

Araştırma Makalesi

Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Sovyetler Birliği'nden Ayrılan Bağımsız Türk Cumhuriyetlerinde Sağlık Kalitesi Yönetimi

Economic Improvement Potential in the Health Sector and Management of Healthcare Quality in the Independent Turkish Republics Leaving from Soviet Union

İbrahim Bora ORAN

Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Esenyurt Üniversitesi

Lojistik Yönetimi Bölümü

ibrahimoran@esenyurt.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-0274-0921>

Makale Gönderme Tarihi	Revizyon Tarihi	Kabul Tarihi
24.05.2020	28.07.2020	11.09.2020

Öz

Ekonomik büyüme ve sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin önem verdiği konuların başında gelmektedir. Bu kapsamda Türk Cumhuriyetleri'nin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması ve sağlık harcamalarının incelenmesi de önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı; Türk Cumhuriyetleri'nin sağlık harcamaları ve gayri safi yurt içi hasılasının karşılaştırmalı analizini yapmaktır. Araştırmada 2000 ve 2017 yılları arasında ülkelerin genel ekonomik ve sağlık göstergeleri dikkate alınarak yorumlamalar yapılmıştır. Performans ölçümünde kriter olarak; ülkelerdeki gayri safi yurt içi hasıla ve kişi başına gayri safi yurt içi hasıla düzeyleri ile sağlık sektöründe gerçekleştirilen küreselleşmeye uyum politikaları esas alınmıştır. Ayrıca, genel devlet sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıladaki payı, cepten ödemelerin sağlık harcamalarındaki payı gibi kriterler esas alınmıştır. Veriler, Dünya Bankası (DB), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Devlet İstatistik Komiteleri (STAT) veri tabanlarından alınmıştır. Çalışma sonucunda; gayrisafi yurtiçi hasıla, kişi başına gayrisafi yurtiçi hasıla ve genel devlet sağlık harcamalarında en yüksek rakamlara sahip olan ülke Kazakistan, en düşük rakamlara sahip olan ülke ise Kırgızistan olmuştur. Cepten sağlık harcamalarında en düşük rakama sahip olan ülke Kazakistan'dır. Bunlara ek olarak; yurtiçi genel devlet sağlık harcamalarının ülke gayri safi yurt içi hasılası içindeki % oranı en yüksek olan ülke Özbekistan, en düşük olan ülke Azerbaycan'dır. Bu bulgular ışığında izlenecek politikaların ilgili ülke ekonomilerinde etkinliği sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Küresel Ekonomik Entegrasyon, Sağlık Yönetimi, Sağlıkta Kalite, Kalite Yönetimi, Karşılaştırmalı Veri Analizi Yöntemi, Türk Cumhuriyetler

Jel Kodu: F63, R13

Abstract

Önerilen Atıf/Suggested Citation

Oran, İ. B. 2020. Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Sovyetler Birliği'nden Ayrılan Bağımsız Türk Cumhuriyetlerinde Sağlık Kalitesi Yönetimi, *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 55(3), 1977-1996

Achieving economic growth and quality in health care is at the forefront of the issues that developed and developing countries attach importance to. In this context, it is also important to compare the health systems of the Turkish Republics and examine their health expenditures. The purpose of this study, it is a comparative analysis of the health expenditures and gross domestic products (GDP) of the Turkish Republics. In the survey, interpretations were made taking into consideration the general economic and health indicators of the countries in between 2000 and 2017. As a criterion in performance measurement; gross domestic product, gross domestic product per capita and globalization compliance policies in the health sector have been taken as a basis. In addition, criteria such as general government health expenditures, the share of health expenditures in gross domestic product, share of out-of-pocket payments in health expenditures were taken as basis. Data are collected annually from the World Bank (WB), World Health Organization (WHO), Turkish Statistical Institute (TUIK) and State Statistics Committees (STAT). At the end of the study; Kazakhstan, which has the highest figures in GDP, per capita GDP and general government health expenditures, has been the country with the lowest figures in Kyrgyzstan. The country with the lowest number of out-of-pocket health expenditures is Kazakhstan. Additionally; According to the share of population and total health expenditures in GDP, Azerbaijan has the lowest number and Uzbekistan has the highest number. It is thought that the policies to be followed in the light of these findings will ensure the effectiveness of the economies of the relevant countries.

