



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN  
VERİMLİLİĞİNİN İNCELENMESİ**

AYŞENUR ŞAHİN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. ESRA ÇİĞDEM CEZLAN

İSTANBUL-2023

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()  
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi  
Tez Sahibi : Ayşenur ŞAHİN  
Tez Başlığı : OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verimliliğinin  
İncelenmesi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 31.07.2023

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Doç. Dr. Esra Çiğdem CEZLAN

### Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

### İmza

### Sınav Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim

Kurulu'nun 11/7/2023 tarih ve 11/7/2023 sayılı kararı ile  
şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Rektörü

## **ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını kabul ve beyan ederim.

**Ayşenur ŞAHİN**

## İTHAF

Bu tezi, her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen sevgili aileme ve eşime ithaf ediyorum.



## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin ve tez çalışmalarım boyunca değerli bilgilerini ve tecrübelerini benden esirgemeyen, her zaman desteğiyle yol gösterici olan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Esra Çiğdem CEZLAN 'a, bilgi ve tecrübelerini paylaşan bölüm başkanımız Sayın Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU'ya sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Lisans eğitimimden itibaren bugünlere ulaşmamızda büyük emekleri olan İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimindeki tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmalarım boyunca maddi ve manevi her zaman yanımda olan, sevgisini ve desteğini her daim hissettiğim değerli eşim Emre ŞAHİN'e, sevgili arkadaşım Şeyma TEKİN'e, sadece bu çalışma sürecinde değil tüm hayatım boyunca beni cesaretlendiren, fedakârlık yapan ve moral veren aileme özellikle de haklarını asla ödeyemeyeceğim sevgili anneme ve babama teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU .....	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI .....	ii
İTHAF .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4.GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Sağlık Kavramı .....	5
4.2. Sağlık Hizmetleri .....	5
4.2.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri.....	6
4.2.2. Sağlık hizmetlerinin fonksiyonları ve sınıflandırılması .....	9
4.2.2.1.Koruyucu sağlık hizmetleri .....	9
4.2.2.2.Tedavi edici sağlık hizmetleri .....	10
4.2.2.3.Rehabilite edici sağlık hizmetleri.....	12
4.3.Sağlık Sisteminin Sınırları .....	12
4.4.OECD'nin Sağlık Sistemleri Sınıflandırması .....	13
4.5.Türkiye'de ve Dünyada Uygulanan Politikalar ve Sağlık Sistemlerinin İncelenmesi.....	14
4.5.1. Dünya devletlerince uygulanan sağlık sistemleri ve sağlık politikaları ...	14
4.5.1.1.Almanya .....	14
4.5.1.2.Japonya.....	15
4.5.1.3.Birleşik Krallık.....	15
4.5.1.4.Amerika.....	16
4.5.1.5.İspanya .....	17

4.5.2.Türkiye’de sağlık sisteminin tarihsel süreci ve uygulanan politikalar .. ..	19
4.6.Sağlık Sistemlerinde Verimlilik ve Etkinlik.....	24
4.6.1.Sağlık sistemlerinde verimlilik ölçümü .....	25
4.6.2.Verimlilik ölçüm yöntemleri.....	27
4.6.2.1.Rasyo analiz .....	28
4.6.2.2.Regresyon analizi .....	28
4.6.2.3.Verimlilik analizi (VZA) .....	29
<b>5.MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>30</b>
5.1.Sistemik Literatür Taraması ve Araştırma Stratejisi.....	30
5.2.İşlem Basamakları .....	31
5.3.Araştırmaların Çalışmaya Alınma Kriterleri .....	32
5.4.Verim Toplama Süreci ve Araçları .....	32
<b>6.BULGULAR .....</b>	<b>35</b>
6.1.OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verimliliğinin İncelenmesi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yıllara Göre Değerlendirme Analizleri .....	35
6.2.OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verimliliğinin İncelenmesi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yazar Sayısına Göre Değerlendirme Analizleri .....	36
6.3.OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verimliliğinin İncelenmesi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Araştırma Modeline Göre Değerlendirme Analizleri ....	37
6.4.OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verimliliğinin İncelenmesi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Odaklanılan Konuya Göre Değerlendirme Analizleri ...	37
6.5.OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verimliliğinin İncelenmesi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sonuçlarına Göre Değerlendirme Analizleri .....	40
<b>7.TARTIŞMA .....</b>	<b>59</b>
<b>8.SONUÇ.....</b>	<b>63</b>
<b>9.KAYNAKLAR .....</b>	<b>65</b>
<b>10.ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>77</b>
<b>11.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>84</b>

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devleti
<b>CCGs</b>	Klinik Komisyonlar
<b>CISNS</b>	Ulusal Koordinasyon Kurulu
<b>DRG</b>	Tanı İlişkili Gruplar (Tanıya Dayalı Ödeme Yöntemi)
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GP</b>	Genel Pratisyen
<b>GSS</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>GSYİH</b>	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
<b>HİT</b>	Health System in Transition (Geçişte Sağlık Sistemi)
<b>KHK</b>	Kanun Hükmünde Kararname
<b>KHB</b>	Kamu Hastaneleri Birliği
<b>MSSI</b>	İspanya Sağlık ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
<b>MR</b>	Manyetik Rezonans
<b>MTFV</b>	Malmquist Toplam Faktör Verimliliği Endeksi
<b>NHS</b>	Ulusal Sağlık Hizmet
<b>NICE</b>	Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü)
<b>PHI</b>	Private Health Insurance (Özel Sağlık Sigortası)
<b>SB</b>	Sağlık Bakanlığı
<b>SDP</b>	Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SGK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SHI</b>	Social Health Insurance (Sosyal Sağlık Sigortası)
<b>SSK</b>	Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>VET</b>	Performans Denetimi
<b>VZA</b>	Veri Zarflama Analizi
<b>WHO</b>	World Health Organization

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 5.4.1.</b> Örnek Oluşturulan Excel Tablosu.....	34
<b>Tablo 6.1.1.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yıllara Göre Dağılımı .....	35
<b>Tablo 6.2.1.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yazar Sayısına Göre Dağılımı .....	36
<b>Tablo 6.3.1.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Araştırma Modeline Göre Dağılımı .....	37
<b>Tablo 6.4.1.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Odaklanılan Konuya Göre Dağılımı .....	38
<b>Tablo 6.5.1.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Sistemlerinin Verimliliği ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı .....	40
<b>Tablo 6.5.2.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı .....	42
<b>Tablo 6.5.3.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bin Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı ile ilgili Sonuçlarının Dağılımı.....	43
<b>Tablo 6.5.4.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı .....	43
<b>Tablo 6.5.5.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı .....	44
<b>Tablo 6.5.6.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı .....	45
<b>Tablo 6.5.7.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Payı ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı .....	46
<b>Tablo 6.5.8.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı .....	48

<b>Tablo 6.5.9.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bebek Ölüm Oranı İle İlgili Sonuçlarının Dağılımı.....	49
<b>Tablo 6.5.10.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Tütün Kullanım Oranı İle İlgili Diğer Sonuçlarının Dağılımı .....	51
<b>Tablo 6.5.11.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bin Kişi Başına Düşen MR Sayısı İle İlgili Diğer Sonuçlarının Dağılımı .....	51
<b>Tablo 6.5.12.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Alanındaki Etkinliklerinin Değerlendirilmesi ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı .....	52
<b>Tablo 6.5.13.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Göstergeleri Bakımından İncelenmesi ile İlgili Sonuçların Dağılımı.....	54
<b>Tablo 6.5.14.</b> OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Genel Olarak Değerlendirilmesi ile İlgili Sonuçların Dağılımı .....	55

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.2.1. 1: Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	6
Şekil 5.1.1: PRISMA Kılavuzunun Uygulanmasında Karar Kriterleri .....	30
Şekil 5.2.1: Araştırma Sürecinde İzlenen İşlem Basamakları .....	31



## 1.ÖZET

### OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN VERİMLİLİĞİNİN İNCELENMESİ

Her ülke farklı sağlık sistemi modellerini benimsemiştir. Sağlık sistemlerinin, nüfusun sağlık seviyesini arttırmak, sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve hastalıklardan doğan maliyetlere karşı topluma finansal koruma sağlamak gibi amaçları vardır. Dolayısıyla ülkelerin sağlık düzeylerinin ve sağlık göstergelerinin incelenmesi, toplumun sosyal hayatına ve refah seviyesine katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, 2011-2021 yılları arasındaki güncel veriler de dahil edilerek OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin verimliliğinin değerlendirilmesidir. Araştırmanın modelini sistematik derleme yöntemi oluşturmaktadır. Araştırmanın modelinde OECD ülkelerinin sağlık verilerinin bulunduğu World Bank veri tabanından ve OECD veri bankasından alınan verilerin kullanılarak 2011-2021 yılları arasında Ebschost, Google Scholar, Pubmed, Science Direct, Scopus, Springer Link, Ulakbim, Web of Science veri tabanlarında yayınlanan makaleler taranmıştır. Sistematik derleme yapılırken “OECD ülkeleri”, “sağlık sistemleri” “verimlilik”, “sağlık sistemlerinin verimliliği”, “Doğumda Beklenen Yaşam Süresi”, “Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı”, “Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı”, “Bin Kişi Başına Düşen MR Sayısı”, Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı”, “Bin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması”, “Bebek Ölüm Hızı”, “Bin Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı”, “Tütün Kullanım Oranı” kelimelerinin farklı kombinasyonlarıyla taranmıştır. Bu çalışmalardan 160 makaleye ulaşılmış olup, araştırma kriterlerine uygun 100 makale analiz edilmiştir. Yapılan çalışmanın raporlaması PRISMA kılavuzuna göre hazırlanmıştır. Araştırmaya dahil olan ve sağlık göstergeleri incelenecek olan ülkeler, 38 adet OECD üyesi ülkelerdir. Araştırma ve analizin sonucunda verimliliği en düşük ülkeler, Lüksemburg, İsrail, Şili, Türkiye ve Meksika olmuştur. En verimli ülkeler, Japonya, Danimarka, Norveç, İsviçre ve İzlanda’dır. Ülkelerin sağlık sistemlerinin verimliliğinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Sağlık Harcamaları, Sağlık Sistemleri, OECD Ülkeleri, Verimlilik.

## **2.ABSTRACT**

### **INVESTIGATION OF THE EFFICIENCY OF HEALTH SYSTEMS OF OECD COUNTRIES**

Each country has adopted different health system models. Health systems aim to improve the health of the population, meet their health needs, and provide financial protection to society against the costs of diseases. Therefore, examining the health levels and health indicators of countries contributes to the social life and welfare level of the society. The aim of this study is to evaluate the efficiency of the health systems of OECD countries by including the current data between the years 2011-2021. The model of the research is the systematic compilation method. In the model of the research, the articles published in Ebschost, Google Scholar, Pubmed, Science Direct, Scopus, Springer Link, Ulakbim, Web of Science databases between 2011-2021 were scanned by using the data obtained from the World Bank database, which contains the health data of OECD countries, and the OECD database. "OECD countries", "health systems" "efficiency", "efficiency of health systems", "Life expectancy at birth", "Number of Physicians per Thousand", "Number of Nurses Per Thousand", "Number of Nurses Per Thousand People" Number of MRIs Per Thousand People", Share of Health Expenditure in GDP", "Health Expenditure Per Thousand Population", "Infant Mortality Rate", "Number of Beds Per Thousand Population", "Tobacco Use Rate" were searched. From these studies, 160 articles were reached, and 100 articles in accordance with the research criteria were analyzed. The reporting of the study was prepared according to the PRISMA guideline. The countries included in the research and whose health indicators will be examined are 38 OECD member countries. As a result of the research and analysis, the countries with the lowest productivity were Luxembourg, Israel, Chile, Turkey and Mexico. The most productive countries are Japan, Denmark, Norway, Switzerland and Iceland. It has been suggested to carry out studies to increase the efficiency of the health systems of the countries.

**Keywords:** Health Services, Health Expenditures, Health Systems, OECD Countries, Efficiency.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2000 yılında yayınladığı raporda, sağlık sisteminin temel amacının sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olduğu ve bütün iyileştirmeleri kapsadığı açıklanmıştır (1).

Sağlık sistemleri sadece insanların sağlığını iyileştirmeyi değil, aynı zamanda hastalığın ekonomik risklerini önleme ve yönetme sorumluluğunu da üstlenmeyi amaçlar. Bu nedenle sağlık sisteminin üç önemli hedefi vardır. Bunlar:

- Sağlık hizmeti verilen toplumun sağlık seviyesini yükseltmek,
- İnsanların beklentilerini karşılamak;
- Hastalık ya da sağlık harcamalarına karşı finansal ve ekonomik koruma sağlamaktır (2).

Bir ülkenin tercih ettiği sağlık sistemi ve özellikleri, o ülkenin sağlık harcamalarını ve dolayısıyla hastalıklarla ilgili bir dizi sonucu en çok etkileyen faktörlerdendir.

Sürdürülebilir, verimli ve etkili bir sağlık bakım sistemine duyulan ihtiyaç, Dünya çapındaki ulusları ilgilendiren önemli bir konudur (3). Kalkınmanın önemli bir göstergesi olarak sağlık harcamaları bireylerin refah seviyesini doğrudan etkiler ve toplam kamu harcamalarında önemli bir paya sahiptir. Günümüzde kalkınmışlık düzeyini etkileyen faktörler arasında sağlık sektörü göstergeleri, ekonomik faktörler gibi önemli bir yer almaktadır (4). OECD Ülkeleri, çeşitli sağlık sistemleri tercih etmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin halka sunumu, sağlık ekonomisindeki yöntemler, kamuya ya da özel sektöre dayalı değerlendirmeler sağlık sistemi içerisinde iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Buna dayanarak, ülkelerin birey başı ve toplam sağlık maliyetlerinde, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasılası'ndaki (GSYİH) paylarında, kamu ve özel sektör harcamalarındaki oranlarında, bireylerin cebinden ödediği harcamaların sonucunda ve ülkelerin sağlık grafiklerinde önemli ölçüde farklılıklar görülmüştür. Ülkelerin sağlık sistemlerinin kaynaklarını verimli kullanmaları çok önemlidir. DSÖ, verimsizlik nedeniyle toplam sağlık kaynaklarının yaklaşık %20-40'ının üye ülkeler arasında her yıl boşa harcandığını tahmin etmektedir. Ayrıca bu oran düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksektir (5). Dünya düzenine sahip ülkelerdeki insanların sağlık düzeylerinin etkinliğinin incelenmesi,

insanların hayata aktif katılımı ve refahı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. İnsanlar sağlıklı olduklarında, günlük yaşamlarında üretken olabilir, ülkelerinin ekonomik ilerlemesine katkıda bulunabilir ve sosyal refahına katkıda bulunabilirler (6). Bu çalışmanın amacı, son birkaç yılın en son verilerini kullanarak OECD ülkelerindeki sağlık sistemlerinin etkinliğini değerlendirmektir.

Yapılan araştırmada aşağıdaki soruların cevapları bulunmaya çalışılmıştır:

1. OECD ülkelerinin sağlık alanındaki verimlilik seviyesi nedir?
2. Verimsiz olan ülkelerin verimsizlik kaynakları nelerdir?



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1.Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü değişmez kuralları içerisinde sağlık tanımı şöyle ifade edilmiştir: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmaması halinde değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyilik hali sağlığın bilinen kısmıdır. “Sosyal açıdan tam iyilik hali” güncel ve açıklanması gereken bir terimdir (7). Sağlık kavramının bu tanımı yaygın olarak kabul edilmektedir. Sağlık kelimesi subjektiftir ve ölçülmesi mümkün değildir. Bu nedenle her birey için sağlığın tanımı farklılık arz etmektedir. Her bireyin doğumdan itibaren sağlıklı olma hakkı vardır ve bunun sürdürülebilirliği yaşamı boyunca korunmalıdır. Toplumun her kesiminin sağlık haklarından faydalanması arzu edilen bir durumdur.

Sosyal gelişmenin temel amacı olan sağlığın korunması bir ekip işidir. Bu ekip, sağlık hizmetini sunan/sunacak olan devlet/idare, hekim/ sağlık personeli ve bu hizmetinden yararlanan/yararlanacak olan halk/hastaları içermektedir. (Erer ,2010). Toplumların sağlık haklarından yararlanamaması sağlıkta eşitsizliklere yol açmaktadır. Sağlığın korunması ilkesi ile sağlık hizmetini sunan tüm ekiplerin birlikte çalışması gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerine erişimi, hizmet kalitesini ve etkinliğini artırmaya yönelik araştırmalar yapılmalıdır.

### 4.2.Sağlık Hizmetleri

Sağlık, bireyin temel haklarından biridir. Devletler bu temel hakları korumalı ve daha da geliştirmelidir. Devletin temel hak ve özgürlükler konusundaki sorumluluğu devredilemez ve vazgeçilemez niteliktedir. 1982 anayasasının 56. Maddesinde “tüm bireyler sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak gayesiyle sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini tertipler.” Biçiminde sağlık haklarına değinilmiştir. Sağlık hizmetlerinin hedefleri aşağıdaki gibi belirtilmiştir.

- Bireylere ve halka sağlıklı bir biçimde yaşamla ilgili bilgi, farkındalık, istek ve davranışları aşılama,

- Coğrafi, sosyal, finansal veya diğer imkanlara bakılmaksızın toplumun tüm bireylerinin ihtiyaç duyduğu tüm gerekli sağlık hizmetlerini aynı kalite ve ölçekte sunmak,
- Bireysel, toplumsal ve çevresel sağlıklı yaşam alanları oluşturmak,
- Sağlığa kolay erişebilmek, onu korumak ve geliştirmek yoluyla halka sağlıklı kılmaktır (9).

#### 4.2.1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Bireylerin ve halkın sağlık düzeylerini korumak, hastalıkların tedavilerini uygulamak, engelli bireylerin başka bireylere bağlı kalmadan hayatlarını devam ettirmelerini sağlamak ve halkın sağlık düzeyini arttırmak için yapılan çalışmaların bütününe sağlık hizmetleri denir. Sağlık hizmetleri devlet tarafından zorunlu olarak verilmesi gereken hizmetler olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri bulunmaktadır.

Mal ve hizmet üretimindeki temel farklılık nedeniyle hizmetlerin aşağıdaki dört özelliği genellikle sağlık hizmetleri için belirtilmiştir.



#### Şekil 4.2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri (10).

Sağlam ve güvenilir bir sağlık hizmetinin olmazsa olmaz özelliklerden biri, sağlık hizmetlerinin bütünlük ve koordineli bir şekilde sunulmasıdır. Etkili bir sağlık hizmetinin üretim ve sunumunda dikkat edilmesi gereken bu şartları, etkili sağlık hizmetinin taşınması gereken nitelikler olarak kabul edilmiştir. Sunulan ve üretilen sağlık hizmetlerinin bu şartlarından herhangi birini taşınamaması halinde, halk ve birey sağlığı üzerinde istenilen tadilatı yapamayacağı söylenebilir (10).

Etkili bir sağlık hizmeti; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerini taşımaktadır (11).

**Kolay Kullanılabilirlik:** Hizmet sağlayıcı ve hizmet alıcı düzeyinde incelenir. Hizmeti sunanlar (sağlık çalışanları) için kolay kullanılabilirlik, hizmeti sunarken duyulan ihtiyaçlar, araç ve gereçler ve diğer sağlık çalışanlarına rahat ulaşabilmesi anlamına gelmektedir. Hizmetten yararlananlar (toplum) için ise, insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduklarında erişebilmeleri ve ihtiyaçları kadar sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri anlamına gelmektedir.

- **Sağlık Hizmetinden Yararlanan Kişilerin Açısından Kolay Kullanılabilirlik:** Kişilerin ihtiyacı olan zaman ve mekanda sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve gereksinimi olan bütün hizmetleri kullanabilmesidir.
- **Hizmeti Sağlayıcılar Açısından Kolay Kullanılabilirlik:** Sağlık hizmeti sağlayıcılarının gereksinim duyduğu araç ve gereçlere, tıbbi hizmetlere ve sağlık personellerine kolay erişebilmesidir.

Sağlık hizmetlerinin kolay kullanılabilirliği için aşağıda verilen şartların mevcut olması gerekmektedir.

1. **Kişisel Kolay Kullanılabilirlik:** Gereksinim duyan kişilerin sağlık hizmetlerini nerede, nasıl, ne zaman ve hangi kuruluştan alacağı ile ilgili zorluk yaşamamasıdır.
2. **Sağlık Hizmetlerinin Bütünlüğü:** Sağlık hizmetlerinin kişilerin bütün gereksinimlerini gerekli miktarda karşılayabilecek seviyede olmasıdır.
3. **Miktar Olarak Uygunluk:** Sağlık hizmetlerinin miktar, ölçü bakımından yeterli düzeyde olmasıdır. Tüm sağlık hizmetleri ihtiyaçlarına cevap verebilecek üretimin olması için araçların, tıbbi malzemelerin ve kalifiye sağlık personelinin gerekli miktarda bulunmasıdır.

**Süreklilik:** Sağlık hizmetleri, sadece tedavi hizmetleri olarak tanımlanmamaktadır. Sağlığın iyileştirilmesi için bireylerin ve halkın sağlığının devamlı izlenmesi ve ihtiyaç duyulan koruyucu tedbirlerin uygulanması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin devamlılığı, sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak ele alınmasıyla sağlanabilir. Sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak için aşağıda belirtilen maddeler önem arz

etmektedir. Sağlık hizmetlerinde devamlılığı sağlamak bireye odaklı bakım, koordine olmuş birimler (Aile Hekimleri) ve koordine olmuş hizmetler sağlanarak nitelikli bir hizmet verilmesine yardımcı olur.

Bireylerin ve toplumların sağlığının gelişmesi ve sürekli izlenmesi, önleyici faaliyet gerektiren bir süreçtir. Bu durum aşağıdaki başlıklarla açıklanabilir:

- **Kişiyeye Odaklanmış Bakım:** Amaç, sadece insan hastalıklarıyla mücadele etmek değil, aynı zamanda insanların sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu amaç, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin önemini göstermektedir.
- **Koordine Olan Birimler:** Bireylerin ve halkın sağlık düzeyini korumak ve yükseltmek için sağlık hizmetleri veren farklı kurumlar içinde uyumu sağlayacak birimler kurulması gerekmektedir. Bu birimler kişilerin alacağı sağlık hizmetlerini direkt olarak sağlayamasa bile kurumlar arası koordinasyonu sağlayabilir. Aile hekimleri bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Ülkelerde çok sayıda ve çeşitte sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanabilmesi için ilgili kurumlar ve sundukları sağlık hizmetleri arasında koordinasyonun sağlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde bu koordinasyonun sağlanabilmesi için bölgesel ve ulusal kapsamda sağlık hizmetlerinin oluşturulmasına gereksinim vardır.
- **Verimlilik:** Verimliliğin ilk adımı her zaman maliyetleri azaltmak ve insanların sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarını artırmaktır.

