, 50 eyaletten

oluşmaktadır ve başkenti Washington D.C dir. ABD’de sağlık sistemi; yaşlılar, engelliler, yoksullar, kamu çalışanları için sağlık sigortasıyla karşılanmaktadır. Bunların finansmanı ise işverenler, devlet ve bireysel fonlar aracılığı ile sağlanmaktadır (Lkhagvaa, 2019).

Amerika Birleşik Devletleri sağlık sisteminin içerisinde yer alan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (HHS), ABD’de halkın sağlığını korumakla yükümlü olan önemli bir bölümdür. Bu bölüme bağlı birimlerin görevi; sağlık ve sosyal araştırmalar yapmak, salgın hastalıkları önlemek, gıda ve ilaç güvenliğini sağlamak ve herkese sağlık sigortası sağlamaktır. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü; Medicare, Medicaid, Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH), Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ve Hastalık Kontrolü ve Önizleme Merkezini denetlemektedir. Sağlık sistemi yapısı, kamu ve özel sigortalardan oluşmakta olup, karma yapıya sahiptir. ABD’de özel sağlık sigortalarının kamu sağlık sigortalarına göre daha yaygın olması, ABD’nin sağlık sigorta sistemini diğer ülkelerden farklı kılmaktadır (Kirilmaz ve ark., 2017).



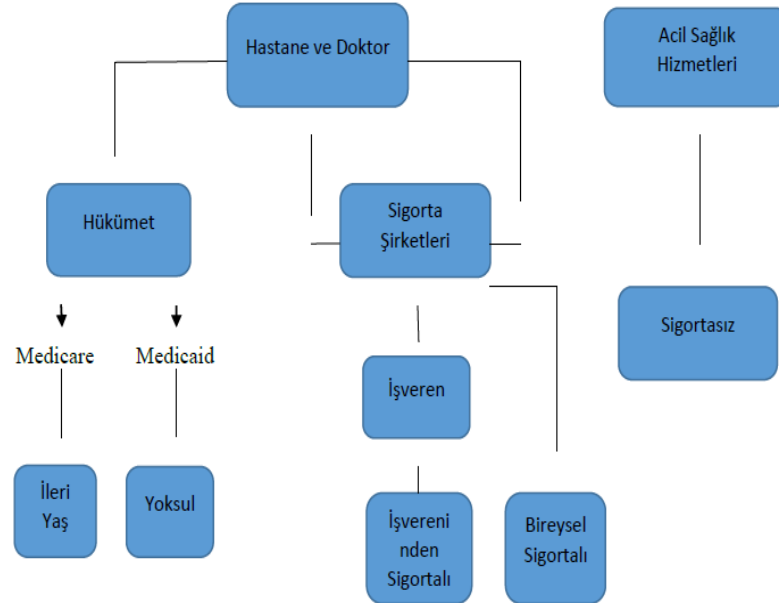
Şekil 2.7. ABD Hastanelerinin Dağılımı (ABD Sağlık Bakanlığı, 2019)

Devlet Hastaneleri: ABD sağlık sisteminde, hastanede hizmet veren hekimlerin önemli bir bölümünün bağımsız nitelikte faaliyette buldukları dikkat çekmektedir. Üç türde devlet hastanesi bulunmaktadır. Bunlardan ilki tıp fakülteleri tarafından işletilen hastaneler, ikincisi devletin ceza sistemine uyması amacıyla kurulmuş hastaneler, üçüncüsü ise sosyo-kültürel yönden zayıf yerlerde bulunan halk hastaneleridir (Erginöz ve Erdoğan, 2019).

Özel Hastaneler: ABD sağlık sisteminde şahıslar; kamu, yüksek eğitim kurumları ya da belirli kesimler özel hastane açarak serbest piyasa koşullarında sağlık hizmeti sağlayabilmektedir. Özellikle belirli alanda uzmanlaşmış çok sayıda özel sağlık girişiminin ABD sağlık sisteminde yer aldığı gözlenmektedir (Erginöz ve Erdoğan, 2019).

Finansman: ABD sağlık harcamalarının en fazla olduğu devlettir. Ülke gelirinین ortalama %17'si sağlık harcamalarına ayrılmış durumdadır. Aşağıda yer alan şekilde ABD'nin sağlık sektöründeki gelir ve giderleri verilmiştir. ABD'nin sağlık gelirlerinin büyük bir bölümü Medicaid ve Medicare adı verilen özel sigorta fonlarından karşılanmaktadır. Öte yandan cepten yapılan sağlık harcamalarının da önemli bir payı bulunmaktadır. ABD sağlık giderlerinin önemli bir bölümünün hastane hizmetlerine harcanmakta olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hekim giderleri harcamaların içinde önemli bir yer tutmaktadır (Belek, 2009).

ABD sigorta kapsamı incelendiğinde çocukların bu hizmetlerden yetişkinlere oranla daha fazla yararlandığı görülmektedir. Bu bağlamda en büyük pay özel sigorta şirketlerine ait iken ikinci sırada medicaid yer almaktadır. En küçük pay ise sigortasızlara aittir. 2018 yılı verilerine göre çocukların %54.7'si özel sigorta, %36'sı medicaid, %5.2'si sigortasız grup içinde yer almaktadır (Health, United States, 2018, s. 24-25).

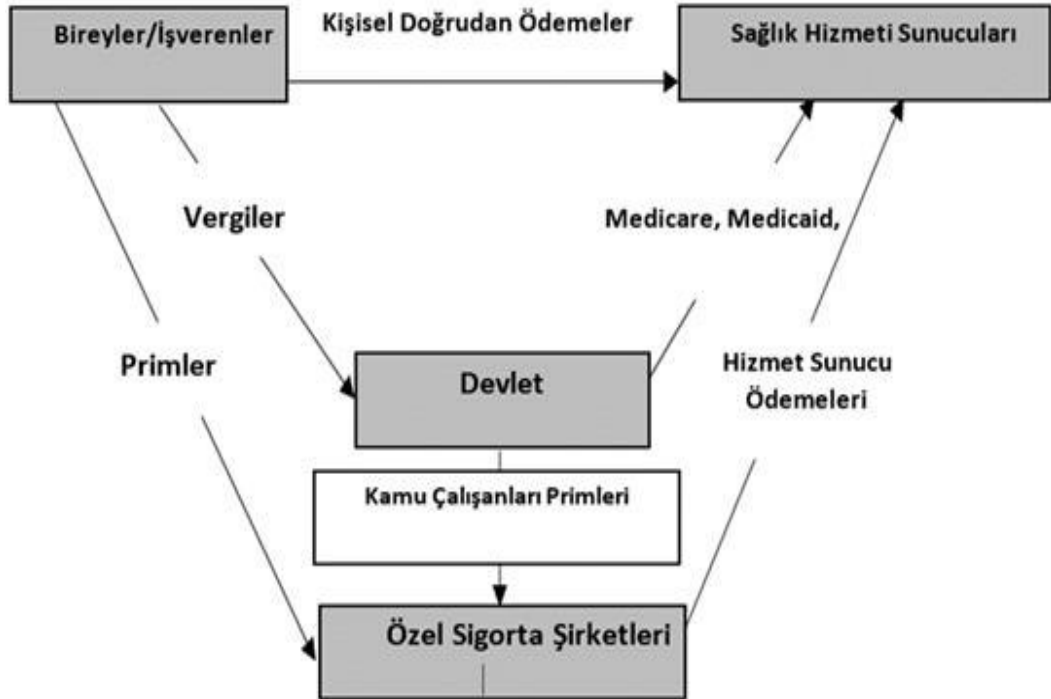


Şekil 2.8. ABD Sağlık Finansmanı (ABD Sağlık Bakanlığı, 2019)

ABD sağlık sistemi, serbest pazar tipi (özel sigorta ağırlıklı) modeline sahiptir. Bu durum sağlık sektörünün kar amaçlı çalışma işleyişini güçlendirmektedir. ABD sağlık sisteminde en önemli iki problem bulunmaktadır. Bunlar, giderek artan maliyetler ve sağlık sigortası olmayan bireylerin sayısının artmasıdır. ABD sağlık sisteminde, düzenli bir basamaklaşma ve sevk zinciri bulunmamaktadır. Yatakların 2/3'ü kamu dışıdır. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (HHS) bütün Amerikalıların sağlığını korumak ve temel insan hizmetlerini sağlamakla sorumludur (ABD Sağlık Bakanlığı, 2020).

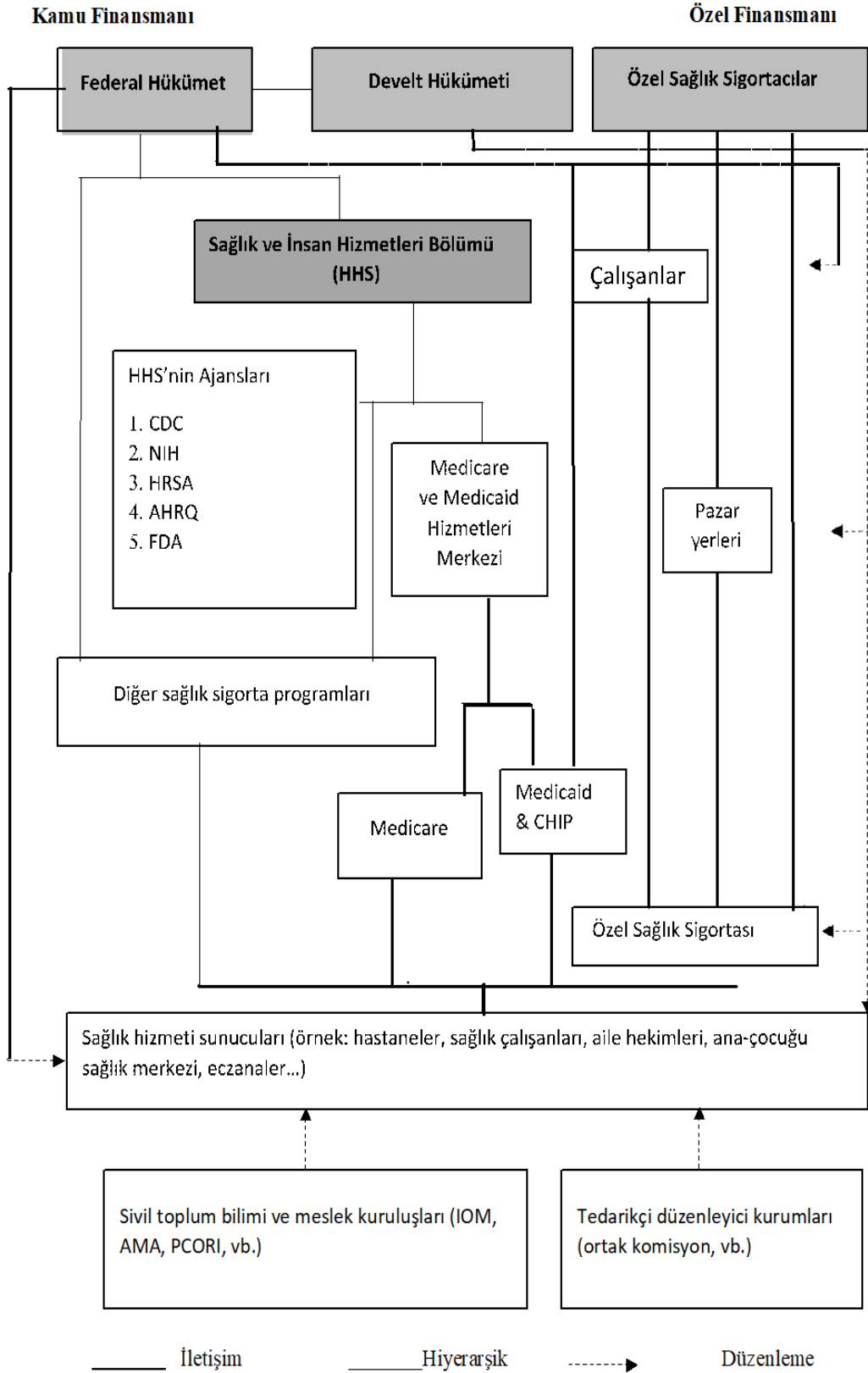
Aşağıdaki şekilde ABD sağlık sistemindeki sağlık finansman yapısı gösterilmektedir (Şekil 9). Buna göre; ABD sağlık harcamalarının çoğunluğu, özel sağlık sigortası gelirleri ile finanse edilmektedir. Sağlık harcamaları finansmanının; %34'ünü özel sağlık sigortası, %20'sini Medicare programı, %17'sini Medicaid programı, %6'sını diğer kamu ödemeleri, %10'unu cepten yapılan ödemeler, %8'i üçüncü taraf ödeyiciler ve %5'i yatırımlar şeklinde oluşmaktadır (Lkhagvaa, 2019).

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).



Şekil 2.9. ABD Sağlık Sistemindeki Sağlık Finansman Akımı (Sargutan, 2010)

Aşağıdaki şekilde ABD sağlık sistemi yapısı gösterilmektedir (Şekil 10)



Şekil 2.10. ABD Sağlık Sistemi Yapısı (ABD Sağlık Bakanlığı, 2019)

Özel sağlık sigortası, işverenler aracılığıyla ya da bireysel olarak kişiler tarafından satın alınmaktadır. Geleneksel hizmet başına ücret planları ödeme (Fee-for-Service) ve yönetilen sağlık bakım planları (Managed Care) olmak üzere iki farklı program dâhilinde özel sağlık sigortası hizmeti sunulmaktadır. Kişiler hizmet almak istedikleri hekimi veya sağlık kuruluşunu seçme özgürlüğüne sahiptir (Kaya, 2011; Sargutan, 2010)

2017 yılında sağlık sigortası kapsamı altındaki nüfusun oranı % 91,8 iken, sağlık sigortası olmayanların oranı %8,8'dir. Sigortası olmayan nüfusun oranı 19-25 yaşları arasındaki bireylerde en yüksektir. HHS'nin Medicare programı ülkenin en büyük sağlık sigorta programıdır. Ülkede yaşlılar için Medicare, yoksullar için Medicaid, önceden silahlı kuvvetler mensubu olanlar için Gazi İşleri Programı ve vatandaşların sağlık sigortasına erişimini arttırmayı amaçlayan Obamacare Programı bulunmaktadır. Medicare ve Medicaid programlarıyla her üç Amerikalıdan birine sağlık sigortası sağlanmaktadır (ABD Sağlık Bakanlığı, 2019).

Medicare ve Medicaid

Medicare ve Medicaid kuruluşları, kamu sigortalarıdır. Halkın %30'u bu hizmetlerden yararlanmaktadır. Medicare 65 yaş ve üzerindeki nüfusu kapsamaktadır. Program, dört plandan oluşmaktadır. Bu planların finansman yapısı, ödemesi, kapsadığı kurum yapısı ve nüfusu yönünden farkları bulunmaktadır. Bu planların finansman yöntemleri ve sağladıkları hizmetler şunlardır: Medicare uygulaması, 2015 rakamlarına göre; nüfusun %16,3'ünü kapsamaktadır ve federal gelir vergileri, işveren ve çalışan tarafından ödenen primler ile bireysel primler tarafından finanse edilmektedir (Medicare, 2019). ABD'nin hızlı şekilde büyüyen ekonomisi sayesinde doğuştan beklenen yaşam süresi arttığı için Medicare programının kapsamı da artmaktadır. 2016 yılında toplam sağlık harcaması içindeki Medicare programının sağlık harcaması oranı %20'dir. 2017 yılında ise Medicare programının toplam sağlık harcaması 707,4 milyar dolardır (Medicare, 2020).

Medicare programı halka sunulan sağlık hizmeti türüne göre kendi içinde dörde ayrılmaktadır. Bunlar; Medicare A Bölümü Hastane Hizmetleri, Medicare B Bölümü Hekim Hizmetleri, Medicare C Bölümü Advantage planlar (yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerine ek olarak reçete reçete, diş hekimliği ve görme kapsamı gibi diğer hizmetler içerir) ve Medicare D Bölümü İlaç Hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Medicare Programı'nın ödeme yapmadığı sağlık hizmetleri; göz, kulak ve fiziksel

muayeneler, estetik cerrahi işlemler, diş bakımı hizmetleri, uzun süreli tedavi hizmetleri, işitme cihazları, gözlükler ve poliklinikte reçetelenen ilaçlardır (Kaya, 2011).

Medicaid : Medicaid örgütlenmesi eyalet düzeyindedir. Toplumun yaklaşık %10'unu kapsayan medicaid, yıllık geliri belli bir düzeyin altında olan kişileri ya da aileleri içermektedir. Finansmanı federal hükümet ve eyaletler tarafından genel vergilerle karşılanan bu programda, yıllık geliri belirli bir rakamın altında olan kişiler veya aileler bu programın kapsamına alınmaktadır. 1965 yılında Medicare ile birlikte uygulamaya giren Medicaid programı, düşük gelirli kişiler ve aileler ile engelli kişilere sağlık sigortası sağlamaktadır. Programın finansal sponsorluğu federal hükümet, yönetimi ise eyalet hükümetleri tarafından yapılmaktadır. Ancak bütün düşük gelirli bireyler için sağlık hizmeti sağlamamaktadır. Medicaid programıyla yoksul kişilere veya ailelere sağlanan hizmetler ise şunlardır: yatarak veya ayakta tedavi, doğum öncesi hizmetler, aşılama, doktor, ebe ve hemşirelik hizmetleri, evde bakım ve özel hemşirelik hizmetleri, aile planlaması, kırsal alanda bulunan sağlık klinik hizmetleri, laboratuvar ve röntgen hizmetleri, erken teşhis ve tanı hizmetleri, ambulans hizmetleri ve 21 yaş altı çocuklar için hemşirelik ve tedavi hizmetleridir (Tapan, 2008)

1990 yılında Medicaid programının toplam nüfusu kapsama oranı %9,7 iken, 2017 yılında bu oran %19,3 olarak yaklaşık iki kat artmıştır. Ancak son zamanlarda oran sürekli şekilde düşmektedir. 2017 yılında Medicaid programı toplam 73,8 milyon nüfusu kapsamıştır ve 2018 yılında toplam sağlık harcaması içindeki Medicaid programının oranı %18'dir (Lkhagvaa, 2019).