Key words: Global Economic Integration, Health Management, Quality in Health, Quality Management, Comparative Data Analysis Method, Turkic Republics.

Jel Codes: F63, R13

1. Giriş

Dünyada küreselleşme sürecinin başlamasıyla birlikte uluslararası ticaret faaliyetlerinin serbestleşmesi sonucu her alanda artan rekabet nedeniyle dünyadaki bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de kalite yönetimi uygulamalarına duyulan ihtiyaç artmaktadır. Sağlık kuruluşlarında kalite yükseltilmesi ihtiyacının en önemli nedenleri, dünyadaki sağlık kurumları arasında rekabetin küreselleşmesi ve sağlık hizmetlerinde kalite isteğinin yaygınlaşmasıdır.

Ülkelerin sağlık kuruluşlarında ekonomik gücüyle orantılı kalite standartları oluşmaya ve uygulanmaya başlamıştır. Aynı zamanda farklı ülkelerde sağlıkta kalite standartlarının belirlenmesi ve ölçülmesi gereği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle Türk Dünyası ülkeleri olan Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan, Tacikistan, Özbekistan ve Türkmenistan'ın bağımsızlıklarına kavuştuktan sonra değişen makroekonomik göstergelerine bağlı olarak gelişen sağlık standartları analiz edilmektedir. Ülkelerin sağlık kuruluşlarında kalite yönetimi performanslarının ölçülmesinde kullanılan kriterler çerçevesinde küreselleşen dünya ekonomisi sürecinde bu ülkelerin bulunduğu bölgedeki gelişmeler belirlenmektedir. Dünyada toplam kalite yönetimi, küreselleşmenin başlatıldığı 1980'li yıllardan itibaren öncelikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin gelişiminde hızlı bir artış göstermiştir. Sağlık kurumlarında hasta ve çalışanların memnuniyeti için belirlenen ilkeler doğrultusunda gelişmelerin takip edilmesi ve hatasız sağlık hizmeti sağlanmasına yönelik çalışmalar kurum yönetimleri tarafından daha fazla önemsenmektedir. Sağlık sektöründe gelişmekte olan ülkelerde kalite yükseltilmesi konusunda yaşanan gelişmeler çok farklıdır ve bu araştırma kapsamında ancak Türk dünyası dediğimiz Sovyetler Birliği'nin dağılmasıyla bağımsızlığını kazanan ülkeler tarafından gerçekleştirilen performans değerlendirilmiştir.

İlk bölümde sağlık konusunda kalite gelişimi kapsamında, genel anlamda kalite ve sağlık kurumlarında kalite çerçevesinde genel bilgiler verilmiştir. Bu konuda kalite kavramına farklı bakış açılarından kaynaklanan yorumlar ve kalite yönetiminin temel ilkeleri ile farklı bölgelerde belirlenen ilkeler açıklanmaktadır. Sağlık sektöründe kalite yönetiminin genel nedenlerine ve dünyada kalite kriterlerine yer verilmiştir. Daha sonraki bölümde, Türk Dünyası ülkelerinde ekonomik değişimler ve sağlık sektöründe gerçekleştirilen gelişmeler değerlendirilmektedir. Bu amaçla yıllık ortalama GSYİH değerleri incelenmektedir. Toplam sağlık harcamaları, kişi başına sağlık harcamaları ve GSYİH'den sağlığa ayrılan pay, sağlık sektöründe genel devlet harcamaları ve cepten salık harcamaları göstergeleri ile Türk dünyası ülkelerinin sağlık sektöründe kalite anlayışı ve kalite yönetimi konusunda gösterilen gelişim değerlendirilmektedir.