**Verimlilik:** Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan maliyetin yerinde kullanılması anlamına gelmektedir. Verimlilik ile birlikte, sağlık hizmetlerinin harcama oranları aşağıya düşürülerek kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanları biriktirilmektedir. Yerinde finansman, yerinde ücret politikası, etkili yönetim ve sağlanan kaynakların etkili ve verimli kullanımı, sağlık hizmetlerinden yüksek derecede faydalanılmasını sağlamaktadır (11).

**Adil Finansman:** Sağlık hizmeti maliyetleri, kişilerin hizmet kullanımlarını engellememelidir. Kişiler kendi ekonomik durumları doğrultusunda sağlık harcamalarını karşılayabilmelidir.

**Yeterli Ücret Politikası:** Sağlık çalışanına, sağlık çalışanının verdiği hizmetlerin çeşidine, eğitim ve tecrübe seviyesine göre ücret verilmesidir.

**Etkili Yönetim:** Yönetim, kurumun kaynaklarının etkili ve verimli olarak kullanılmasına yardımcı olan en önemli unsurdur. Verimlilik amacı doğrultusunda ana sorumluluk sağlık yöneticilerinin görevidir (11).

**Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması:** Sağlık kurumları çok çeşitli hizmet veren işletmelerdir. Sağlık hizmetleri hedeflerine, sağlık problemlerine, sağlık hizmeti arz eden bölümlere göre değişik ölçütlere bağlı olarak sınıflandırılabilir Sağlık hizmetleri, sağlık personeli aracılığıyla sağlık kuruluşlarında, bireyleri hastalıklardan korumak, bireyleri hasta olduklarında tedavi etmek, hastalık veya sakatlık sebebiyle sağlığını yitirenlerin rehabilitasyonlarını yapmak üzere üç grup halinde belirtilir. Sağlık hizmetleri bugünkü anlayışına göre; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler ise çeşitli sağlık kurumları tarafından aktarılmaktadır. Sağlık kurumları oluşturdukları sağlık hizmetinin çeşitlerine göre sınıflanmakla birlikte, sözü edilen dört sağlık hizmeti çeşidini değişik seviyelerde ürettikleri görülmüştür (11).

#### **4.2.2. Sağlık hizmetlerinin fonksiyonları ve sınıflandırılması**

##### **4.2.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık henüz başlamadan önce alınması gereken tüm önlemleri kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı sonucunda oluşan fayda, sağlık hizmetlerini kullananlarının haricinde kullanmayanlara da sosyal fayda sağlamaktadır. Toplum sağlığının korunup geliştirilmesi için kişinin ileride oluşma ihtimali olan hastalık ve engellilik riskini en aza indirgeyerek, kişinin farkına varmadığı, hastalığın belirtilerinden önce teşhis edilmesini sağlayan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, sadece kişisel hizmetler değil, çevresel hizmetler de olmak üzere iki ayrı gruba ayrılabilir.

**Kişisel sağlık hizmetleri,** sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen ve doğrudan hastalara sunulan birinci basamak sağlık hizmetleridir. Kişiselleştirilmiş sağlık

hizmetlerine örnek olarak aşılama, dengeli beslenme, ilaçlardan korunma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi gibi hizmetler verilebilir.

**Çevre sağlığı hizmetleri**, çevre hijyenini olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasını ve sağlıklı bir yaşam ortamı yaratılmasını amaçlamaktadır.

Kişileri ve toplumu hastalık etkenine karşı korumak, erken teşhis ve tanı konulan hizmetler olarak özetleyebiliriz. Bu hizmetler başlıca şunlardır;

- Hastalık başlamadan önce erken teşhis ve uygun tedavi,
- İlaç ile tıbbi koruma,
- Aşılama hizmetleri,
- İyi beslenme,
- Sağlık eğitiminin verilmesi (14,74).

#### **4.2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst basamağını içeren ve alt basamaktaki koruyucu sağlık hizmetlerine göre bir hayli yarar içermekte olan sağlık hizmeti çeşididir. Hastalıkların tedavisi sonucunda verimliliğin artması gibi sebeplerden ötürü sosyal fayda içermektedir. Hastalık ya da hastalığın belirtileri ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanısının konulmasını ve tedavi edilmesini içeren sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri kişilerin ortalama yaşam süresini arttırırken, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin verimliliğini de arttırarak Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın artmasına da yarar getirmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sıralanmaktadır. Ek olarak, bireylerin kişisel bakım ihtiyaçları da üçüncü basamak sağlık hizmetleri içerisinde bulunmaktadır.

#### **Birinci basamak sağlık hizmetleri**

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin birlikte sunulduğu, bireylerin hizmete kolayca erişebildikleri, düşük harcama ile etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur.

2003 yılından bu yana uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşümün mühim bileşenlerinden biri olan aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama biçimidir.

2010 yılından beri ülkemiz genelinde uygulanmakta olan, aile hekimliği uygulaması ile; Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimi ve aile sağlığı personelleri tarafından, birinci basamak sağlık hizmetlerinden bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmekte,

Toplum Sağlığı Merkezi gibi kurumlarda, halka yönelik sağlıkla alakalı risk ve sorunlarını sınırlayarak düzeltilmesi ve önlenmesi için iyileştirici faaliyetler yürütülmektedir (77).

### ***İkinci basamak sağlık hizmetleri***

Ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilen sağlık kurumlarıdır.

- Devlet Hastaneleri
- Resmi Kurum Hastaneleri
- SSK Hastaneleri
- Özel Hastaneler / Dal Hastaneleri
- Özel Tıp Merkezleri / Dal Merkezleri

### ***Üçüncü basamak sağlık hizmetleri***

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ileri düzeyde teşhis ve özel tedavi içeren hastalıklar için ileri teknoloji ve ihtiyaç duyulan altyapıya sahip eğitim ve araştırma hizmetlerinin verildiği sağlık kurumlarıdır. Üçüncü basamak sağlık kurumları, kurum harici ve şehir dışından üçüncü basamak sağlık hizmeti ihtiyacı için sevk edilerek gelen hastaları kabul etmekte olup, bütün sağlık hizmeti gereksinimlerini karşılamaktadır.

- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
- Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
- Üniversite Hastaneleri
- Vakıf Üniversite Hastaneleri

#### **4.2.2.3.Rehabilitate edici sağlık hizmetleri**

Yaşadığı ciddi bir hastalık ya da deprem, yangın gibi doğal afet, trafik veya iş kazası gibi hiç beklenmedik vakitte ortaya çıkan vakalar sonrasında bedeni ya da ruhi açıdan sakat kalmış olan bireylerin, fiziki ve sosyal açıdan tekrar sosyo-ekonomik hayata dönmelerini, bu şekilde moral depolamalarını sağlayarak iyileştirmeye yardımcı olma niteliğinde halka yeniden kazandırılmasını sağlamaya çalışan hizmet türü ise rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleridir (15). Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt bileşeni içermektedir. Tıbbi rehabilitasyon ile ruhen ya da bedenlen iş görebilme kabiliyetini tümü ya da kısmen yitiren bireylerin bu yeteneklerini ortez, protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla mümkün derecede geri kazandırabilme amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ise sakat kalmış olan bireyin yakın çevresi ve halkla bir araya geçebilmesini sağlayıp, yeni iş öğrenme yeteneğine kavuşturarak sosyal, kültürel ve ekonomik yaşama katılımını sağlamayı ve bu süreci ileri seviyede hızlandırmayı amaç edinmiştir (14).

#### **4.3.Sağlık Sisteminin Sınırları**

Sağlık sisteminin başarıml ölçütlerinin geliştirilmesine ve iyileştirilmesine esas teşkil edecek biçimde sağlık sisteminin tanımlanması ve yollarının çizilmesi gereklidir. Günümüzde bir sağlık sisteminin ne olduğunu, nelerden oluştuğunu ve nerede başlayıp nerede bittiğini eksiksiz anlatmak mümkün değildir.

2000 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Raporu'nda, sağlık sistemlerinin sınırları esas alınarak oluşturulabilecek bir dizi tanımlara yer verilmiştir: En dar tanım, sağlık sisteminin sınırlarını, sağlık bakanlığının denetimi altındaki faaliyetleri içerecek biçimde çizmektedir. Özellikle sağlığı iyileştirmeyi ve geliştirmeyi hedefleyen birçok faaliyet (örneğin, tütün ve alkol ürünlerinin kullanımını azaltmayı hedefleyen vergiler) bu yolların dışında kalmaktadır. Bazı ülkelerde bu sınır, diğer devlet departmanları, misyonerler, devlet kontrolü dışındaki dernek ve vakıflar ya da özel sektör tarafından sunulan çoğu kişisel sağlık hizmetlerini de dışarıda bırakmaktadır. İkinci tanım biraz daha kapsamlıdır. Bu tanımda sistem, kişisel tıbbi hizmetler ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerecek, ancak sağlığı arttırmayı hedefleyen bölümler arası faaliyetleri kapsamayacak bir biçimde tanımlanır. Sivrisineklerin ilaçlanması ya da sağlık bilgi

aktarımı gibi geleneksel halk sağlığı m¼dahaleleri ierilirken, temiz su ve hıfzıssıhha programları gibi sekt¼rler arası faaliyetler ierilmemektedir. Üç¼nc¼ tanım daha da kapsamlıdır ve temel amacı sağlığı iyileştirmek olan her faaliyet sağlık sisteminin bir parçası olarak d¼ř¼n¼lmektedir. Bu tanım tıbbi ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerdiği gibi, trafik kazalarından kaynaklanan ¼l¼mleri d¼ř¼rmeye y¼nelik d¼zenlemeler gibi sekt¼rler arası faaliyetleri de içermektedir. Son tanım, sağlığı iyileştirmeye katkı sağlayan t¼m faaliyetleri içermektedir. İnsan aktivitelerinin neredeyse t¼m alanları -eğitim, end¼striyel gelişme, evre gibi- sağlığına dokunur. Bu tanımda eğitim ve sağlık sistemleri ya da sağlık ve tarım sistemleri arasında operasyonel bir ayırım yoktur (16).

#### **4.4.OECD'nin Sağlık Sistemleri Sınıflandırması**

Sağlık sistemi modeli OECD (1987) tarafından yapılmıştır. Bu modelde sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında ¼ temel madde dikkate alınmaktadır. Bunlar; Kullanılabilirlik, finansman y¼ntemi ve sağlık hizmeti sunucularının t¼rleridir. Bu sınıflandırmada hasta hakimiyeti ve sosyal adalet yaklaşım seviyeleri esas amaç olarak incelenmiştir. OECD'ye g¼re ¼ temel model ¼zerinden sağlık sistemleri şekillenmiştir.

- Ulusal sağlık sistemi (National Health Services-NHS)
- Sosyal Sağlık Sigortası (Social Health Insurance-SHI)
- ¼zel Sağlık Sigortası (Private Health Insurance-PHI)

Ulusal Sağlık Sistemi modelini uygulamaya koyan ¼lkelerde sosyal adalet ilkesi oldukça m¼himdir. Bu modeli sunan ¼lkelerdeki sağlık sistemleri de sağlık sisteminin kapsamı evrensel ve finansmanı, t¼m¼yle vergilere dayanmaktadır. Bu model beraberinde Beveridge Modeli olarak da bilinmektedir. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi ise hasta hakimiyeti ve sosyal adalete dayalı bir sağlık sistemidir. Bu sistemi uygulayan ¼lkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı işçinin ve işverenin katılması sonucunda zorunlu sağlık sigortacılığı aracılığıyla ¼denmektedir. Bu model bazı ¼lkelerde Bismarck Modeli olarak da bilinir (17). Bu sağlık sigorta çeşidinde, sağlık hizmetlerinin ¼nemli bir b¼l¼m¼ne ¼cretsiz erişilmektedir. Sigorta kapsamı dışında olan hizmetler, hastalar tarafından ¼n ¼deme yapılması veya ek ¼deme ile

sağlanmaktadır. Sağlık hizmetinin paketi kapsamına dahil olmayan ve ilgili sosyal sağlık sigortası fonu tarafından ödenmeyen sağlık hizmetleri için direkt ödeme sağlanır. Fakat bazı hasta grupları (kronik olarak hasta, belirli bir gelir seviyesinin altında vb.) katkı payı muafiyeti uygulaması kullanılmaktadır (18). Diğer taraftan bireyler sosyal sağlık sigorta kapsamı dışında olan sağlık hizmetleri için özel sağlık sigortası (tamamlayıcı ya da ikame sağlık sigortası) yaptırmaktadır. Özel Sağlık Sigortası Sistemi, hasta odaklı bir sağlık sistemi türüdür ve sosyal sigorta bu sisteminin kökeninde yer almamaktadır. Belirtilen sağlık sisteminde bireyler patronu veya kendisi başvurarak özel sağlık sigortası yaptırabilmektedirler.

#### **4.5.Türkiye’de ve Dünyada Uygulanan Politikalar ve Sağlık Sistemlerinin İncelenmesi**

##### **4.5.1. Dünya devletlerince uygulanan sağlık sistemleri ve sağlık politikaları**

###### **4.5.1.1.Almanya**

Almanya’da sağlık sisteminin ve sosyal sigorta sisteminin tarihi 1880’li yıllara uzanmaktadır. Almanya’da ilk olarak sosyal sigorta sistemi Otto Von Bismarck tarafından ele alınmıştır. Sağlık sistemleri belli bir standart içermektedir. Bu sistem hasta ve hekim memnuniyetini uzun süredir belli bir dengede tutmuştur. Bismarck sisteminin aslı, çalışma esasına dayalı sosyal sigorta mekanizmasına dayanıyor olmasıdır.

Bu modelde bir sigorta sistemi bulunur ve bu sigortanın vergileri işveren ve işçilerin bordro kesintileri ile karşılanmaktadır. Almanların sigorta sistemi olarak da isimlendirilen bu sistem ABD’deki işçi-işveren finansmanı sisteminin tersine halkın bütününe kapsar ve kâr amacı gütmeyiz. Bu sistemi uygulayan ülkelerdeki hastaneler ve hekimler özel sektörde olmayı amaçlar. Bu sistem kişileri, oluşabilecek hastalık olasılıklarına karşı korunmalarını sağlar. Bundan dolayı tedavi edici ve ayakta bakım sağlık hizmetlerini içermektedir. Bismarck modeli gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede çoğunlukla kullanılmaktadır. Bu modeli kullananların başında Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Japonya, İsviçre ve bazı Güney Amerika ülkeleri yer almaktadır (19,84).

#### **4.5.1.2. Japonya**

Japonya anayasasında; “Bütün halkın belirli standartta sağlıklı ve kültürlü bir yaşam idame etme hakkı vardır ve bu hedefe ulaşmak için devlet sosyal refah, sosyal güvenlik ve halkın afiyetini korumak ve iyileştirmekle yükümlüdür.” Şeklinde bir madde bulunmaktadır. İnsan sağlığı ve uzun yaşam Japonlar için oldukça önemlidir.

Japonya’da koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri iki ayrı hizmeti içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri sigorta tarafından finanse edilmektedir. Kamu ve özel sektördeki sağlık personelleri tarafından sağlık hizmetleri görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise umumi vergilerle finanse edilmekte ve genel anlamda sağlık hizmetleri kamuya bağlı sağlık kurumları tarafından verilmektedir. Japonya’da tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılan sorumluluk çok fazladır. Hastane yataklarının sayısı çok olmakla birlikte hastanede kalış süresi uzun ve yüksek kullanım oranına sahiptir.

Sağlık maliyetleri her geçen sene bir öncekine göre yükselmektedir. Üç temel finansman yöntemi vardır: Sağlık sigortası, genel vergiler ve cepten karşılanan harcamalardır.

Japonya’da ağırlıklı olarak finansman yöntemi, kamuda sağlık sigortası ve genel vergilerden karşılanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sistemi olarak cepten harcamalar ve hususi gönüllü yaptırılan sigortalar bulunmaktadır.

Japonya’da çoğunlukla sağlık hizmetlerinde her hizmet başında yapılmaktadır. Fakat son senelerde tanıya dayalı ödeme yöntemi (DRG) daha çok kullanılmaktadır.

Hekimlere ulusal bir ödeme tasarısı çerçevesinde ödeme yapılmaktadır. Hastanelerde ve kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarına ödenek ve ek ödeme, prim ödemesi yapılmaktadır (20).

#### **4.5.1.3. Birleşik Krallık**

Birleşik Krallık (İngiltere), sağlık hizmetlerinin sunumunda ve yönetiminde özel bir konumda yer almaktadır. Birçok devletin krallık yönetiminde kaliteli ve güvenli sağlık hizmetlerinin sunumu açısından dikkate değer bir reforma gidilmesi gerekmiştir. Temel sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin yardımı, özel-kamu ortaklığında sağlık hizmet sunumu girişimleri araştırmaya değer hususlardır. Sağlık hizmetlerinin

finansmanında ve büyük kent hastanelerinde uygulama modelinde Türkiye ile model ortaklığı veya benzeşmesi sıklıdır (21).

Dünya Bankasının donelerine bakılarak düzenlenen doğumda beklenen yaşam süreleri ve ölüm oranlarına ait verilere göre, bayanlar için doğum itibariyle beklenen yaş ortalaması 2013 yılında 82,8 olarak hesaplanmıştır. Erkekler için doğumda beklenen ortalama yaş ömrü ise 79,2 şeklinde sınırlanmıştır.

Genel bütçe kaynaklı sağlık finansman sistemini uygulamakta olan ülkelerin başında İngiltere gelmektedir. 1943 yılında Sosyal Hizmet Uzmanı William Henry Beveridge kalemiyle sunulan rapora istinaden Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) kurulmuştur. İngiltere’de ‘‘Beveridge Modeli’’ olarak tanınmıştır. 1948 yılında ülkedeki tüm toplumu içeren, vergilerle finanse edilip kamu ve özel hastaneler kullanılarak ücretsiz olan bu sistemi tanımıştır. Hükümet İngiltere için belirli bir sağlık bütçesi ayırmaktadır ve diğer ülkeler için de (İskoçya, Kuzey İrlanda, Galler) sağlık fonu ayırmaktadır. Birleşik Krallık’ta NHS’in sağladığı sağlık hizmetleri ve sosyal bakım ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Birleşik Krallık ülkelerinin her birinin kendine ait bir sağlık sistemi mevcuttur. Birleşik Krallık’ta ülkeler arasındaki kilit kuruluş sağlıkta müdahalenin maliyet etkinliği konusunda yol gösteren NICE (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsüdür). Bu kurum Birleşik Krallık’taki sağlık meslek gruplarını denetlemektedir.

NHS, sadece genel vergilerle sağlanan finansman ile İngiltere’de yaşayan vatandaşlarına sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak sunmayı hedeflemiştir. Sağlık hizmetleri birbirleri ile koordine olarak 3 yapı halinde sunmayı ve kendi aralarında belirli özerkliği de sağlamayı ilke edinmiştir. Bunlar: Birinci basamak diğer sağlık hizmetlerini de içeren Aile Hekimliği (GP), Hastaneler ve yerel yönetimler tarafından desteklenen Halk Sağlığı birimleridir (21).

#### **4.5.1.4. Amerika**

Amerika Birleşik Devletleri’nin sağlık sistemi, dört temel sağlık sisteminin tümünü içerisinde bulunduran, kendine özgü bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. ABD sağlık sistemi gazilere ve gazilerin çocuklarına verilen sağlık hizmeti açısından Beveridge modeline, personellere verilen sağlık hizmetleriyle Bismark modeline ve yaşlılara verilen sağlık hizmetleri bakımından ulusal sağlık sistemine benzemektedir.

Ayrıca halkın önemli bir kısmının sağlık sigortası olmamasından nedeniyle cepten ödeme yöntemiyle de benzerliği bulunmaktadır. Farklı modelleri içinde barındıran bu sistem, toplumun küçük bir kısmı kamu sağlık sigortaları ile büyük bir kısmı ise özel sağlık sigortaları tarafından yürütülmektedir. ABD sağlık sisteminin en temel ilkesi hastanın hekimi seçebilmesi gibi hekiminde hastasını seçebilme özgürlüğüdür.

Amerika'nın sağlık sigorta sistemi kompleks bir yapıya sahiptir. Ülkede hizmet veren en önemli kamu sigortası programları Medicaid ve Medicare' dir. Medicare ;65 yaş üstü ve engelleri kapsayan sağlık sigortasıdır. Bu sağlık sigortasından yararlanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kaydolmak ve kaydolmadan önce 10 yıl ödeme yapma zorunluluğu vardır. Medicaid; düşük ödenekli kişiler, çocuklar, hamile kadınlar, yaşlı yetişkinler ve engelliler dâhil olmak üzere için sağlık sigortası hizmeti sunulmaktadır. Medicaid eyaletler tarafından federal gereklilik prosedürlerine göre yönetilmektedir. ABD nüfusunun yalnızca %36' sını Medicaid ve Medicare tarafından kamu finansman sistemiyle finanse edilmektedir (22). Nüfusun yarısından fazlasının finansmanı ise özel sağlık sigortası ile karşılanmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması son yıllarda artış göstermektedir.

Hizmet kalitesi ve sağlık sonuçları açısından uluslararası karşılaştırma yapıldığında çeşitlilik söz konusudur. Bazı hastalıkları için göstergeler çok iyi iken, bazı hastalıklarda ise istenilen düzeyin altında kalmaktadır. ABD, Dünyada en çok sağlık harcaması yapan ülkedir. Ülkede sağlık uygulamaları eyaletlere göre farklılık göstermektedir. ABD sağlık sistemi, yıllık harcaması 3,6 trilyon dolar ile dünyada hiçbir ülkede olmayan ve dünyanın en zengin 12 ülkesinin ortalama sağlık harcamasının yaklaşık iki katıdır.