Gelir grubuna göre alt gelir grubundaki bireyler Medicaid programından faydalanmaktadır. Medicaid programı, düşük gelirli bireylere reçete edilmiş ilaçları da içeren oldukça kapsamlı yardımlar sağlamaktadır. Ancak bu bireylerin çoğu düşük ödemeler yaptığı için, Medicaid Programını kabul eden hastaneleri bulmak zorlaşmaktadır (Medicare, 2020).

Obamacare (Affordable Care Act – ACA): ABD'nin eski Cumhurbaşkanı Barack Obama tarafından 2010 yılında uygulamaya giren "Obamacare-ACA" programı, ABD'deki sigorta programları içinde etkilidir. Programın amacı, vatandaşların sağlık sigortasına erişimini arttırmaktır, 2015 yılında Obamacare programı kapsamındaki nüfusun sayısı 17,864 milyondur (Obama Fonu, 2019).

ABD' nin demografik özellikleri ve sağlık verilerinin gösterildiği tabloda, 2019 verilerine göre ABD'nin toplam nüfusu yaklaşık 328,23 milyondur. 2018 yılı verilerine göre doğumda beklenen yaşam beklentisi kadınlarda 81 ve erkeklerde 76 yıldır. 2017 verilerine göre toplumda 0-14 yaş kişi oranı %18,9'dur ve 65 yaş ve üstü kişi oranı ise %15,4 civarındadır. 2018 verilerine göre kişi başına düşen milli gelir 65143,4 dolardır. 2018 verilerine göre kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 11071,7 dolardır. 2017 verilerine göre toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıladaki payı %17,0 oranındadır. Bin canlı doğumda bebek ölüm oranı ise 5,8'dir. Bin kişiye düşen hekim sayısı 2,6, hemşire sayısı 10,9 ve hasta yatağı ise 2,87'dir (OECD ve Dünya Bankası, 2020).

Tablo 2.30. ABD' nin Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri

	Oranlar	Verinin Yılı
15 Yaş Altı Nüfus	61, 175, 933 (%18.7)	2018
65 Ve Üstü Yaş Nüfus	51,055,052 (% 15.6)	2018
Nüfus Artış Hızı	% 0,8	2017
Kişi Başına Düşen Milli Gelir	65143,4 \$	2019
Anne Ölüm Hızı	14 ölüm /100 000 canlı doğumda	2017
Bebek Ölüm Hızı	5,8 ölüm/ 1000 canlı doğumda	2019
Doğumda Yaşam Beklentisi	78 yıl	2019
Toplam Sağlık Harcamaları	4,49 milyar \$	2017
Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranı	% 17,0	2019
Kişi Başı Ortalama Sağlık Harcaması	11071,1 \$	2019
Bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı	2,6	2019
Bin Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısı	10,9	2018
Sağlıklı İçme Suyuna Erişen Nüfus Oranı	% 99,4	2019

Kaynak: OECD Statistics, 2020; The World Bank Statistics, 2019; WHO Statistics, 2020

2.4.3. İngiltere Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı	: Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Birleşik Krallığı
Yüzölçümü	: 244,100 km ²
Nüfus Sayısı	: 66,834,405
Yönetim Biçimi	: Anayasal Monarşi
Başkenti	: Londra
Resmi Dili	: İngilizce

İngiltere, sağlık hizmetleri yönünden Dünya’da model ülke olarak gösterilen ülkelerden biridir. İngiltere’nin sağlık sistemi incelendiğinde, üç yapıya sahip olduğu görülmektedir. Bunlar; primli rejim, primsiz rejim ve ulusal sağlık sistemidir. Primli rejim; hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, dulluk ve emeklilik gibi risklere karşı prim ödeyen bireylere koruma sağlayan bir sistemdir. Primsiz rejim; finansmanı genel bütçeden karşılanan engelli vatandaşlara ve bu vatandaşlara bakmakla yükümlü olan yakınlarına yapılan maddi yardımları kapsayan rejimdir. Ulusal sağlık sistemi, finansmanı genel bütçeden ve vergilerden karşılanan, İngiltere’de ikamet eden herkesi kapsayan bir kuruluştur. İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi (National Health Service: NHS) tüm vatandaşlara sağlık hizmeti sağlamak amacıyla 5 Temmuz 1948 yılında kurulmuştur. İngiltere, Kapsayıcı /Bütüncül /Tekçil Sağlık Sistemi modeline sahip olmakla birlikte, bu modeli en iyi şekilde uygulayan ülkedir. Vatandaşlara sağlık hizmetleri sunulmasının ana sorumlusu Sağlık Bölümü’dür (İngiltere Sağlık Bakanlığı, 2019).

İngiltere’de temel olarak üç tür hastane bulunmaktadır. Bunlardan ilki birinci basamakta genel pratisyenlerin hastaları yatarak tedavi etmeleri için 50 yataklı toplum hastaneleri bulunmaktadır. İkinci basamak sağlık kurumu olarak hizmet veren ve sayıları 200’den fazla olan alt bölge hastaneleridir. Üçüncü olarak ise bölge hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar (Sargutan, 2010).

İngiltere’de ulusal sağlık hizmetleri kapsamındaki bazı istisnalar dışında bütün sağlık hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı çoğunlukla genel vergilerle karşılanmakta ve bazı durumlar dışında hastadan ek ücret talep edilmektedir. Bunun dışında ulusal sigorta ile finansmanın karşılanması söz konusudur. 2017 yıl istatistikî verilere göre; sağlık hizmetleri harcamalarının %79’u

devlet katkıları ile finanse edilmektedir. Özel sağlık sigortası ise sağlık harcamalarının %3'ünün finansmanını sağlamaktadır. Bunun yanı sıra sağlık harcamaları finansmanının %15'ini cepten yapılan ödemeler ve %2'sini ise diğer harcamalar oluşturmaktadır (Ergun, 2010).

İngiltere'de sağlık harcamalarının finansmanında dış kaynak bulunmamaktadır. Sağlık harcamalarının %80'i kamu tarafından karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin karşılanmasındaki en önemli kaynak, vergilerdir. Vergiler; gelir, servet vergisi, tüketimden alınan dolaylı vergileri içermektedir. Bunlara ek olarak devletin bazı hizmetlerden dolayı aldığı harçlardan da sağlık hizmetine pay ayrılmaktadır. Vergi gelirlerine ek olarak tüm çalışanlardan, işverenlerden ve kendi hesabına çalışanlardan ulusal sigorta primi kesilmektedir. Bu kesintinin % 10'u ulusal sağlık sistemine (NHS) aktarılmaktadır. Kamu kaynaklarının en önemli kısmını vergilerin oluşturması, yönetim maliyetlerini düşürmektedir (Sargutan, 2010).

Aşağıda İngiltere'nin demografik özellikleri ve sağlık verilerine ait tablo bulunmaktadır. 2018 yılı verilerine göre İngiltere'nin toplam nüfusu 66,834,405'tir. Nüfusunun %17,5'i 15 yaşından küçük, %18,4'ü 65 yaşından büyüktür. Nüfus yoğunluğu kilometrekareye 253 kişi düşmektedir. Nüfusun %89,1'i şehirlerde, %10,9'u da kırsal alanlarda yaşamaktadır. Nüfusun %81,5'ini İngilizler, %9,6'sını İskoçlar, %2,4'ünü İrlandalılar, %1,9'unu Galliler, %1,9'unu "Ulster" (Batı Hintliler, Hintli Pakistanlılar) ve %2,8'ini de diğerleri oluşturmaktadır. Her 1000 kişi de 10,9 doğum, her 1000 kişi de 10,2 ölüm yaşanmaktadır. Nüfusun doğal artış hızı, %0,7'dir. Beklenen yaşam süresi erkeklerde 79,4 ve kadınlarda ise 83,1'dir. Nüfus artış hızı eksi (-) binde 1'dir. 2019 verilerine göre bin canlı doğumda bebek ölüm oranı ise 3,8'dir. 2018 yılında kişi başına düşen GSYH, 48725,4 dolardır. 2018 yılında GSYH'nin %10,3'ü sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 46531 dolardır. Bin kişiye düşen hekim sayısı 3, hemşire sayısı 8,4, hasta yatağı ise 2,46'dır (Dünya Bankası, 2020).

Tablo 2.31. İngiltere'nin Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri

	Oranlar	Verinin Yılı
15 Yaş Altı Nüfus	%17,5	2018
65 Ve Üstü Yaş Nüfus	% 18,4	2018
Nüfus Artış Hızı	% - 0,2	2017
Kişi Başına Düşen Milli Gelir	48725 \$	2019
Anne Ölüm Hızı	52 ölüm /100 000 canlı doğumda	2017
Bebek Ölüm Hızı	3,8 ölüm/ 1000 canlı doğumda	2019
Doğumda Yaşam Beklentisi	81 yıl	2018
Toplam Doğurganlık Hızı	1,88 doğum/kadın	2017
Toplam Sağlık Harcamaları	253,5 milyar \$	2018
Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranı	% 10,3	2019
Kişi Başı Ortalama Sağlık Harcaması	48725,4 \$	2019
Bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı	3	2018
Bin Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısı	2,46	2018
Sağlık harcamalarında kamusal pay	% 79,9	2017

Kaynak: OECD Statistics, 2020; Dünya Bankası Statistics, 2019; WHO Statistics, 2018

2.4.4. Fransa Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı : Fransa Cumhuriyeti

Yüzölçümü : 543,965 km²

Nüfus Sayısı : 65,480,710

Yönetim Biçimi : Cumhuriyet

Başkenti : Paris

Resmi Dili : Fransızca

Fransa'da sosyal devlet anlayışı doğrultusunda işleyen sağlık sistemi, devlet idaresinde olup; çalışanların sosyal sigorta ödemeleri ve vergi gelirleriyle karşılanmaktadır. Sistemin işleyişi açısından iki temel endişe bulunmaktadır. Bunlar, sağlık harcamalarının yönetimi ve kişiler ile bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve kalite farklılıklarından kaynaklanan eşitsizliğin ortadan kaldırılmasıdır.

Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı sigorta uygulamalarından sorumlu bakanlıktır. Sağlık Sigortası Sandığı tedavide devletin temel yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Devletin sağlık sigortası tamamlayıcı olarak, bireysel ya da toplu şekilde dahil olunabilen özel sigorta kuruluşları faaliyette bulunmaktadır (Koçak, 2014)

Fransa'daki sağlık sisteminin başında Sağlık Bakanlığı yer almaktadır. Birinci ve ikinci basamak olarak adlandırılan sağlık hizmetleri; hastaneler, aile hekimleri, serbest hekimler, dispanserler ve evde bakım hizmetleri tarafından sağlanmaktadır. Halkın sağlık hizmeti alırken istediği hekimi seçme özgürlüğü bulunmaktadır. Yataklı sağlık hizmetleri; kamuya ait hastaneler ve özel hastaneler tarafından verilmektedir. Dispanserler ve hastaneler, yerel yönetimler tarafından yönetilmektedir. Düşük maddi güce sahip hastaların bakım hizmetleri çoğunlukla dispanserler tarafından sağlanmaktadır. Sağlık kurumları içinde kamu hastanelerinin oranı %65, özel hastanelerin oranı %20 ve kar amacı gütmeyen kuruluşlara ait hastanelerin oranı da %15'tir. Küçük cerrahi işlemler özel sektöre ait hastaneler tarafından yapılırken; acil, rehabilitasyon, uzun süreli tedavi ve psikiyatri hizmetleri diğer hastaneler tarafından verilmektedir (Tapan, 2008).

Sağlık hizmetlerindeki finansman kaynakları primler, vergiler ve genel sosyal katkılardır. Ulusal sosyal sigorta sistemine sahip Fransa, sağlık hizmetleri finansmanını vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortalarıyla sağlamaktadır. Fransa'da nüfusun neredeyse tümünü kapsaması açısından öne çıkan bu sistem, sağlık ürünlerinin ve hizmetlerinin tamamını karşılamamaktadır. Genel sağlık sigortası, kamu ve özel hastanelere erişime imkan sağlamaktadır. Finansman modeli sigorta primi usulüne dayanmaktadır. Nüfusun %74'ü ulusal sağlık sigorta fonu, %7'si tarım işçilerinin oluşturduğu fon, %9'u işveren fonu, %6'sı Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen özel fonlar ve %2'si bir kısım özel kuruluşların fonları kapsamındadır. Birey yararlandığı sağlık hizmetlerinin ücretini ödemektedir. Daha sonra ise, bağlı olduğu fondan ödediği ücretin %75'ini geri almaktadır (Koçak, 2014).

Fransa; ekonomisi bir sektörün ekonomik önemini ortaya koyan iki temel ölçüt bulunmaktadır. Bunlar; sektör için yapılan harcamalar ve bu harcamaların aile bütçesi içerisindeki payıdır (Tapan, 2008).

2018 yılında Fransa'nın GSMH'dan sağlık sektörüne ayırdığı pay %14,6 olup OECD üyeleri içerisinde ABD ve Hollanda'nın ardından 3. Sıradadır. 2019 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması 5375,7 dolardır. Fransa'da kamu harcamalarının sağlık

harcamaları içerisindeki payı, kamunun sağlığa verdiği önemin bir göstergesidir. Buna göre Fransa'da 2019 yılı sağlık harcamalarının %76,8'i kamu kaynaklıdır. Sağlık sektörüne yapılan bu harcamaların ilk yansıması, sağlık sektörünün alt yapısının gelişmesi olmuştur. Bu gelişmelerin neticesinde temel sağlık göstergesi olarak sayılan bebek ölüm oranı 2019 yılı için her 1000 doğumda ortalama 3,8'dir. Bu oranın düşük olması ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin iyi yürütüldüğünü göstermektedir. Bin kişiye düşen hekim sayısı 3,4, hemşire sayısı 8,5, hasta yatağı ise 5,9'dur. Diğer bir gösterge doğumda yaşam beklentisi Fransa'da 82,1'dir (WHO ve Dünya Bankası, 2020).

2.4.5. Norveç Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı : Norveç Krallığı

Yüzölçümü : 378,878 km²

Nüfus Sayısı : 5,387,912

Yönetim Biçimi : Parlamenter Demokrasi

Başkenti : Oslo

Resmi Dili : Norveççe

Norveç sağlık sistemi, Kapsayıcı /Bütüncül/ Tekçil Hizmet tipine sahiptir. Sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık ve Bakım (Tedavi) Hizmetleri Bakanlığı'dır.

Norveç sağlık sistemi, ulusal, bölgesel ve belediye olarak üç temel seviyeden oluşmaktadır. Norveç sağlık sisteminin önemli bir bölümü devlet kontrolündedir. Norveç'te bulunan 429 belediye; Norveç Sağlık Ekonomisi İdaresi'nin ilave fonlarıyla sağlıklı olmaya teşvik etme, koruyucu hekimlik, rehabilite edici hizmetler, acil bakım ve uzun süreli hemşirelik bakım hizmetleri dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesi ve finanse edilmesinden sorumludur (Mossialos, 2016)

Toplam sağlık harcamalarının % 85'inden fazlası kamu tarafından finanse edilmektedir. Kamu finansmanını, yerel ve merkezi hükümet ile ulusal sigorta programı beraber sağlamaktadır. Özel sektörün finanse ettiği harcama oranı %15 olup, büyük bölümünü vatandaşların doğrudan cepten yaptıkları ödemeler meydana getirmektedir. Gönüllü özel sağlık sigortasına sahip vatandaşların sayısında artış olmasına karşın sağlık hizmetleri finansmanında rolü çok azdır (Homson, 2012).

Norveç'te hastanelerin büyük kısmı kamuya ait olup, idaresi ve örgütlenmesi illere göre farklılık arz etmektedir. Yataklı tedavi hizmetleri veren hastanelere, tedavi başına ödemeye genel bütçeden ödeme yapılmaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri, sosyal güvenlik kapsamındayken, ayakta tedavi hizmetlerinde belirli bir oranda kişisel ödeme söz konusudur. Norveç'te sosyal güvence alanında, Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı'na bağlı Ulusal Sigorta İdaresi bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri, vergiler ve doğrudan yapılan bireysel ödemeler ile finanse edilmektedir (Koçak, 2014).

Norveç'in demografik özellikleri ve sağlık verilerine göre; nüfusu 1980 yılında 4,1 milyon iken, 2019 yılında 5,3 milyona yaklaşmıştır. Ülkede, orta yaş üzerindeki nüfusun sayısı ve payı giderek artmaktadır. 2019 yılı nüfus artış oranı %1,2 iken, doğurganlık oranı ve ölüm oranı %1,8'dir. 2019 yılı verilerine göre doğumda beklenen yaşam beklentisi kadınlarda 84,5 ve erkeklerde 81,1 yıldır. Bin canlı doğumda bebek ölüm oranı ise 2,3'tür. 2018 yılında kişi başına düşen GSYH, 67190,7 dolardır. 2018 yılında GSYH'nin %10,5'i sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 6646,7 dolardır. Bin kişiye düşen hekim sayısı 4,9, hemşire sayısı 16,1 ve hasta yatağı ise 3,5'tir (WHO, 2021).

2.4.6. Belçika Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı : Belçika Cumhuriyeti

Yüzölçümü : 30,510 km²

Nüfus Sayısı : 11,484,055

Yönetim Biçimi : Meşruti Cumhuriyeti

Başkenti : Brüksel

Resmi Dili : Fransızca, Felemenkçe ve Almanca

Belçika parlamenter demokrasiyle yönetilen federal bir devlettir. Federal Hükümet, Federal Kuruluşlar (3 bölge ve 3 topluluk) ve Yerel Yönetimler (il ve belediyeler) olmak üzere 3 yönetim seviyesi mevcuttur. Sağlık politikası, hem federal otoritelerin hem de federal kuruluşların (bölgeler ve topluluklar) yetkililerinin sorumluluğundadır. Bölgeler ise, Bürüksel, Woolon ve Flaman'dır. Çoğu konuda, her bölge toprakları üzerinde yetki sahibidir. Belçikada, Fransızca konuşanlar topluluğu, Almanca konuşanlar topluluğu ve Flaman topluluğu olmak üzere yaşayan üç grup bulunmaktadır. Topluluklar, sağlık politikalarının (koruyucu ve tedavi edici sağlık

hizmetleri, yasal düzenlemelerin uygulanması, hastane planlaması gibi) düzenlenmesinden ve uygulanmasından sorumludur (Koçak, 2014).