2. Türk Cumhuriyetleri’nde Sağlık Sistemi Hakkında Genel Bilgiler

Kalite, günümüzde gelişen daha iyi koşullara yönelik gerekli değişiklikleri uygulamak için kurumların yeniden yapılandırılmasını zorunlu hale getirmiştir. Kalite yükseltme amacıyla tüm kurumlarda olduğu gibi sağlık kuruluşları da yönetim grubu, çalışan insan kaynakları ve kurumun işleyiş tarzını yeniden gözden geçirmektedirler.

Sağlık kurumlarda kalite arttırılmasına yönelik stratejileri planlamak için yapılan çalışmalar, küreselleşen dünya sürecinde modern yönetim anlayışının gerektirdiği kalite standartlarının uygulanmasını ve aynı zamanda ülkelere özgün kurumsal kültürün korunmasını gerektirmektedir (Amaral, 1998: 187).

Kalite, bir yaşam biçimi olarak algılanmakta, hayatın her aşamasında yeterli olması istenmektedir (I. Ulusal Kalite Kongresi, 1992, s. 5). Bu nedenle, küreselleşen dünya ekonomisi sürecinde küresel rekabet ortamında dünya pazarında yer edinebilmek isteyen kuruluşların kaliteye duyulan ihtiyacı artmaktadır.

Farklı sektörlerdeki kuruluşların farklı kalite yaklaşımları bulunmakla birlikte, kalite kavramının genel anlamında bir görüş birliği bulunmaktadır. Kalite, daha iyi hayat koşulları ve daha üstün bir yaşam tarzı sağlama felsefesi veya müşteri memnuniyeti gibi genel anlamları dışında, farklı alanlarda faaliyet gösteren kişi ve kuruluşlar tarafından farklı bakış açılarından kaynaklanan farklı yorumlarla açıklanmaktadır;

- Amerika Kalite Kurumu ve Türk Standartları Enstitüsü tarafından “ kalite, bir mal veya hizmetin belirli bir ihtiyacı karşılayabilme yeterliliğini ortaya koyan karakteristik özelliklerinin tümüdür” diye tanımlanmaktadır (ASQ, 2004, s.1; ISO 8402, 2019, s.1; TSE 9005) .
- Avrupa Kalite Organizasyonu ise “ Kalite, bir ürün veya hizmetin tüketicilerin taleplerine uygunluğudur ” olarak açıklamaktadır (EOQ, 2004, s.2)
- Japon bir bilim adamı olan Taguchi tarafından kalite, ürünün iletilmesinden sonra kullanıldığı toplumun yaşadığı minimal zarar olarak açıklanmıştır çünkü kalitenin üretimden önce başladığını (offline kalite kontrolü), üretimden itibaren oluştuğunu (On-line kalite kontrolü) ve elde edilen sonuçların analizi ile test edildiğini düşünmektedir (Taguchi, 1987, s. 3).

Toplam kalite sistemi kapsamında kurumsal çerçevenin gerektirdiği stratejilerin belirlenmesi, kalite standartları geliştirilmesi ve yeni projeler oluşturulması öngörülmektedir. Bu çerçevede, öncelikle bir kalite sisteminin oluşturulmaktadır ve yönetim işlevleri sistemlere göre yürütülmektedir (Deming, 1996, s.111). Toplam kalite anlayışı, ilgili tüm kişiler ve kurumların katılımıyla oluşturulan toplam bir değer çerçevesinde bu değerlerden yararlanan müşterilerin memnuniyetinin sağlanmasıyla kaliteye ulaşılmasıdır.