#### **4.5.1.5. İspanya**

İspanya'nın diktatörlük çağında sosyal güvenlik anlayışına göre asıl olan sağlık sistemi söz konusuysen, 1978 yılında kabul edilmiş yeni Anayasayla beraber tüm vatandaşların sağlığının güvence altına alınması hakkı elde edilmiş ve vergilerle finanse edilen evrensel kapsamda bir modele geçiş yapılmıştır. Bununla beraber bölgesel organizasyon yapısını benimseyen yeni bir teşkilat planı oluşturulmuştur. 1978 ve 1981 yıllarında sırayla Ulusal Sağlık Enstitüsü ile Sağlık Bakanlığı yapılandırılmıştır. Sistem 1986 yılında çıkarılan Genel Sağlık Kanunu çerçevesinde yeniden oluşturulmuştur. Bu yasa, ücretli olmayan sağlık hizmetlerine erişimi

hedeflemiştir. İspanya Anayasası'nın kabulünden sonra sağlık sisteminde önemli değişimler gerçekleşmiştir. En çok önemli olan gelişme sistemin 1986 yılında sosyal güvenlik yönetiminden (Bismarck Modeli) ulusal sağlık hizmetlerine (Beveridge Modeli) yönelmesi ve karar alma yetkisinin alt kademe yöneticilere aktarılmayan başlanmasıdır.

Birincil Sağlık Hizmetleri multidisipliner sağlık ekipleri ile Temel Sağlık Merkezlerinde verilmektedir. Planlama ölçütlerine bağlı olarak, çocuk hekimleri ve pediatri alanında deneyimli hemşireler, fizyoterapistler, diş hekimleri, psikologlar ve sosyal hizmet alanında bulunan uzmanlarla tamamlanabilirler. Uzman Aile Hekimi tarafından sevk sistemi zorunludur (23).

İspanya'nın sağlık sistemi günümüzde vergilerle finanse edilmektedir. Genel olarak kamu sağlayıcıları aracılığıyla sağlık hizmeti sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu 17 bölgesel sağlık bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinin oluşturulması, örgütlenmesi ve sunumu sağlık bakanlıkları tarafından belirlenmektedir. İspanya sağlık sistemindeki iki temel faktör olan İspanya Sağlık ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve 17 bölgesel sağlık bakanlığının koordinasyonlu bir şekilde hareket edebilmesi için Ulusal Koordinasyon Kurulu kurulmuştur (CISNS).

Bu koordinasyon kurulunda, sağlık sisteminin planlanması, değerlendirilmesi ve koordinasyonu ile ilgili konularda tavsiyeler verilmektedir. İspanya Sağlık ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (MSSI), sağlık sistemi için bu konseyin desteği ile yönetim fonksiyonunu yerine getirmektedir.

Özel sektör, İspanya'nın sağlık sisteminde önemli görevlere sahiptir. Örnek verecek olursak; kişilere gönüllü sağlık sigortası düzenlemektedir. İstatistiklere göre her beş İspanyol'dan birinin zorunlu devlet sigortası ve gönüllü sağlık sigortası bulunmaktadır. Gönüllü sağlık sigortası tamamlayıcı sigorta olarak geçmektedir.

Devlet sağlık hizmetinin sağlanmasında ana finansman kaynağı genel vergilerden oluşmaktadır. İspanya sağlık sistemi, vatandaşları için kapsamlı bir sağlık hizmeti paketi sunmaktadır. Hizmetler tüm vatandaşları için ücretsizdir. İlaç ödemeleri gibi ödemeler için cepten harcamalar yapılabilmektedir. İspanya'da sağlık harcamaları son yıllara kadar artış göstermekteydi. Fakat son 20 yıldır ise kişi başına düşen sağlık harcaması ve Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) payı azalmıştır (23).

#### **4.5.2. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Tarihsel Süreci ve Uygulanan Politikalar**

Devletlerde uygulanmakta olan resmi sağlık politikasının uygulanan ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerinin en önemli belirleyicisidir. Ülkemizde kişilerin sağlık hakkı, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 60. maddesi kapsamında " herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar." ifadesinde belirtildiği gibi sağlık hakkı koruma altına alınmıştır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerini modernleştirme girişimleri, cumhuriyetten önceki dönemleri kapsamaktadır. 19. yüzyılda Osmanlı Devleti, sağlık alanında bireylerin sağlık gereksinimlerini gideren birtakım girişimlerde bulunmuştur. Ancak topluma verilecek olan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, 19.yüzyılın sonuna kadar hükümetin zorunlu görevleri içerisinde sayılmamaktadır.

Türkiye’de cumhuriyet ilan edilmeden önce ve Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılmasından sonra, 1920 yılında ilk kurulan Bakanlık, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmuştur. Sağlık Bakanlığı’nın öncelikli görevi; sağlık hizmetlerindeki problemlerin iyileştirilmesi, sağlık gelirlerini artırmak, sağlığa ayrılacak payların en çok verimli olacak şekilde dağılımını seçilen kriterlere göre gerçekleştirmeyi amaçlamıştır. 1920 yılında, TBMM Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekili olarak Dr. Adnan Adıvar seçilmiştir.

Cumhuriyet Hükümeti’nin ilk Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı ise Dr. Refik Saydam’dır. Dr. Refik Saydam 1937 senesine kadar süren bakanlığı süresi içinde, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kurulmasında ve büyümesinde oldukça önemli faydalar sağlamıştır. Dr. Saydam aynı zamanda Türk Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde en büyük etkiye sahip Sağlık Bakanı’dır (24).

İlk yazılı sağlık projesi olarak bilinen “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 yılında, cumhuriyet döneminde olan Yüksek Sağlık Şûrası tarafından onaylanmış ve Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da izah edilmiştir. Fakat hummalı bir çalışmayla düzenlenen bu proje kanunlaşmadan, dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz, görevinden ayrılmak durumunda kalmıştır. Sonraki dönemlerde Dr. Behçet UZ' un tekrar görevine gelmiş olmasına rağmen bu proje kanunlaşmamıştır. Bu metin yasal düzenleme olarak kanun haline getirilememesi ülkemizin sağlık sahasındaki gelişmesini çok derinden etkilemiştir. Bu döneme kadar yerel yönetimlerin idaresine bağlı olan sağlık kuruluşlarının yönetimi merkezi yönetime

bağlı olacak biçimde politikalar izlenmiştir. Ek olarak, Ana çocuk sağlığı, güvenli ve önleyici tedavi hizmetleri, nüfusun arttırılmasına yönelik çalışmalar için çeşitli politikalar uygulanmıştır. Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanmış olan ve ülkemizin sağlık planlamasında çok büyük öneme sahip olan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütleri” de bu dönemde yapılmıştır.

Dönemin önemli çalışmalarından biri olarak kabul edilen 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, ülkemizde ulusal sağlık hizmetlerinin oluşturulmasına zemin hazırlanmıştır. 1961 anayasasında, “devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” ifadesi ile vatandaşlara sağlık hakkı tanınmış ve tanınan bu hakkın gerçekleşmesinde hükümete sorumluluklar yüklenmiştir. Sağlıkın sosyal devlet anlayışına göre yapılanmasını mümkün hale getiren çalışmalar yine bu dönem sınırları içerisinde 1963 senesinde başlatılmış ve 1983 senesinde ülke içinde yaygınlaşması sağlanmıştır.

1982 Anayasası ile halkın sosyal güvenlik hakları ve devletin bu hakkı sağlamasındaki sorumlulukları belirtilmiştir. 1961 anayasasıyla hayatımıza girmiş olan sosyal devlet anlayışı, 1982 anayasasıyla beraber temelleri de sağlamlaştırılmıştır. Bu çerçevede devletin; halkın sosyal ve ekonomik seviyeleriyle, sağlık ve eğitim problemleriyle, refah düzeyleri ile ilgilenmesi, onlara minimum seviyede bir hayat düzeyi sağlamayı görev olarak benimsemiş ve bu görevlerini hukuk kurallarına uygun bir şekilde yerine getirilmesi belirtilmiştir.

1993 senesinde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan “Ulusal Sağlık Politikası” programı ise; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere bazı bölümlere ayrılmaktadır. Genel anlamda 1990’lı yıllarda yürütülmüş olan sağlık devrimi ve sağlık politikalarına yönelik çalışmalarının ana bileşenlerinden birkaçı bu şekilde sıralanabilir (24).

- ◆ Sosyal güvenlik kuruluşlarının bir çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- ◆ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği sınırlarında geliştirilmesi,
- ◆ Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- ◆ Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

1990'lı yıllarda Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerini sunmasından ziyade, ülkenin sağlık alanında kalkınmasına zemin hazırlayan, sağlık politikalarını hazırlayan bir kurum olmuştur. Bu dönemden sonra, "devlet kürek çeken değil, dümen tutan olmalıdır." şeklinde bir slogan ortaya atılmıştır. Bu sloganın ortaya atıldığı yıllarda anayasal bir hak olan sağlık kavramına yeterince yer verilmemektedir. Ayrıca sağlık politikalarına da gereğinden daha az önem verilmiştir. Yine bu dönemde sağlık politikalarında yer verilmiş olan en önemli gelişmelerden biri ise, sağlık hizmetlerinin sunumunda hastanelerin özelleştirilmesi olmuştur. Sağlık hizmetlerinin arzındaki ücretlendirme politikaları ve geri ödeme kuruluşlarının düzenlenilmesinde önemli değişimler yapılmıştır.

Türkiye, 2003 senesinden beri uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık sistemini tekrar hazırlamaya çalışmaktadır. SDP aracılığıyla sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyete uygun olarak sağlanmasını, finanse edilmesini ve sunulmasını da hedeflemektedir. Hayata geçirilen bu hizmet planının temel ilkeleri "insan merkezilik, sürdürülebilirlik ve devamlılık" anlayışına dayanmaktadır. Toplumların sağlık gereksinimlerine duyarlı sağlık politika ve stratejilerinin belirlenmesi, siyasi iradenin ve ekonomik devamlılığın sürdürülmesi, sağlığın iyileştirilmesi, sağlığı tehdit eden girişim ve uygulamalardan kaçınılması sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı temel hedeflerinden biri, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SSK) yan tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na (SB) devredilmesi ve bütün vatandaşların tek bir Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanmasıdır. Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) 2008 yılı itibariyle hayatımıza girmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu ile sistemin finansmanı birbirinden ayrılmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından, 2003 yılında halka duyurulan Sağlıkta Dönüşüm Programı; geçmişten günümüze kadar olan reform projelerini göz önüne alarak gelecekteki sağlık sistemini tasarlayarak ve bu sisteme geçiş için ihtiyaç olan düzenlemeler gerçekleştirilmeyi planlayacaktır. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hak ve adalete uygun bir biçimde planlanması, finansmanın sağlanması ve aktarılmasını amaçlamaktadır (25). OECD'ye göre; Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye sağlık sektörünün var olan problemlerinin

incelenmesi ve bu problemlerin çözümü için hazırlanmıştır. OECD, bu problemleri aşağıdaki gibi belirtmiştir (26).

- i. Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere nazaran geri kalmış olan sağlık sonuçları
- ii. Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler
- iii. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan, mali sürdürülebilirliği zayıf parçalı yapı
- iv. Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verilebilirliktir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında planlanan tüm politikalar, halkın sağlık düzeyini arttırmayı hedeflemektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) öngördüğü asıl hedef ise, hizmet alan ile hizmet sunanların farkıdır (27). Bu görüş ile dönüşümün sekiz ana tema etrafında planlanması gerçekleştirilmiştir. Bunlar:

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan GSS,
3. Yaygın ulaşılabilir ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
  - Etkili, kademeli sevk zinciri,
  - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık kurumları,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
  - Ulusal İlaç Kurumu,
  - Tıbbi Cihaz Kurumu,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2006 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında BAĞ-KUR, Emekli Sandığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tek bir çatı altına toplanmıştır. Sağlık hizmeti sunucusunun ve alıcısının ayrılması amacı doğrultusunda Sosyal Sigorta Kurumuna bağlı hastanelerin SB'ye devredilmesi gerçekleştirilmiştir. Böylece SSK'lı hastaların tamamının kamu sağlık kurumlarına erişimi sağlanmıştır. Kişilerin sağlık hizmetlerine eşit bir şekilde erişebilmesi için

atılan adımların sağlık hizmetlerine olan talebi arttırması nedeniyle, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 'Performansa Dayalı Ödeme Sistemine' geçilmiştir. SDP kapsamında uygulanan politikalarda, sağlık hizmeti sunumunun arz ve talep açısından artışının sağlanması; sağlık harcamalarındaki artışı dengeleyebilmek ve sağlık hizmetleri için ayrılan payların verimli kullanımını sağlamak için uygulamaya konmuştur (27).

Fakat GSS sisteminde; sağlık hizmet üretimi ile finansmanın kesin olarak birbirinden ayrılması, sistemin 'sağlık hizmeti satın alma' terimi ile kurgulandığını göstermektedir. Zira yeni düzenlemede, özel sağlık kurumlarıyla anlaşmalar sağlanarak sevk imkânı getirilmiştir. Bu doğrultuda bu düzenleme özel sağlık kurumlarının kullanımını teşvik amacıyla yapılmıştır. Genel Sağlık Sigorta sistemi ile gerçekleştirilen bu düzenlemeler, sağlık hizmetlerine erişimde kaynakların sınırlarının azaltılmasıyla sağlık parametrelerinde önemli artışlar meydana gelmiştir.

Dünya Bankası tarafından hazırlanan 2003 tarihli raporda, Türkiye'nin sağlık sistemi için önerilen Aile Hekimliği modeli, sağlıkta dönüşümün ikinci ana faktörünü oluşturmaktadır. Belirtilen bu modelde; birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumsal ve bireysel olarak ikiye ayrılmıştır. Topluma sunulacak koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı merkezleri aracılığıyla sunulurken, kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimliği aracılığıyla sunulacaktır. Aile hekimliği modeline göre; aile hekimleri, GSS (Genel Sağlık Sigortası) ile anlaşma yaparak muayene sistemi içerisinde sağlık hizmeti verebileceklerdir. Fakat, GSS sisteminin tam anlamıyla uygulamaya konulmaması nedeniyle aile hekimlerine Sağlık Bakanlığı tarafından ihtiyaç olan finansal kaynak sağlanmaktadır. GSS sisteminin tam olarak uygulamaya geçmesi ve aile hekimlerinin finansmanının anlaşma yoluyla sağlanması hedeflenmiştir. Sistemin içerisinde, primlerini düzenli ödemeyen kişilerin aile hekimliği sisteminden yararlanması mümkün değildir. Aile hekimliği sisteminin en önemli özelliği ise, sevk zincirinde zorunlu olarak ilk önceliğin bu sistemde olmasıdır. Aile hekimleri, sağlık çalışanlarını kendileri seçebilmekte ve sağlık hizmeti haricindeki ihtiyaçlarını taşeron firmalar sayesinde gidermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programına bakıldığında, sağlık hizmetinin sunumunun ağırlıklı olarak özel sektör kurumlarına bırakılması, devlet kurumlarının sağlık sigortacılığı alanında yer almasını amaçladığı görülmektedir. Özellikle aile hekimliği alanında İngiltere incelendiğinde, mevcut hali ile Klinik Komisyonlar (Clinical Commissioning Groups-CCGs), eski adı

ile Sağlık Tröstleri (Primary Care Trusts) büyük bir örnek teşkil etmektedir. CCGs, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) ile sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerinden oluşmaktadır. İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlığa ayrılan özel vergilerden karşılanmaktadır (28). Sağlıkta Dönüşüm Programının üçüncü temel ayağında ise, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile 02/11/2011 tarihli Resmî Gazete’de açıklanan Kamu Hastane Birlikleri (KHB) değişimi yer almaktadır. Bu değişimin hedefi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurum ve kuruluşlarının kamu hastane birlikleri çatısı adı altında bağımsız olarak yeniden birleşmesini sağlamaktır. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin 30. Maddesinde belirtildiği üzere; ‘Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanılması amacıyla kurumlara bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ile il düzeyinde kamu hastane birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin önemi göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgedeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilir.’ Bu maddeyle, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları idari açıdan bağımsız bir yapı oluşturarak sağlık işletmesi modeline göre yeniden tasarlanmıştır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, sağlık alanında düzenleme ve denetim alanından sorumlu bir kurum haline gelmiştir (28,51-53,57-58,65,85-91,93).

#### **4.6.Sağlık Sistemlerinde Verimlilik ve Etkinlik**

Sağlık sistemlerinde en önemli amaçlardan biri verimliliktir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik, bir kurumun var olan kaynaklarını ne kadar iyi kullandığını göstermektedir. Sağlık sistemlerindeki verimlilik ve etkinlik ile ilgili yapılan çoğu çalışmada, verimsizlik sebepleri kullanılan girdi fazlalıkları veya çıktı eksiklikleri olarak belirtilmiştir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kaynakları ayırmayı zorunlu kılmıştır. Sağlık hizmetlerinde önem derecesine göre yapılacak olan faaliyetler belirlenerek sınırlı olan kaynakların etkili ve verimli kullanımı sağlanmıştır (29). Sağlık sistemlerinde verimlilik, kar veya gelir gibi kavramlardan daha fazla önem teşkil etmektedir. Çünkü verimlilik sağlık sistemlerinin strateji ve politika süreçlerinin etkinliğini ifade ederken, kar sadece sonucu ifade etmektedir. Özellikle sağlığa ayrılan kaynakların sınırlı olduğu ülkelerde verimliliğin artırılması, halkın sağlık

ihtiyaçlarının giderilmesi ve sağlık seviyesinin arttırılması açısından yüksek önem içermektedir.

#### 4.6.1.Sağlık sistemlerinde verimlilik lm

Sağlık sistemindeki verimlilik ölçümü, bir işletmenin mal veya hizmet üretirken var olan kaynaklarını hangi ölçüde verimli kullandığını ifade etmek için kullanılan bir kavramdır. Sağlanan kaynakların verimli kullanılabilmesi için sağlanan girdiler arasında oran bazında bir ilişki kurulması gerekmektedir. Yani verimlilik, çıktılar ile bu çıktıların üretiminde kullanılan kaynaklar arasındaki oransal ilişkidir. Verimlilik, yapılan işin girdi ve çıktılarının rakamsal olarak ölçülebildiği, maliyetlerin ve sonuçların maddi olarak ifade edilebildiği durumlarda kullanılan bir kavramdır. Bir işin “verimli” sayılabilmesi için;

- 1) Belirli bir girdi ile daha çok çıktı elde edilmesi,
- 2) Belirli bir çıktının daha az girdi ile elde edilmesi,
- 3) ıktıların, girdilerin artmasından daha fazla artırılması gerekir. rnek olarak, bir sağlık kuruluşunda sağlık hizmetlerinin verimli olabilmesi için, daha az sağlık personeli ile daha fazla hastaya sağlık hizmeti sunumu yapılması veya sağlık hizmeti verilen hastaların sayısı artarken, sağlık hizmeti için kullanılan üretim girdilerinin azalması gerekmektedir. Ancak bu koşulların sağlanması istenirken, sağlık hizmetinde kaliteye önem verilmelidir. Bir işletmede kaliteli mal ve hizmet üretilmesi, üretimde kaynakların verimli kullanıldığını göstermektedir. Kaliteli hizmeti de baz alarak belirli bir seviyedeki bir çıktının minimum girdi ile elde edilmesi veya belirli bir girdi ile maksimum sonuç elde edilmesi verimliliktir (30,61).

Verimlilik yerine, prodüktivite, rantabilite gibi kavramlar kullanılmaktadır. Fakat verimlilik prodüktivite ve rantabiliteden farklı olarak “standartların” varlığını gerektirmektedir. Yani;

$$\text{Verimlilik} = \frac{\text{Standartla ve iyi uygulamalarla karşılaştırılan girdi}}{\text{çıktıdır.}}$$

Üretkenlik (prodüktivite), üretilen mal veya hizmetlerin miktarı ile kullanılan üretim unsurları arasındaki aritmetik oran olarak belirtilmiştir. Buna göre;

$$\text{Prodüktivite} = \frac{\text{Üretimden elde edilenlerin fiziksel miktarı}}{\text{Üretimde kullanılan üretim faktörlerinin miktarı}}$$

Şeklinde ifade edilir.

Verimlilik, rantabiliteden de farklı bir kavramdır. Rantabilite (karlılık) bir kurumda belirli bir dönemde elde edilen karın aynı dönemde kurumda kullanılan ortalama kurum sermayesine oranı olarak belirtilmiştir. Yani;

$$\text{Rantabilite} = \frac{\text{Kar}}{\text{Sermaye}} \times 100 \text{ dür.}$$

### ***Etkinlik***

Etkinlik, bir kurumun tanımlanan amaçlarına ve stratejik planlarına ulaşması için gerçekleştirdikleri faaliyetlerin sonucunda, bu amaç ve hedeflere ulaşabilme seviyesini belirleyen bir performans ölçütüdür. Etkinlik, belirlenen amaçların ne ölçüde yapıldığı ve planlanan amaç ile gerçekleşen amaç arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Devletin ürettiği mal ve hizmetlerin verimlilik düzeyinin ölçülmesi zor olduğundan dolayı daha kapsamlı bir kavram olarak ‘etkinlik’ kavramı kullanılmıştır.

Etkinlik kavramı verimlilikten farklı olarak daha çok amaçlarla ilgilidir. Bir kurumun amaçlarına ulaşip ulaşmadığını ya da ulaşma seviyesini göstermektedir. Yani etkinliği ölçebilmek için amaçların belirlenmesi ve daha sonra üretim süreci sonucunda planlanan amaçlarla karşılaştırılması gerekmektedir. Bir işin “etkin” olarak ifade edilebilmesi için, söz konusu işin işletmenin, plan, program ve amaçlarına en iyi şekilde yaklaşması gerekir. Buna göre;

$$\text{Etkinlik} = \frac{\text{Gerçekleşen çıktı}}{\text{Etkilerin amaç ve hedeflerle karşılaştırması}}$$

Şeklinde formüle edilebilir.