Belçika küçük bir ülke olduğu için sağlık hizmetleri sunan hastaneler arasında sevk zinciri sistemi yoktur. Sağlık sisteminin temelini, sosyal sigorta fonlarıyla desteklenen ve sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası meydana getirmektedir. Toplumun yüzde yüze yakını bu sigorta dahilindedir. Belçika’da çalışan herkesin gelirin belli bir kısmı sosyal güvenlik fonuna vermektedir. Devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleri, kar amacı gütmeyen “mutual” olarak isimlendirilen kuruluşlar tarafından yerine getirilmektedir. Hastanın doktorunu seçme hakkı bulunmaktadır. Sağlık hizmeti çoğunlukla özel sektör tarafından sunulmaktadır ve hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Özel ve kamu hastanelerindeki finansman mekanizmaları aynıdır. Özel sektöre ait hastaneler, ağırlıklı olarak kâr amacı gütmeyen kuruluşlara aittir (Akhisar, 2017).

Geri ödeme sistemi açısından, hasta önce sağlık hizmetini aldığı kuruma hizmetin bedelini ödemektedir. Daha sonra bağlı bulunduğu sağlık sigortası fonuna giderek burada ödediği paranın önemli bir kısmını geri almaktadır. Çoğu durumda sigorta şirketi geri ödemelerde tam bir geri ödeme yapmamaktadır. Genellikle hasta ücreti adı altında %25’lik bir oran kesilmektedir. Sosyal sigorta güvencesi açısından geri ödemede yapılan kesintiler ise %10 civarındadır ve ilaçlardaki kesintiler %10 - %25 ile %10 arasında değişmektedir (Gerkens ve Sargutan, 2010).

Belçika’nın demografik özellikleri ve sağlık verilerine göre; 2019 yılı toplam nüfusu 11,484,055’tir. Nüfusunun %17’si 15 yaşından küçük, %19’u 65 yaşından büyüktür. Her 1000 kişi de 10,3 doğum, her 1000 kişi de 10,7 ölüm yaşanmaktadır. Nüfusun doğal artış hızı, %0,7’dir. Beklenen yaşam süresi erkeklerde 79,4 ve kadınlarda 83,1’dir. Bin canlı doğumda bebek ölüm oranı ise 3,8’dir. 2008 yılında kişi başına düşen GSYH 54,900 dolardır. 2019 yılında GSYH’ın %10,3’ü sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 5428 dolardır. Bin kişiye düşen hekim sayısı 3,1, hemşire sayısı 9,7 ve hasta yatağı sayısı ise 5,58’dir (OECD, 2019).

2.4.7. İtalya Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı : İtalya Cumhuriyeti

Yüzölçümü : 301,277 km²

Nüfus Sayısı : 60297396

Yönetim Biçimi : Cumhuriyet

Başkent : Roma

Resmî Dili : İtalyanca

İtalya, 1978 yılından itibaren Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil Hizmet tipi sağlık sistemine geçerek; sağlık hizmetleri ulusal, bölgesel ve yerel seviye şeklinde örgütlenmiştir. İtalyan Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin (USH) merkez kuruluşu olan Sağlık Bakanlığı; genel sağlık politikalarının amaçlarının belirlenmesinden, tanımlanmasından ve uygulanmasından sorumludur. Sistem oldukça bürokratik bir yapıda olup; ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üçlü bir yönetimden oluşmaktadır. Ulusal yönetim düzeyi, Ulusal Sağlık Hizmetleri'in (USH) genel amaçlarının sağlanmasından sorumludur. Çalışmalar; merkezi düzeyde Çalışma, Refah ve Sağlık Bakanlığı, bölgesel düzeyde Bölgesel Sağlık Kuruluşları ve yerel düzeyde yerel sağlık birimleri, kamu hastane tröstleri ile özel hastaneler tarafından yürütülmektedir. Ulusal düzeyde 19 bölge ve 2 özerk il bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sağlık Bakanlığı'dır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011)

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

1994: Birinci Ulusal Sağlık Planı (1994-1996),

1998: İkinci Ulusal Sağlık Planı (1998-2000),

2003: Üçüncü Ulusal Sağlık Planı (2003-2005),

2006: Dördüncü Ulusal Sağlık Planı (2006-2008).

Ülkede sağlık hizmetlerini sunan genel pratisyenlerin, hastanelerde görev yapan hekimlerin, diş hekimlerinin ve çocuk hekimlerinin sayısı son 20 yılda artmıştır. Hemşirelerde ise bu durum farklılık göstermektedir. Hemşirelik mesleği sağlık insan gücünde önemli sorunların başında gelmektedir. Hemşirelik, İtalya'da geleneksel olarak dini bir meslek olmuştur. Hemşirelik mesleğine ilginin azlığının sebebi ücretin tatminkar seviyede olmayışı olarak ifade edilmektedir. Hemşire sayısı yeterli olmadığından, 2005'ten günümüze hemşirelik mesleğinin teşvik edilmesi amacıyla bir takım politikalar tatbik edilmiştir (Gökgöz, 2014).

İtalya'da sağlık sisteminin finansman kaynakları; işverenlerden ve çalışanlardan toplanan primler, genel bütçeden ayrılan fonlardan ve tüketici ödeneklerinden meydana gelmektedir. Genel bütçeden elde edilen gelirler, ulusal sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde kullanılmaktadır. Zorunlu sosyal sigortaya, hem işçiler hem de işverenler prim ödemektedir. Kişilerin özel bir sigortaları bulunmuyorsa ilaçlara katkı payı ödemektedir. Bu katkı payından engelli bireyler muaf tutulmaktadır (Ferre ve, 2014).

İtalya'nın demografik özellikleri ve sağlık verileri incelendiğinde; 2018 yılı toplam nüfusu 60,297,396'dır. Nüfusunun %13,16'si 15 yaşından küçük, %23,12'si 65 yaşından büyüktür. Her 1000 kişi de 7,3 doğum, her 1000 kişi de 10,5 ölüm yaşanmaktadır. Beklenen yaşam süresi erkeklerde 81,2 ve kadınlarda 85,6'dır. Bin canlı doğumda bebek ölüm oranı ise 2.8'dir. 2018 yılında kişi başına düşen GSYH, 44217,7 dolardır. 2019 yılında GSYH'nin %8,7'si sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 3,649 dolardır. Bin kişiye düşen hekim sayısı 4, hemşire sayısı 6,4 ve hasta yatağı sayısı ise 3,4'tür (WHO, OECD 2020).

2.4.8. Finlandiya Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı	: Finlandiya Cumhuriyeti
Yüzölçümü	: 338,145 km ²
Nüfus Sayısı	: 5,467,389
Yönetim Biçimi	: Cumhuriyet
Başkenti	: Helsinki
Resmi Dili	: Fince ve İsveççe

Finlandiya'daki sağlık sisteminin idari yapısı, bölgesel ve ulusal olmak üzere iki şekilde oluşmaktadır. Ulusal düzeydeki örgütlenme, görevleri belirlenmiş Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan küçük kuruluşlardan meydana gelmektedir. Bu kuruluşların her biri Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığına bağlıdır ve yaptıkları çalışmalar Bakanlık tarafından denetlenmektedir. Ayrıca son zamanlarda, kuruluşların çalışmaları dış gözlemciler tarafından izlenmektedir. Bu kuruluşlar, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması için gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktadır. Bölgesel düzeyde örgütlenmede eğitim, sosyal ve sağlık gibi temel hizmetlerden belediyeler sorumlu tutulmaktadır (Vourenkoski, 2008).

Finlandiya’da sağlık hizmetleri devlet, özel ve meslek sağlık hizmetleri olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Vatandaşların ödeme gücüne, sağlık statüsüne ve yaşadığı yere bakılmaksızın sağlık sisteminden ücretsiz yararlanma hakları bulunmaktadır. Çalışanlar herhangi bir ücret ödemedten bu üç gruptan istediğı sağlık hizmetini alabilmektedir. Çalışmayanlar sadece devlet hastanelerindeki sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık çalışanlarının %45’i devlet hastanelerinde, %35’i belediye hastanelerinde ve %15’i özel hastanelerde çalışmaktadır (Sargutan, 2010).

Finlandiya sevk sistemini çok iyi şekilde uygulayan ülkelerden birisidir. 18 yaşın altındaki bireyler, bir sağlık merkezinden sağlık hizmetlerini ücretsiz alabilmektedir. Aile hekimliğı yaygın olarak uygulanmaktadır. Finlandiya, sağlık hizmetlerinden en yüksek memnuniyet oranına sahip Avrupa Birliğı ülkelerinden biridir (İpekçi, 2017).

Finlandiya, sağlık hizmetleri için iki ana kamu finansman kaynağına sahiptir. Bunlar; vergilere dayalı belediye finansmanı ve zorunlu sigortaya dayalı ulusal sağlık sigortasıdır. Herkesi kapsayan bir sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan Finlandiya’da sağlık sisteminin finansmanı, kamu otoritelerince vergiler aracılığıyla karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde büyük oranda belediyeler mesul olup, belediyelerin vergi toplama hakları da bulunmaktadır (Erginöz ve Erdoğan, 2019).

Ulusal sağlık sigortası sistemi ise Sosyal Sigorta Enstitüsü’nün yönetimindedir. Özel sağlık hizmetleri, ayaktan sağlık hizmetlerinde reçete edilen ilaçların bir kısmı, rehabilitasyon hizmetleri ve hizmete ulaşım maliyetleri sigortadan geri ödenmektedir. En çok 12 ay süren ve gelir kaybına yol açan hastalık hallerinde, gündelik olarak karşılığı olan ödenek tahsis edilmektedir. Günlük ödenek miktarı, üye kişinin yıllık gelir ve ödediğı vergiye göre hesaplanmaktadır (Vuorenkoski, 2019).

Finlandiya'nın demografik özellikleri ve sağlık verilerine göre; Finlandiya nüfusu 1980 yılında 4,1 milyon iken, 2019 yılında 5,4 milyona yaklaşmıştır. Ülkede orta yaş üzerindeki nüfusun sayısı ve payı giderek artmaktadır. 2019 yılında nüfus artış oranı %1,2 iken, doğurganlık ve ölüm oranı %1,8’dir. 2019 yılı sağlık harcamaları GSYİH’sının yaklaşık %9,1’ini oluşturmaktadır. 2019 yılı verilerine göre doğumda beklenen yaşam beklentisi kadınlarda 84.5 ve erkeklerde 79.1 yıldır. Bin canlı doğumda bebek ölüm oranı ise 2.1’dir. 2018 yılında kişi başına düşen GSYH, 51414 dolardır. 2018 yılında GSYH’nin %9.1’i sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Kişi başına

düşen sağlık harcaması ise 4578 dolardır. Bin kişiye düşen hekim sayısı 3,2, hemşire sayısı 13,6 ve hasta yatağı sayısı da 3,61'dir (World Bank, 2020).

2.4.9. Yeni Zelanda Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı : Yeni Zelanda

Yüzölçümü : 270,534 km²

Nüfus Sayısı : 4.917000

Yönetim Biçimi : Meşruti Monarşi

Başkenti : Wellington

Resmi Dili : İngilizce ve Maori

Yeni Zelanda'daki sağlık sistemi, Sağlık Bakanlığı ve 21 bölge Sağlık Kurulundan meydana gelen bir yapı üzerinde yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarını uygulamakta, yetkileri planlamakta ve hükümetin toplum sağlığını geliştirmeye yönelik amaç ve hedeflerini gerçekleştirmektedir. Bölge sağlık kurulları ise, "Yeni Zelanda Halk Sağlığı ve Engelliler Yasası 2000" ile coğrafi olarak nüfusun tamamına hizmet sunacak biçimde oluşturulmuştur. Her biri diğerine hizmet veren veya fon sağlayan bu bağımsız yapılar, kendilerine tahsis edilen kaynakları kullanarak bölgelerindeki sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Bölge sağlık kurullarından, kendi bölgelerinde yaşayan halkın sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine yönelik çabaların gösterilmesi beklenmektedir. Bölgesel sağlık kurullarının rolü, Yeni Zelanda Halk Sağlığı Kanuna göre parlamento tarafından saptanmıştır. Kurullar sundukları hizmetlerden, başkan seçimlerinden ve bölgelerinin sağlık durumlarından Bakanlığa karşı sorumludurlar. Sağlık kurulları kendi bölgelerinde sunduğu hizmetlerin finansmanı detaylı şekilde gösteren yıllık bir rapor sunmaktadırlar (Yeni Zelanda Ülke Profili, 2020).

Yeni Zelanda'da 1993 yılından itibaren hizmet vermeye başlayan ve Krallığa bağlı bir kuruluş olan İlaç Kontrol Ajansı (PHARMAC)'ın amacı; belirli bir ilacı kullanması gereken insanların, bütçe çerçevesinde uygun ilaçları alabilmelerini ve bu ilaçları doğru kullanmalarını sağlamaktır (Sargutan, 2010).

Yeni Zelanda'da sağlıkla ilgili tüm harcamaların büyük bir kısmı merkezi yönetimler tarafından yapılmaktadır. Yeni Zelanda vatandaşı ve geçici olarak ziyaret eden bir insanın tüm tedavi ve rehabilitasyon masrafları devlet tarafından

karşılanmaktadır. Devlete ait sağlık kuruluşlarında, tedavi hizmetleri ve ilaçlar bireylere ücretsiz şekilde verilmektedir (Sargutan, 2010).

Yeni Zelanda'nın demografik özellikleri ve sağlık verilerine bakıldığında, 2019 yılı toplam nüfusu yaklaşık 4,917000 kişidir. Kuzey Adası, Güney Adası'ndan daha küçük olmasına rağmen bu adada daha çok kişi yaşamaktadır. Ülke nüfusunun çoğunluğunu Avrupa kökenlilerden oluşturmaktadır. İngiliz Milletler Topluluğuna üye olan Yeni Zelanda'nın yerli halkı Maoriler ise, nüfusun %14,9'unu oluşturmaktadır. 2018 verilerine göre nüfus yoğunluğu 18 kişidir. "The Legatum Institute" tarafından yapılan 2016 Dünya Refah Düzeyi Araştırması sonucuna göre, Yeni Zelanda Dünya'da refah düzeyi en yüksek ülke konumundadır. Ayrıca Yeni Zelanda'da sağlık sistemi oldukça gelişmiştir. 2017 yılı OECD verilerine göre, 1000 kişiye düşen doktor sayısı 3,4'tür. 1000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı ise 2,75'tir (Ayten, 2020).

2.4.10. Hollanda Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı	: Hollanda Krallığı
Yüzölçümü	: 41,864 km ²
Nüfus Sayısı	: 17,321,810
Yönetim Biçimi	: Anayasal Monarşi ve Parlamenter Demokrasi
Başkenti	: Amsterdam
Resmi Dili	: Felemenkçe

Hollanda sağlık sistemi, sağlık hizmetlerine erişim, sunulan hizmetlerin kalitesi ve maliyetleri olmak üzere birçok yönden diğer Avrupa devletlerinden farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde üst düzey yetkili organ Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı'dır. Ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri gelişmiştir. Her bireyin kayıtlı olduğu bir aile hekimi bulunmaktadır. Hasta, aile hekimini seçme ve yılda iki kez değiştirme hakkına sahiptir (Kroneman, 2016).

Hollanda'da özel olarak düzenlenmiş bir sağlık sistemi bulunmaktadır. 48 kriterin değerlendirildiği 2014 Avrupa Sağlık Tüketicileri Endeksine göre, Hollanda sağlık sistemi 37 ülke içerisinde birinci olarak seçilmiştir. Hollanda sağlık sisteminin bu başarısında, 2006 yılında hükümet ve sivil toplum kuruluşlarının yaptığı reformların büyük katkısı bulunmaktadır. 2006 reformları öncesinde, uzun dönemli

bakım sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası, sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası ve özel sağlık sigortaları bulunmaktaydı. Reformlar ile sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortaları ve özel sağlık sigortaları biraraya getirilmiş ve özel sosyal sağlık sigortası kavramı oluşturulmuştur. Tamamlayıcı, uzun süreli bakım sigortası ile özel sosyal sağlık sigortası olmak üzere üç farklı sigorta türü ortaya çıkmıştır (Deloitte, 2015)

Hollanda'nın demografik özellikleri ve sağlık verilerine bakıldığında 2018 yılı verilerine göre, Hollanda'nın toplam nüfusu yaklaşık 17,32 milyondur. 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %19,6'dır ve 0-14 yaş arası nüfusun toplam nüfusa oranı ise %15,8'dir. Doğumda beklenen yaşam beklentisi kadınlarda 83,4 ve erkeklerde 80,3 yıldır. Kişi başına düşen milli gelir 5951,2 dolardır. 2019 verilerine göre, kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 5765,1 dolardır ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ındaki payı, %10 civarındadır (Dünya Bankası, 2019).

2014 yılında ülkede 131 hastane, 112 ayakta tedavi veren sağlık merkezi, 8 üniversite hastanesi ve 260'dan fazla bağımsız/kar amacı gütmeyen sağlık kurumları bulunmaktadır. Bunlar özel ve kar amacı gütmeyen kuruluşlardır. 2018 yılı OECD verilerine göre; 1000 kişiye düşen doktor sayısı 3,5, hemşire sayısı 11,5 ve hasta yatağı sayısı ise 3,17'dir (Wammes, 2020)

Hollanda sağlık sistemi, önemli ölçüde ulusal ve özel sigorta vasıtasıyla finanse edilmektedir ve nüfusun %84'ü özel sağlık sigortasına sahiptir (Missiolos, 2016).

2.4.11. Meksika Sağlık Sistemi ve Verileri

Resmi Adı : Meksika Birleşik Devletler

Yüzölçümü : 1,958,201 km²

Nüfus Sayısı : 126,548,330

Yönetim Biçimi : Federal Cumhuriyet

Başkenti : Meksika

Resmi Dili : İspanyolca

Meksika, OECD üyesi olan tek Latin Amerika ülkesidir ve Latin Amerika'nın en iyi ekonomilerinden birine sahiptir. Gelir dağılımındaki eşitsizlik ve madde kullanımı, ülke ekonomisinin temel problemleridir. Bu durum sağlık sistemine de yansımaktadır.