Toplam kalite yönetimi, “Ürünü veya hizmeti alan ve kullanan müşterilerin gereksinimlerini karşılamak için, kalite kapsamında rekabet imkanının arttırılmasına yönelik uygulamalar” (Wilkinson, 1993, s. 48) olarak tanımlanmaktadır. Farklı bir açıdan, “Kullanıcı ihtiyaçlarının karşılanmasında ürün veya hizmetin sonucundaki kalite düzeyinden ziyade üretim veya hizmet sürecinde takım çalışmasına dayanan ve sorunların çözülmesine yönelik bir kalite oluşturma felsefesi” (Dawson ve Palmer, 1995, s. 18) olarak tanımlanmaktadır. Aşağıda toplam kalite yönetiminin bazı ilkeleri açıklanmaktadır (Özveren, 1997, ss. 4-5);

- “Kalite yönetiminin hedefleri belirlenmeli, kalite sağlamanın maliyeti hesaplanmalı ve sürekli geliştirme benimsenmelidir,
- Üretim ve hizmet süreci, planlama, üretim, denetim ve düzeltme sıralamasında uygulanmalıdır,
- Kuruluşlarda yönetim ve çalışan işbirliği ile kullananların memnuniyeti ve hatasız çalışmalar hedeflenmelidir”.

Bu ilkeler doğrultusunda, Taylor tarafından Amerika’da kalite sağlanması işinin ne kadar sürede ve hangi yöntemlerle yapılması gerektiğine dair bazı kalite standartları geliştirmiştir. Weber ise

Almanya’da kalite yönetimi hakkında ilkeler ve bürokrasi açısından da yeni kuramlar geliştirerek bir kalite sistemi oluşturma ve çalışanların görevleri ve yetkilerinin doğru bir biçimde belirlenmesine dayalı kurallar geliştirmiştir (Özveren, 1997, s. 9).

Deming tarafından 2. Dünya savaşından sonra resmi görevle danışman olarak gittiği Japonya’da yaptığı çalışmalarla farklı ilkeler uygulanmıştır ve bu 14 ilke dünyada kalite yönetiminin temel ilkeleri olarak kabul edilmektedir (Deming, 1996, s. 19);

- *“Birimler arasında engelleri kaldırın.*
- *Çalışanların işlerinde gurur duymalarını sağlayın.*
- *Dönüşümü gerçekleştirecek faaliyetlerde bulunun.*
- *Eğitimi kurumsallaştırın.*
- *İşgücü konusunda rakamsal kotalar koymayın.*
- *İşgücünü protestoya yönelik hareketlerle zorlamayın.*
- *Kaliteyi sağlamada sadece denetimlere güvenmeyin.*
- *Kişilerin kendilerini eğitmeleri konusunda destek olun.*
- *Korkuyu kaldırın.*
- *Liderliği kurumsallaştırın.*
- *Ödüllendirmenin para ile yapılmasından kaçının.*
- *Ürün ve hizmetlerin devamlı iyileştirilmesini sağlayın.*
- *Kalite yönetim stratejisi planlayıp uygulamaya koyun”.*

Dünyada genel olarak kalite geliştirme amacıyla, kalite kontrolü ve kalite güvence sistemleri ile en doğru kalite standartlarını sağlamak üzere kalite örgütleri oluşturulmuştur. 2. Dünya savaşından sonra açıklanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde herkesin sağlık hizmetinden yararlanması temel bir insani hak olarak belirtilmektedir. Daha sonra 1970 yılında bu hakkın bütün insanlar sağlanabilmesi için ülkelerin sağlık örgütlerini en etkin biçimde geliştirmeleri gerekliliği ortaya konmuştur.

Dünyada sağlıkla ilgili ilk uluslararası örgüt Uluslararası Halk Sağlığı Örgütü’dür (IPO - International Health Organization). Dünyada sağlık konusunda en önemli işlevi olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO - World Health Organization) 1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından öncelikle 2. Dünya savaşından sonra yaşanan olumsuz etkilerden kurtulmanın sağlanması amacıyla kurulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün temel amacı, tüm insanların ırk, din ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin en yüksek sağlık hizmeti alabileceği bir sistemin sağlanması yanı sıra ayrıca ülkelerin kendi bünyelerinde sağlık örgütleri oluşturmalarıdır (Şen, 2019, s. 2-5).