Örneğin, hastanenin sağlık hizmetleri için etkinlik, sağlık hizmetlerindeki yükselme ve verimlilik neticesinde, hedeflere ulaşip ulaşılmadığı ve hastalığın sayısal değerlerinin azalıp azalmadığı şeklinde ifade edilebilir. Verimlilik ve etkinlik, bir işletmenin başarısını değerlendirirken kullanılan önemli kavramlardan biridir. Verimlilik, etkinlik ve tutumluluk (VET) Performans Denetiminin (Performance

Audit) faktörlerini oluşturmaktadır. Bir kurumun gerçek başarısının değerlendirilebilmesi için kurumun verimlilik, etkinlik ve tutumluluk açısından tek tek incelenmesi gerekmektedir. Çünkü bu kavramlar arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bunlar;

- 1- Etkinlik kavramı verimlilik kavramından daha fazla kapsayıcıdır.
- 2- Verimlilik sadece kamu hizmetlerinin sayısal olarak ölçülebildiği yerlerde yararlı olurken, etkinlik tüm kamu hizmetlerini kapsamaktadır.
- 3- Etkinlik, bir kamu hizmetinin sonuçlarını mümkün olan ekonomik yollarla azaltmaya çalışırken, verimlilik ise etkinliğin ana unsurlarından yalnızca biri olarak sonuçların arttırılmasını etkinlikle beraber oluşturmayı amaçlamaktadır.

Etkinlik ölçümünde en önemli konu hedeflerin nicel ölçümüdür. Çünkü sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin özellikleri, hedeflerin dijitalleştirilmesinde bazı sorunlar oluşturmaktadır. Ancak sağlık kuruluşlarındaki tüm zorluklara rağmen, fiili hasta günü/planlanan hasta günü, fiili ortalama hastanede kalış zamanı/planlanan ortalama hastanede kalış zamanı, yapılan ayakta hasta ziyaret sayısı/ planlanan ayakta hasta ziyareti sayısı, yapılan yatışlar Hasta sayısı/planlanan hasta sayısı, yapılan aşı sayısı/planlanan aşı sayısı, gerçek hastane içi ölüm oranı/planlanan ayakta hasta sayısı Hastane içi ölüm gibi indikatörler etkinlik ölçütleri olarak kullanılır.

Kısmi üretkenlik, ortalama üretkenlik, üretim faktörlerinden yalnızca biridir. Örneğin, çalışan verimliliği yalnızca bir üretim faktörünü dikkate alır. Toplam faktör verimliliği, bütün üretim faktörleri için uygun ağırlıklandırmalarla hesaplanmaktadır. Bu yaklaşımın dezavantajı, birçok girdi ve çıktının nasıl bir araya geleceği hakkında bilgi vermemesidir. Toplam verimlilik ise, toplam faktör verimliliği gibi üretim unsurlarının tamamının veya kısmi verimlilik gibi sadece tek bir faktörün hesaplanması değil, birden fazla faktörün hesaplanmasıdır. Örneğin, toplam verimlilik girdi olarak sermaye ve çalışanların üretkenliğinin çıktılarının toplam değerine bölünmesiyle elde edilen değerdir. Bununla birlikte, bazı kaynaklar birbirinin yerine toplam faktör verimliliği ve toplam faktör verimliliğine atıfta bulunur (30).

#### **4.6.2.Verimlilik ölçüm yöntemleri**

Literatür incelendiğinde; verimlilik ölçme yöntemleri içerisinde rasyo analiz, parametrik yöntemler ve parametrik olmayan yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemlerin her birinin avantaj ve dezavantajları vardır (31).

#### **4.6.2.1.Rasyo analiz**

Verimliliği ölçmede en çok kullanılan yöntem, rasyo analiz yöntemidir. Bu yöntem, bir girdi ile bir çıktının birbirleri ile ilişkilendirilmesi sonucunda oluşan sayısal gelişiminin gözlemlenmesidir. Uygulanmasındaki kolaylık nedeniyle genel olarak bu analiz yöntemi kullanılmaktadır. Verimlilik ölçümünde kullanılan formülün girdi ve çıktıları değişkenlik göstermektedir. Örnek verecek olursak, hemşirelerin verimlilik düzeylerini ölçmek için verimliliğin formülü, tedavi edilen hasta sayısı ile hemşirelerin çalışma saatine bölünmesi ile ölçülmektedir. Sağlık kuruluşlarında oran analizi ile verimlilik ölçümü yapılırken girdi ve çıktıların vurgulanması gerekmektedir (11,32). Ek olarak, sağlık kurumlarında yalnızca bir kalite tanımının bulunmaması ve sağlık hizmetinin kalitesiyle sağlık hizmetinin miktarı arasındaki sebep-sonuç ilişkisinden dolayı bilgi birikiminin eksik ve az olması, verimliliği ölçerken kalite değişkeninin kullanımını kısıtlamaktadır.

#### **4.6.2.2.Regresyon analizi**

Regresyon analizi, değişkenlerin aralarında neden sonuç ilişkisi bulunan, bağımlı ve bağımsız değişkenlerin yapısını belirlemek amacı taşıyan bir yöntemdir. Basit regresyon eşitliği, X bağımsız, Y bağımlı değişken, b bağımsız değişken katsayısı, a da regresyon doğrusunun Y eksenini kestiği, bağımlı değişkenin sıfır değerini almasını ve noktasını gösterdiğini varsayarsak  $Y = a + bX$  olarak formüle edilmektedir. Birden fazla bağımsız değişken kullanılırsa regresyon eşitliği e regresyon doğrusunda yer alan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişiminin tümünü açıklayamaması halinde kullanılan hata terimini göstermek amacıyla  $Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n + e$  ile ifade edilmektedir. Regresyon analizinde çıktıların sayısı bağımlı değişken, girdilerin sayısı da bağımsız değişken olarak ifade edilmektedir. Regresyon doğrusu üzerinde veya üstünde yer alan karar birimleri verimli, altında yer alan karar birimleri ise verimsiz olarak belirtilmiştir. Yöntemin açıkları, verimliliği en yüksek verimlilik düzeyine göre değil, ortalama verimlilik düzeyine göre ölçmesidir (11,32). Bu analiz yöntemi verimliliği ölçerken birden fazla çıktı kullanıldığı takdirde etkili olmamaktadır.

#### **4.6.2.3. Veri zarflama analizi (VZA)**

Veri Zarflama Analizi, sağlık kurumlarında birden fazla girdi ve çıktıyı kullanarak kurumlararası ya da kurum içindeki karar mercilerini karşılaştırarak görelî performansı ölçen bir analiz yöntemidir. VZA, ilk Abraham Charnes, William W. Cooper ve Edward Rhodes tarafından 1978 yılında European Journal of Operational Research dergisinde Measuring the Efficiency of Decision Making Units adlı makalede gösterilmiştir (65). Veri zarflama analizi, üretim ve hizmet örgütlerinde performansı değerlendirme ve geliştirme konusunda önemi artan bir analizdir (33).

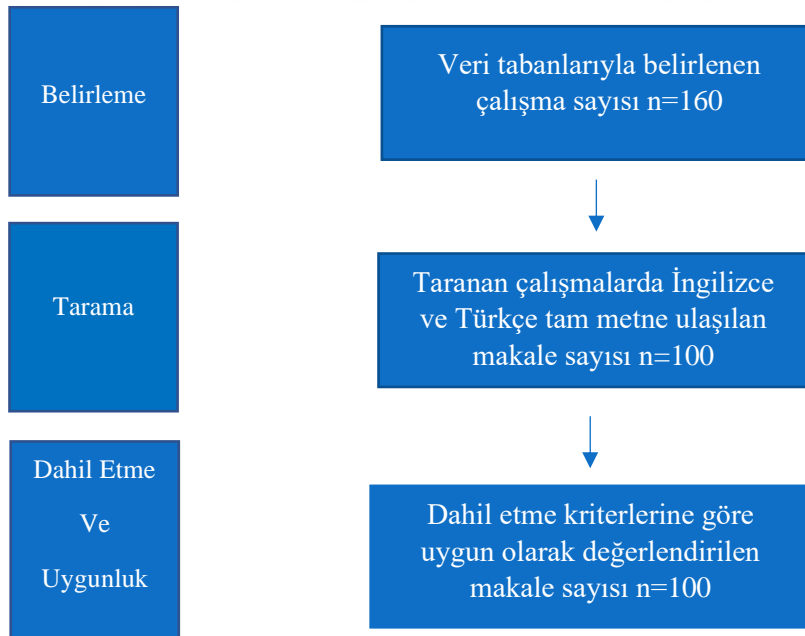
Veri zarflama analizi en çok, kurumların performansının değerlendirilmesinde ve okulların, hastanelerin, sağlık kurumlarının karşılaştırılmasında kullanılan analiz yöntemidir.

## 5.MATERYAL VE METOT

### 5.1. Sistematik Literatür Taraması ve Araştırma Stratejisi

Sistematik derleme; herhangi bir araştırma sorusuna yanıt bulmak, son durumunu belirlemek, karşılaştırma yapmak, o alanda yayımlanmış tüm çalışmaların araştırma da tutulma kriterlerini belirleyip kapsamlı bir şekilde taranarak, ne tür çalışmaların derlemeye alınacağıın, araştırmacı ve uzman görüşüyle belirlenmesi, araştırmaya alınan yayınların bulgularının sentez edilmesidir (34). Literatürde bir konuyla ilgili birden fazla araştırma ile karşılaşmak mümkündür.

Bu çalışma OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin verimliliğinin incelenmesi Konusunda 2011-2021 yılları arasında yayınlanmış makalelerin sistematik bir derlemesidir. Yapılan bu çalışmanın raporlaması, PRISMA kılavuzuna göre hazırlanmıştır. PRISMA, sistematik derlemelerin alan yazın taraması aşamalarının raporlanmasına ilişkin belli bir ölçütle hareket eden, taramaların sayısal veri sonuçlarında şeffaflık sağlayan, araştırmacının verilerini elde etme aşamasından, bulguların yorumlanmasına kadar araştırmacı için bir kılavuzdur. PRISMA kılavuzunun uygulanmasında karar kriterleri aşağıdaki gibi ifade edilmektedir:



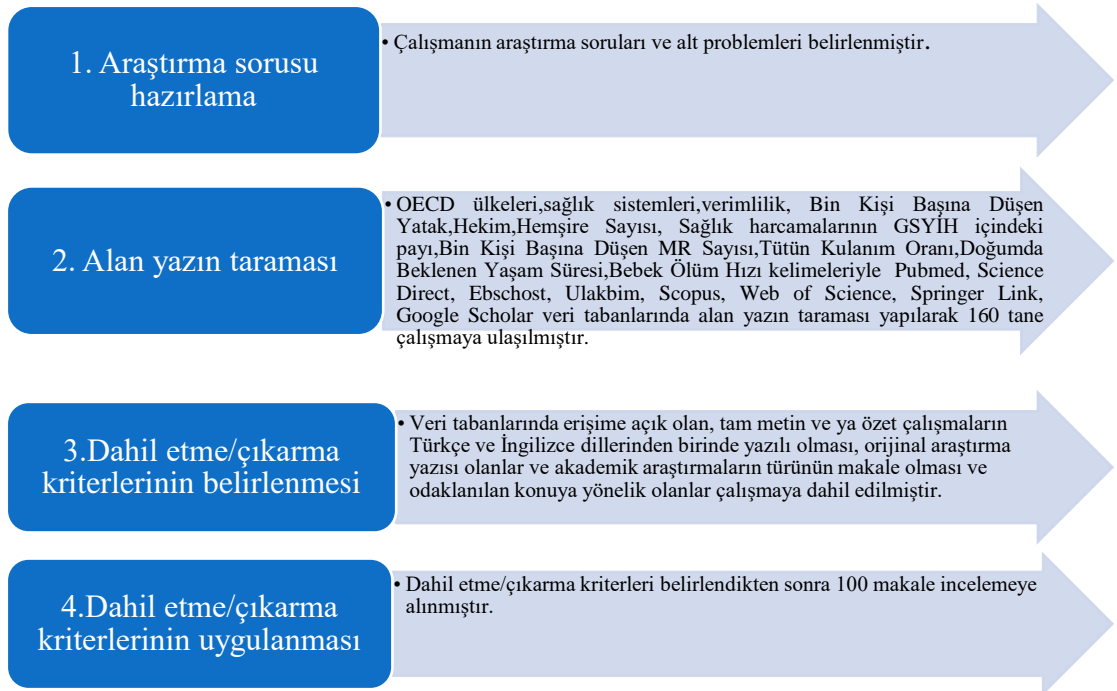
**Şekil 5.1.1:** PRISMA Kılavuzunun Uygulanmasında Karar Kriterleri

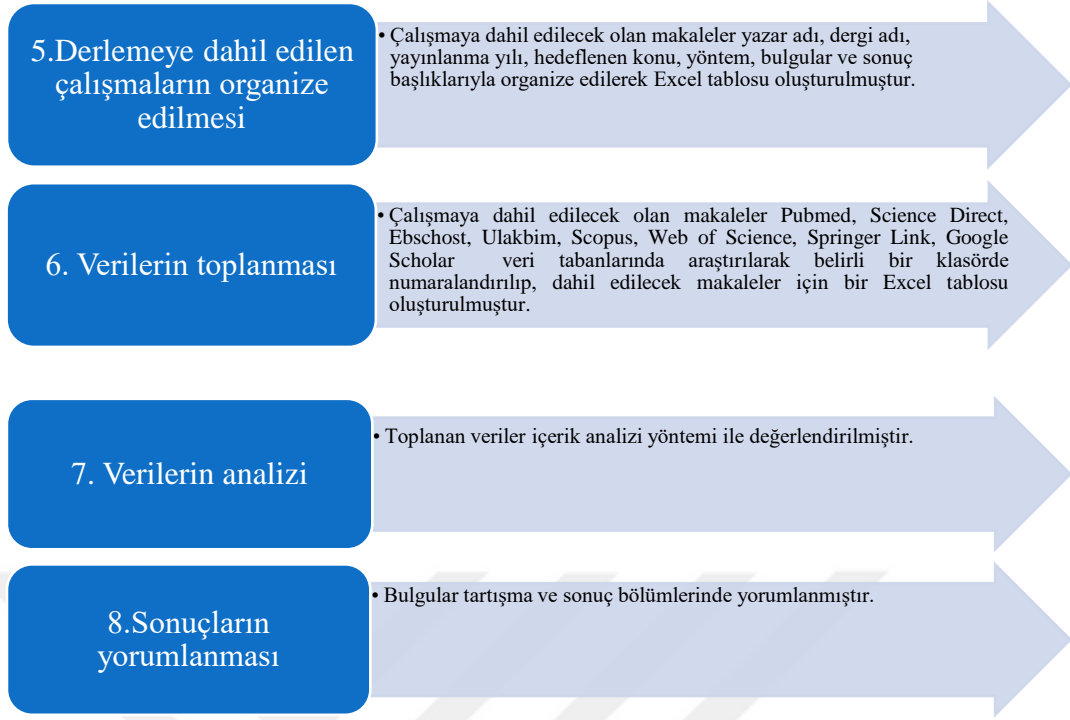
**Kaynak:** (35).

Araştırmanın modelini sistematik derleme yöntemi oluşturmaktadır. Araştırmanın modelinde OECD ülkelerinin sağlık verilerinin bulunduğu World Bank veri tabanından ve OECD veri bankasından alınan verilerin kullanılarak 2011-2021 yılları arasında Pubmed, Science Direct, Ebschost, Ulakbim, Scopus, Web of Science, Springer Link, Google Scholar veri tabanlarında yayınlanan makaleler taranarak yapılmıştır. Sistematik derleme yapılırken “OECD ülkeleri”, “sağlık sistemleri” “verimlilik”, “sağlık sistemlerinin verimliliği”, “Bin Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı”, “Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı”, “Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı”, “Bin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması”, Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı”, “Bin Kişi Başına Düşen MR Sayısı”, “Tütün Kullanım Oranı”, “Doğumda Beklenen Yaşam Süresi”, “Bebek Ölüm Hızı” kelimelerinin farklı kombinasyonlarıyla taranmıştır. Bu çalışmalardan araştırma kriterlerine uygun makaleler analiz edilmiştir. Tarama sonucunda 160 çalışmaya ulaşılmıştır. Hedeflenen konunun dışında kalan araştırmalar dahil edilmemiştir. Araştırma kriterini sağlayan 100 çalışmanın başlık ve özetleri, araştırmacı tarafından incelenmiştir. Araştırmaya alınan 100 makale yıl, yazar, dergi adı, makalenin türü, hedeflenen konu, yöntem, bulgular, sonuç ve öneriler başlıklarıyla incelenmiştir.

## 5.2. İşlem Basamakları

Araştırma sürecinde izlenen aşağıdaki şemada ifade edilmiştir.





### Şekil 5.2. 1: Araştırma Sürecinde İzlenen İşlem Basamakları

#### 5.3. Araştırmaların Çalışmaya Alınma Kriterleri

Araştırmada ulaşılan makaleler arasında çalışmaya dahil edilmek için çeşitli kriterlere başvurulmuştur. Bu kriterler şu şekilde ifade edilebilmektedir:

- Araştırmaların kısaltma veya tam metnine internet üzerinden ulaşılabilmesi,
- Araştırma yazısının özgün haline ulaşılması,
- Araştırma başlık veya özetinde OECD ülkeleri, sağlık, sağlık hizmetleri, verimlilik konuları ile ilgili ifadelerin açıkça belirtmiş olması
- Yazım dili ve yayının Türkçe ya da İngilizce olması
- Araştırmanın odaklanılan konuya yönelik olması
- Araştırmaların türünün makale olması gerekmektedir.

#### 5.4. Veri Toplama Süreci ve Araçları

Verinin toplandığı araçlar, Pubmed, Science Direct, Ebschost, Ulakbim, Scopus, Web of Science, Springer Link, Google Scholar şeklindedir. Veri toplama tekniği belge incelemesidir. Belge inceleme tekniğinde kullanılan anahtar kelimeler büyük rol oynamaktadır. Anahtar kelimeler veri tabanlarında çok fazla sayıda araştırmaya ulaşmaya yardımcı olmaktadır. Ancak her araştırma çalışma için uygun

olmamaktadır. Dahil edilme kriterlerinden birisi olan hedeflenen konu kriteri çalışma için kolaylaştırıcı olmuştur. Alan yazın taramasında ilk adım anahtar kelimeler belirlenmiştir. İkinci adım ise veri tabanı sonuçlarını elde edilmiştir. Bu adımda anahtar kelimeler ile veri tabanlarındaki makalelere ulaşılmıştır. Üçüncü adımda ise ön elemelerden geçen 100 makale Excel tablosuna işlenmiştir. Çalışma esnasında hazırlanan örnek Tablo 5.4.1. olarak gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 100 makalede örnek tabloda olduğu gibi kategorize edilmiştir. Analizler bu tablo üzerinden gerçekleştirilmiştir.



**Tablo 5.4.1. Örnek Oluşturulan Excel Tablosu**

Çalışmanın Adı	Çalışmanın Amacı	Girdi-Çıktı değişkenleri	Yöntem	Dergi	Yıl	Sonuç
Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries	İki model kullanarak sağlık sistemlerinin verimliliğini (SEÇ) karşılaştırmak	Sağlık sisteminin isteğe bağlı kontrolü dahilinde olduğu düşünülen girdileri (yani, doktorların yoğunluğu, yatan hasta yoğunluğu ve sağlık harcaması) içeren ve diğeri çoğunlukla sağlık sistemlerinin kontrolünün ötesindeki girdileri içerir (yani GSYİH, meyve ve sebze tüketimi ve sağlık harcamaları)	Veri zarflama analizi (DEA)	Avrupa Sağlık Ekonomisi Dergisi	2011	Büyük ve istikrarlı ekonomilere sahip dokuz ülkedeki sağlık sistemleri, model I'de verimli olarak tanımlanmış, ancak model II'de verimsiz bulunmuştur; Kapı bekçiliği ve birden fazla sigorta şirketinin varlığı, daha düşük bir verimlilikle ilişkilendirildi ve Sosyoekonomik ve çevresel göstergeler arasındaki ilişki belirsiz bulunmuştur.
Hindistan'da Sağlık Sisteminin Verimliliği: DEA Yaklaşımını Kullanan Eyaletler Arası Bir Analiz	Bu çalışma, Hindistan'ın çeşitli eyaletlerinde sağlık sisteminin verimliliğini değerlendirmek ve karşılaştırmak için veri zarflama analizi modelini kullanır.	Hindistan'daki yetkili sağlık otoritesinden alınan veriler	Veri Zarflama Analizi kullanılmıştır.	Social Work In Public Health	2012	Yoksulların yoğunlaştığı verimsiz eyaletlerde sağlık altyapısının ve insan gücünün yetersizliğini gösteriyor. Verimliliğin belirleyicileri arasında kadın okuryazarlığı, yoksulluk düzeyi, kurumsal teslimat ve çocukların tam aşılmasının Hindistan'daki sağlık sisteminin verimliliğini açıklamada önemli faktörler olduğu kanıtlanmıştır.
OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi	Bu çalışmada, kapsamlı bir literatür araştırmasıyla girdi ve çıktı değişkenleri belirlendikten sonra, en güncel sağlık verileri kullanılarak Veri Zarflama Analizi (VZA) ile OECD üyesi 34 ülkenin sağlık alanındaki etkinlikleri değerlendirilmiştir.	Girdiler: Bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısı, kişi başına düşen sağlık harcaması, GSYİH'den sağlık harcamalarına ayrılan pay Çıktılar: Doğumda beklenen yaşam süresi, beş yaş altı ölüm oranı	VZA Yöntemi, CCR Yaklaşımı	Endüstri Mühendisliği Dergisi Makale Cilt: 23 Sayı: 4 Sayfa: (14-31)	2012	34 ülke arasından 10 ülke etkin olarak kaydedilirken, yeni değerlendirmede 22 ülke içinden sadece yedi ülke etkin olarak belirlenmiştir. Son olarak, değerlendirilmelerde dikkat edilmesi gereken noktalar ve ileriye dönük olarak yapılabilecek iyileştirmeler tartışılmıştır

## 6.BULGULAR

### 6.1. OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yıllara Göre Değerlendirme Analizleri

Aşağıdaki Tablo 6.1.1. 'de OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin verimliliğinin incelenmesi kapsamında yayınlanan makalelerin yıllara göre dağılımı analiz edilmiştir.

**Tablo 6.1.1.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	f	Yüzde %
2011	4	4
2012	4	4
2013	5	5
2014	2	2
2015	10	10
2016	8	8
2017	18	18
2018	5	5
2019	17	17
2020	10	10
2021	17	17
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6.1.1.'den de anlaşılacağı üzere OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi kapsamında yayınlanan makalelerin yıllara göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo 6.1.1. incelendiğinde 2011-2021 yılları arasında yayınlanan makalelerin sayısı görülmektedir.