Meksika'daki yetkililer sağlık sisteminin işleyişini geliştirmek için önemli girişimlerde bulunarak sağlık alanında son on yılda belirgin ilerleme kaydetmişlerdir. Diğer taraftan, Meksika sağlık politikası içerisinde, sağlık sisteminin etkinliğini arttırmak ve sağlık sigortasına herkesin sahip olmasını sağlamak için çalışmalar yapılmıştır. 1910-1917 yılları arasında Meksika Devrimi'nden sonra Meksika'da sağlık, eğitim, sosyal gibi alanlarda gelişmeler yaşanmaya başlanmıştır. 1943 yılında sağlık hizmetleri, kamu hizmetleri olarak kabul edilmiştir (Castro, 2014).

Meksika sağlık sisteminin dünyanın dikkatini çekmesinin nedeni, 2000 yılında dünyada Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi alanında önemli isimlerden biri olan Julio Frenk'in Sağlık Bakanı olmasıyla başlamıştır. 2006 yılına kadar bu görevi yerine getiren Frenk, bir dizi sağlık reformunu hızla bir şekilde uygulamıştır. Bu reformlardan en çarpıcı olanı ise, 2004 yılının Ocak ayında yürürlüğe giren Seguro Popular adlı Sosyal Güvenlik Reformu ile sağlık sistemi kapsamının genişletilmesidir (Ataç ve Sur, 2018). 2003 yılında Meksika'da sağlıkta sosyal koruma sağlamak ve yeni bir sistem oluşturmak amacıyla, Genel Sağlık Kanunu Reformu yapılmıştır. Bu reformun temelini Sağlıkta Sosyal Koruma İçin Sistem ve bu sistemi yürütmek için de Genel Sağlık Sigortası oluşturmaktadır. Meksika'da muayene ücreti ortalama olarak 20 dolardır (Sargutan, 2010).

Meksika'nın demografik özellikleri ve sağlık verilerine göre 2019 yılı itibariyle Meksika, yaklaşık 126,5 milyon nüfusa sahip Kuzey Amerika ülkesidir. Nüfusun %7,4'i 65 yaşın üstündedir. 2018 yılı verilerine göre, doğumda beklenen yaşam beklentisi kadınlarda 77,9, erkeklerde ise 72,2 yıldır. Ülke, 31 eyalet ve 1 federal bölgeden oluşan federal bir cumhuriyettir. Dünya Bankası verilerine göre kişi başı GSYİH'in sağlık harcamalarına oranı 8,201 dolar olarak hesaplanmıştır (Dünya Bankası, 2020).

Son zamanlarda yapılmış olan reformlarla beraber sağlık harcamalarının finansmanında eyaletlerarası eşitsizliklerin azaltılması amaçlanmıştır. Gönüllü sağlık sigortası reformu, paket sigorta kapsamında bulunmayan durumlar için gerçekleşen tedavi hizmetlerini ve temel sağlık hizmetlerini kapsama almaktadır. Ayrıca gönüllü sağlık sigortasına çok sayıda insanın sahip olması hedeflenmektedir (Lkhagvaa, 2019).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmaya Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi olan 37 ülkeden ekonomik açıdan kalkınma seviyesi yüksek, kaliteli sağlık hizmet standartlarına sahip, hem Türkiye hem de Afganistan ile karşılaştırıldığında daha etkin sonuçlar çıkacağı düşünülen ülkeler alınmıştır. Bu çalışmada Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin içerisinde bulunduğu 12 ülke ve genel OECD ortalamaları ile OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'ın sağlık sistemi verilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

3.1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi "2002-2019 yılları arasında OECD üyesi örnek ülkelerin ve Afganistan'ın sağlık sisteminin durumu nasıldır?" oluşturmaktadır.

3.1.3. Hipotezler

Çalışmada teorik olarak incelenen konulardan yola çıkılarak aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

A. Sağlık Finansmanı ve Harcaması İle İlgili Hipotezler

A1: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin kişi başına düşen GSYİH'ı, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.

A2-1: Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin GSYİH içindeki sağlık harcaması oranı, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan düşüktür, Fransa ise aynı orandadır.

A2-2: Almanya, Amerika Birleşik Devletlerinin GSYİH içindeki sağlık harcaması oranı, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.

A3: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.

A4: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa,

Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin cepten yapılan sağlık harcaması, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.

B. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı İle İlgili Hipotezler

B₁: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 kişi başına düşen hekim sayısı, Afganistan'a göre yüksektir.

B₂: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı, Afganistan'a göre yüksektir.

C. Yatak Sayısı ve Hastanede Kalış Süresi İle İlgili Hipotezler

C₁: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, Afganistan'a göre yüksektir.

C₂: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin hastanede kalış süresi Afganistan'a göre yüksektir.

D. Sağlık Sonuç Göstergeleri İle İlgili Hipotezler

D₁: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin doğuştan beklenen yaşam süresi Afganistan'a göre yüksektir.

D₂: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, Afganistan'a göre düşüktür.

D₃: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı Afganistan'a göre düşüktür.

3.1.4. Varsayımlar

Araştırma kapsamındaki veriler ve elde edilen sonuçlar gerçek durumu yansıtmaktadır.

3.1.5. Sınırlılıklar

Araştırmada, OECD üyesi olan ve çalışma kapsamına alınan 12 ülkenin (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda, Türkiye) ve OECD üyesi olmayan Afganistan'ın sağlık verilerinin karşılaştırılması yapıldığından sonuçlar diğer ülkeler için genellenemez.

3.2. Metot

3.2.1. Evren ve Örneklem

Çalışmada, OECD üyesi 37 ülkeden seçilen 12 ülkenin (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ile Türkiye) ve Afganistan'ın sağlık göstergelerinin karşılaştırılması için:

- Sağlık finansmanı ve harcaması açısından; kişi başına düşen GSYİH, GSYİH'in içindeki sağlık harcamasının oranı, kişi başına düşen sağlık harcaması ve cepten yapılan sağlık harcamaları incelenmiştir.
- Sağlık hizmeti açısından; temel sağlık göstergeleri olan doğuştan beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı ve bebek ölüm hızı gözden geçirilmiştir.

OECD üyesi 37 ülkeden seçilen ve Türkiye'nin de dahil olduğu 12 ülkenin 5'i Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine, 4'ü Refah Yönelimli/Sigorta (Bismarck) tipi sağlık sistemine, 2'si Özel Teşebbüs/Serbest Pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdir. Türkiye'de ise Karma tipi sağlık sistemi bulunmaktadır (Missiolos, 2016).

- Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip ülkeler; Finlandiya, İngiltere, İtalya, Norveç ve Yeni Zelanda'dır.
- Refah Yönelimli/Sigorta (Bismarck) tipi sağlık sistemine sahip ülkeler; Almanya, Belçika, Fransa ve Hollanda'dır.
- Özel Teşebbüs/Serbest Pazar tipi sağlık sistemine sahip ülkeler; ABD ve Meksika'dır.
- Karma yapıda sağlık sistemine sahip ülke Türkiye'dir.
- Afganistan OECD üyesi değildir.

3.2.2. Veri Toplama Aracı

OECD üyesi ülkelerin sağlık verilerinin toplanması ve konuya ilişkin bilimsel bilgilerin elde edilmesi için OECD ve Dünya Bankası'nın resmi sitesinden sağlık verileri alınmıştır (OECD ve DB, 2018). Afganistan Halk Sağlığı Bakanlığı Verileri ve Raporları, Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemi ve Sağlık Bilgi Sistemlerinden alınmıştır (MoPH, 2020; WHO, 2020; NSIA, 2021; HMIS, 2019) Veriler 2002 ve 2018 yılları arasında kapsamaktadır.

3.2.3. Analiz Metodu

Çalışmada karşılaştırmalı analiz yapılarak, veriler IBM SPSS 22 ile analiz edilmiştir.

Karşılaştırmalı Analiz

Karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı; ülkelerin sağlık sistemlerinin istenilen yönlerini birbirleriyle karşılaştırılması sonucunda, kullanılabilir bilgi ve sonuçlara ulaşmayı amaçlayan bir araştırma yöntemidir (Sargutan, 2010).

Sağlık sistemleri arasında karşılaştırılma yapılması;

- Başka ülkelerin sağlık sistemlerini öğrenmek, anlamak ve bu sistemlerin olumlu yönlerini örnek almak için imkân sunabilmektedir.
- Yaşam standartları birbirlerine epeyce benzeyen lakin sağlık sistemleri dikkat çekici bir şekilde farklı olan ülkelerin kıyaslanmasında ve sağlık hizmetlerinin etkisi hakkında sonuçlar çıkarılabilmektedir.
- Genelleme yapmaya imkân verebilmektedir. GSYİH içindeki sağlık harcamalarının veya hastane harcamalarının artması gibi konular örnek gösterilmektedir.

IBM SPSS 22 İle Analiz

Sosyal Bilimler için İstatistik Programı olan “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)”, başta Sosyal Bilimler olmak üzere Eğitim Bilimleri, Sağlık Bilimleri ve Fen Bilimleri alanlarında araştırmalar yapmak amacıyla yoğunlukla kullanılan bir bilgisayar programıdır. Çalışmadaki veriler, IBM SPSS 22 programında kullanılan tanımlayıcı istatistikler yöntemler ile analiz edilmiştir. Sonuçlar yüzde, ortanca, minimum-maksimum, grafik şeklinde incelenmiş olan yıllar için sunulmuştur.

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, dört başlık altında incelenmiştir.

4.1. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcaması Açısından Karşılaştırılması

4.1.1. Kişi Başına Düşen GSYİH'nın Karşılaştırılması

4.1.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması

4.1.3. Cepten Yapılan Toplam Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması

4.2. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı Açısından Karşılaştırılması

4.3. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Hastane Yatak Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

4.3.1. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısının Karşılaştırılması

4.3.2. Hastanede Kalış Süresinin Karşılaştırılması

4.4. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Sonuç Göstergelerinin Karşılaştırılması

4.4.1. Doğuştan Beklenen Yaşam Süresinin Karşılaştırılması

4.4.2. 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızının Karşılaştırılması

4.4.3. 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızının Karşılaştırılması

4.1. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcaması Açısından Karşılaştırılması

Çalışmanın bu bölümünde çalışmada örnek alınan OECD ülkeleri, Türkiye ve Afganistan'a ait sağlık harcamaları incelenmiştir. Bu inceleme ülkelerin kişi başına düşen GSYİH tutarları, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve GSYİH içindeki toplam sağlık harcamalarının karşılaştırılması ve cepten yapılan toplam sağlık harcamalarının karşılaştırılması yapılmıştır.

4.1.1. Kişi Başına Düşen GSYİH'nin Karşılaştırılması

Gayri safi yurt içi hâsıla (GSYİH), belirli bir zaman aralığında üretilen tüm nihai ürünlerin, piyasa değerindeki ekonomik ölçümüdür. Kişi başına düşen GSYİH (nominal) ise, ülkelerin yaşam maliyetleri ve enflasyon oranlarındaki farklılıkları yansıtmamaktadır. Bu nedenle, satın alma gücü paritesinde (SAGP) kişi başına GSYİH bazının kullanılması uluslararası yaşam standartlarını karşılaştırmada, nominal GSYİH ise uluslararası pazardaki ulusal ekonomileri kıyaslamada daha yararlı olmaktadır (OECD Statistics, 2020).

Table 4.1. Kişi Başına Düşen GSYİH'nin Karşılaştırılması

Ülkeler	Dolar
ABD	65143,4
Almanya	56305,2
Belçika	54900,1
Finlandiya	51414,0
Fransa	49144,9
Hollanda	59512,5
İngiltere	48725,4
İtalya	44217,7
Meksika	20877,5
Norveçli	67190,7
Yeni Zelanda	43740,6
Afganistan	520,0
Türkiye	28424,3
Avrupa Birliği (28 ülke)	46810,0
Euro Bölgesi (19 ülke)	49312,4
OECD-Avrupa	45668,7
OECD-toplam	46712,4

Ülkeler	Dolar
OECD-toplam	46712,4
OECD-Avrupa	45668,7
Euro Bölgesi (19 ülke)	49312,4
Avrupa Birliği (28 ülke)	46810,0
Türkiye	28424,3
Afganistan	520,0
Yeni Zelanda	43740,6
Norveçli	67190,7
Meksika	20877,5
İtalya	44217,7
İngiltere	48725,4
Hollanda	59512,5
Fransa	49144,9
Finlandiya	51414,0
Belçika	54900,1
Almanya	56305,2
ABD	65143,4

Kaynak: OECD (2020); WHO (2019); Dünya Bankası (2019)

Yukarıda yer alan tabloda kişi başına düşen GSYİH oranlarında; 67190,7 dolar ile Norveç ilk sırada, 65143,4 dolar ortalama ile Amerika Birleşik Devletleri ise ikinci sırada yer almaktadır. Bu oran Türkiye'de 28424,3 dolar, Afganistan'da ise 333

dolardır. Diğer taraftan kişi başına düşen GSYİH oranları Avrupa Birliği ülkelerde (28 ülke) 46810,0, dolar, Euro Bölgesi ülkelerde (19 ülke) 49312,4, dolar ve OECD üyesi ülkelerde ise bu oran 46712,4 dolardır. Bu oran incelendiğinde, OECD ülkelerinin genel ortalaması ve Avrupa Birliği ülkelerinin yarısı kadarının kişi başına düşen GSYİH oranına sahip olduğu görülmektedir. Diğer taraftan bu ülkeler Afganistan'ın yaklaşık 85 katı, kişi başına düşen GSYİH oranına sahiptir. Afganistan'ın hem Türkiye hem de OECD ülkeleri ve Avrupa Birliği ülkelerine göre düşük düzeyde kişi başına düşen GSYİH oranına sahip olduğu belirlenmiştir. Buna göre; ‘‘A1: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin kişi başına düşen GSYİH'ı, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.’’ hipotezi kabul edilmiştir.

4.1.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Aşağıdaki tabloda, çalışmada yer alan OECD üyesi ülkelerin, Türkiye'nin ve Afganistan'ın kişi başı sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla içerisindeki oranları bulunmaktadır.

Table 4.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Toplam Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması

Ülke	Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD\$)	GSYİH İçindeki Oranı (%)
Almanya	6645,8	11,7
Amerika Birleşik Devletleri	11071,7	17,0
Belçika	5428	10,3
İngiltere	4653,1	10,3
Finlandiya	4578,4	9,1
Fransa	5375,7	11,2
Hollanda	5765,1	10,0
İtalya	3649,2	8,7
Meksika	1153,6	5,5
Norveç	6646,7	10,5
Yeni Zelanda	4204	9,3
Afganistan	67,12	11,2
Türkiye	1337,2	4,4
OECD-Ortalama	4223,5	8,8

Kaynak: OECD 2020; WHO 2019; Dünya Bankası 2019;

Yukarıdaki tabloya göre; sağlığa en fazla harcama yapan ülke pozisyonunda

olan Amerika Birleşik Devletleri kişi başı 11071,7 dolar sağlık harcaması yaparken, toplam GSYİH'nin %17'sini sağlık harcamalarına ayırmaktadır. Amerika'yı takip eden Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil Hizmet tipine sahip Norveç'te, kişi başı sağlık harcaması 6646,7 dolardır ve toplam GSYH'nin payı %10,5 düzeyindedir. Norveç'ten sonra gelen Almanya'da, hem kişi başı sağlık harcaması hem de sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı OECD ülkelerinin ortalamasından daha yüksektir. Almanya kişi başı 6645,8 dolar sağlık harcaması yaparken, GSYH'nin %11,7'sini sağlık harcamalarına ayırmaktadır. Türkiye kişi başı 1337,2 dolar sağlık harcaması yaparken, GSYH'nin %4,4'ünü sağlık harcamalarına ayırmaktadır. Kişi başı sağlık harcamalarında Türkiye diğer gelişmiş ülkelerin 1/5 seviyesindedir. Sağlık harcamalarının GSYİH oranına bakıldığında ise, OECD ortalamasının yarısı kadardır (OECD Statistics, 2020). Bu oranlar Afganistan'da ise çok düşük düzeydedir. Afganistan yoksulluk, uzun süren savaşlar vb. gibi nedenlerden dolayı kişi başına sadece 67,12 dolar sağlık harcaması yaparken; GSYH'sinin %11,2'sini ayırmaktadır. Afganistan'ın Türkiye'nin üç katına varan bir oranda sağlık harcamasına pay ayırması ve kişi başı sağlık harcamasının 67,12 dolar olması, ülkenin toplam GSYİH'nin ve ekonomik imkânlarının iyi olmadığını göstermektedir. Sonuç olarak; 'A₂: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin GSYİH içindeki sağlık harcaması, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.' hipotezi reddedilirken 'A₃: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.' hipotezi kabul edilmiştir.

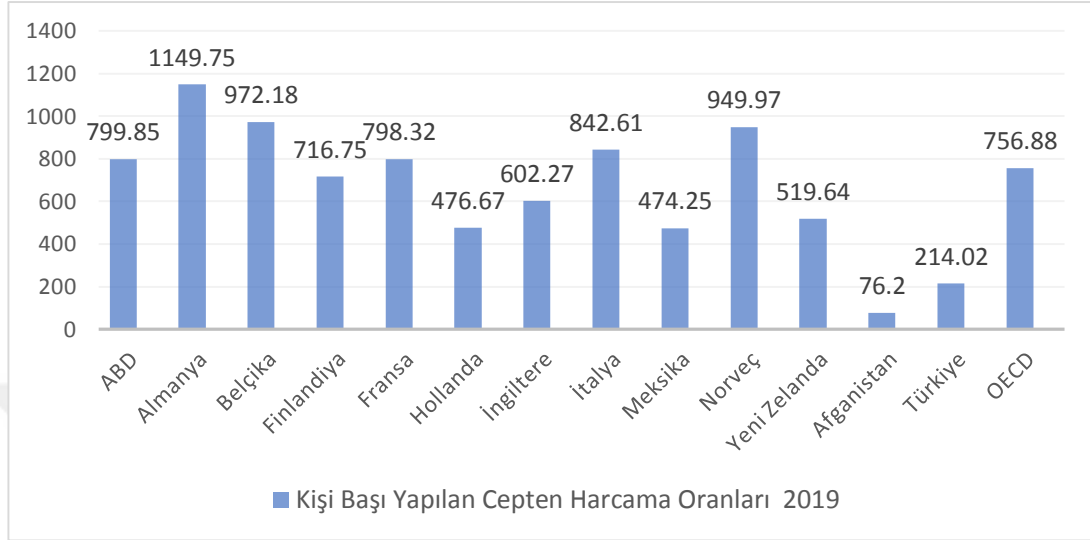
4.1.3. Cepten Yapılan Toplam Sağlık Harcamasının Karşılaştırılması

Halkına sağlık hizmeti sunamayacak kadar gelir düzeyi yetersiz ve sağlık hizmetleri yönetiminde organize olamamış devletlerde cepten yapılan ödeme oranları genellikle yüksek düzeydedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun katkısı da daha azdır. Bu grup ülkelerde sağlık hizmetinden yararlanabilmek için para ödeyebilen kişiler bu hizmetten faydalanabilmekte, aksi halde ödemeyenler ise hasta kalmakta veya da ölebilmektedir. Afrika kıtasında yer alan bazı ülkeler, Çin Halk Cumhuriyeti, bir kısım Güney Amerika ülkeleri ve Hindistan bu tür ülkelere örnek gösterilmektedir (WHO Statistics, 2020).