Günümüzün kalite ve toplam kalite yönetimi konusuna bakış açısı öncelikle müşterilerin memnuniyeti üzerinde yoğunlaşmaktadır. Sağlık işletmelerinin amacı, müşteri memnuniyeti sağlayarak tercih edilmeyi sağlamaktır. Sağlık sektöründe müşteriler, hastalar ile sağlık hizmeti sürecinde faaliyeti bulunan diğer kişi ve kurumlardan oluşmaktadır. Sağlık kuruluşlarının müşteri grubu; bir taraftan sağlık hizmeti alan hastalar, hasta yakınları ve ziyaretçilerinden oluşmaktadır, diğer taraftan sağlık kurumları ile bağlantılı anlaşmalı sağlık işletmeleri olarak tıbbi malzeme şirketleri, sigorta şirketleri ve ilaç şirketleridir.

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi bilincinin yaygınlaşmasının genel nedenleri bulunmaktadır (Efil, 2006, s. 65);

- *“ Sağlık kurumlarının kar amacıyla kurulmamış olması,*
- *Yöneticilerin mecburen teknik detaylarla uğraşmaya zaman harcamaları,*
- *İletişim sorunları ve motivasyona gereken önemin verilememesi,*
- *Yetişmesi konusunda çok fazla emek ve zaman harcanan çalışanlar için rasyonel personel politikalarının uygulanamaması,*
- *Bir rekabet ortamının yaratılamaması,*
- *Etkin bir yönetim ve organizasyon sistemi oluşturulmasında sorunlar,*
- *İnsan kaynaklarının etkin kullanılmasında karşılaşılan sorunlar,*
- *Uzun çalışma saatlerinin neden olduğu verim azalması*

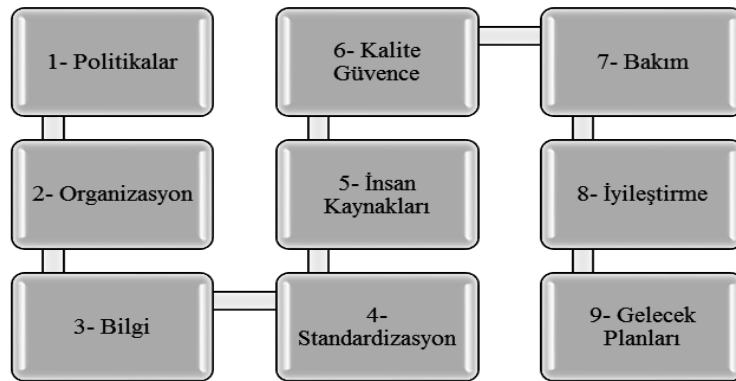
- *Fazla mesai nedeniyle karşılaşılan maliyet artışları,*
- *Düzenlemelerde işi yapan kişilerin önerilerinin göz ardı edilmesi,*
- *Oluşan hataların telafisi kapsamında sonradan harcanan ek kaynakla”.*

Dünyada küreselleşme sürecinin başlamasıyla birlikte sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları artmaya başlamıştır. Sağlık sektöründe bu ihtiyacın küresel boyutta yansımalarında rol oynayan etkenlerin başında dünyada sağlık kurumları arasında küresel rekabetin anlaşılması nedeniyle sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım görme tercihinin artmasıyla birlikte uygulamaların kalite karşılığında artan maliyet sorunlarına çözüm sağlanması olduğu görülmektedir (Çoruh, 1994, s. 2). Küreselleşme çağında ortaya çıkan teknolojik gelişmelerin de etkisiyle kolaylaşan iletişim ve ulaşım olanakları ile birlikte dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesi, tedavi becerisi yanı sıra tedavi amacıyla kullanılan modern teknik cihaz, bilimsel standart ve malzemelerin kullanıldığı hizmetler olarak belirlenmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s. 270).