Tabloya bakıldığında, en az 2014 yılında 2 adet %2 oranında makale yayınlandığı görülmüştür. 2011-2012 yılları arasında 4 adet %4 oranında makale yayınlanmıştır. 2013 ve 2018 yılları arasında 5 adet %5 oranında makale yayınlandığı görülmüştür. En fazla makale 18 adet %18 oranı ile 2017 yılında yayınlanmıştır. 2011-2021 yılları arasında makale yayınlanmayan herhangi bir yıla rastlanmamıştır. Tablo 6.1.1. analiz edildiğinde ilk yıllar çok fazla makale yayınlanmamıştır. En fazla makale yayınlanan

yıl aralığı 2015-2021 yılları arasında 85 makale olup, değerlendirilen toplam makale sayısının %85 ini oluşturmaktadır.

## 6.2 OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yazar Sayısına Göre Değerlendirme Analizleri

Aşağıdaki Tablo 6.2.1. 'de OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi kapsamında yayınlanan makalelerin yazar sayısına göre dağılımı analiz edilmiştir.

**Tablo 6.2.1.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Yazar Sayısına Göre Dağılımı

Yazar Sayısı	f	Yüzde (%)
1	12	12
2	41	41
3	28	28
4	6	6
5	2	2
6	3	3
7	3	3
8	0	0
9	3	3
10 ve üzeri	2	2
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6.2.1.'den de anlaşılacağı üzere OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi kapsamında yayınlanan makalelerin yazar sayısına göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo 6.2.1.' de 2011-2021 yılları arasında yayınlanan makalelerin yazar sayıları 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ve üzeri şeklinde kategorize edilmiştir. Makaleler incelendiğinde 12 adet makale %12 oranında 1 yazarlı, 41 adet makale %41 oranında 2 yazarlı, 28 adet makale %28 oranında 3 yazarlı, 6 adet makale %6 oranında 4 yazarlı, 2 adet makale %2 oranında 5 yazarlı, 3 adet makale %3 oranında 6 yazarlı, 3 adet makale %3 oranında 7 yazarlı, 0 adet makale %0 oranında 8 yazarlı, 3 adet makale %3 oranında 9 yazarlı, 2 adet makale %2 oranında 10 ve üzeri yazarlı makalelerden oluşmaktadır. Tablo 6.2.1. incelendiğinde en fazla makale %40 oranında 40 adet makale 2 yazarlı olarak tespit

edilmiştir. 8 yazarlı makaleye rastlanmamıştır. En az makale adedi 5 ve 10 üzeri yazarlı makalelerden oluşmaktadır.

### **6.3. OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Araştırma Desenine Göre Değerlendirme Analizleri**

Aşağıdaki Tablo 6.3.1. 'de OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi kapsamında yayınlanan makalelerin araştırma desenine göre dağılımı analiz edilmiştir.

**Tablo 6.3.1.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Araştırma Modeline Göre Dağılımı

Araştırma Modeli	f	Yüzde (%)
Derleme	7	7
Araştırma	93	93
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6.3.1.'den de anlaşılacağı üzere OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi kapsamında yayınlanan makalelerin araştırma desenine göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo 6.3.1.'de 2011-2021 yılları arasında OECD Ülkelerinin sağlık sistemlerinin verimliliğinin incelenmesi kapsamında yayınlanan makalelerin araştırma deseni derleme ve araştırma makaleleri olacak şekilde kategorize edilmiştir.

Tablo 6.3.1. incelendiğinde yayınlanan makalelerin büyük çoğunluğunu araştırma makaleleri oluşturmaktadır. 2011-2021 yılları arasında yayınlanan makalelerin 7 adedi derleme makalesi olarak görülmektedir. Bu rakam, değerlendirmeye alınan makalelerin %7'sini oluşturmaktadır. Makalelerin 93 adedi araştırma makalesi olarak yayınlanmıştır. Bu rakam, toplam makalelerin %93'ünü oluşturmaktadır.

### **6.4. OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Odaklanılan Konuya Göre Değerlendirme Analizleri**

Aşağıdaki Tablo 6.4.1. 'de OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi kapsamında yayınlanan makalelerin odaklanılan konuya göre dağılımı analiz edilmiştir.

**Tablo 6.4.1.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Odaklanılan Konuya Göre Dağılımı

Odaklanılan konu	f	Yüzde (%)
OECD Ülkeleri ve sağlık sistemleri	28	28
OECD Ülkelerinde sağlık harcamaları	8	8
OECD Ülkelerinde sağlık sistemlerinin verimliliği/etkinliği	21	21
OECD Ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi	5	5
OECD Ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmetleri	4	4
OECD Ülkelerinde bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısı	1	1
OECD Ülkelerinde bin kişi başına düşen doktor sayısı	2	2
OECD Ülkelerinde bin kişi başında düşen hemşire sayısı	1	1
OECD Ülkelerinde bin kişi başına düşen Manyetik Rezonans sayısı	1	1
OECD Ülkelerinde bebek ölüm oranları	6	6
OECD Ülkelerinde tütün kullanım oranları	1	1
OECD Ülkelerinin sağlık alanındaki etkinliklerinin incelenmesi	5	5
OECD Ülkelerinin sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi	3	3
OECD Ülkelerinin sağlık göstergeleri bakımından incelenmesi	14	14
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6.4.1.'den de anlaşılacağı üzere OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi kapsamında yayınlanan makalelerin yazarların odaklandıkları konulara göre dağılımı görülmektedir. Tablo 6.4.1.' de 2011-2021 yılları arasında yayınlanan makaleler 14 farklı konu üzerinde şekillenmiştir. Bu konu başlıkları; OECD'ye üye Ülkeler ve bu ülkelerin sağlık sistemleri, OECD Ülkelerinde sağlık için yaptıkları harcamaları, OECD Ülkelerinde sağlık sistemlerinin verimliliği/etkinliği, OECD Ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi, OECD Ülkelerinde birinci basamak sağlık

hizmetleri, OECD Ülkelerinde bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısı, OECD Ülkelerinde bin kişi başına düşen doktor sayısı, OECD Ülkelerinde bin kişi başında düşen hemşire sayısı, OECD Ülkelerinde bin kişi başına düşen Manyetik Rezonans sayısı, OECD Ülkelerinde bebek ölüm oranları, OECD Ülkelerinde tütün kullanım oranları, OECD Ülkelerinin sağlık alanındaki etkinliklerinin incelenmesi, OECD Ülkelerinin sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, OECD Ülkelerinin sağlık göstergeleri bakımından incelenmesi şeklinde kategorize edilmiştir.

Birçok konuyu odak noktası olarak belirleyen ve OECD Ülkelerinin sağlık sistemleri ve verimlilikleri hakkında bilgiler veren makalelerden, OECD Ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi başlığı altında yayınlanan makale sayısı ve OECD Ülkelerinin sağlık alanındaki etkinliklerinin incelenmesi başlığı adı altında yayınlanan makale sayısı birbirine eşit olup 5 adet %5 oranı ile bu konu üzerinde araştırma yapıldığı gözlemlenmiştir. En çok yapılan araştırmaların 28 adet %28 oranı ile OECD Ülkeleri ve sağlık sistemleri konusu başlığı altında toplandığı görülmektedir. OECD Ülkelerinde sağlık harcamaları konulu yayınlanan makalelerin 8 adet %8 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinde sağlık sistemlerinin verimliliği/etkinliği konulu yayınlanan makalelerin 21 adet %21 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmetleri konulu yayınlanan makalelerin 4 adet %4 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinde bin kişi başına düşen yatak sayısı konulu yayınlanan makalelerin 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinde bin kişi başına düşen hekim sayısı konulu yayınlanan makalelerin 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinde bin kişi başında düşen hemşire sayısı konulu yayınlanan makalelerin 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinde bebek ölüm oranları konulu yayınlanan makalelerin 6 adet %6 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinde tütün kullanım oranları konulu yayınlanan makalelerin 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinin sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi konulu yayınlanan makalelerin 3 adet %3 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinin sağlık göstergeleri bakımından incelenmesi konulu yayınlanan makalelerin 14 adet %14 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinde bin kişi başına düşen Manyetik Rezonans sayısı konulu yayınlanan makalelerin 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

## 6.5. OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sonuçlarına Göre Değerlendirme Analizleri

Aşağıdaki Tablo 6.5.1. ile 6.5.10.'da OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi kapsamında yayınlanan makalelerin sonuçlarına göre dağılımı analiz edilmiştir.

**Tablo 6.5.1.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Sistemlerinin Verimliliği ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve maddi kaynakların tahsisini sağlayarak sağlık kaynaklarının kullanımında verimliliğin arttırılacağı düşünülmektedir.	11	52,36
Sağlık altyapısı ve insan gücünün yetersizliği sonucunda ülkelerin verimsiz olduğu belirlenmiş olup, verimliliğin belirleyicileri arasında kadın okur yazarlığı, yoksulluk düzeyi, çocuk aşılamalarının önemi vurgulanmıştır.	1	4,76
Sağlık sistemlerinde verimlilik artışı nedeniyle ekonomik büyüme meydana gelmiştir.	2	9,52
Sağlık hizmetlerinde doğru yapılanma ile yeterli kalitenin sağlanması koşulu, sağlık sorunlarının tamamına yakınının birinci basamak sağlık hizmetleri ile çözümlenebileceğini göstermiştir.	3	14,28
Sağlık politika yapıcıları için ülkelerdeki sağlık sistemlerini değerlendirmek ve karşılaştırmak, stratejik olarak sağlık planları geliştirmek için yararlı olacağı gözlemlenmiştir.	1	4,76
İstikrarlı ekonomiye sahip ülkelerdeki sağlık sistemlerinde birden fazla sigorta şirketinin varlığı düşük verimlilikle ilişkilendirilmiştir.	1	4,76
Sağlık sistemlerinde verimliliğin azalmasının nedenleri arasında, iş değiştirme konusunda kararsız kalınması, motivasyonun düşük olması ve kurum kültürüne yabancı olmak gösterilebilir.	1	4,76

Asya ülkelerinde sağlık sistemlerinin verimsiz olduğu tespit edilmiş olup, ülke kaynaklarının sağlığa ayrılan payının arttırılması halinde sağlık sistemlerinin de verimliliğinin artabileceği vurgulanmıştır.	1	4,76
<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Tablo 6.5.1. incelendiğinde, OECD Ülkelerinin sağlık sistemlerinin verimliliğinin incelenmesi kapsamında yayınlanan 21 makaleden 8 farklı sonuç elde edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve maddi kaynakların tahsisini sağlayarak sağlık kaynaklarının kullanımında verimliliğin arttırılacağı düşünülmektedir. Bu sonuca ulaşan 11 adet %11 oranında makale tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde doğru yapılanma ile yeterli kalitenin sağlanması koşulu, sağlık sorunlarının tamamına yakınının birinci basamak sağlık hizmetleri ile çözümlenebileceğini göstermiştir. Bu sonuca ulaşan 3 adet %3 oranında makale bulunmaktadır. Sağlık sistemlerinde verimlilik artışı nedeniyle ekonomik büyüme meydana gelmiştir. Bu sonuca ulaşan 2 adet %2 makale bulunmaktadır. Sağlık altyapısı ve insan gücünün yetersizliği sonucunda ülkelerin verimsiz olduğu belirlenmiş olup, verimliliğin belirleyicileri arasında kadın okur yazarlığı, yoksulluk düzeyi, çocuk aşılamalarının önemi vurgulanmıştır. Bu sonuca ulaşan 1 adet %1 makale bulunmaktadır. Sağlık politika yapıcılarını için ülkelerdeki sağlık sistemlerini değerlendirmek ve karşılaştırmak, stratejik olarak sağlık planları geliştirmek için yararlı olacağı gözlemlenmiştir. Bu sonuca ulaşan 1 adet %1 makale bulunmaktadır. İstikrarlı ekonomiye sahip ülkelerdeki sağlık sistemlerinde birden fazla sigorta şirketinin varlığı düşük verimlilikle ilişkilendirilmiştir. Bu sonuca ulaşan 1 adet %1 makale bulunmaktadır. Sağlık sistemlerinde verimliliğin azalmasının nedenleri arasında, iş değiştirme konusunda kararsız kalınması, motivasyonun düşük olması ve kurum kültürüne yabancı olmak gösterilebilir. Bu sonuca ulaşan 1 adet %1 makale bulunmaktadır. Asya ülkelerinde sağlık sistemlerinin verimsiz olduğu tespit edilmiş olup, ülke kaynaklarının sağlığa ayrılan payının arttırılması halinde sağlık sistemlerinin de verimliliğinin artabileceği vurgulanmıştır. Bu sonuca ulaşan 1 adet %1 makale bulunmaktadır.

**Tablo 6.5.2.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Doğumda beklenen yaşam süresinin uzamaya devam etmesi, sağlık ve sosyal hizmetler ile emekli aylıkları için stratejik bir planlamaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.	1	20
Doğumda beklenen yaşam süresi, ülkelerin sağlık sistemi performansını ölçen göstergelerden biri haline gelmiştir. En yüksek doktor konsültasyon oranları doğumda yaşam beklentisi en yüksek olan ülkelerde sunulmaktadır.	1	20
Daha İyi Yaşam Endeksi'ne göre, Türkiye'nin daha az puan aldığı iş-hayat dengesi ve gelir-hayat memnuniyeti kriterlerini önemseyerek bu noktalara dikkat etmelidir. Kişilerin çalışma hayatında refah seviyesi artarsa ülke refahına olumlu katkıda bulunulacağı görülmüştür.	1	20
OECD Ülkelerindeki doğumda beklenen yaşam süresinin zamanla azalması, ülkelerin hedeflerine ulaşmasını zorlaştırdı. Bu durumun halk sağlığı ve ekonomi açısından etkileri önemli hale gelmiş olup, yaşam beklentisinin azalmasının altında yatan nedenlerin araştırılması önerilmektedir.	2	40
<b>Toplam</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Tablo 6.5.2. incelendiğinde OECD Ülkelerinin sağlık sistemi kapsamında doğumda beklenen yaşam süresi konusu ile ilgili yayınlanan 5 makaleden 4 farklı sonuç elde edilmiştir. OECD Ülkelerindeki doğumda beklenen yaşam süresinin zamanla azalması, ülkelerin hedeflerine ulaşmasını zorlaştırdı. Bu durumun halk sağlığı ve ekonomi açısından etkileri önemli hale gelmiş olup, yaşam beklentisinin azalmasının altında yatan nedenlerin araştırılması önerilmektedir. Bu sonuca ulaşan 2 adet %2 makale bulunmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresinin uzamaya devam etmesi, sağlık ve sosyal hizmetler ile emekli aylıkları için stratejik bir planlamaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Bu sonuca ulaşan 1 adet %1 makale bulunmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi, ülkelerin sağlık sistemi performansını ölçen

göstergelerden biri haline gelmiştir. En yüksek doktor konsültasyon oranları doğumda yaşam beklentisi en yüksek olan ülkelerde sunulmaktadır. Bu sonuca ulaşan 1 adet %1 makale bulunmaktadır. Daha İyi Yaşam Endeksi'ne göre, Türkiye'nin daha az puan aldığı iş-hayat dengesi ve gelir-hayat memnuniyeti kriterlerini önemseyerek bu noktalara dikkat etmelidir. Kişilerin çalışma hayatında refah seviyesi artarsa ülke refahına olumlu katkıda bulunulacağı görülmüştür. Bu sonuca ulaşan 1 adet %1 makale bulunmaktadır.

**Tablo 6.5.3.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bin Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Türkiye'de hastane yatak sayılarının illere göre dağılımdaki eşitsizlik azalmış olup, yapılan yatırımların genel olarak büyük şehirlere değil, diğer şehirlere de yapıldığını göstermektedir.	1	100
<b>Toplam</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Tablo 6.5.3. incelendiğinde OECD Ülkelerinin sağlık sistemi kapsamında bin kişi başına düşen yatak sayısı konusunda yayınlanan 1 makaleden 1 adet sonuç elde edilmiştir. Türkiye'de hastane yatak sayılarının illere göre dağılımdaki eşitsizlik azalmış olup, yapılan yatırımların genel olarak büyük şehirlere değil, diğer şehirlere de yapıldığını göstermektedir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.4.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Sağlık harcamalarının azaltılmasına odaklı politikalar hekimler tarafından olumsuz karşılanmış olup, karma ödeme yöntemleri ile hekimlerin sağlıkta etkinliğini arttırmak için gerekli mekanizmalarla entegre olması totalde başarıya ulaştırabilir.	1	50
Aile hekimliği uygulaması neticesinde aile sağlığı merkezlerinin teknik verimliliği artmıştır. Sağlık hizmetleri doğru yapılanırsa ve	1	50

hizmette yeterli kalite sağlanırsa sağlık sorunlarının önemli birçoğu çözümlenebilir.

---

<b>Toplam</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
---------------	----------	------------

Tablo 6.5.4. incelendiğinde OECD Ülkelerinin sağlık sistemi kapsamında bin kişi başına düşen hekim sayısı konusunda yayınlanan 2 makaleden 2 farklı sonuç elde edilmiştir. Sağlık harcamalarının azaltılmasına odaklı politikalar hekimler tarafından olumsuz karşılanmış olup, karma ödeme yöntemleri ile hekimlerin sağlıkta etkinliğini arttırmak için gerekli mekanizmalarla entegre olması totalde başarıya ulaştırabilir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimliği uygulaması neticesinde aile sağlığı merkezlerinin teknik verimliliği artmıştır. Sağlık hizmetleri doğru yapılırsa ve hizmette yeterli kalite sağlanırsa sağlık sorunlarının önemli birçoğu çözümlenebilir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.5. OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı**

---

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Hemşirelerin istifa etme ve farklı iş deneyimleri konusunda kararsız kalması ve psikolojik olarak enerjilerinin düşük olması, güvenli ve sağlıklı çalışma şartları konusunda eğitim verilmesinin, çalıştıkları kurumun sosyal birikime ve kültüre yabancı olmanın verimlilik düzeylerini etkilediği görülmüştür. Ek olarak hemşireler, iş hayatlarında verimlilik düzeylerini ve yapılan işin kalitesini arttırmak için ücret artışı ve terfi sisteminde işe layık olmayı önemli bulduklarını belirtmişlerdir.	1	100
<b>Toplam</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

---

Tablo 6.5.5. incelendiğinde OECD Ülkelerinde sağlık sistemi kapsamında bin kişi başına düşen hemşire sayısı konusunda yayınlanan 1 makaleden 1 sonuç elde edilmiştir. Hemşirelerin istifa etme ve farklı iş deneyimleri konusunda kararsız kalması ve psikolojik olarak enerjilerinin düşük olması, güvenli ve sağlıklı çalışma şartları konusunda eğitim verilmesinin, çalıştıkları kurumun sosyal birikime ve kültüre yabancı olmanın verimlilik düzeylerini etkilediği görülmüştür. Ek olarak hemşireler,

iş hayatlarında verimlilik düzeylerini ve yapılan işin kalitesini arttırmak için ücret artışı ve terfi sisteminde işe layık olmayı önemli bulduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.6.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Bireylerin sağlık seviyelerini arttırmak için yalnızca sağlık hizmetlerine odaklanmamalı, sağlıklı yaşam koşullarına ulaşılması için sosyal faktörleri de ele alarak sektörler arası iş birliği yapılması gerekecektir. Sağlık hizmetlerinde sevk zincirinin sağlanması gerekmekte olup, ülkelerde hakkaniyetli sağlık hizmeti verilmelidir.	1	25
Her ülkenin farklı sağlık politikaları, uygulama süreçleri ve kültürleri birinci basamak sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi de farklıdır.	1	25
Aile hekimliği uygulaması sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimliliği artmıştır.	1	25
Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde değişikliğe gidilmiştir. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) ile yapılan çalışmada kapsayıcılık ve ulaşılabilirlik oranları düşük bulunmuştur. Daha kapsamlı ve ileri düzeyde bir araştırma yapılması gerektiği belirlenmiştir.	1	25
<b>Toplam</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Tablo 6.5.6. incelendiğinde OECD Ülkelerinde sağlık sistemi kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda yayınlanan 4 makaleden 4 farklı sonuç elde edilmiştir.