Aşağıdaki tabloda çalışmada örnek alınan OECD ülkelerinin, Türkiye'nin ve

Afganistan'ın sağlık harcamalarında kişi başına yapılan cepten ödeme tutarları yer almaktadır.

Table 4.3. Kişi Başı Yapılan Cepten Harcama Oranları (OECD, 2019)



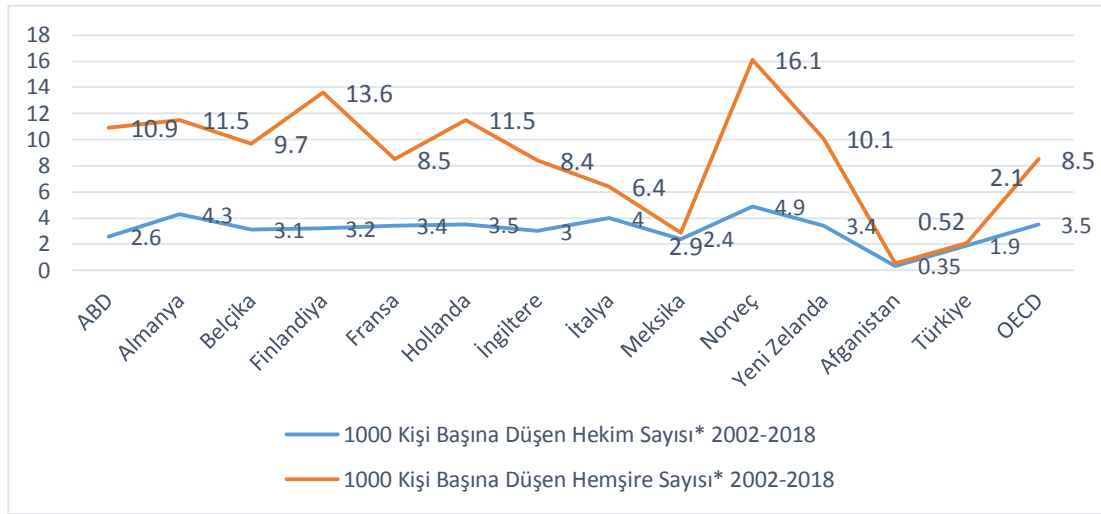
Kaynak: OECD Statistics, 2019; WHO Statistics, 2020

Çalışmada örnek alınan OECD ülkeleri içerisinde Refah Yönelimli/Sigorta (Bismarck) tipi sağlık sistemine sahip Almanya, kişi başına yapılan cepten sağlık harcamalarını 2019 yılında 1149,75 dolar ile ilk sırada yer almaktadır. Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip olan Norveç, 949,97 dolar cepten yapılan sağlık harcaması oranı ile ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye’de ise kişi başı cepten yapılan sağlık harcama tutarı 214,2 dolardır. Afganistan 76,2 dolarlık bir cepten sağlık harcaması yapmaktadır. Bu oranlar incelendiğinde; Afganistan, OECD ülkeleri ve Türkiye’ye göre daha düşük bir cepten yapılan harcama oranına sahip olduğu söylenebilir. ‘‘A4: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye’nin cepten yapılan sağlık harcaması, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan’dan yüksektir.’’ hipotezi kabul edilmiştir.

4.2. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan’ın Hekim ve Hemşire Sayılarının Karşılaştırılması

Çalışmaya yer alan OECD ülkeleri, Türkiye ve Afganistan’a ait 1000 kişiye düşen hekim ve hemşire sayıları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Table 4.4. 1000 Kişiyeye Düşen Hekim ve Hemşire Sayıları (Afganistan, OECD)



Kaynak:OECD (2019); WHO Statistics 2020; Dünya Bankası (2018)

Yukarıdaki tabloya göre; 2002-2018 yılları arasında Almanya’da her 1000 kişi başına 4,3 hekim düşmektedir. Türkiye’de bu oran 1,88, Afganistan’da 0,35’dir. Kişi başına İngiltere’de 2,95, İtalya’da 4,02 ve Norveç’te 4,93 hekim düşmektedir. Bu oranlara göre Afganistan’da kişi başına daha fazla hekimin düşmesinin, Türkiye’den daha iyi konumda olduğu ve OECD üyesi ülkelerinden daha düşük seviyede yer aldığı şeklinde yorumlanabilir. Sonuç olarak; “**B₁**: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye’nin 1000 kişi başına düşen hekim sayısı, Afganistan’a göre yüksektir.” kabul edilmiştir.

Hemşire sayılarına bakıldığında ise; çalışmada yer alan OECD ülkeleri içerisinde 16,1’lik oran ile Norveç ilk sırada, Finlandiya 13,6’lık oran ile ikinci sıradadır. Afganistan’da her 1000 kişiye 0,52 hemşire düşmekteyken, bu oran Türkiye’de ise 1,6’dır. **B₂** hipotezi ‘Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye’nin 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı, Afganistan’a göre yüksektir.’ kabul edilmiştir.

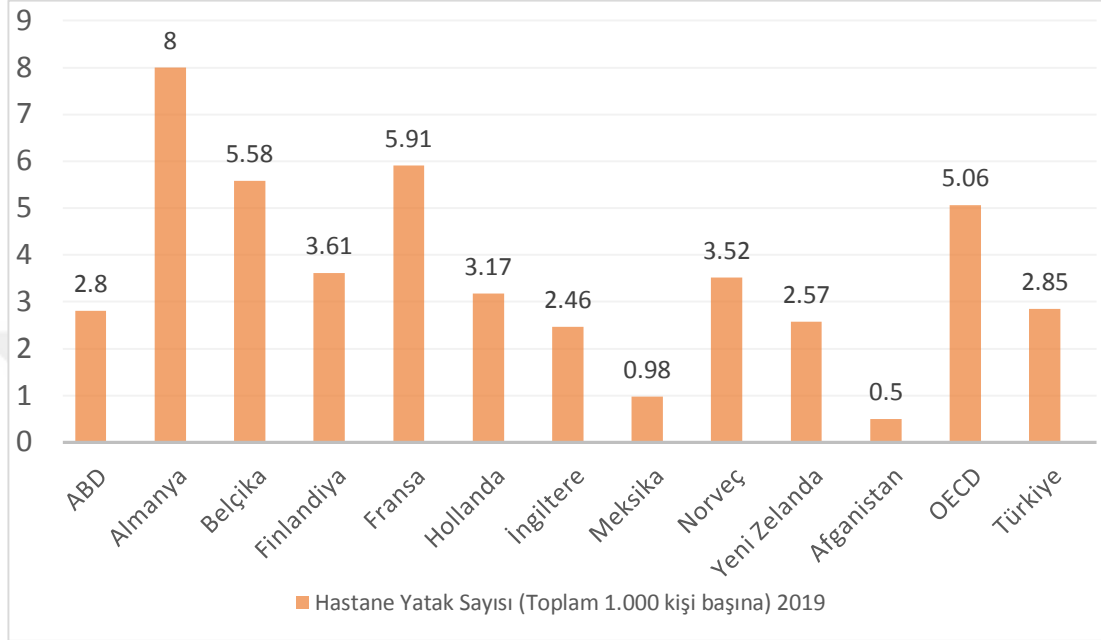
4.3. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan’ın Hastane Yatak Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

Çalışmada yer alan OECD ülkeleri, Türkiye ve Afganistan’a ait 1000 kişiye düşen yatak sayıları ve hastanede kalış süreleri karşılaştırılmıştır.

4.3.1. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısının Karşılaştırılması

Çalışmada yer alan OECD ülkeleri, Türkiye ve Afganistan'a ait 1000 kişiye düşen yatak sayıları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Table 4.5. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısının Karşılaştırılması



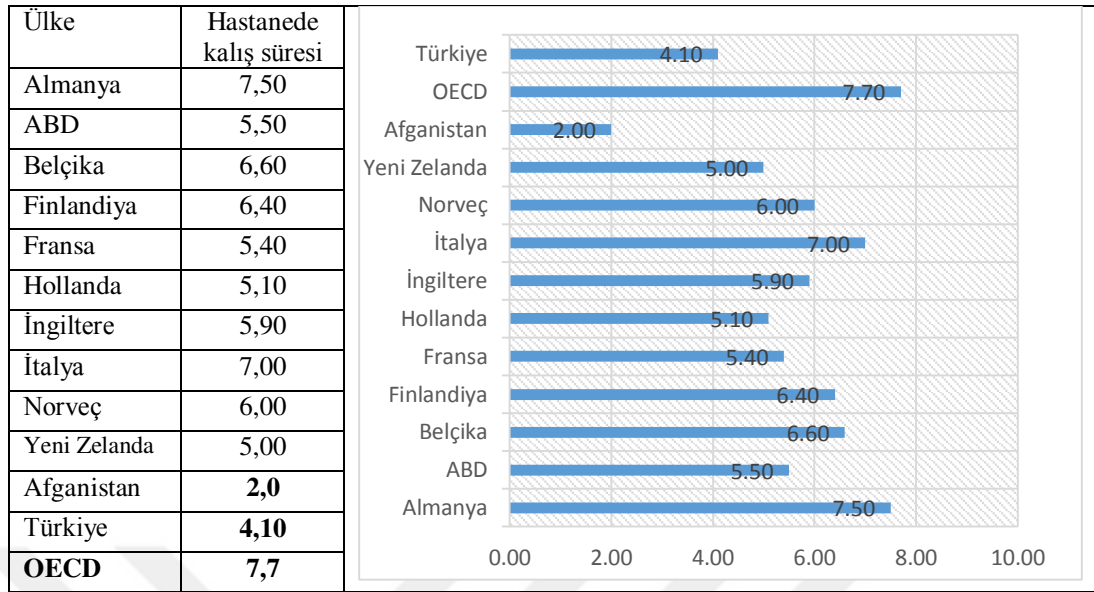
Kaynak: OECD (2019); Dünya Bankası (2020)

Çalışmaya dâhil edilen OECD üyesi ülkeler, 2019 yılında Türkiye ve Afganistan'ın 1.000 kişi başına düşen hastane yatak sayısı açısından karşılaştırılması sonucunda, Almanya 1000 kişiye 8,0 yatak düşme oranıyla ilk sırada yer almaktadır. Almanya'yı 5,91 yatak oranıyla Fransa takip etmektedir. Kişi başına Afganistan'da 0,5 yatak, Türkiye'de 2,85 yatak düşmektedir. Afganistan'ın sağlık alt yapısının yetersizliği, 1000 kişiye düşen yatak oranlarına bakıldığında da görülmektedir. Sonuç olarak ‘‘ C1: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, Afganistan'a göre yüksektir. ’’ hipotezi kabul edilmiştir.

4.3.2. Hastanede Kalış Süresinin Karşılaştırılması

Hastanede ortalama kalış süresi, bir ülkenin sağlık göstergeleri olarak kabul edilen parametrelerden biridir. Türkiye'de olduğu gibi birçok ülkede de hastanede kalış süreleri baz alınarak sağlık kurumları buna göre kategorize edilmektedir.

Table 4.6. Hastanede Kalış Süresinin Karşılaştırılması



Kaynak: OECD, 2019; (2018)

Çalışmaya dahil edilen OECD üyesi ülkeler, Türkiye ve Afganistan'a ait hastanede ortalama kalış süresi yukarıdaki tabloda verilmiştir. Almanya 7,5 gün ortalama ile ilk sırada yer almaktadır. Almanya'yı, 7,0 gün ortalama ile İtalya takip etmektedir. Hastanede kalış süresi Türkiye'de 4,1 gün, Afganistan'da ise 2 gündür. "C2: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin hastanede kalış süresi Afganistan'a göre yüksektir." hipotezi kabul edilmiştir.

4.4. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Sonuç Göstergelerinin Karşılaştırılması

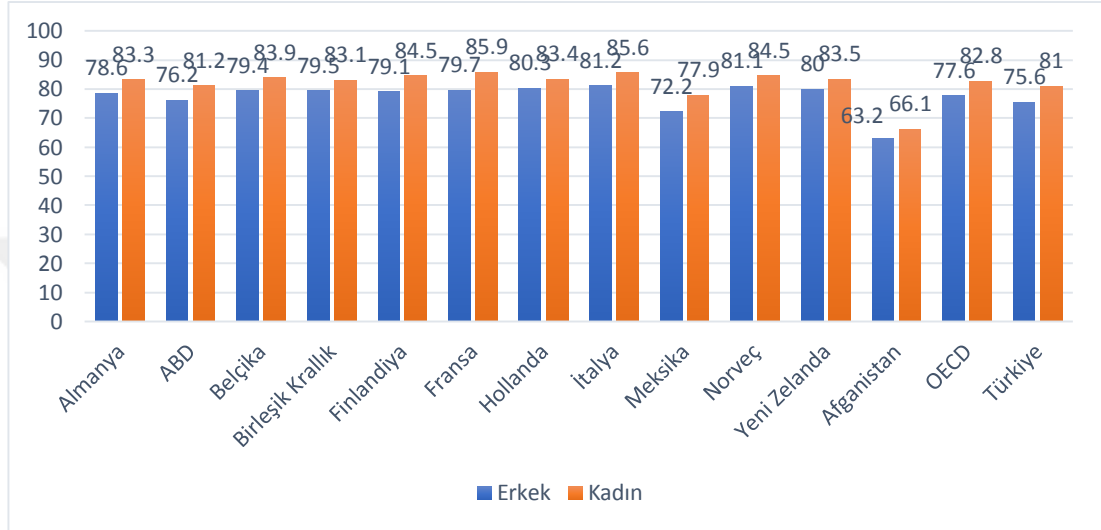
Bebek ölümleri, anne ölümleri, çocuk ölümleri, yetişkin ölümleri veya beklenen yaşam süreleri bir ülkenin sağlık göstergeleri açısından belirleyicileri olarak önem arz etmektedir. Doğuşta beklenen yaşam süresinin artması ve işgücünün uzun müddet emek piyasasında kalması, daha çok üretime katkıda bulunması manasını taşımaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresiyle ekonomik büyüme arasında bulunan ilişkileri inceleyen araştırmalara göre, doğuşta beklenen yaşam süresi ekonomik büyümeyle bağlantılıdır. Bu çalışmaların bir diğer sonucu ise, ekonomik büyüme gerçekleştikçe doğuşta beklenen yaşam süresi uzamaktadır.

4.4.1. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresinin Karşılaştırılması

Doğuşta beklenen yaşam süresi; bir ülkenin sosyo-ekonomik durumu ile yaşam

kalitesinin bir göstergesi olup, o ülkenin ölüm sayısını karşılaştırmada ve gelişmişlik düzeyini ölçmede kullanılmaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresi bir toplumdaki ortalama yaşam yılını göstermektedir. Ortalama yaşam süresi, sosyo-ekonomik düzey ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinin yanında sağlık hizmetlerinin etkinliğine göre de değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi daha yüksektir.

Table 4.7. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Kadın Ve Erkek)



Kaynak: Dünya Bankası (2019).

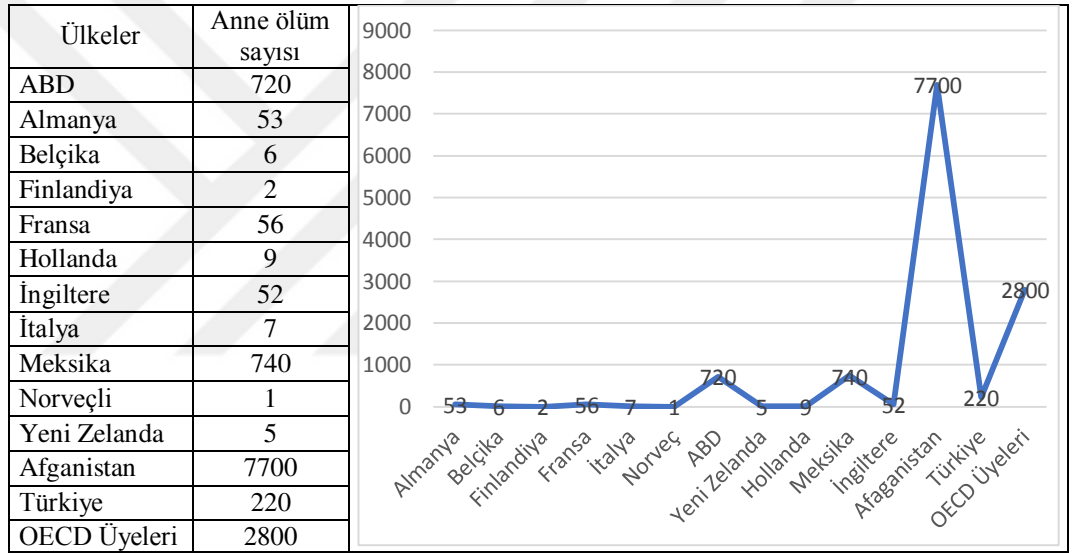
Tablo 4.7’de çalışmada yer alan OECD üyesi ülkelerin, Türkiye’nin ve Afganistan’ın 2019 yılı doğuşta beklenen yaşam sürelerine bakıldığında; erkeklerde en fazla doğuşta beklenen yaşam süresi ortalaması 81,2 yaşla İtalya’da, en az yaşam süresinin 63,2 yaş ile Afganistan’da olduğu dikkat çekmektedir. Kadınlara ait doğuşta beklenen yaşam süresinde 84,5 yaşla Norveç ilk sıradayken, 66,1 yaşla Afganistan yine son sırada yer almaktadır. Bu verilerden yola çıkılarak, gelişmiş ülkelerdeki ekonomik ve sosyal durumlar sağlık koşullarının insan yaşamının uzunluğu üzerinde pozitif etkisi olduğunu göstermektedir. Türkiye ise diğer ülkelere göre erkeklerde daha az doğuşta beklenen yaşam süresine (75,6) sahiptir. Ancak doğuşta beklenen kadın yaşam süresi (83,5) diğer ülkelerle hemen hemen benzerdir. Doğuşta beklenen kadın yaşam süresi; Almanya (83,3), İngiltere (83,1), Amerika Birleşik Devletleri (81,2) gibi OECD ülkeleri ile Türkiye yakın oranlar göstermektedir. (OECD Statistics, 2020; Dünya Bankası Statistics, 2019) Sonuç olarak, D₁ ‘‘ Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye’nin doğuşta beklenen yaşam süresi Afganistan’a göre yüksektir.’’ hipotezi kabul edilmiştir.