Sağlık sistemleri ülkeler bazında sınıflandırılırken genel olarak kullanılan finansman yöntemine göre gruplandırılmaktadır (Yıldırım, 2011, s: 61-68);

- **Girişimci ve Serbest Piyasa Sağlık Sistemi Özel Sigorta Modeli:** Bu modelde, sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının büyük kısmı özel sigorta sektörü tarafından karşılanmaktadır.
- **Refah Yönelimli Sağlık Sistemi: Sosyal Sigorta/Bismarck Modeli:** Bu modelde sağlık hizmetleri kamu tarafından karşılanmaktadır. İnsanların ödeme yapmadan sağlık hizmetlerinden bir modeldir. Primle sağlanan zorunlu sigorta karşılığında sağlık hizmetlerinden yararlanılmaktadır.
- **Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sistemi - Beveridge Modeli:** Bu modelde, sağlık personeli, ilaçlar ve sağlık malzemeleri gibi hizmetlerin tamamı devlet tarafından karşılanmakta, özel uygulamalar çok az rol oynamaktadır.
- **Cepten Ödeme Modeli:** Bu modelde, insanlar sağlık hizmetleri kullanımını cepten ödeme yaparak karşılamaktadır. Toplumun hastalık riskine karşı herhangi bir finansal koruması bulunmamaktadır.

Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi amacıyla farklı modeller uygulanmaktadır. Deming tarafından uygulanan modelin amacı, istatistiki kalite kontrole dayalı uygulamalarında başarılı olan firmaları ödüllendirerek gelecekte de aynı başarıları sürdürmelerini sağlamak ve diğer kurumlara örnek olmalarını sağlamaktır.



Şekil 1. Deming Modeli

Model, kalite kontrol sürecinin analizi, istatistiksel uygulamalar ve kalite çemberleri gibi tekniklere odaklanmıştır. Deming modeli dünyada bazı temel kriterlere göre kurulmuştur (Pakdıl, 2008, s. 17). Bu modele göre sağlık hizmetinin kalitesi, hasta tedavi yeteneği ile kullanılan teknik malzemenin kalitesi toplamından oluşmaktadır.

Küreselleşme ile değişen teknolojik gelişmelerle birlikte artan iletişim olanakları sayesinde insanların küresel düzeyde bilgi almaları, sağlık alanındaki beklentilerini değiştirmektedir.

Türkmenistan

Türkmenistan Sovyetler Birliği döneminde hiçbir alanda yatırım yapılmayan bir bölge olduğu için bağımsızlığına kavuştuktan sonra birçok sorunların çözülmesi gerekmektedir. Türkmenistan 1991'den itibaren küreselleşen dünya ekonomisi faaliyetlerine uyum kapsamında serbest pazar ortamına geçiş sürecinde olan ülkelerdendir. Böyle bir süreçte bulunması ülke nüfusunun sağlık koşullarında olumsuz etkiler yaratmıştır ve özellikle ülkenin kırsal alanında önemli ölçüde kaliteli sağlık hizmetlerine ihtiyaç bulunmaktadır (WHO, 2000).

Türkmenistan sağlık sistemi ulusal düzende örgütlenmiştir ve ülkedeki vilayetlerin bölgesel sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumludur. Özel sektör sağlık hizmetleri çok düşüktür ancak sağlık sektöründeki büyüme ve uygulanan sağlık politikaları özel sağlık hizmetlerini artırmaktadır. 1996 yılından itibaren devletin gönüllü sağlık sigortası uygulaması başlatılmıştır. Sağlık hizmetleri için ücret alınması ve gönüllü sağlık sigortası yürürlüğe girmiştir. Sağlık hizmetlerinin karşılanması kapsamında genelde ilaç ihtiyacının karşılanması, tıbbi malzeme verilmesi, sağlık kurumlarında eğitim imkânları ve teknik destek sağlanması gibi konularda kredi ve hibeler kullanılması uygulanmıştır (World Bank, 2006).