Bireylerin sağlık seviyelerini arttırmak için yalnızca sağlık hizmetlerine odaklanmamalı, sağlıklı yaşam koşullarına ulaşılması için sosyal faktörleri de ele alarak sektörler arası iş birliği yapılması gerekecektir. Sağlık hizmetlerinde sevk zincirinin sağlanması gerekmekte olup, ülkelerde hakkaniyetli sağlık hizmeti verilmelidir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Her ülkenin farklı sağlık politikaları, uygulama süreçleri ve kültürleri

birinci basamak sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi de farklıdır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimliği uygulaması sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimliliği artmıştır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde değişikliğe gidilmiştir. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) ile yapılan çalışmada kapsayıcılık ve ulaşılabilirlik oranları düşük bulunmuştur. Daha kapsamlı ve ileri düzeyde bir araştırma yapılması gerektiği belirlenmiştir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.7.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Payı ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Ülkelerin farklı sağlık sistemlerine sahip olmasına rağmen sağlık harcamaları ve Gayri Safi Yurtiçi hasıladaki payları artmıştır. Sağlık sistemleri farklı olsa da maliyetlerin sağlık göstergeleri ve sistemlerinin başarılı ve verimli olduğu sonucuna varılmıştır.	2	25
Sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için ülkelerin bütçesinden sağlığa daha fazla pay ayrılmalı, nitelikli sağlık çalışanlarının sayısı arttırılmalı ve güçlü, dinamik bir sağlık altyapısı oluşturulmalıdır. Sağlıkın korunması ve geliştirilmesi ile sağlık hizmetlerine herkes erişebilmelidir.	2	25
Almanya, İsveç ve Danimarka ülkeleri için ekonomik artıştan sağlık hizmeti maliyetlerine kadar; İzlanda, Yunanistan, Belçika, Lüksemburg, Hollanda, İtalya ve Portekiz için sağlık hizmeti maliyetlerinden artışa doğru tek taraflı nedensellik ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Türkiye, İsviçre, İrlanda ve Avusturya Türkiye için değişen değerler arasında ise çift taraflı nedensellik ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklar hem büyüme başarısını hem de kişilerin yaşam kalitesini geliştirerek büyüme potansiyelini oluşturmaktadır.	1	12,5

Koruyucu sağlık hizmetlerinin verimliliği ve etkinliği bilinmekte olup, uygulamada sıkıntılar yaşanmaktadır. Engellerin bertaraf edilerek, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasında rol oynayacak politikalar, mali açıdan devletlere ferahlık sağlayacaktır.	1	12,5
Pozitif sağlık harcaması olan hastane hizmetinin sağlık harcamalarını azalttığı görülmektedir. Politika yapıcılara ve araştırmacılara harcamaların nasıl kullanıldığına dair bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir.	2	25
<b>Toplam</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Tablo 6.5.7. incelendiğinde OECD lkelerinde sağlık sistemi kapsamında sağlık harcamaları ve GSYİH içindeki payı konusunda yayınlanan 8 makaleden 5 farklı sonuç elde edilmiştir ülkelerin farklı sağlık sistemlerine sahip olmasına rağmen sağlık harcamaları ve Gayri Safi Yurtiçi hasıladaki payları artmıştır. Sağlık sistemleri farklı olsa da maliyetlerin sağlık göstergeleri ve sistemlerinin başarılı ve verimli olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için ülkelerin bütçesinden sağlığa daha fazla pay ayrılmalı, nitelikli sağlık çalışanlarının sayısı arttırılmalı ve güçlü, dinamik bir sağlık altyapısı oluşturulmalıdır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile sağlık hizmetlerine herkes erişebilmelidir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir. Almanya, İsvie ve Danimarka lkeleri için ekonomik artıştan sağlık hizmeti maliyetlerine kadar; İzlanda, Yunanistan, Belçika, Lüksemburg, Hollanda, İtalya ve Portekiz için sağlık hizmeti maliyetlerinden artışa doğru tek taraflı nedensellik ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Türkiye, İsviçre, İrlanda ve Avusturya Türkiye için değişen değerler arasında ise çift taraflı nedensellik ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklar hem büyüme başarısını hem de kişilerin yaşam kalitesini geliştirerek büyüme potansiyelini oluşturmaktadır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin verimliliği ve etkinliği bilinmekte olup, uygulamada sıkıntılar yaşanmaktadır. Engellerin bertaraf edilerek, koruyucu sağlık hizmetlerinin

yaygınlaşmasında rol oynayacak politikalar, mali açıdan devletlere ferahlık sağlayacaktır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Pozitif sağlık harcaması olan hastane hizmetinin sağlık harcamalarını azalttığı görülmektedir. Politika yapıcılara ve araştırmacılara harcamaların nasıl kullanıldığına dair bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.8.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından sağlık göstergelerinde sayısal olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Yapılan analizlerin olumlu sonuçlara ulaşması için göz önünde bulunması gerekmektedir.	1	33,33
Seçilen 35 OECD ülkesinin sağlık hizmetlerinde etkinlik düzeyleri karşılaştırılmıştır. Sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinden memnun kalma düzeyi de sağlık hizmeti verilmesinin çıktıları arasında kullanılmıştır. Yapılan çalışmada ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında, gelişmiş ülkelerin düşük seviyede etkinlik puanlarına ulaştıkları görülmektedir. Meksika ve Türkiye gibi ülkelerin ise sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Türkiye ve Meksika gibi gelişen ülkelerin minimum kaynak kullanımı ile aynı sonuçlara ulaşmasından kaynaklanmaktadır.	1	33,33
MTFV analizi sonuçlarına göre 2017 yılında İsviçre, Macaristan, Yunanistan, Finlandiya, İspanya, Slovenya, Hollanda ve İtalya etkinlik puanı yüksek olan ülkelerdir. 2016 yılındaki MTFV (Malmquist Toplam Faktör Verimliliği Endeksi) değerlerinin incelenmesi sonucunda, Belçika, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Avusturya, Yunanistan, Hollanda, İsrail, İtalya, Finlandiya, Polonya ve Slovenya'nın etkinlik puanının yüksek olduğu bulunmuştur. 2017 yılı MTFV değerlerine bakıldığında Fransa, İtalya, Norveç, Lüksemburg, İsviçre, Hollanda, Finlandiya, Slovenya, Slovakya,	1	33,33

İspanya ve İrlanda'nın etkinlik puanının yüksek yüksek olduğu bulunmuştur. Üç yıl aralığında etkin bulunan ülkeler İtalya, Slovenya, Hollanda ve Finlandiya'dır.

---

<b>Toplam</b>	<b>3</b>	<b>100</b>
---------------	----------	------------

---

Tablo 6.5.8. incelendiğinde OECD Ülkelerinin sağlık sistemi kapsamında sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi konusunda yayınlanan 3 makaleden 3 farklı sonuca ulaşılmıştır. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından sağlık göstergelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışmaların olumlu sonuçlara ulaşması için göz önünde bulunması gerekmektedir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Seçilen 35 OECD ülkesinin sağlık hizmetlerinde etkinlik düzeyleri karşılaştırılmıştır. Sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinden memnun kalma düzeyi de sağlık hizmeti verilmesinin çıktıları arasında kullanılmıştır. Yapılan çalışmada ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında, gelişmiş ülkelerin düşük seviyede etkinlik puanlarına ulaştıkları görülmektedir. Meksika ve Türkiye gibi ülkelerin ise sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Türkiye ve Meksika gibi gelişen ülkelerin minimum kaynak kullanımı ile aynı sonuçlara ulaşmasından kaynaklanmaktadır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. MTFV analizi sonuçlarına göre 2017 yılında İsviçre, Macaristan, Yunanistan, Finlandiya, İspanya, Slovenya, Hollanda ve İtalya etkinlik puanı yüksek olan ülkelerdir. 2016 yılındaki MTFV (Malmquist Toplam Faktör Verimliliği Endeksi) değerlerinin incelenmesi sonucunda, Belçika, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Avusturya, Yunanistan, Hollanda, İsrail, İtalya, Finlandiya, Polonya ve Slovenya'nın etkinlik puanının yüksek yüksek olduğu bulunmuştur. 2017 yılı MTFV değerlerine bakıldığında Fransa, İtalya, Norveç, Lüksemburg, İsviçre, Hollanda, Finlandiya, Slovenya, Slovakya, İspanya ve İrlanda'nın etkinlik puanının yüksek yüksek olduğu bulunmuştur. Üç yıl aralığında etkin bulunan ülkeler İtalya, Slovenya, Hollanda ve Finlandiya'dır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.9.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bebek Ölüm Oranı ile İlgili Dağılımı

---

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
----------	---	-----------

---

Bebek ölüm hızının düşürülmesinde en etkili unsur prematüreliliğin önlenmesi ile gerçekleşecektir.	1	16,67
Erken doğumu önlemek için anne sağlığını geliştirici politikalar yapmak, bebeklerin yaşama oranlarındaki azalışı iyileştirebilir.	1	16,67
Türkiye sağlık göstergeleri açısından en hızlı artış kaydeden ülke olmakla birlikte bebek ölüm hızındaki düşüş ve doğumda beklenen yaşam süresinde artış ile sağlıkta performansını arttırmıştır.	2	33,33
İtalya'da ve İskoçya'da bebek ölüm hızı ve neonatal ölüm oranında eşitsizlik vardır. Bu durum İtalyanlar ve orada yaşayan göçmenler arasındaki sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Acil olarak güçlü sağlık politikalarına ihtiyaç vardır.	2	33,33
<b>Toplam</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Tablo 6.5.9. incelendiğinde OECD Ülkelerinin sağlık sistemi kapsamında bebek ölüm oranları ile ilgili yayınlanan 6 makaleden 4 farklı sonuç elde edilmiştir. Bebek ölüm hızının düşürülmesinde en etkili unsur prematüreliliğin önlenmesi ile gerçekleşecektir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Erken doğumu önlemek için anne sağlığını geliştirici politikalar yapmak, bebeklerin yaşama oranlarındaki azalışı iyileştirebilir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Türkiye sağlık göstergeleri açısından en hızlı artış kaydeden ülke olmakla birlikte bebek ölüm hızındaki düşüş ve doğumda beklenen yaşam süresinde artış ile sağlıkta performansını arttırmıştır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir. İtalya'da ve İskoçya'da bebek ölüm hızı ve neonatal ölüm oranında eşitsizlik vardır. Bu durum İtalyanlar ve orada yaşayan göçmenler arasındaki sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Acil olarak güçlü sağlık politikalarına ihtiyaç vardır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.10.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Bin Kişi Başına Düşen MR Sayısı ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Tıbbi cihaz kullanımının ülke ekonomisine getirdiği ekonomik yük sadece tıbbi cihaz temini ile sınırlı kalmamakta ve kullanılan sarf malzemeler de önemli bir maliyet unsurudur. Çoğu tıbbi ekipman ve sarf malzemesi Yurt dışından ithal edildiği düşünüldüğünde, konuyla ilgili kapsamlı bir bilimsel çalışmanın makul olduğu açıktır. OECD ülkeleri ile yapılan karşılaştırmadan da görüleceği üzere ülkemizdeki tıbbi cihaz sayısı, son dönemde özel sektör yatırımlarına ve büyümesine rağmen OECD ortalamasının oldukça altındadır.	1	100
<b>Toplam</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Tablo 6.5.10. incelendiğinde OECD Ülkelerinde sağlık sistemi kapsamında tütün kullanım oranı konusu ile ilgili yayınlanan 1 makaleden 1 sonuç elde edilmiştir. Tıbbi cihaz kullanımının ülke ekonomisine getirdiği ekonomik yük sadece tıbbi cihaz temini ile sınırlı kalmamakta ve kullanılan sarf malzemeler de önemli bir maliyet unsurudur. Çoğu tıbbi ekipman ve sarf malzemesi Yurt dışından ithal edildiği düşünüldüğünde, konuyla ilgili kapsamlı bir bilimsel çalışmanın makul olduğu açıktır. OECD ülkeleri ile yapılan karşılaştırmadan da görüleceği üzere ülkemizdeki tıbbi cihaz sayısı, son dönemde özel sektör yatırımlarına ve büyümesine rağmen OECD ortalamasının oldukça altındadır. Bu sonuca ulaşılan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.11.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Tütün Kullanım Oranı ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
İncelenen makalenin sonucunda, analiz yapılan 23 OECD Ülkesinden 6 adedi görece toplam etkin, 8 adedi ise görece teknik etkin bulunmuştur. CCR çıktı yönlü modelde İzlanda, Norveç, Danimarka, Hollanda, Büyük Britanya ve İsveç etkin bulunmuştur. Slovak Cumhuriyeti, etkinliği en düşük çıkan ülke olarak analiz	1	100

edilmiştir. Çocuklarda sigara ve alkol tüketimi konusunda en yüksek orana sahip ülke Slovak Cumhuriyeti olarak bulunmuştur. BCC etkinlik modeline göre ise, 8 ülke etkin bulunmuştur. CCR modelinden farklı olarak, Finlandiya ve İspanya etkin olarak analiz edilmiştir. Bu modele göre etkinliği en düşük bulunan ülke Macaristan olmuştur. Sonuç olarak her iki ülkede evde yaşayan kişi sayısının azaltılması ve eğitim seviyesinin yükselmesi ile yaşam standartlarının artırılması sigara ve alkol tüketim oranının azalacağı sonucu bulunmuştur.

<b>Toplam</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
---------------	----------	------------

Tablo 6.5.11. incelendiğinde OECD Ülkelerinde sağlık sistemi kapsamında tütün kullanım oranı konusu ile ilgili yayınlanan 1 makaleden 1 sonuç elde edilmiştir. İncelenen makalenin sonucunda, analiz yapılan 23 OECD Ülkesinden 6 adedi görece toplam etkin, 8 adedi ise görece teknik etkin bulunmuştur. CCR çıktı yönlü modelde İzlanda, Norveç, Danimarka, Hollanda, Büyük Britanya ve İsveç etkin bulunmuştur. Slovak Cumhuriyeti, etkinliği en düşük çıkan ülke olarak analiz edilmiştir. Çocuklarda sigara ve alkol tüketimi konusunda en yüksek orana sahip ülke Slovak Cumhuriyeti olarak bulunmuştur. BCC etkinlik modeline göre ise, 8 ülke etkin bulunmuştur. CCR modelinden farklı olarak, Finlandiya ve İspanya etkin olarak analiz edilmiştir. Bu modele göre etkinliği en düşük bulunan ülke Macaristan olmuştur. Sonuç olarak her iki ülkede evde yaşayan kişi sayısının azaltılması ve eğitim seviyesinin yükselmesi ile yaşam standartlarının artırılması sigara ve alkol tüketim oranının azalacağı sonucu bulunmuştur. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.12.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerden Sağlık Alanındaki Etkinliklerinin Değerlendirilmesi ile ilgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Yapılan çalışmalarda etkinliği ölçme yöntemlerinde etkin olduğu belirlenen ülkelerin sayısı 14'tür. Etkin bulunan ülkelerin birbirleri	1	20

arasındaki sıralamasında CCR modeline göre en etkin ülke Şili iken, BCC modeline göre İtalya, Finlandiya ve Japonya olmuştur.

---

Minimaks Pişmanlık Yaklaşımı'na göre en iyi etkinliğin kaybedildiği değer Avusturya'ya, en kötü etkinliğin kaybedildiği değer Macaristan'a aittir. Türkiye 34 ülke arasında orta sıralarda yer almaktadır.

---

Analizin sonuçlarına göre Türkiye, Meksika ve Kolombiya etkili bulunmuştur. Bu ülkelerin sağlıktaki etkinlik oranını en çok etkileyen girdinin hekim sayısı olduğu tespit edilmiştir. Kişi başı sağlık harcaması ve hastane yatak sayısının artırılması gerekmektedir.

---

Hastanelerin esas amacı sağlık hizmetlerini verimli bir şekilde sunmaktır. Hastanelerin etkinlik düzeylerini ortaya koyarak etkin olmayanların hedeflerinin belirlenmesi gerekmektedir.

---

**Toplam** **5** **100**

---

Tablo 6.5.12. incelendiğinde OECD Ülkelerinin sağlık sistemi kapsamında sağlık alanındaki etkinliklerinin değerlendirilmesi konusunda yayınlanan 5 makaleden 4 farklı sonuç elde edilmiştir. Yapılan çalışmalarda etkinliği ölçme yöntemlerinde etkin olduğu belirlenen ülkelerin sayısı 14'tür. Etkin bulunan ülkelerin birbirleri arasındaki sıralamasında CCR modeline göre en etkin ülke Şili iken, BCC modeline göre İtalya, Finlandiya ve Japonya olmuştur. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Minimaks Pişmanlık Yaklaşımı'na göre en iyi etkinliğin kaybedildiği değer Avusturya'ya, en kötü etkinliğin kaybedildiği değer Macaristan'a aittir. Türkiye 34 ülke arasında orta sıralarda yer almaktadır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir. Analizin sonuçlarına göre Türkiye, Meksika ve Kolombiya etkili bulunmuştur. Bu ülkelerin sağlıktaki etkinlik oranını en çok etkileyen girdinin hekim sayısı olduğu tespit edilmiştir. Kişi başı sağlık harcaması ve hastane yatak sayısının artırılması gerekmektedir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerin esas amacı sağlık hizmetlerini verimli bir şekilde sunmaktır. Hastanelerin esas amacı sağlık hizmetlerini verimli bir şekilde sunmaktır. Hastanelerin etkinlik düzeylerini ortaya koyarak etkin

olmayanların hedeflerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.13.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayınlanan Makalelerin Sağlık Göstergeleri Bakımından İncelenmesi ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Sağlık ile ilgili girdi ve çıktılar açısından Estonya, Polonya, Bulgaristan, Slovakya, Türkiye, Romanya, Macaristan, Letonya, Litvanya ile aynı grupta yer almıştır. Türkiye'nin sağlık parametreleri bakımından benzersiz olduğu ülkeler Fransa, Avusturya, Almanya, Lüksemburg ve İsveç; en benzer olduğu ülkeler ise Bulgaristan ve Romanya'dır.	5	35,7
OECD Ülkelerinde farklı sağlık sistemlerini tercih etmeleri sonucunda sağlık harcamaları farklı olsa da bu harcamaların sağlık hizmetlerinin performans ve verimlilikleri ile birebir ilişkisi bulunmamıştır.	1	7,14
Türkiye'de doğu ve batı illeri arasında sağlık göstergeleri bakımından gelişmişlik farkı ortaya çıkmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcamaları, doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi, anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, hekim sayısı, hemşire sayısı, ebe sayısı, hasta yatağı sayısı gibi göstergelerde gelişen ülkelere göre yeterli olmadığı belirtilmiştir. Sağlığa ayrılan pay arttırılmalıdır.	6	42,84
Kişi başına düşen doktor sayısının az olduğu ülkelerde anne ölüm oranının fazla olduğu; kişi başına düşen doktor sayısının fazla olduğu ülkelerde ise anne ölüm oranının az olduğu belirtilmiştir.	1	7,14
OECD Ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'nin kişi başına düşen yatak sayısı haricindeki sağlık göstergeleri için sağlık kaynaklarının yetersiz olduğu ve düzeltmeler yapılması gerektiği belirtilmiştir.	1	7,14
<b>Toplam</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Tablo 6.5.13. incelendiğinde OECD Ülkelerinin sağlık sistemi kapsamında sağlık göstergeleri bakımından incelenmesi konusunda yayınlanan 14 makaleden 5 farklı sonuç elde edilmiştir. Sağlık ile ilgili girdi ve çıktılar açısından Estonya, Polonya,

Bulgaristan, Slovakya, Türkiye, Romanya, Macaristan, Letonya, Litvanya ile aynı grupta yer almıştır. Türkiye'nin sağlık parametreleri bakımından benzersiz olduğu ülkeler Fransa, Avusturya, Almanya, Lüksemburg ve İsveç; en benzer olduğu ülkeler ise Bulgaristan ve Romanya'dır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 5 adet %5 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkelerinde farklı sağlık sistemlerini tercih etmeleri sonucunda sağlık harcamaları farklı olsa da bu harcamaların sağlık hizmetlerinin performans ve verimlilikleri ile birebir ilişkisi bulunmamıştır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de doğu ve batı illeri arasında sağlık göstergeleri bakımından gelişmişlik farkı ortaya çıkmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcamaları, doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi, anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, hekim sayısı, hemşire sayısı, ebe sayısı, hasta yatağı sayısı gibi göstergelerde gelişen ülkelere göre yeterli olmadığı belirtilmiştir. Sağlığa ayrılan pay artırılmalıdır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 6 adet %6 oranında olduğu tespit edilmiştir. Kişi başına düşen doktor sayısının az olduğu ülkelerde anne ölüm oranının fazla olduğu; kişi başına düşen doktor sayısının fazla olduğu ülkelerde ise anne ölüm oranının az olduğu belirtilmiştir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. OECD Ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'nin kişi başına düşen yatak sayısı haricindeki sağlık göstergeleri için sağlık kaynaklarının yetersiz olduğu ve düzeltmeler yapılması gerektiği belirtilmiştir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.5.14.** OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Kapsamında Yayımlanan Makalelerin Genel Olarak Değerlendirilmesi ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı

Sonuçlar	f	Yüzde (%)
Ülkelerin sağlık güvencesi açısından Türkiye, Fransa ve Çin'in yeterli düzeyde sağlık kapsayıcılığı sağladığı fakat Amerika'nın bu konuda sağlık sigortasından yoksun nüfusun fazlalığı nedeniyle yetersiz olduğu görülmektedir.	1	3,44
Türkiye'nin Daha İyi Yaşam Endeksi'ne göre OECD ülkeleri içinde en düşük veriye sahip olduğu tespit edilmiştir.	1	3,44
Büyük ekonomilere sahip ülkeler, sağlığı ayırdıkları pay ve güçlü istihdam neticesinde sağlık sistemleri verimli bulunmuştur.	2	6,88

Sağlık politikalarını üretenler için OECD ülkelerindeki sağlık sistemlerini değerlendirmek ve karşılaştırmak ve stratejik ulusal ve bölgesel sağlık planları geliştirmek gereklidir.	1	3,44
Türkiye, 2000-2015 yılları arasında sağlık sistemlerinde verimlilik artışı göstermiştir.	1	3,44
İzlanda, Avustralya, Norveç ve İsviçre'nin refah seviyesi çok yüksek bulunmuştur. Macaristan, Yunanistan, Türkiye ve Meksika'nın diğer ülkelere göre daha düşük refah seviyesinde olduğu görülmüştür.	1	3,44
Türkiye Kalkınma Planı'na bakıldığında; sağlık sektöründe ilerlemeler olduğu görülmüştür. Kalkınma planlarında genellikle sağlık hizmetinin arzında etkili, devamlı, kolay ulaşılabilir, kaliteli ve hasta memnuniyetini gözetilen nitelikte olması için çaba gösterilmiştir.	1	3,44
Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sektöründe çok fazla değişiklik yapılmıştır. 2006 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR yalnızca bir kurum altında toplanmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumuna (SSK) bağlı hastaneler ise Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 2012 yılında ise zorunlu olarak Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmiştir. Sağlık alanında uygulamaya konulan bu değişiklikler, sağlık kurumlarının verimliliğini etkilemiştir.	1	3,44
Sağlık hizmetlerinde girdiler ve çıktılar üzerine yapılan çalışmada, doktor başına düşen birey sayısı, bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı, birey başına yapılan toplam sağlık maliyeti, hemşire başına düşen birey sayısı ile doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi arasında istatistiksel ve sayısal olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.	1	3,44
Türkiye ve ABD sağlık sistemi karşılaştırılmasında, yürütme organında temel farklılıklar bulunmaktadır. Bunun nedeni, siyasi, kültürel ve sağlıkta kamu-özel sektörün paylarının farklı olmasıdır.	1	3,44

Almanya, Amerika, Arjantin, Brezilya, Fransa, İngiltere, Hollanda, İzlanda, İsveç, Norveç, Meksika, Finlandiya, Slovakya, Slovenya, Türkiye gibi ülkeler sağlık sistemleri birçok yöntemle değerlendirildiğinde verimli bulunmuştur. Lüksemburg birçok değerlendirme yönteminde sağlık sistemi açısından verimsiz bulunmuştur.

---

<b>Toplam</b>	<b>29</b>	<b>100</b>
---------------	-----------	------------

---

Tablo 6.5.14. incelendiğinde OECD Ülkelerinin sağlık sistemi kapsamında yayınlanan makalelerin genel değerlendirilmesi yapılmıştır. 29 makaleden 11 farklı sonuç elde edilmiştir. Ülkelerin sağlık güvencesi açısından Türkiye, Fransa ve Çin'in yeterli düzeyde sağlık kapsayıcılığı sağladığı fakat Amerika'nın bu konuda sağlık sigortasından yoksun nüfusun fazlalığı nedeniyle yetersiz olduğu görülmektedir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'nin Daha İyi Yaşam Endeksi'ne göre OECD ülkeleri içinde en düşük veriye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Büyük ekonomilere sahip ülkeler, sağlığı ayırdıkları pay ve güçlü istihdam neticesinde sağlık sistemleri verimli bulunmuştur. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 2 adet %2 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sağlık politikalarını üretenler için OECD ülkelerindeki sağlık sistemlerini değerlendirmek ve karşılaştırmak ve stratejik ulusal ve bölgesel sağlık planları geliştirmek gereklidir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye, 2000-2015 yılları arasında sağlık sistemlerinde verimlilik artışı göstermiştir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir.