4.4.2. 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızının Karşılaştırılması

Anne ölümü, gebeliğin süresi ve yeri ne olursa olsun bir kadının hamileyken veya hamileliğin sona ermesinden sonraki 42 gün içinde, hamilelik veya yönetimi ile ilgili herhangi bir nedenden dolayı ölmesini ifade eder, ancak kaza veya tesadüfi sebeplerden kaynaklanmaz.

Anne ölüm oranlarının azaltılması "Birleşmiş Milletler Bin Yıl Kalkınma Hedefleri"nden birisidir. Aşağıdaki tabloda, çalışmada yer alan OECD ülkelerinin, Türkiye'nin ve Afganistan'ın anne ölüm sayıları yer almaktadır.

Table 4.8. 100,000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı



Kaynak: OECD ve Dünya Bankası (2018).

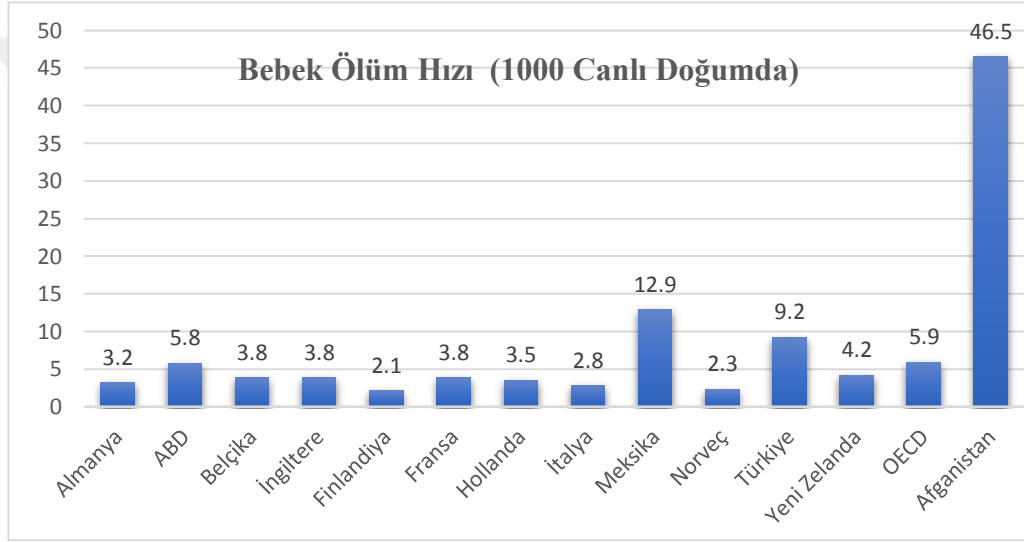
2017 yılı itibariyle 100 Binde Norveç'te 1, Amerika Birleşik Devletlerinde 720 ve Belçika'da 6 anne ölümü yaşanmıştır. Türkiye'de 220, Afganistan'da ise 7700 anne ölümü meydana gelmiştir. OECD ülkeleri genel ortalaması ise 2800 civarındadır. Burada, Afganistan'daki anne ölüm sayılarının çok yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Sonuç olarak; ‘ ‘ **D₂**: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, Afganistan'a göre düşüktür. ’ ’ hipotezi kabul edilmiştir.

4.4.3. 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızının Karşılaştırılması

Bebek ölüm hızı, bir bölgedeki bir yaşını tamamlamadan ölen bebek sayısının canlı doğan bebek sayısına bölünmesi sonucu 1000 ile çarpılmasıyla bulunmaktadır (WHO, 2020). Bir toplumun genel sağlık ve çocuk sağlığı seviyesini göstermek, verilen hizmetlerin işlerliğini incelemek için önemli bir ölçüttür.

Aşağıdaki tabloda çalışmada yer alan OECD ülkelerine, Türkiye'ye ve Afganistan'a ait bebek ölüm hızları yer almaktadır.

Table 4.9. 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı



Kaynak: Dünya Bankası (2019)

2019 yılında 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek ölüm hızlarına bakıldığında bu oranın gelişmiş ülkelere göre gelişmemiş ülkelere doğru artmakta olduğu görülmektedir. Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere; her 1000 canlı doğumda Finlandiya'da 2,1, İtalya'da 2,8, Belçika'da 3,8, Türkiye'de 9,2 ve Afganistan'da 46,5 bebek ölümü yaşanmıştır. ‘‘D3: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı Afganistan'a göre düşüktür.’’ hipotezi kabul edilmiştir.

4.5. Hipotezlerin Kabul Red Durumu Özet Tablo

Çalışmada teorik olarak incelenen konulardan yola çıkılarak aşağıdaki hipotezler kurulmuş, çalışma kapsamında yapılan araştırmalar ve analizler neticesinde kurulmuş

olan hipotezlerin Kabul yada Red Durumu Aşağıdaki Tabloda gösterilmiştir.

Table 4.10. Hipotezlerin Kabul Red Durumu Özet Tablo

A. Sağlık Finansmanı ve Harcaması İle İlgili Hipotezler	Kabul/Red Durumu
A1: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin kişi başına düşen GSYİH'ı, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.	Kabul
A2-1: Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin GSYİH içindeki sağlık harcaması oranı, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan düşüktür, Fransa ise aynı orandadır.	Kabul
A2-2: Almanya, Amerika Birleşik Devletlerinin GSYİH içindeki sağlık harcaması oranı, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.	Kabul
A3: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.	Kabul
A4: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin cepten yapılan sağlık harcaması, OECD üyeliği bulunmayan Afganistan'dan yüksektir.	Kabul
B. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim ve Hemşire Sayısı İle İlgili Hipotezler	
B1: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 kişi başına düşen hekim sayısı, Afganistan'a göre yüksektir.	Red
B2: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı, Afganistan'a göre yüksektir.	Red
C. Yatak Kullanımı ve Hastanede Kalış Süresi İle İlgili Hipotezler	
C1: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, Afganistan'a göre yüksektir.	Kabul
C2: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin hastanede kalış süresi Afganistan'a göre yüksektir.	Kabul
D. Sağlık Sonuç Göstergeleri İle İlgili Hipotezler	
D1: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin doğuştan beklenen yaşam süresi Afganistan'a göre yüksektir.	Kabul
D2: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı, Afganistan'a göre düşüktür.	Kabul
D3: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve Türkiye'nin 1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm hızı Afganistan'a göre düşüktür.	Kabul

5. TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri, bireyin yaşamını çok yakından etkileyen ve kendine has özelliklere sahip bir sistemdir. Ne zaman sağlık hizmetine ihtiyaç duyulacağı, bu ihtiyacın ne kadar süreceği ve bu hizmetin sonuçlarının ne olacağı önceden tahmin edilemediğinden sağlık hizmetlerinin belirsiz bir yapısı bulunmaktadır. Sağlık hizmeti ertelenemezdir, hastalık ortaya çıktığı zaman tedavi edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin yerine başka bir sağlık hizmeti verilemez. Sağlık hakkı yaşam hakkından ayrılamaz, anayasada ve yasalarda kabul edilen bir insan hakkıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumunda ayrıcalık gözetilemez, herkese eşit olarak verilmelidir. Ayrıca sağlık hizmetleri kamusaldır, koruyucu sağlık hizmetleri dışsal faydaya sahip olduğundan özel sektörün tekeline bırakılamaz. ABD gibi sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sektör tarafından sağlanan ülkelerde bile koruyucu sağlık hizmetleri devlet eliyle gerçekleştirilmektedir.

Türkiye, Afganistan ve çalışmada kullanılmak için seçilen 11 OECD ülkesinin (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve İngiltere) sağlık verilerinin karşılaştırılması amaçlanan çalışmada; 2002 ve 2019 yılları arasındaki sağlık harcamaları, personel sayıları, hastane yatak kullanım kapasiteleri ile sağlık göstergelerinin karşılaştırılması yapılmış ve literatürde daha önceden yapılan çalışmalarla tartışılmıştır.

2018 yılı verilerine Kişi başına düşen GSYİH oranlarında 67190,7 dolar ile Norveç ilk sıradadır. Türkiye’de bu rakam 28424,3 dolar, Afganistan’da ise 333 dolardır. Diğer taraftan kişi başına düşen GSYİH oranlarında Avrupa Birliği ülkelerinde (28 ülke) 46810,0, dolar, Euro Bölgesi (19 ülke) ülkelerinde 49312,4, dolardır. Afganistan, hem Türkiye hem de OECD ve Avrupa Birliği ülkelerine göre düşük seviyede kişi başına düşen GSYİH oranına sahiptir.

Ersöz (2009) tarafından yapılmış olan çalışmada OECD’ye kurucu olarak katılan 20 ülkenin sağlık göstergeleri incelendiğinde gelişmiş ülkeler olduğu için sağlık harcamalarına yeterli kaynağı ayırabildikleri, Türkiye’nin OECD’ye sonradan dahil olan ülkelerden Kore, Meksika, Polonya ve Slovakyanın sağlık göstergeleri bakımından benzerlikler gösterdiğini ifade etmiştir (Ersöz, 2009).

2017 yılı verilerine Kişi başına düşen sağlık harcamaları ve GSYİH içindeki toplam sağlık harcamasına göre sağlığa en fazla harcama yapan ülke konumundaki

Amerika Birleşik Devletleri, kişi başı 11071,7 dolar sağlık harcaması yaparken; GSYİH'nın %17,0'sini sağlık harcamalarına ayırmaktadır.

Çetintürk ve Gençtürk (2020) tarafından yapılan "OECD Ülkelerinin Sağlık Harcama Göstergelerinin Kümeleme Analizi İle Sınıflandırılması" çalışmalarında ABD'nin sağlık hizmetlerine en fazla harcama yapan ülke olduğunu ifade etmişlerdir. 2019 yılı Dünya Bankası verilerine göre Türkiye kişi başı 1337,2 dolar sağlık harcaması yaparken, GSYH'nın %4,4'ünü sağlık harcamalarına ayırmaktadır. Erol ve arkadaşlarının çalışmasında 2009 yılında Türkiye'nin genel bütçeden sağlığa ayırdığı payının OECD ülkelerinden düşük seviyede, sıralamada ise son sırada olduğu ve 2009 yılında SAGP'e göre kişi başı sağlık harcamasının 957 dolar olduğu belirtilmektedir (Erol ve ark., 2014). Diğer taraftan Sayılı ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada, 2015 yılında Türkiye'deki kişi başı sağlık harcamasının 1064 dolar olduğu ve Türkiye'nin, genel bütçeden sağlığa ayırdığı payın % 5,2 ile OECD ülkeleri arasında son sıradaki yerini koruduğunu ifade etmektedir (Sayılı ve ark., 2017). Bu oranlar Afganistan'da çok düşük düzeydedir. Afganistan yoksulluk, uzun süren savaşlar vb. nedenlerden dolayı 2018 yılında kişi başı sadece 67,12 dolar sağlık harcaması yapmakta ve GSYH'sının %11,2'sini ayırmaktadır. Afganistan'ın, Türkiye'nin üç katına varan bir oranda sağlık harcamasına pay ayırırken kişi başı sağlık harcamasının 67,12 dolar olması ülkenin GSYİH'nın ve ekonomik imkânlarının yeterli düzeyde olmadığını göstergesidir.

Cepten yapılan toplam sağlık harcamalarına bakıldığında çalışmada yer alan OECD ülkeleri içerisinde Refah Yönelimli/Sigorta (Bismarck) tipi sağlık sistemine sahip Almanya, 2019 yılı verilerine kişi başına cepten yapılan sağlık harcamalarında 1149,75 dolar ile ilk sırada bulunmaktadır. Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil (Beveridge) tipi sağlık sistemine sahip olan Norveç, 2019 yılında 949,97 dolar cepten yapılan sağlık harcaması oranı ile ikinci sırada yer almaktadır. 2019 yılı OECD verilerine göre Türkiye'de ise kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması tutarı 214,2 dolar, Afganistan ise 76,2 dolar cepten sağlık harcaması yapmaktadır. Bu oranlar incelendiğinde; Afganistan, OECD ülkeleri ve Türkiye'ye göre daha düşük cepten sağlık harcamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Afganistan'da ekonomik imkanlarının yetersiz olmasından dolayı cepten sağlık harcaması yapılmaktadır. Nitekim Afganistan'ın hem GSYİH oranları hem de sağlığa ayrılan pay açısından OECD ülkeleri ile kıyaslanamayacak kadar düşük seviyede bir yapıya sahiptir. Afganistan'daki büyük

kentlerde faaliyette bulunan özel hastanelerde tedavi ve teşhis işlemleri ücret karşılığında verilmektedir. Kısaç (2019) tarafından yapılan araştırmada ise 2003 ve 2017 yıllarında 1000 kişiye düşen hemşire sayısı, doktor sayısı, bebek yaşama oranı, kişi başına yapılan sağlık harcaması ve kişi başına yapılan GSYH değişkenleri açısından Türkiye, Meksika ve İsrail’le OECD ülkeleri içinde de yerleri bakımından benzer durumda olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmada yer alan OECD ülkeleri, Türkiye ve Afganistan’a ait 1000 kişiye düşen hekim ve hemşire sayılarına bakıldığında; 2018 yılı Almanya’da her 1000 kişi başına 4,3 doktor, Türkiye’de 1,98 doktor ve Afganistan’da 0,35 doktor düşmektedir. Bu oran İngiltere’de 2,95, İtalya’da 4,02 ve Norveç’te 4,93 tür. Afganistan’ın nüfusunun da etkisiyle her bin kişi başına 2,89 doktor düşmesi, Türkiye’den daha iyi konumda olduğu ve OECD üyesi ülkelere göre daha düşük seviyede bulunduğu söylenebilir. Ancak hekim sayısındaki bu oran, sağlık konusunda Türkiye’den daha iyi konumda olduğunu göstermez. Çünkü yetersiz alt yapısı, eğitim düzeyi ve teknolojisi bakımından Türkiye ile kıyaslanamayacak düzeydedir. Hemşire sayılarına bakıldığında ise, çalışmadaki 2018 yılı verilerine göre OECD ülkeleri içerisinde 16,1 oran ile Norveç ilk sırada yer alırken, Finlandiya 13,6 oran ile ikinci sırada yer almaktadır. Bu oran Afganistan’da 0,52, Türkiye’de ise 2,1’dir.

Çalışmada yer alan OECD ülkeleri içerisinde, 2019 yılında 1000 kişiye düşen hastane yatak sayısı 8,0 oranı ile Almanya ilk sırada yer almaktadır. Almanya’yı 5,91 yatak oranıyla Fransa takip etmektedir. Afganistan’da ise kişi başına 0,5, Türkiye’de 2,85 yatak düşmektedir. Afganistan’ın 1000 kişiye düşen yatak oranlarına bakıldığında, sağlık alt yapısının yetersiz olduğu görülmektedir. Afganistan, Almanya ile karşılaştırıldığında Almanya’nın 16’da biri düzeyinde yatak düşmektedir. Ülkedeki hastanelerin sayısı azdır ve nitelik bakımından yetersizdir. Hatta ülke genelinde kullanılan ilaçların büyük bir kısmı yurtdışından yasadışı yollarla temin edilmektedir. Bu parametreler değerlendirildiğinde bir ülkedeki bin kişi başına düşen yatak sayısı; bireylerin bunlardan faydalanma durumu, ülkenin kalkınmışlık düzeyi, finansman türü ve politikaları ile doğrudan ilgilidir. Sayılı ve arkadaşlarının 2017 yılında gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, Türkiye’de on bin kişiye düşen hekim, ebe, hemşire ve hastane yatak sayısının OECD’ye üye ülkelerin ortalamasının altında kaldığını ifade etmektedir (Sayılı ve vd., 2017).

Çalışmada yer alan OECD ülkeleri içerisinde Almanya, 7,5 gün hastanede kalış

süresi ortalaması ile ilk sırada yer almaktadır. Almanya'yı 7 gün ortalama ile İtalya takip etmektedir. Hastanede kalış süresi Türkiye'de 4,1 gün, Afganistan'da ise 2 gündür. Afganistan'daki hastanelerde ortalama kalış süresinin düşük olması, hastane sayısındaki yetersizlik ve yeni hasta yatırarak hasta sirkülasyonunun sağlanmaya çalışılması gösterilmektedir.