İzlanda, Avustralya, Norveç ve İsviçre'nin refah seviyesi çok yüksek bulunmuştur. Macaristan, Yunanistan, Türkiye ve Meksika'nın diğer ülkelere göre daha düşük refah seviyesinde olduğu görülmüştür. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Kalkınma Planı'na bakıldığında; sağlık sektöründe ilerlemeler olduğu görülmüştür. Kalkınma planlarında genellikle sağlık hizmetinin arzında etkili, devamlı, kolay ulaşılabilir, kaliteli ve hasta memnuniyetini gözetilen nitelikte olması için çaba gösterilmiştir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sektöründe çok fazla değişiklik yapılmıştır. 2006 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu,

Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR yalnızca bir kurum altında toplanmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumuna (SSK) bağlı hastaneler ise Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 2012 yılında ise zorunlu olarak Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmiştir. Sağlık alanında uygulamaya konulan bu değişiklikler, sağlık kurumlarının verimliliğini etkilemiştir. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde girdiler ve çıktılar üzerine yapılan çalışmada, doktor başına düşen birey sayısı, bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı, birey başına yapılan toplam sağlık maliyeti, hemşire başına düşen birey sayısı ile doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi arasında istatistiksel ve sayısal olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Türkiye ve ABD sağlık sistemi karşılaştırılmasında, yürütme organında temel farklılıklar bulunmaktadır. Bunun nedeni, siyasi, kültürel ve sağlıkta kamu-özel sektörün paylarının farklı olmasıdır. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 1 adet %1 oranında olduğu tespit edilmiştir. Almanya, Amerika, Arjantin, Brezilya, Fransa, İngiltere, Hollanda, İzlanda, İsveç, Norveç, Meksika, Finlandiya, Slovakya, Slovenya, Türkiye gibi ülkeler sağlık sistemleri birçok yöntemle değerlendirildiğinde verimli bulunmuştur. Lüksemburg birçok değerlendirme yönteminde sağlık sistemi açısından verimsiz bulunmuştur. Bu sonuca ulaşan makale sayısı 18 adet %18 oranında olduğu tespit edilmiştir.

## 7.TARTIŞMA

Sağlık, insanlığa verilen temel bir haktır. İnsanların doğru, güvenilir, eşit ve kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi, tüm devletlerin sorumlu olduğu en önemli konulardan birisidir. Her ülkenin coğrafi, siyasi, sosyal ve kültürel olarak farklı olması neticesinde yürürlüğe koyduğu bir sağlık sistemi ve oluşturdukları sağlık politikaları vardır. Toplumun sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi için ülkelerin sağlık harcamalarını, Gayri safi yurtiçi harcamalarından sağlığa ayırdıkları payı akıllıca belirlemeleri ve verimliliği sağlamaları gerekmektedir. Bu amaçla, OECD'ye (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) üye 38 ülkenin sağlık sistemlerinin verimliliğinin incelenmesi başlığı altında 2011-2021 yılları arasındaki güncel veriler de dahil edilerek OECD ülkelerinin sağlık verilerinin bulunduğu World Bank veri tabanından ve OECD veri bankasından alınan verilerin kullanılarak 2011-2021 yılları arasında Pubmed, Science Direct, Ebschost, Ulakbim, Scopus, Web of Science, Springer Link, Google Scholar veri tabanlarında yayınlanan literatür taranmış olup, konu ile ilgili 160 makaleye erişilmiştir. Araştırma kriterlerine uygun olan 100 makale analiz edilmiştir. Yapılan çalışma ile ülkelerin sağlık sistemleri ve verimlilikleri hakkında bilgiler toplanıp, ülkelerin verimlilik düzeyleri incelenmiştir. Hangi sağlık politikalarının uygulandığı ve değişmesi gerektiği, verimlilik ve verimsizlik kaynaklarının neler olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma, verimsiz olan ülkelerin hangi konuda gelişmesi gerektiği ve verimli bulunan ülkelerin ise sürekliliği nasıl sağlayacaklarına yönelik fikir yürütülmesinde yardımcı olacaktır.

Çalışmanın sağlık sistemleri ve verimliliği ile ilgili sonuçlarının etkisine bakıldığında; başka değişkenler kullanılıp bambaşka açılardan OECD ülkeleri incelenmiştir. İlk önce G12 ülkeleri ile bu ülkelerin benimsedikleri sağlık sistemi modellerini incelemiştir (36). Çalışmaları 1991, 1993 ve 1995 yıllarını kapsamaktadır. Yaptıkları analizin neticesinde verimlilik seviyesi en fazla İspanya bulunurken verimlilik düzeyi en az Amerika Birleşik Devletleri bulunmuştur. Bir diğer yapılan çalışmada gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemleri incelenmiş ve gelişmekte olan ülkelerin etkinlik düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bunu ana sebebi gelişmekte olan ülkelerin az sağlık girdileri ile fazla sağlık çıktısı elde etmeleri verimli olmalarını sağlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerde ise sağlık sistemlerinde girdi olarak yüksek kaynak ayrıldığı için yüksek

olan girdilerle arzu edilen amaçlara ulaşamamakta ve böylece verimliliği olumsuz olarak etkilemektedir (47,56,59,61,69-70,83,92).

Çalışmanın doğumda beklenen yaşam süresi ile ilgili sonuçlarının etkisi incelendiğinde; Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi ve iktisadi büyüme arasındaki ilişki 1980-2005 dönemi arasında analiz etmiştir. Araştırmanın sonucunda, Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (37). 1995-2010 dönemleri arasında belirlenen 175 ülkede sağlığa ayrılan finansal harcamalar ile doğumda beklenen yaşam süresi arasındaki ilişki panel veri yöntemi ile analiz edilmiştir. Çalışmanın sonucunda sağlık harcamaları ve doğumda beklenen yaşam süresi arasında önemli bir ilişki olduğu görülmüştür (38).

Çalışmanın birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili sonuçlarının etkisi incelendiğinde; Etkili ve verimli bir sağlık sisteminin sahip olması gereken en önemli özelliklerinden biri toplum olarak demografik değişimlere uyum sağlayabilmektir. Ülkemiz, demografik değişimi yaşayan çok sayıda ülkeden biri olduğu görülmüştür. Örnek olarak, doğumda beklenen yaşam süresi yıllar geçtikçe artmakta ve kronik hastalıkların görülme olasılığı da artmaktadır. Bu nedenle sağlık sisteminin önceliği, artan kronik hastalıkların risk faktörlerinin belirlenmesi ve ihtiyaç olan önlemleri almaktır (39,77).

Çalışmanın bin kişi başına düşen yatak sayısı ile ilgili sonuçları incelendiğinde; (2016) yılında yaptıkları çalışmada sağlık ekonomisi çerçevesinde çok önemli bir konuma sahip olan hastane yatak sayısının belirtilen yıllar arasında Türkiye’de artışa geçtiğini fakat halen Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)’ne üye ülkeler arasında son sıralarda yer aldığını, Türkiye’nin artan nüfus sayısı ile doğru orantılı olarak hastane yatak sayısının sayısal olarak arttığını, fakat genel özellikleri incelendiğinde, artışın bin kişi başına düşen hastane yatak sayısı bakımından birden küçük olduğu sayısal olarak belirtilmiştir (40).

Çalışmanın bin kişi başına düşen hekim sayısı ile ilgili sonuçlarının etkisi incelendiğinde; OECD ülkelerinin doktorların verimli ve etkili bir şekilde görevlendirilmesini teşvik eden hekimlerin ödeme yöntemleri ile ilgili sağlık politikalarını belirlemişlerdir. Ülkelerin deneyimleri, hizmet başı ücret, kişi başı

ödeme ve maaş ödemelerinin hekim faaliyet düzeylerini ve üretkenliğini etkilediğini göstermektedir (46).

Çalışmanın bin kişi başına düşen hemşire sayısı ile ilgili sonuçlarının etkisi incelendiğinde; yapılan çalışmada hemşirelerin iş gücü verimliliklerini artırmak için en önemli buldukları nokta, ücret ile ilgilidir. Dolayısıyla ücretin iş gücü üzerindeki verimliliğinin etkisini göstermektedir. Hemşirelerin aldıkları ücretlerin incelenerek eşit iş gücüne eşit ücret verilmesi politikasının uygulamaya konulması gerekmektedir (45,72).

Çalışmanın bebek ölüm hızları ile ilgili sonuçlarının etkisi incelendiğinde, Kore, Japonya ve ABD'de bebek ölüm hızını etkileyen sağlık ve tıbbi bakım, perinatoloji hizmet sistemi, yenidoğanlar ve bebeklerle ilgili çeşitli faktörler analiz edilmiştir. Bu tür ilgili faktörlerin mevcut durumu gözden geçirilmiş olup, Japonya'nın gelişmiş durumunun ve ABD'nin gelişme geriliğinin nedenleri gösterilmiştir. Perinatal bakım merkezi sistemlerinin kurulması ve bölgeselleşmenin yanı sıra ülke çapında bir yenidoğan araştırma sistemi, bebek ölüm oranlarında daha fazla iyileştirme için rol modeli olarak Japonya ile Kore sistemine dahil edilmesi gereken yönler olarak önerildi. Irk farklılıkları ve yüksek tıbbi maliyetler nedeniyle yeterli sağlık hizmeti sunumunda önemli boşluklar, prematüre bebeklerin ve ergenlik çağındaki annelerin artması ve annede ileri yaştaki gebelik gibi yüksek riskli maternal faktörlerdeki artış, ABD'de yüksek bebek ölüm hızının tutulmasının temel sebepleri olarak kabul edilmiştir (43).

Çalışmada tütün kullanım oranları ile ilgili sonuçların etkisi incelendiğinde, ailelerin bir günde tükettikleri sigara sayısı arttıkça gençlerin de sigara içme seviyesinde ve sigaraya olan bağımlılığında yükselme görülmüştür. Gençlerle birlikte ebeveynlerinin de sigaranın zararları ve sigara tüketimini bırakma konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir (44). Erken dönemde sigara ve tütün mamullerinin kullanımına başlayan kişilerin sigara kullanımını bırakması çok zor olduğu için kullanımın önlenmesi için erken dönemde çaba gösterilmesi gerekmektedir (41). Gençlerin sigaraya ve tütün ürünlerine başlamalarının önlenmesi için eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Çalışmanın sağlık hizmetleri ve sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi ile ilgili sonuçlarının etkisi incelendiğinde ise; ülkelerin sağlık

hizmetlerinin etkinliğini değerlendiren farklı araştırmalar yapılmıştır (42,48-53,54,60,62-63,101).

Sonuç olarak her iki ülkede evde yaşayan kişi sayısının azaltılması ve eğitim seviyesinin yükselmesi ile yaşam standartlarının arttırılması sigara ve alkol tkretim oranının azalacağı sonucu bulunmuştur (119).

Çalışmanın sonuçları incelendiğinde, gelişmiş belirli ülkelerin düşük etkinlik skorlarına sahip oldukları anlaşılmıştır. Diğer taraftan, Meksika ile Türkiye gibi gelişen ülkelerin sağlık hizmetlerinde etkinlik skorlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuç, Türkiye ve Meksika gibi gelişen ülkelerin minimum kaynak kullanımı ile aynı sonuçlara ulaşmasından kaynaklanmaktadır. Analizin sonuçlarına göre, verimsiz olan ülkelerin birçoğunda, genellikle sağlık alanındaki harcamalarında ve sağlık kurumlarındaki yatak sayılarının artması ihtiyacı göz önünde tutularak bir planlamanın ve düzenlemenin yapılmadığı görülmüştür (43,102-117).

Yapılan alışmalar neticesinde OECD lkelerinde sağlık sistemlerinin verimliliğinin incelenmesi konusunda birçok sonuç elde edilmiştir. Yapılan alışmalar neticesinde, sağlık sistemlerinde verimlilik, birinci basamak sağlık hizmetleri, bin kişi başına düşen yatak sayısı, bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen hemşire sayısı, bebek ölüm hızları, tütün kullanım oranları ve sağlık hizmetleri ile sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi açısından olumlu ve olumsuz sonuçlar elde edilmiştir. Sağlık sistemlerinin verimlilik düzeyleri hakkında yeni çalışmalar yapılabilir.

## 8. SONUÇ

Ülkelerin benimsedikleri sağlık sistemleri ve karar mercilerin uyguladıkları sağlık politikaları sonucunda toplumun kaliteli yaşaması ve refah seviyesinin yükselmesi amaçlanmaktadır. Ülkemizde ve OECD Ülkelerinde sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, sağlığa ayrılan pay ve verimliliği arttıran diğer faktörler hakkında çalışmalar yapılmıştır. OECD Ülkelerinin sağlık sistemlerinin verimliliği açısından değerlendirebilmek amacıyla 100 makale incelenmiştir. Makalelerdeki başlıklar; sağlık sistemleri, sağlık sistemlerinin verimliliği/etkinliği, sağlık harcamaları, doğumda beklenen yaşam süresi, birinci basamak sağlık hizmetleri, bin kişi başına düşen yatak sayısı, bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen MR sayısı, bebek ölüm oranları, tütün kullanım oranları, sağlık alanındaki etkinliklerin incelenmesi, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve sağlık göstergelerinin incelenmesi olarak sınıflandırılmıştır. Bu konulara yönelik makaleler analiz edildiğinde çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır.

Makalelerden ulaşılan sonuçlara göre; ülkelerin sağlık sistemlerindeki artış ekonomik büyümeye neden olmuştur. Sağlık politikacıları için ülkelerdeki sağlık sistemlerini değerlendirmek önemli sağlık planları geliştirmede etkili olmuştur. Bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek için yalnızca sağlık hizmetlerine odaklanılmamalı, sosyal faktörler belirlenerek sektörler arası iş birliği yapılmalıdır. Ülkelerin sağlık sistemlerindeki verimsizliğin nedenleri arasında, sağlık altyapısı ve sağlık insan gücünün yetersizliği, güvenli çalışma koşullarının sağlanmaması, motivasyonun düşük olması, kurum kültürüne yabancı olunması, iş değiştirmede kararsız olunması, özel sigorta şirket sayısının çok olması, sağlık hizmetlerinin uygulanmasında sıkıntılar yaşanması örnek olarak verilebilir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin verimli olmasında ise, doğru yapılanmanın, hizmette yeterli kalitenin sağlanmasının, kadın okur yazarlığının, sağlığa ayrılan payın arttırılmasının, doğumda yaşam beklentisi en yüksek olan ülkelerde doktor konsültasyon sayılarının da yüksek olmasının, prematüreliliğin önlenmesinin, anne-bebek sağlığı ile ilgili politikalar geliştirilmesinin, iş-yaşam dengesinin iyi kurulmasının etkisi vardır.

Türkiye ve Meksika gibi ülkeler sağlık hizmetlerinde etkinlikleri yüksek ülkelerdir. Bu gibi gelişmekte olan ülkelere az kaynak ile çok çıktı elde edilmesinden

kaynaklanmaktadır. Sağlık göstergelerine bakıldığında, Bulgaristan, Estonya, Letonya, Litvanya, Macaristan, Polonya, Romanya, Slovakya, Türkiye ile aynı grupta yer almaktadır. İzlanda, Avustralya, Norveç ve İsveç'in refah seviyesi çok yüksek olarak belirtilmiştir. Macaristan, Türkiye, Yunanistan ve Meksika'nın diğer ülkelere refah seviyesinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Almanya, Amerika, Arjantin, Brezilya, Fransa, İngiltere, Hollanda, İzlanda, İsveç Norveç, Finlandiya, Slovakya, Slovenya gibi ülkeler sağlık sistemleri birçok yönden ele alındığında verimli bulunmuştur. Lüksemburg, Şili, Meksika ve Türkiye değerlendirmeler sonucu sağlık sistemi açısından verimsiz bulunmuştur. Verimsiz ülkelerin sağlık hizmeti sunumunda ulaşılabilir, kaliteli ve memnuniyet artırıcı politikalar oluşturması gerekmektedir. Bu nedenle stratejik ve aynı zamanda ulusal sağlık planları geliştirilmelidir. Gayri Safi Yurt içi Hasıla'dan sağlığa ayrılan paylar arttırılmalıdır. Yapılan çalışmalarda ülkelerin sağlık etkinliklerini en fazla etkileyen girdi hekim sayısı olmuştur. Kişi başına ayrılan sağlık harcaması ve hastane yataklarının arttırılması verimliliğin de artacağını düşündürmektedir. Ülkelerin sağlık sistemlerini verimli seviyelere taşıması için, sağlık hizmet sunumunda ve sağlık harcamalarında faydalı ve geliştirici politikalar uygulaması önerilmektedir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2005). Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 3-29.
2. Sungur, C. (2021). Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ve Performans Analizi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18(3), 2274-2201.
3. Varabyova, Y. ve Müller, JM (2016). OECD ülkelerinde sağlık hizmeti üretiminin etkinliği: ülkeler arası karşılaştırmaların sistematik bir incelemesi ve meta-analizi. Sağlık Politikası , 120 (3), 252-263.
4. Boz, C., Önder E. (2017). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Performansının Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvence Dergisi, 6(11), ss.24-61.
5. Chisholm D, Evans DB. Evrensel kapsama doğru ilerlemenin bir yolu olarak sağlık sistemi verimliliğini artırmak . Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2010.
6. Aydın, N., Başar, M., Coşkun, M. (2010). Finansal Yönetim, Detay Yayıncılık Ankara.
7. Keşgin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın tanımı: başa çıkma.
8. Alu, A. (2017). Sağlığın Temel Kavramları. Sağlık Yönetimi Dergisi, 1(2), 32-41.
9. Yazgan, M. (2009). Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan taraflarca değerlendirilmesi (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
10. Kavuncubaşı, Ş., (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
11. Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, Yayın No: 2

12. Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Antalya, Türkiye
13. Dünya Sağlık Örgütü. (2001). Dünya Sağlık Raporu 2001: Ruh sağlığı: yeni anlayış, yeni umut.
14. Rahmatollah G. and Rouzbehani K. (2016). Social, Economic, and Political Perspectives on Public Health Policy-Making, IGI Global.
15. European Union (2012). The management of health systems in the EU Member States- The role of local and regional authorities, 25 Nisan 2021 tarihinde <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/healthsystems/healthsystems-en.pdf> adresinden erişildi.
16. Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1).
17. Tatara, K., Okomato, E. (2009). Health system transition: Japon health system review. Sara Allin, Ryoza Matsuda (Eds), European Observatory on Health Systems and Policies. Vol. 11, No. 5.
18. Özçelik, E. İngiltere’de Sağlık Sistemi. Sciences, 6(28), 1152-1184.
19. Kırılmaz, H., Amarat, M., & Özgün, Ü. N. A. L. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi. Strategic Public Management Journal, 3(6), 78-104.
20. Fırat, K., & Öztürk, İ. (2021). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılaştırmalı analizi (benchmarking): Türkiye ve İspanya örneği. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 5(1), 19-26.
21. Aksakal, H. İ. (2017). Dr. Refik Saydam Önderliğinde Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerini Modernleştirme Çabaları. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 27(1), 219-232.
22. Bakanlığı, S. (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu,

- Ağustos 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ankara.
23. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri. 2008, Word Bank.
  24. Sülkü, S. N. (2011). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414.
  25. Arı, H., Çavmak, D., Kaptanoğlu, A., (2016). Clinical Commissionign Groups ve Klinik Kalite İndikatörleri, (Ed. Ayşegül Kaptanoğlu). Sağlık Hizmetlerinin Tripodu, Kitapana, İzmir.
  26. Top, M. (2006). “Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye’de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1), 93–123.
  27. Arslan, A. (2002). Kamu harcamalarında verimlilik, etkinlik ve denetim. Maliye dergisi, 140(2), 1-14.
  28. Dikmetaş, E. (2008). Sağlık Kurumlarında Verimlilik ve Veri Zarflama Analizi. Verimlilik Dergisi, (1), 55-77.
  29. Nyhan, R.C., Cruise P., (2000), ‘Comparative Performance Assessment in Managed Care: Data Envelopment Analysis for Health Care Managers’, Managed Care Quarterly, 8(1), 18-27.
  30. Yılmaz, F., & Şenel, İ. K. (2019). Sağlık Kurumlarının Etkinliklerinin Veri Zarflama Analizi İle Değerlendirilmesi. Sosyal Güvence, (15), 63-88.
  31. Karaçam Z. Sistemantik derleme metodolojisi: Sistemantik derleme hazırlık için bir rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektron Derg. 2013;6(1):26–33.
  32. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. J Clin Epidemiol. 2009;62(10):1006–12.
  33. Kişi, M., & Eroymak, S. (2019). Oecd Ülkelerinin Sağlık Göstergelerini Veri

- Zarflama Analiz Yöntemiyle Karşılaştırılması. Journal of Süleyman Demirel University Institute of Social Sciences Year, 3(35), 277-293.
34. Kocaman, A. M., Mutlu, M., Bayraktar, D., & Araz, Ö. M. (2012). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi. Engineer & the Machinery Magazine, (635).
  35. Erdoğan, S., & Bozkurt, H. (2008). Türkiye’de yaşam beklentisi-ekonomik büyüme ilişkisi: ARDL modeli ile bir analiz. The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management 2008, 25-38.
  36. Jaba, E., Balan, C., & Robu, I. (2014). The relationship between life expectancy at birth and health expenditures estimated by a cross-country and time-series analysis. Procedia Economics and Finance, 15, 108-114.
  37. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020), ISBN:978-975-590-553-2 T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 988 Ankara, 2015.
  38. Öztürk, L., & Meral, İ. G. (2016). Türkiye’de Hastane Yatak Sayılarının 1977-2014 Yılları Arasında İllere Dağılımındaki Eşitsizliğin Ölçülmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18(3), 621-643.
  39. Simoens, S. ve Giuffrida, A. (2004). Hekim ödeme yöntemlerinin sağlık sisteminin verimliliğini artırmaya etkisi: uluslararası bir karşılaştırma. Uygulamalı Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası, 3, 39-46.
  40. Öztürk N. Ş., & Akbulut, Y. (2011). Hemşirelerin İş Gücü Verimliliğini Etkileyen Örgütsel Faktörler Konusundaki Tutumlarının Belirlenmesi. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 10(1), 19-30.
  41. Chang, JY, Lee, KS, Hahn, WH, Chung, SH, Choi, YS, Shim, KS ve Bae, CW (2011). Kore’de yenidoğan ve bebek ölüm oranlarındaki azalma eğilimleri: Japonya, ABD ve OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında. Kore Tıp Bilimi Dergisi, 26 (9), 1115-1123.
  42. Öncel SY, Gebizlioğlu ÖL, Alioğlu FA. Risk factors for smoking behavior among university students. Turkish Journal of Medical Sciences 2011; 41:1071-

1080.

43. Grover A. Role of race in influencing smokers' attitudes and behavior: an explorative study for african-american and white adolescents. *Academy of Health Care Management Journal* 2010; 6:41-55.
44. Şahinbaş, F., Konca, M., & Yetim, B. (2019). OECD Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Etkinliğinin Değerlendirilmesi.
45. Aalto A. M. (2000) Measuring The Responsiveness of Health Care System in The World Health Report 2000, The World Health Report 2000: What Does It Tell About Health Systems? Analyses by Finnish Experts. National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes), Helsinki, Finland.
46. Akar, S. (2014). Türkiye'de Daha İyi Yaşam Endeksi: OECD Ülkeleri ile Karşılaştırma. *Journal of Life Economics*, 1(1), 1-12.
47. Akbulut, E. (2020). Sağlık harcamaları ve gelir dağılımı ilişkisi: Türkiye ve OECD ülkeleri karşılaştırmalı analizi. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 137-155.
48. Akdağ, R., & Bakan, S. (2010). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
49. Akdağ, R., Mollahaliloğlu, S. (2011)., "Kamu Hastanelerinin Genel Verimliliğinin Değerlendirilmesi: Araştırma Raporu: Efficiency Measurement and Evaluation in Turkish Hospitals: Survey Report", Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
50. Akdağ, Recep. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2012, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı- Değerlendirme Raporu.
51. Alkan, Ö. (2017). Türkiye'de gençlerin tütün kullanımında cinsiyet farklılıklarının araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 18(2), 35-45.
52. Altunöz, U. (2020). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ile İlişkisinin Oecd Ülkeleri İçin Analizi. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 12(1), 85-105.
53. Aras G., Kurt T., (2002), "Türk Bankacılık Sisteminde 1992-2000 Döneminde

- Veri Zarflama Analizi- DEA ile Etkinlik Ölçümü”, II. Ulusal Orta Anadolu Kongresi, Küresel Rekabette Yeni Verimlilik Stratejileri, Milli Produktivite Merkezi Yayınları: 666, Ankara 17 – 19 Ekim 2002, Niğde., 439-460.
54. Ataay, F. (2007). Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
55. Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. Amme İdaresi Dergisi, 41(3), 169-184. Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 31(3), 183-192 Başustaoğlu, A. (2016). Bir Nefe Sıhhat Tevfik Sağlam'ın Yaşamı. İş Bankası Yayınları, İstanbul
56. Aydın, A. (2019). Oecd ülkelerinin sağlık hizmetleri etkinliğinin veri zarflama analizi Yöntemi Ile Değerlendirilmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
57. Başol, E., & Songül, C. A. N. (2015). Tütün Tüketiminin Ekonomik Etkileri ve Tütün Kontrol Politikaları Üzerine Bir İnceleme. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 4(7).
58. Baysal K., (2010). İşletmelerde etkinlik ve verimlilik ölçüm yöntemleri (Yayın No: 271365). Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.
59. Bilir, N. (2011). Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, S Akçay, O Elbek), 21-23.
60. Bilir, N., Çakır, B., Dağlı, E., Ergüder, T., & Önder, Z. (2010). Türkiye’de tütün kontrolü politikaları. World Health Organization Report. Available from: URL: <http://www. Euro. WHO. Int/document E, 93038>.
61. Bölükbaşı, N., Hayriye, I. Ş. I. K., & SÖYLER, S. (2021). Sağlık Harcamaları ve İlaç Harcamaları İlişkisi: Türkiye ve OECD Ülkeleri Açısından Bir Karşılaştırma. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 7(1), 47-56.
62. 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.

63. Demir Uslu, Y. (2021). TOPSIS ve VIKOR Yöntemleri kullanılarak OECD Ülkelerinin sağlık kaynağı göstergeleri açısından karşılaştırılması. OPUS–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 18(44), 7668-7692. DOI: 10.26466/opus.961183.
64. Doğan, B. Ş. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi. In V. Anadolu International Conference in Economics Proceeding Book (pp. 1-17).
65. Erol, H., Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 4(1), 9-34.
66. Ersoy, K., Kavuncubasi, S., Ozcan, Y. Harris, J. M. (1997). “Technical Efficiencies Of Turkish Hospitals: DEA Approach”, Journal Of Medical Systems, 21(2), s. 67–74.
67. Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık. Yükçü, Süleyman ve Atağan, Gülşah. 4, 2009, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 23.
68. Fırat, E., & Aydın, A. (2015). İnsani Kalkınma Endeksine Göre Türkiye’nin Eğitim Endeks Göstergelerinin OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 15(29), 62-87.
69. Fişek NH. Halk sağlığına giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1983.
70. García-Santesmases P, Monteagudo JL. Final report on the KISA and innovation health care study in Spain personal care services for the elderly and chronic patients using information and communication technologies. [İnternet yayını]. 2004. [Atıf: 13.04.2019] Erişim: <http://www.isciii.es/publico/>
71. Gençer, Ç.; Er, F.; Barut B.; Kara Y. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi. Toplum ve Sos Hizmet Derg. 2021;32(2):1125–42.
72. Giray, F., & Çimen, G. (2018). Sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen

- faktörler: Türkiye ve OECD ülkeleri analizi. Sayıştay dergisi, (111), 143-171.
73. Güdük, ., & Kılıç, C. H. (2017). Sağlık hizmetleri akreditasyonu ve Türkiye’de gelişimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(2), 102-107.
74. Güldal, A. D., Limmili, G., & Çelik, M. (2019). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. The Journal of Turkish Family Physician, 10(4), 163-172.
75. Güven, E., Tefik, A. T., & Ramazan, E. B. R. U. (2020). Sağlık ekonomisi kapsamında sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin finansmanı: Bir uygulama. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 3(1), 63-81.
76. Güzel, İ. (2019). Türkiye ve Avrupa Birliğine ye ülkelerin seçilmiş sağlık göstergelerinin veri zarflama analizi ile değerlendirilmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
77. Hasan, T. . R. E. (2019). Oecd lkeleri için refah lm: Gri ilişkisel analiz uygulaması. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(2), 310-327.
78. Hatice, E. R. O. L., & zdemir, A. (2018). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarına Etkileri. Uluslararası yönetim iktisat ve işletme dergisi, 15(15), 119-146.
79. İleri, H., Seçer, B., & Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, (12), 176-186.
80. İştar, E. (2012). Stres ve verimlilik ilişkisi. Akademik Bakış Dergisi, 33(1), 1-21.
81. Karaman, S. (2019). Avrupa Birliği yesi ülkelerin sağlık sistemi ile Türk Sağlık sisteminin karşılaştırılması: Türkiye Almanya rneği (Master's thesis, Namık Kemal Üniversitesi).
82. Karar, ř. (2013). Türkiyede sağlık sistemi ve 2003 sonrası sağlıkta dönüşüm

programı (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

83. Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
84. Kelleci, S. Ü., & Zehra, T. Ü. R. K. (2016). Genç İşsizliğin İncelenmesi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Karşılaştırması. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 5(13), 10-25.
85. Keskin, H. İ. (2020). Türkiye’de aile hekimliğine geçiş sürecinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının verimliliği. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 21(1), 133-152.
86. Kılıç, T. (2017). E-Sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203-217.
87. Konat, G. (2021). Sağlık harcaması ve ekonomik büyüme ilişkisi: OECD ülkeleri için panel veri analizi. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 16(61), 348-360.
88. 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.
89. Lorcu, F. (2008). Veri zarflama analizi (DEA) ile Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık alanındaki etkinliklerinin değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*
90. Mertler, Ö. G. D. A. A., Karadoğan, N., & Tatarhan, G. (2015). Türkiye’de Tıbbi Cihazların Sayısal Durumu ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılmaları. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(1), 52-70.
91. Mollahaliloğlu, S., ARI, H. O., ÖNCÜL, H. G., & GÜRSÖZ, H. (2009). Türk sağlık sektöründe tıbbi cihazların sayısal durumu, bölgesel dağılımı ve oecd ülkeleri ile karşılaştırmalar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1), 69-86.
92. Monsef, A., & Mehrjardi, A. (2015). Determinants of life expectancy: a panel veri approach. *Asian Economic and Financial Review*, 5(11), 1251-1257.

93. Nihat, I. Ş. I. K., & KILINÇ, E. C. (2013). Bilgi ekonomisi ve iktisadi büyüme: OECD ülkeleri üzerine bir uygulama. Akdeniz İİBF Dergisi, 13(26), 21-54.
94. OECD Statistics. OECD Stat. [Çevrimiçi] 2023. <http://stats.oecd.org/>.
95. OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye, Hastanelerde Beşerî ve Fiziki Kaynakların İncelenmesi. Sürekli, H. Erkin ve Mortaş, Alper. Kasım 2015.
96. Özer, A. R. I. K., & İleri, Y. Y. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanında Türkiye’de yeni yaklaşım; teşhis ilişkili gruplar (TİG). Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 45-50.
97. Öztürk, S., & Okyay, U. Ç. A. N. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22(1), 139-152.
98. Pesen, S. F., Karadoğan, S., & Akbulut, A. (2021). Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı ve Tütün Kontrol Politikalarına Genel Bir Bakış. Turkey Health Literacy Journal, 2(3), 191-196.
99. Recep, A. K. D. U. R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. AÜ TF Halk Sağlığı ABD, Ankara.
100. Saygın, Z. Ö., & Kundakcı, N. (2020). Waspas ve Codas yöntemleri ile oecd ülkelerinin sağlık göstergeleri açısından kıyaslamalı analizi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 23(1), 23-42.
101. Sayılı, U., Sayman, Ö. A., VEHİD, S., Köksal, S. S., & Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 1-12.
102. Sezer, E. R. E. R. (2010). Sağlık hizmetlerinde sorumluluğun paylaşılması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 36(1), 33-38.
103. SHGM, T., & Müdürlüğü, S. B. S. H. G. (2019). Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması.

104. Sinem, M. U. T., KUTLU, G., & TURGUT, M. (2019). Türkiye’de Sağlık Alanında Veri Zarflama Analizi Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makalelerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1), 207-244.
105. Şahin İ. Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırmalı Analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 11(1);1-39, 2008.
106. Şahin, İ. (1999), “Sağlık Kurumlarında Göreceli Verimlilik Ölçümü: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin İllere Göre Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 32, Sayı, 2, Haziran 1999, s. 123-145.
107. Şahin, K., & Cezlan, E. Ç. (2023). OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Finansman Modellerinin Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 41(1), 44-61.
108. Şener, M., & Yiğit, V. (2017). Sağlık Sistemlerinin Teknik Verimliliği: OECD Ülkeleri Üzerinde Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (26), 266-290.
109. Şenol, O., & Gençtürk, M. (2017). Veri Zarflama Analiziyle Kamu Hastaneleri Birliklerinde Verimlilik Analizi. Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences, 29(4).
110. T.C Resmî Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28539.
111. Topcu, B. A., & Oralhan, B. (2019). Türkiye ve OECD Ülkeleri’nin temel makroekonomik göstergeler açısından çok kriterli karar verme yöntemleri ile karşılaştırılması. Journal of Academic Value Studies, 3(14), 260-277.
112. Yavuz, B. (2012). Veri zarflama analizi yöntemi ile OECD ülkeleri etkinlik değerlendirmesi (Doctoral dissertation, Fen Bilimleri Enstitüsü).
113. Yavuz, İ., (2001), Sağlık Sektöründe Etkinlik Ölçümü (Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama), MPM Yayınları No. 654, Ankara.
114. Yeşilyurt, Ö., & Salamov, F. (2017). Türk devletleri sağlık sistemlerinde etkinliğin ve etkinliğe etki eden faktörlerin süper etkinlik ve tobit modelleriyle

- değerlendirilmesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 128-138.
115. Yiğit, V. (2016). Hastanelerde teknik verimlilik analizi: Kamu hastane birliklerinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 9-16.
116. Yolalan, R., (1993), *İşletmelerarası Göreli Etkinlik Ölçümü*, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 483, Ankara,
117. Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591-610.
118. Aydınli, B. (2022). Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
119. Kaman, F. B., & Yücel, A. OECD Ülkelerinde Çocuklarda Sigara ve Alkol Tüketiminin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Etkinlik Analizi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 44-63.

## 10. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-10840098-772.02-6164  
Konu: Etik Kurulu Kararı

13/10/2022

**Sayın AYŞENUR ŞAHİN**

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.05.2022 tarihli E-10840098-772.02-2713 sayı no ile onay verilen "Veri Zarflama Analizi ile OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verimliliğinin İncelenmesi" isimli çalışmanız için aşağıda verilen değişiklikler uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

- Yukarıda belirtilen araştırma açık adı yerine "*OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verimliliğinin İncelenmesi*" olarak değiştirilmesi isteği.
- Çalışmanızın "*Araştırmanın yapılacağı merkez/merkezler kısmına*" "2011-2021 yılları arasında Pubmed, Science Direct, Ebschost, Ulakbim, Scopus, Web of Science, Springer Link, Google Scholar veri tabanlarında yayınlanan makaleler taranarak yapılacaktır." olarak ekleme yapılması isteği.
- Çalışmanızın "*Araştırmanın amacı / gerekçesi*" kısmında "Sürdürülebilir, verimli ve etkili bir sağlık bakım sistemine duyulan ihtiyaç, dünya çapındaki ulusları ilgilendiren önemli bir konudur. (Varabyova vd., 2016). Ülkeler, farklı sağlık sistem modelleri benimsemektedirler. Sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık harcamalarının finansmanındaki yöntemler ve kamuya ya da özel sektöre dayalı değerlendirilmeler sistemler içinde çözümlenmeye çalışılmaktadır. Bu yüzden, ülkelerin kişi başı ve toplam sağlık harcamalarında, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasılası'ndaki (GSYİH) paylarında, bu payların kamu ve özel sektör harcamalarındaki oranlarında, cepten ödenen sağlık harcama oranlarında ve dolayısıyla ülkelerin sağlık göstergelerinde önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır. (Daştan vd., 2015). Ülkelerin sağlık sistemlerinin kaynaklarını verimli kullanmaları çok önemlidir. DSÖ, verimsizlik nedeniyle toplam sağlık kaynaklarının yaklaşık %20-40'mın üye ülkeler arasında her yıl boşa harcılandığını tahmin etmektedir. Ayrıca bu oran düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksektir. (Chisholm vd., 2010)." eklemelerin yapılması isteği.

Evrağınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 18B28743X4 kodu ile doğrulayabilirsiniz.



- Çalışmanızın “Araştırmanın materyal ve metodu” için “*Veri Zarflama Analizi*” yerine “*Sistematik Derleme Yöntemi*” olarak değiştirilmesinden dolayı “Araştırmanın modelini sistematik derleme yöntemi oluşturmaktadır. Araştırmanın modelinde OECD ülkelerinin sağlık verilerinin bulunduğu World Bank veri tabanından ve OECD veri bankasından alınan verilerin kullanılarak 2011-2021 yılları arasında Pubmed, Science Direct, Ebschost, Ulakbim, Scopus, Web of Science, Springer Link, Google Scholar veri tabanlarında yayınlanan makaleler taranarak yapılacaktır. Sistematik derleme yapılırken “OECD ülkeleri”, “sağlık sistemleri” “verimlilik”, “sağlık sistemlerinin verimliliği”, “Bin Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı”, “Bin Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı”, “Bin Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı”, “Bin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması”, Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı”, “Bin Kişi Başına Düşen MR Sayısı”, “Tütün Kullanım Oranı”, “Doğumda Beklenen Yaşam Süresi”, “Bebek Ölüm Hızı” kelimelerinin farklı kombinasyonlarıyla taranacaktır. Bu çalışmalardan araştırma kriterlerine uygun makaleler analiz edilecektir. World Bank veri tabanından ve OECD veri bankasından toplanacaktır. Araştırmaya dâhil olan ve sağlık verileri incelenecek OECD ülkeleri: ABD, Almanya, Avusturalya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallık, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Kolombiya, Kosta Rika, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovak Cumhuriyeti, Slovenya, Şili, Türkiye, Yeni Zelanda ve Yunanistan’dır. Bu ülkelerin tamamı 2022 yılı itibarıyla OECD üyesi ülkelerdir (OECD,2022). “” şeklinde değişikliklerin yapılması isteği.

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 18B28743X4 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

- Çalışmanızın “Kullanılacak istatistiksel yöntem(ler)” kısmında “ Araştırmada sistematik derleme yöntemi kullanılacaktır. Sistematik derleme; herhangi bir araştırma sorusuna yanıt bulmak, son durumunu belirlemek, karşılaştırma yapmak, o alanda yayımlanmış tüm çalışmaların araştırma da tutulma kriterlerini belirleyip kapsamlı bir şekilde taramarak, ne tür çalışmaların derlemeye alınacağına, araştırmacı ve uzman görüşüyle belirlenmesi, araştırmaya alınan yayınların bulgularının sentez edilmesidir (Karaçam, 2013). Sağlık hizmetlerinde kanıtı dayalı uygulamayı bilgilendirmek için kılavuzlar ve politikalar, mevcut tüm kanıtların kapsamlı, anlamlı ve zaman açısından verimli bir şekilde doğru bir şekilde tanımlanmasını, derlenmesini ve bütünleştirilmesini gerektirir. Dikkatlice yürütülen sistematik incelemeler ve meta-analizler gibi kanıt sentezine yönelik yaklaşımlar, belirli konuları özetlemek için gerekli araçlardır. (Muka vd., 2020). Literatürde bir konuyla ilgili birden fazla araştırma ile karşılaşmak mümkündür. Bu çalışma OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin verimliliğinin değerlendirilmesi amacıyla 2011-2021 yılları arasında OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin verimliliği konusunda yayımlanmış makalelerin sistematik bir derlemesidir. Yapılan bu çalışmanın raporlaması, PRISMA kılavuzuna göre hazırlanmıştır. PRISMA, sistematik derlemelerin alan yazın taraması aşamalarının raporlanmasına ilişkin belli bir ölçütü hareket eden, taramaların sayısal veri sonuçlarında şeffaflık sağlayan, araştırmanın verilerini elde etme aşamasından, bulguların yorumlanmasına kadar araştırmacı için bir kılavuzdur (Moher vd., 2009).PRISMA kılavuzunun uygulanmasında karar kriterleri: “Belirleme”, “Tarama”, “Dahil Etme/ Uygunluk” tur. Belirleme = Veri tabanlarıyla belirlenen çalışma sayısı( n=) , Tarama= Taranan çalışmalarda İngilizce ve Türkçe tam metne ulaşılan makale sayısı, Dahil Etme ve Uygunluk= Dahil etme kriterlerine göre uygun olarak değerlendirilen makale sayısı olarak hesaplanacaktır. Veri toplama tekniği doküman incelemesidir. Doküman inceleme tekniğinde kullanılan anahtar kelimeler büyük rol oynamaktadır. Anahtar kelimeler veri tabanlarında çok fazla sayıda araştırmaya ulaşmaya yardımcı olmaktadır. Ancak her araştırma çalışma için uygun olmamaktadır. Dahil edilme kriterlerinden birisi olan hedeflenen konu kriteri çalışma için kolaylaştırıcı olmuştur. Alan yazın taramasında ilk adım anahtar kelimeler belirlenmesidir. İkinci adım ise veri tabanı sonuçlarını elde edilmesidir. Bu adımda anahtar kelimeler ile veri tabanlarındaki makalelere ulaşılacaktır. Üçüncü adımda ise ön elemeyen geçen makaleler Excel tablosuna işlenerek sistematik derleme olarak analiz edilecektir. “ olarak değiştirilmesi isteği Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrağınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 18B28743X4 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

- Çalışmanızın “Kaynakça” kısmı aşağıdaki gibi değiştirilmesi isteği.

- 1) Aslan A. (2018) Systematic Reviews and Meta-Analyses Acta Med. Alanya;2(2):62-63.
- 2) Chisholm D, Evans DB. *Evrinsel kapsama doğru ilerlemenin bir yolu olarak sağlık sistemi verimliliğini artırmak*. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2010.
- 3) 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.
- 4) Karaçam Z. Sistematik derleme metodolojisi: Sistematik derleme hazırlık için bir rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg. 2013;6(1):26-33.
- 5) Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1006-12.
- 6) Muka, T., Glisic, M., Milic, J., Verhoog, S., Bohlius, J., Bramer, W., ... & Franco, O. H. (2020). A 24-step guide on how to design, conduct, and successfully publish a systematic review and meta-analysis in medical research. *European journal of epidemiology*, 35(1), 49-60.
- 7) Varabyova, Y. ve Müller, JM (2016). OECD ülkelerinde sağlık hizmeti üretiminin etkinliği: ülkeler arası karşılaştırmaların sistematik bir incelemesi ve meta-analizi. *Sağlık Politikası*, 120 (3), 252-263.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evracınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 18B28743X4 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Medipol Üniversitesi Kavacak Yerleşkesi (Ana Yerleşke Rektörlük)  
Kavacak Mah. Ekinöler Cad. No: 19, Kavacak Kavşağı, 34810 Beykoz, İstanbul  
T: 444 85 44 F: 0212 531 75 55  
E-Posta: [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr) İnternet Adresi: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Kep Adresi: medipolaniversitesi@h03.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Bilge KAYA

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Sayı : 10840098-772.02-2713

05/05/2022

Konu: Etik Kurulu Kararı



<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARASTIRMANIN ACIK ADI	Veri Zarflama Analizi ile OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Verimliliğinin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	AYŞENUR ŞAHİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARASTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input checked="" type="checkbox"/>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrağınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 4EBBCC40X8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Sa:



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No:378</b>	<b>Tarih: 27/04/2022</b>				
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "öybirliği" ile karar verilmiştir.						

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal OZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

\* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 4EBBCC40X8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

---

---

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri  
Bilge KAYA

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrajınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 4EBBCC40X8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.