Çalışmada yer alan OECD üyesi ülkelerinin, Türkiye'nin ve Afganistan'ın doğu'da beklenen yaşam sürelerine bakıldığında erkeklerde en fazla doğu'da beklenen yaşam süresi 81,2 ortalama ile İtalya iken, en az yaşam süresi 63,2 yaş ile Afganistan'dır. Afganistan'da 2004 yılında yapılmış olan bir araştırmada ülkede ortalama yaşam süresinin 42 yıl olduğu saptanmıştır. Kadınlara ait doğu'da beklenen yaşam süresinde, 84,5 ortalama ile Norveç ilk sıradayken, 66,1 yaşla Afganistan yine son sırada yer almaktadır. Burada gelişmiş ülkelerdeki ekonomik ve sosyal koşulların, insan yaşamı üzerinde pozitif etkisinin olduğunu göstermiştir. Türkiye ise diğer ülkelere göre, erkeklerde daha az doğu'da beklenen yaşam süresine (75,6) sahiptir. Kadınlarda doğu'da beklenen yaşam süresine bakıldığında; Almanya (83,3), İngiltere (83,1) ve Amerika Birleşik Devletleri (81,2) gibi OECD ülkeleri de Türkiye ile benzer oranlar göstermektedir. Bir başka çalışmada ortalama yaşam süresinin 62 yaş olduğu ve çocukların yalnızca %10'unun beş yaşından önce yaşamını kaybettiği ifade edilmektedir (Khan, 2012: 6). Yavuz (2011)'un yapmış olduğu çalışmada, Türkiye'de 65 yaşında doğu'da beklenen yaşam süresinin sürekli bir artış gösterdiğini, erkek ve kadınlardaki oranların OECD ortalamalarından farklı olduğunu bulmuştur (Yavuz, 2011).

100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızı oranlarında, 2017 yılı itibariyle Norveç'te 1, Amerika Birleşik Devletlerinde 720, Belçika'da 6 anne ölümü yaşanmıştır. Türkiye'de 220, Afganistan'da ise 7700 anne ölümü meydana gelmiştir. OECD ülkeleri genel ortalaması ise 2800 dolaylarındadır. Türkiye'de bebek ölüm hızı son 35 yıldır önemli oranda düşmüş, hem OECD ortalaması oranına yaklaşmıştır. Robinson ve arkadaşlarının araştırmalarında, 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayılarının fazla olduğu ülkelerde anne ölüm hızının azaldığını ve aralarında ilişki bulunduğunu belirtmişlerdir (Robinson ve vd., 2001). Khan (2012) "Afganistan'da anne ölüm oranlarının çok yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Kadınların ortalama 6-7 çocuğa sahip olduğunu bu durumun sağlık risklerini beraberinde getirdiğini belirtmiştir. Ayrıca coğrafi yapıdan kaynaklanan sorunların bulunduğunu, kadınların

birtakım sebeplerden dolayı sağlık tesislerine erişemediklerini ifade etmiştir.” (Khan, 2012: 6).

Afganistan, komşu ülkelerine göre daha fazla genç nüfusa sahip olmasına rağmen kadınların okuryazarlık ve istihdam oranları düşüktür. Afganistan’da sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikle ilgili çalışmalar yapılmasına rağmen, anne ölüm oranlarındaki göstergeler çok fazladır. Afganistan toplam doğurganlık sayısı ve anne ölüm oranı ile karşılaştırma yapılan ülkeler içinde en yüksek orana sahiptir. 100.000 canlı doğumda olduğu 1.600 kadının yaşamını yitirdiği saptanmıştır (Khan, 2012: 6). Afganistan’da anne ölüm sebeplerinin ilk ikisi, aşırı kanama ve enfeksiyon olarak bildirilmiştir Afganistan’da anne ölümlerinin önemli bir sebebi de evde doğum yapmaktır. Afganistan’daki doğumların % 62,3’ü evde ve %37,6’sı hastanede gerçekleşmektedir. Ekonomik durum, eğitim durumu, yaş, doğum sayısı, sağlık kurumlarının mesafesi vb. gibi pek çok nedenden dolayı evde doğum yapılmaktadır. Diğer taraftan ülkede yeni yolların inşa edilmesi, uluslararası destekle yapılmış hastanelere ve kliniklere ulaşımı oldukça kolay bir hale getirmiştir. Afgan yönetimi, kadınların sağlık hizmetlerinden faydalanmasını öncelikli amaçlarından biri haline getirmiştir (OECD, 2019; Yavuz, 2011).

1000 canlı doğum başına düşen bebek ölüm sayılarına bakıldığında bu oranın, gelişmiş ülkelere göre gelişmemiş ülkelere doğru artmakta olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmada her 1000 canlı doğumda Finlandiya’da 2,1 bebek ölümü yaşanırken, İtalya’da 2,8, Belçika’da 3,8, Türkiye’de 9,2 ve Afganistan’da 46,5 olduğu saptanmıştır. Kötü sağlık koşulları, alt yapı eksikliği, içme suyu yetersizliği, uzun süren iç çatışmalar ve savaşlar Afganistan’daki bebek ölüm sayılarını arttırmıştır. Bu durum hem sağlık hem de eğitim alanında yetersizliklerin yaşanmasına neden olmuştur. Böylece anne ve babalar gerekli sağlık bilgilerine ulaşamamış, kötü koşullar altında bebeklerini yetiştirmişlerdir.

Köksal ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği araştırmada, 1960’dan 2013’e kadar Türkiye’deki temel sağlık göstergelerinde meydana gelen değişimi incelemişlerdir. Bu çalışmada, Türkiye’de bebek ölüm hızı 1960’lı yıllarda binde 162’den 2013 yılında binde 16 seviyesine kadar azaldığı, 5 yaş altı ölüm hızında ise bu rakamın binde 218’den binde 19,2 düzeyine düştüğü bulunmuştur (Köksal ve vd., 2016). Robinson ve arkadaşlarının araştırmasında 5 yaş altı ölüm hızı olan ülkelerde doktor ve hemşire sayılarının yetersizliğini göstermiştir (Robinson ve vd., 2000).

Kısaç (2019) tarafından yapılan çalışmada, Türkiye'nin ABD ile farklı sonuçlar gösterdiğini ve kişi başına düşen sağlık harcaması, bebek yaşama oranı, toplam sağlık harcaması içindeki kamu harcamasının oranı (ppp), bin (1000) kişiye düşen yatak sayısı, bin (1000) kişiye düşen hemşire sayısı, bin (1000) kişiye düşen doktor sayısı, erkeklerde ve kadınlarda 65 yaş üstü yaşam beklentisi değişkenlerinde, OECD ülkeleri içindeki sıralamanın farklı olduğunu" ifade etmektedir (Kısaç, 2019).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye, Afganistan ve bazı OECD ülkelerinin (Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İtalya, Meksika, Norveç, Yeni Zelanda ve İngiltere) sağlık verilerinin karşılaştırılmasının amaçlandığı çalışmada 2002 ve 2019 yılları arasındaki sağlık harcamaları, personel sayıları, hastane yatak kullanım kapasiteleri ve sağlık göstergelerinin karşılaştırılması yapılmıştır.

Çalışmada, yapılan literatür taraması ve elde edilen bulgular neticesinde birtakım sonuçlara ulaşılmıştır.

6.1. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcaması Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar (2000-2020)

1. Afganistan, hem Türkiye hem de OECD ve Avrupa Birliği ülkelerine göre düşük seviyede kişi başına düşen GSYİH oranına sahip olduğu tespit edilmiştir.
2. Sağlığa en fazla harcama yapan ülkenin Amerika Birleşik Devletleri olduğu, Afganistan'da bu oranın çok düşük düzeyde seyrettiği görülmüştür. Afganistan yoksulluk, uzun süren savaşlar vb. nedenlerden dolayı Türkiye'nin üç katına varan bir oranda sağlık harcamasına pay ayırmaktadır. Ülkede GSYİH ve ekonomik imkânlar yeterli düzeyde olmadığından kişi başı sağlık harcaması hem Türkiye hem de çalışmada yer alan OECD ülkelerine göre düşük oranda olduğu tespit edilmiştir.
3. Çalışmada yer alan OECD ülkeleri içerisinde Refah Yönelimli/Sigorta (Bismarck) tipi sağlık sistemine sahip Almanya'nın, kişi başına cepten yapılan sağlık harcamalarında ilk sırada yer aldığı bulunmuştur. Afganistan'ın, OECD ülkeleri ve Türkiye'ye göre daha düşük cepten sağlık harcama oranına sahip olduğu bulunmuştur. Ancak hem Türkiye hem de çalışma için seçilen OECD ülkelerine göre daha yüksek oranda harcama yaptığı tespit edilmiştir. Afganistan'ın hem GSYİH oranları hem de sağlığa ayırdığı pay açısından OECD ülkeleri ile kıyaslanamayacak kadar düşük seviyede bir yapıya sahip olduğu, sağlık harcamalarının çoğunluğunun halk tarafından cepten ödeme ile karşılandığı tespit edilmiştir.

6.2. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Hekim ve Hemşire Sayılarının Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar (2002-2019)

1. Çalışmada yer alan OECD ülkeleri içerisinde, 1000 kişiye düşen hekim sayılarında Almanya'nın ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir.
2. 1000 kişiye düşen hekim sayılarında Afganistanın Türkiyeden daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak Afganistan'ın hekim sayısındaki bu oranı, sağlık konusunda Türkiye'den daha iyi konumda olduğunu göstermediği, yetersiz alt yapısı, eğitim düzeyi ve teknolojisi bakımından Türkiye'den geri düzeyde olduğu söylenebilir.
3. 1000 kişiye düşen hemşire sayılarında ise OECD ülkeleri içerisinde Norveç'in ilk sırada olduğu, bu oranın Afganistan'da OECD ortalamasından düşük Türkiye ortalamasından düşük olduğu belirlenmiştir.

6.3. OECD Üyesi Ülkeler, Türkiye ve Afganistan'ın Hastane Yatak Kullanımı Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar (2002-2019)

1. Çalışmada yer alan OECD ülkeleri içerisinde, 1000 kişiye düşen hastane yatak sayısı oranında Almanya ilk sırada yer almaktadır.
2. Afganistan'ın 1000 kişiye düşen hastane yatak sayısı oranı, Türkiye ve OECD ortalamasından oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum Afganistan'ın sağlık alt yapısının yetersiz olduğu, ülkedeki hastanelerin sayısının az ve nitelik bakımından yetersiz olduğu şeklinde açıklanmaktadır. Ayrıca ülke genelinde kullanılan ilaçların büyük bir kısmı yurtdışından yasadışı yollarla temin edilmektedir. Bu parametreler değerlendirildiğinde bir ülkedeki bin kişi başına düşen yatak sayısı; bireylerin bunlardan faydalanma durumu, ülkenin kalkınmışlık düzeyi, finansman türü ve politikaları ile doğrudan ilgilidir.
3. Çalışmada yer alan OECD ülkeleri içerisinde Almanya, hastanede kalış süresi ortalaması ile ilk sırada yer almaktadır. Afganistan'ın hastanede kalış süresi ortalamasının Türkiye'den ve OECD ortalamasından düşük olduğu belirlenmiştir. Afganistan'daki hastanelerde ortalama kalış süresinin düşük olmasında hastane sayısındaki yetersizlik ve yeni hasta yatırarak hasta sirkülasyonunun sağlanmaya çalışılması yatmaktadır.

6.4. OECD Üyesi Ülkeler Türkiye ve Afganistan'ın Sağlık Sonuç Göstergelerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar (2002-2019)

1. Çalışmada yer alan OECD üyesi ülkelerinden, doğuşta beklenen yaşam sürelerine göre erkeklerde en fazla doğuşta beklenen yaşam süresinin İtalya'da, en az yaşam süresinin Afganistan'da olduğu tespit edilmiştir. Kadınlara ait doğuştan beklenen yaşam süresinde, Norveç ilk sıradayken, Afganistan son sırada yer almaktadır. Bu durum gelişmiş ülkelerdeki ekonomik ve sosyal koşulların, insan yaşamı üzerinde pozitif etkisinin olduğunu göstermiştir.
2. 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızının karşılaştırılmasında Türkiye'nin OECD ortalamasının 1/10 düzeyinde olduğu, Afganistan'ın ise OECD ortalamasının 3 katı oranla dünyada en fazla 100,000 canlı doğum başına düşen anne ölüm hızına sahip olduğu tespit edilmiştir.
3. Gelişmiş ülkelere göre gelişmemiş ülkelere doğru bebek ölüm oranının artmakta olduğu belirlenmiştir. Kötü sağlık koşulları, alt yapı eksikliği, içme suyu yetersizliği, uzun süren iç çatışmalar ve savaşlar Afganistan'daki bebek ölüm sayılarını arttırmıştır.

6.5. ÖNERİLER

Çalışmanın sonunda yola çıkılacak Afganistan sağlık sisteminin iyileştirilmesi yapmak için aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

1. Afganistan'da ekonomik yatırımların artırılması önerilir. Artan yatırımlarla birlikte GSYİH'da meydana gelecek artışla birlikte sağlığa ayrılan payın da artırılması önerilir.
2. Afganistan'da cepten yapılan sağlık harcama miktarları azaltılmalı, sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar kamu ve sosyal güvenlik sigortaları ile karşılanması önerilir.
3. Genel sağlık sigorta sistemi geliştirilmesi önerilir.
4. Sağlık sektöründeki finansman ve maliyetlerin sürekli kontrol etmek, finans denetim sistemi geliştirilmesi önerilir.
5. Nüfusun gelir düzeyini geliştirmek için devlet tarafından işsizliği azaltmaya yönelik politika uygulaması önerilir.
6. Elde yapılan ilaçların kullanımını yerine tıbbi ilaç kullanımına öncelik verilmesi önerilir.
7. Anne ve bebek ölüm azaltmak için doğumlar evde değil, sağlık kuruluşlarında

gerçekleştirilmesi önerilir.

8. Üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve kullanılabilirliğini destekleyerek anne ve çocuk ölümlerini etkileyen faktörleri azaltmak. Anne ve çocuk ölümlerini ve kötü beslenmenin doğru bir şekilde azaltılmanın sağlanması önerilir.
9. Ülke nüfusunun erişebileceği ilçe hastanelerine gerekli hizmetleri sağlamak için dijital röntgen cihazları, elastik teleskoplar, acil durum aracı, neonatal, cerrahi ekipmanlar tedarik etmesi önerilir,
10. Sağlık ocağı, sağlık evi, sağlık merkezi gibi birinci basamakta sağlık hizmeti veren merkezlerde yaşlı nüfusa yönelik eğitim programları uygulanması önerilir.
11. Genel ilçe hastanelerinin kapasitesini arttırmak, yenidoğan bakımı ve hizmet birimlerini düzenlemek ve bütçeye ilgili finansmanı dahil etmesi önerilir.
12. Hamile kadınların doğum süresindeki kontrolü arttırmak için birinci basamak hastaneler, sağlık ocağı, sağlık evi ve sağlık merkezlerindeki hamilelere özen göstermesi önerilir.
13. Halkın eğitim düzeyinin yükseltilmesi önerilir.
14. Sağlıkta çalışanlarının yurt içi ve yurtdışı eğitim programına katılması için destek sağlanması önerilir.
15. 1000 kişi başına düşen hekim, hemşire ve ebe sayısını arttırmak için tıp fakültesi ve hastaneler arasındaki ilişkiyi iyileştirmesi. Gelecekteki riskleri önlemek için yeni tıp mezun olanlara yönelik programlar uygulanması önerilir.
16. Sağlık hizmetlerinin fiyatlarını yükseltmemek için Afganistan kendi teknolojisini üretebilir, bunun için devlet desteğini sağlanması önerilir.
17. Beslenme, içme suyu, aşı gibi koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi önerilir.
18. Halk Sağlığı Bakanlığı, doğum hastaneleri oluşturmalı ve anne sağlığı hizmetlerinden yararlanmayı artırmak için sağlık ocaklarındaki kadın personel sayısının artırılması önerilir.
19. Acil servis hizmetlerine ulaşım imkanları (uçak ve araba) uygulamalarının artırılması önerilir.
20. Sağlık sektörünün sosyal refahı iyileştirmesi, sağlık çalışanlarının iş yükü hesaplanması, personel teşvik sistemi oluşturulması ve çalışma ortamının mutluluğunun artırılması önerilir.

21. Sağlık Bakanlığı tarafından 5-10 yılı kapsayan stratejik planlamayı geliştirmesi önerilir.
22. Sağlık hizmetlerinin kalitesini, hizmet kapsamını, hizmet standartlarını, erişilebilirliği hastane ve hasta arasındaki üçlü işbirliğini geliştirmek için net bir bilgi sisteminin oluşturulması önerilir.
23. Sağlık sistemi yönetimi ve hizmetini tüm düzeylerine uygun entegre bir bilgi sistemi kurulması önerilir.



KAYNAKLAR

- ABD Sağlık Bakanlığı (2020). *Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü*, May15, 2020 www.hhs.gov/about/index.html adresinden alındı.
- Acar, O. (2018). *Sağlıkta dönüşüm programı sonrası sağlık bakanlığı teşkilat yapısı*; Isparta ili üzerinden nitel bir analiz, *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(3)702, Isparta.
- Acar, Y. (2020). Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Ve Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi Arasındaki İlişki, Türkiye Örneği. *Business & Management Studies, An International Journal*, 8(1), 624-639.
- Akdağ, R., & Koç, Y. (2012). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*, herkes için sağlık. TC Sağlık Bakanlığı. Aralık 2012, Ankara.
- AMICS (2011). *Afghanistan Multiple indicator Cluster Survey 2010-2011*. Central Statistic Organization (CSO) and UNICEF Final Report Kabul Afghanistan. Ocak 2013, pdf
- Ataç, Ö. & Sur, H. (2018). Sağlık sistemleri (3): Meksika. sağlık düşüncesi ve tıp kültürü dergisi, 72-75. Apr 12, 2020.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi*. TC. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara. elektronik kitap.
- Ay, S. (2017). *Türkiye'de Bireylerin Gelir Durumuna Uygun Sağlık Sigortası Modeli Önerisi: Almanya Sağlık Sigortası Sistemi İle Mukayeseli Olarak*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Finans Enstitüsü, 54-105, İstanbul.
- Azimi, M. D., Najafizada, S. A. M., Khaing, I. K., & Hamajima, N. (2015). *Factors influencing non-institutional deliveries in Afghanistan: secondary analysis of the Afghanistan mortality survey 2010*. Nagoya journal of medical science, 77, 133, Nagoya.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No: 25, Ankara.
- Bakanlığı, S. (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Bakanlığı, T. S. (2020). *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, 21 Aralık, 2020. <https://hsgm.saglik.gov.tr>
- Bankaoğlu, E. (2013). *Hasta memnuniyetinin kurumsal imaj üzerindeki etkisi*. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi üzerine bir araştırma. Akdeniz Üniversitesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı, 34, Antalya.
- Bankası, D. (2020). *The World Bank In Afghanistan*. 12,01,2021, www.worldbank.org, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.IMRT?locations=AF> adresinden alındı
- Baykara, S. (2014). *Oecd Ülkelerinde İç Denetim. Denetim*, dergipark, 14, 42-58. <https://dergipark.org.tr/en/pub/denetisim/issue/22467/240303>.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü*. *International Journal of Business Management and Economic Research*, 3(1), 404, Aralık 2012 İstanbul.
- Bilal, A. (2018). Health and Status of Health. *Health Sciences Research in the Globalizing World*, 722-750.
- Bloand, P., Simone, P., Burkholder, B., Slutsker, L., & De Cock, K. (2012). *The role of public health institutions in global health system strengthening efforts: the US CDC's perspective*. *PLoS Medicine*, 9(4).
- Böhm K., Schmid A., Götze R., Landwehr C., & Rothgang H. (2013) *Five types of OECD health care systems*, empirical results of a deductive classification. *Health Policy*,

113(3), 258-269, 2013.

- Burazeri, G., & Kragelj, L. Z. (2017). *Health: Systems–Lifestyle–Policies; Forum for Public Health in Southeastern Europe* Vol I. South Eastern European Journal of Public Health, 2nd edition, Zagreb, 25 September, 2017, Germany.
- Buse, K., Aftab, W., Akhter, S., Phuong, L. B., Chemli, H., Dahal, M., ... & Hawkes, S. (2020). *The state of diet-related NCD policies in Afghanistan, Bangladesh, Nepal, Pakistan, Tunisia and Vietnam. a comparative assessment that introduces a 'policy cube' approach.* Health policy and planning, 35(5), 503-521.
- Busse, R., & Blümel, M. (2014). *Germany: health system review.* Health Systems in Transition (Vol. 16). World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris>
- Blaakman, A., & Lwin, A. (2013). *Afghanistan Basic Package of Health Services Study. Cost-Efficiency, Quality, Equity and Stakeholder Insights into Contracting Modalities, The Health Policy Project, 7,30,2013.pdf.*
- Bloland, P., Simone, P., Burkholder, B., Slutsker, L., & De Cock, K. (2012). *The role of public health institutions in global health system strengthening efforts: the US CDC's perspective.* PLoSMedicine, 9(4), April 3, 2012.
- Castro, R. (2014). *Health Care Delivery System: Mexico.* The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society, Wiley Online Library, , 836-842.
- Chua, K. P. (2006). *Overview of the US health care system.* Sterling, Virginia: American Medical Student Association, February 10, 2006.
- Cylus, Jonathan, Erica Richardson, Lisa Findley, Marcus Longley, Ciaran O'Neill, David Steel, and World Health Organization. (2015) *United Kingdom: health system review.* WHO Health Systems in Transition, vol. 17 (5) 22-116, 2015, pdf.
- Çakır, Ö. D. (2016). *Türkiye ve Avrupa Birliği'nde uygulanan sağlık finansman politikalarının değerlendirilmesi.* Marmara University Open Access System serves scientific and artistic products such as books, articles, theses 35730, stanbul.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). *OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması.* SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(1), 104-134, Ankara.
- Demirkıran, M., Yardan, E. D., & Yabana, B. *Türkiye Sağlık Harcamaları Trendi.* DergiPark, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl 9, Sayı 1, Haziran 2016, ss. 157-176, Çorum.
- DEİK. (2011), *Diş Ekonomik İlişkiler Kurulu. Afganistan Ülke Bülteni*, 02.11.2017 <https://muhaaz.org/bolum-1-temel-bilgi-ve-veriler.html> adresinden alındı.
- Deloitte. (2015), *Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası* . 13 Kasım 2021, Ankara, www.deloitte.com.
- Dünya Bankası (2018). *İstatistikleri Platformu*, <https://data.worldbank.org/indicator/> 2018
- Dünya Bankası (2020). *İstatistikleri Platformu*, <https://www.who.int/topics/statistics/en/>, 27Şubat 2020.
- EPHS (2013). *Islamic Republic of Afghanistan. Essential Package of Hospital Services 2013* Ministry of Public Health Kabul Afghanistan, Pdf.
- Erginöz, E., & Erdoğan, M. (2019). *Dünyada Ve Türkiye'de Sağlık Sistemleri.* İstanbul Üniversitesi Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, Açık Öğretim Lisans Tamamlama Programı Sağlık Yönetimi, İstanbul.
- Ergun, A. D. (2010). *Türkiye'de neoliberal politikalar doğrultusunda sağlıkta dönüşüm: Isparta-Burdur örnekleri*, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler

Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

- Ersöz, F. (2008). *Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi*. DergiPark, İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya, 1(2), 95-104.
- Fişek, G. (2014). *Meslek hastalıkları ve meslek hastalıklarından korunma yöntemleri*. 02 Temmuz 2016, Erişim adresi: <http://www.isguvenligi.net/meslek-hastaliklari-ve-meslek-hastaliklarindan-korunma-yontemleri>.
- Esrakalaycıoğlu. (2016). *Mesleki Sorumluluklar, Sağlık hizmetleri- yataklı sağlık kurumları ve Sağlık hizmetleri-yataksız sağlık kuruluşları*. 6 Kasım 2016, Web site: <http://essrakalaycioglu.blogspot.com>.
- Fatimie, S. A. (2005). *The Essential Package of Hospital Services for Afghanistan*. WHO MiNDbank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development and afghanistan ministry of public health, Kabul.
- Güzelsarı, S. (2012). *Sağlık sisteminde yeniden yapılanma ve kamu-özel ortaklıkları*. Amme İdaresi Dergisi, 45(3), 29-57.
- Haroon, M. (2014). *Availability And Utilization Of Some Primary Health Care Services In Adults Aged 20-60 In Bihsud District Of Nangarhar Province, Afghanistan*. Hacettepe University Institute Of Health Sciences Epidemiology Program Master Of Science Thesis, Ankara.
- Hayran, O., & Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat* (1 b.). (1, Dü.) Yüce Yayım, İstanbul.
- HMIS. (2015). *Health Management Information System (HMIS) Department _MoPH*. directory.ooyta.com: 15 Ağustos 2020, <https://directory.ooyta.com/about/health-management-information-system-hmis-department-moph.html> adresinden alındı.
- Homson, S. (2012). *International profiles of health care systems*. London: The Commonwealth Fund. <http://www.commonwealthfund.org>, London.
- Hospital strategy. (2016). *National Health Strategy 2016–2020 Sustaining Progress and Building for Tomorrow and Beyond*. Vision Of The Ministry Of Public Health, Ministry of Public Health National Health Strategy 2016-2020, Kabul.
- HTOYM (2020). *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun*. www.ttb.org.tr/mevzuat, 20 ocak 2021.
- Howard, N., Woodward, A, Patel, D., Ahmad Shaf, Nooria Atta, Egbert Sondorp, & Bayard Roberts. (2014). *Perspectives on reproductive healthcare delivered through a basic package of health services in Afghanistan: a qualitative study*. Howard et al. BMC Health Services Research, 14(9), 359.
- İngiltere Sağlık Bakanlığı. (2019). *United Kingdom Health Care System*, Department of Health The: http://www.healthworkforce.health.nsw.gov.au/amwac/amwac/pdf/UK_health_system_background_briefing.pdf adresinden alındı.
- İpekçi, F. (2017). *Finlandiya Sağlık Sistemi*, 947 Finlandiya Sağlık Sistemi Araştırma, June 25, 2017, <https://silo.tips/download/aerdal-sargutan-fnlandiya-saglik-sistem>, adresinden alındı, pdf.
- Kara, F. ve Öztürk, İ. (2021). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Benchmarking): Türkiye ve İspanya Örneği*. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 5(1), 19-26, İspanya.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*, Siyasal Kitabevi, 2 (2 b.). (2, Dü.) Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kavuncubaşı Ş., Yıldırım S. (2012) *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 5B, Siyasal

Kıtabevi, 34. 2012.

- Kaplan, M. (2016). *Kültürel Bir İnşa Süreci olarak Sağlık: Kavramsal ve Tarihsel Bir Bakış*. DergiPark, Dört Öge, (10), 11-18.
- Kaya, A. (2011). *Türkiye ile bazı OECD ülkelerinde sağlık sistemleri ve karşılaştırması*. Marmara University Open Access System serves scientific and artistic products such as books, articles, papers, theses, İstanbul.
- Kaya, S., Yıldırım , H. H., Aydan, S., & Özer, Ö. (2013). *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013*. Pozitif Matbaa, Hacettepe Üniversitesi Akademik Veri Yönetim Sistemi <https://avesis.hacettepe.edu.tr/> adresinden alındı, Ankara.
- Kesgin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). *Sağlığın Tanımı, Dünya Sağlık Örgütü*. İKÜ Dergiler, İstanbul Kültür University Science and Engineering, 4(3), 47-49, İstanbul.
- Kirilmaz, H., Amarat , M., & Ünal, Ö. (2017). *Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi*. DergiPark, Strategic Public Management Journal, 3(6), 78-104, Sakarya.
- Koç, M. (2018). *Strateji Düşünce ve Analiz Merkezi, Afganistan'daki İslâmî Hareketler*. 12.03.2018, İstanbul, sdam.org.tr: http://sdam.org.tr/haber/153-afganistandaki-islami-hareketler/# adresinden alındı
- Koçak, E. (2014). *OECD ülkelerinin sağlık sistemlerine ilişkin etkinlik analizleri*. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tez, Ankara.
- Korucu , K. S., & Oksay, A. (2018). *Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi*. Katkı Payları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(32), 265-313, Isparta.
- Lkhagvaa, U. (2019). *OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması*. samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, MS thesis, Samsun.
- Mamur, I. Y. (2016). *Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm*. Journal Of International Social Research, 9(46), 731-748.
- Measureevaluation. (2019). *Health Information systems strengthening Resource center, Afghanistan*. HIS Indicators, 18 Aralık 2020, www.measureevaluation.org.
- Medicaid. (2020). *ABD Medicaid State Plan Amendments, 12,2,2021*, An official website of the United States government, <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html> adresinden alındı, 2021.
- Medicare. (2020). *ABD Medicare*, A federal government website managed and paid for by the U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, Official websites use .gov ABD Medicare Programı Sitesi: <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers> adresinden alındı, 15 Şubat 2021.
- Mossialos, E. (2016). *International Profiles Of Health Care Systems*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. London: Martin Wenzl, Robin Osborn, and Dana Sarnak. 2015 international profiles of health care systems. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016.
- MoPH. (2010) *Afghan Public Health Institute, Ministry of Public Health (APHI/MoPH, Central Statistics Organization, ICF Macro et al. Afghanistan Mortality Survey 2010*. Calverton, Maryland, USA: APHI/MoPH, CSO, ICF Macro, IIMHR and WHO/EMRO, 2014.
- MoPH. (2020) *Afghan Ministry of Public Health, History and formation of the Ministry and health date*, 19,08,2020, <https://moph.gov.af/dr>, 2020.
- Müdürlüğü, T., & Sağlık, B. (2001). *sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*.

Bölüm Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri Madde, 5.

- Nazari, A. (2019). *Afganistan Kabil'deki Devlet Eğitim Ve Araştırma Hastanelerinde Verilen Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Ve Memnuniyetinin Çalışanlar Ve Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.
- Newbrander, W., Ickx, P., Feroz, F., & Stanekzai, H. (2014). *Afghanistan's basic package of health services: its development and effects on rebuilding the health system*. *Global public health*, 9, S6-S28.
- NSIA. (2020). *National Statistics and Information Authority (NSIA)*. 29 Eylül 2020, nsia.gov.af: <https://nsia.gov.af/services> adresinden alındı.
- Öcel, Y. (2016). *Algılanan doktor imajı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma*. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(14), 14, Bartın.
- OECD. (2019). *Health at a Glance: OECD Indicators*, 03 Temmuz 2020.
- OECD Statistics. (2020). *OECD Statistics*. Şubat 22, 2020 tarihinde <https://stats.oecd.org/#> adresinden alındı, Şubat 22, 2020.
- OECD . (2020). *OECD Health Statistics 2020*. OECD.org https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT adresinden alındı
- OECD, O. (2008) *Organization for Economic Co-operation and Development. Sağlık sistemi incelemeleri: Türkiye*. OECD ve Dünya Bankası Yayınları, 2008; 1-32.
- Sağlık Bakanlığı (2015). *Sağlık Bakanlığının Tarihçesi*. T.C Sağlık Bakanlığının web site: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> adresinden alındı.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2019). *Organisation Of Islamic Cooperation, Oic Health Report, OIC Health Report, 2019*: <https://www.sesric.org/publications-health.php> adresinden alındı, pdf.
- Salehi, A. (2013). *Afghanistan Basic Package of Health Services (BPHS) Study: Cost-Efficiency, Quality, Equity and Stakeholder Insights into Contracting Modalities*. Health Policy Project, U.S. Agency for International Development., 1-30. ephs afghanistan pdf adresinden alındı.
- Sargutan, A. (2005). *Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 400-428. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/7558/99351> adresinden alındı
- Sargutan, E. (2010). *84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, İstanbul.
- Sena, K. (2019). *Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemi İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması: Türkiye- Almanya Örneği*. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.
- Şener, M., & Yiğit, V. (2017). *Sağlık Sistemlerinin Teknik Verimliliği: OECD Ülkeleri Üzerinde Bir Araştırma*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 266-290.
- Seyahat, S. (2020). *T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü*. Seyahat, Sağlığı web site : <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/site/SaglikBilgisi/AF> adresinden alındı.
- Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık-sağlık hizmetleri ve Türk sağlık sistem; Sağlık Kurumları Yönetimi*. Sağlık Kurumları Yönetimi-1 Derleyen: Mehtap Tatar, Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 1599, 2-26, Eskişehir.

- Sözen, C., & Özdevecioğlu, M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Nobel Yayın Dağıtım, Ankar.
- Taban, S. (2004). *Türkiye’de sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisi: Nedensellik testi*. 3. Ulusal Bilgi Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildiriler Kitabı, 3-12.
- Tapan, B. (2008). *Genel sağlık sigortası'nın sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortası'nın gerekliliği*. T.C. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Tengilimoğlu, D.(2014). *Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları ve özellikleri*. Baskı 3 Ankara. Siyasal akademik yayıncılık eğitim danışmanlık, Ankara.
- Tengilimoğlu, D., Işık, o., & Akbolat, M. (2017). *sağlık işletmeleri yönetimi* (Cilt 19). (8, Dü.) türkiye: nobel akadem yayıncılık eğitim danışmanlık, Ankara.
- TSHP (2010) *Islamic Republic of Afghanistan, Ministry of Public Health Basic Package of Health Services for Afghanistan*. Erişim: 17.03.2019, Pdf. <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.cso.gov.afghanistan>
- The World Bank. (2019). *Dünya Bankası Verileri*, Şubat 16, 2020 tarihinde <https://data.worldbank.org/indicator/?tab=all> adresinden alındı, Şubat 16, 2020.
- Tıraş, H. H., & Hüseyin, A. Ğ. I. R. (2018). *Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Panel nedensellik analizi*. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 17(4), 1558-1573, Gaziantep.
- Tunca, D. (2014). *Türkiyede Sağlık Harcamaları ve Finansmanı*. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 23, Ankara.
- üzelsarı, S. (2012). *Sağlık sisteminde yeniden yapılanma ve kamu-özel ortaklıkları*. Amme İdaresi Dergisi, 45(3), 29-57.
- Vikipedi-Türkiye. (2020), *Türkiye Vikipedi, özgür ansiklopedi*: <https://tr.m.wikipedia.org>, adresinden alındı. 21 Aralık 2020.
- Vuorenkoski, L., Keskimäki, I., Syrjä, V., & Tynkkynen, L.-K. (2019). *Finland: health system review*. UN: Health Systems in Transition, vol. 21 (2) who 2020.
- Wammes, J. (2020). *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund Affordable i quality health care. everyone.
- World Health Organization. (2016). *Afghanistan health profile 2015* (No. WHO-EM/HST/218/E). World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- WHO. (2020). *Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Verileri*, Şubat 22, 2020 tarihinde <https://www.who.int/data/gho> adresinden alındı, Şubat 2020.
- WHO. (2018). *World Health Organization country cooperation strategy at a glance: Afghanistan* (No. WHO/CCU/18.02/Afghanistan). World Health Organization.
- WHO. (2015). *Afghanistan health profile 2015*. No. WHO-EM/HST/218/E. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2016.
- WHO. (2019). *World Health Organization iris*: <https://apps.who.int/iris> adresinden alındı
- WHO. (2020), The Global Health Observatory, Explore a world of health data, Afghanistan. <https://www.who.int/data/gho/data/countries/country>
- WHO. (2021). *World Health Data Platform/WHO data collections* World Health, The Global Health Observatory, Explore a world of health data, 02,10,2021: <https://www.who.int/data/gho/data/countries/countrydetails/GHO/norway>
- Wikipedia. (2020). *wikipedia, Afghanistan. Wikipedia the free encyclopedia*, 28, Nisan, 2020:

<https://en.wikipedia.org/wiki/Afghanistan> adresinden alındı

William , N., Stanekzai, H., & Feroz, F. (2013). *Afghanistan's Basic Package of Health Services: Its development and effects on rebuilding the health system*. Global public health, 9(1), 6-28.

World Bank. (2020). *The World Bank* : <https://data.worldbank.org/indicator> adresinden alındı

Yağmuroğlu, B. (2018). *Tüketicilerin sağlık kurumlarının imajına yönelik algulamaları-Aydın ilinde bir uygulama*. Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adnan.

Yasin, A. C. A. R. (2020). *Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Ve Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği*. Business & Management Studies: An International Journal, 8(1), 624-639.

Yazihan, N., & Yılmaz, H. H. (2014). *Sağlık Uygulama Tebliği Fiyatları Hesaplaması*. Ankara Üniversitesi hastanelerinde sağlık uygulama tebliği fiyatları hesaplaması, Ankara Üniversitesi Yayınları No: 405.

Yerebakan, M. (2000). *Özel hastaneler araştırması: Mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri*. İstanbul Ticaret Odası. NO : 2000-26, İstanbul.

Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye (2 b.)*. Amaj Yayıncılık, Ankara.

Zengin, N. (2010). *Sağlık Hakkı Ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu*. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(1), 44-52. <https://dergipark.org.tr/en/pub/spkd/issue/29282/313485> adresinden alındı