Kazakistan

Kazakistan'da diğer eski Sovyetler Birliği ülkeleri gibi bağımsızlığını kazanma tarihinden itibaren kalkınma koşullarında bir ekonomik kriz geçirmiştir ve etkilerini her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de yaşamıştır. Kazakistan, dünyadaki yüzölçümü en büyük ülkeler arasında olmasına karşılık az bir nüfusa sahip olan diğer Orta Asya ülkeleri arasında en zengin olan ülkedir. Sağlık sektöründe, daha ziyade kamu ve özel sektör ortaklığı biçiminde düzenlenen projelerini 2015 yılından itibaren arttırarak uluslararası işbirliğine sunmuştur. Kazakistan, sağlık konusunda işbirliği projeleri seçiminde, vatandaşlarının kendi isteği ile harcamalarını kendisi yaparak diğer bir ülkede tedavi olmasını engellemekte ancak diğer ülkelere hasta kabul edilmesine yönelik teklifleri tercih etmemektedir. 1995 yılından itibaren uygulanmaya başlayan genel sağlık sigortası sistemi hastalar tarafından yapılan düzenli ödemelerle yürütülmektedir. Ülkedeki bazı sağlık kuruluşları tarafından düzenlenen tedavi ücreti tarifelerine dayanan sağlık hizmetleri uygulaması, hastalar tarafından kaliteli sağlık hizmeti almak için yapılacak ödeme hakkında bilgi sahibi olmaları açısından tercih edilmektedir (Ensor ve Savelyeva, 1998, s. 41-49).

Ülkede kamu sağlık hizmetlerine talep azalırken özel sağlık sektöründe talep artışı bulunmaktadır ve bu durum özel sağlık kurumlarında tedavi olanakları sağlamanın kolaylaşmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü Kazakistan'da sağlık hizmetleri alabilme konusunda özellikle bölgeler arasında yaşanan ve gittikçe büyüyen eşitsizlikler, kamu sağlık sigortası kapsamında tedavi hizmeti almanın kolay olmaması nedeniyledir. Dış politikada olduğu gibi sağlık alanında da Kazakistan çok seçenekli bir politika ile sağlık sistemini ve sağlık kuruluşlarını düzeltmeye çalışmıştır. Kazakistan hükümeti 2017 yılından itibaren ek sağlık sigortası gereksinimlerini karşılayarak sosyal sağlık sigortası projesi için Dünya Bankası tarafından sağlanan 80 milyon \$'lık kredi ile zorunlu bir sağlık sigortası sistemi oluşturmayı planlamıştır (Dünya Bankası, 2018).

Özbekistan

Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra bağımsızlık dönemine geçiş sürecinde Özbekistan'ın sağlık hizmetleri sistemi önceden uyguladıkları devlet finansmanı ve merkezi planlamadan vatandaşın kendisinin ödeme yaptığı veya kamu tarafından karşılanan karışık bir sisteme geçilmiştir. Kamu sağlık kurumları ile özel sağlık kuruluşları arasında işbirliği artmaktadır. Bu dönemde farklı reformlar denenmiştir ve sağlık sistemini iyileştirmeye yönelik uygulamalar bulunmaktadır. 1991 ve 2000 yılları arasında sağlık sisteminin geliştirilmesinde kentsel ve kırsal alanlar arasında hekim sayısının dengesiz dağılımın veya sağlık kurumlarında koşulların hastalar yararına düzeltilmesi gibi önemli başarılar elde edilmiştir. Sağlık sisteminin verimliliği konusunda elde edilen bu tür başarılı performans bütün bağımsız devlet topluluğu ülkeleri tarafından sağlanmaktadır (WHO European Observatory, 2001).

Sağlık hizmet yönetiminin ve finansmanının kısmen yerel yönetimlere devredilmesinin hizmet kalitesinin gelişimine yol açması beklenmektedir. Devletin yaptığı reformlar bazı kişiler, hizmetler ve kuruluşlar için sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir. Ancak bu istisna ülkenin bütün bölgelerine ve özellikle düşük gelirli insanlara ulaşmamaktadır çünkü devletin ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanmak için konulan kurallar şeffaf değildir ve yoksul insanların hastanelerden faydalanması zor olmaktadır. Özbekistan’da 2015 yılı itibariyle sağlık harcamalarının GSYH’deki payı % 6,2’dir ve cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı % 42,7’dir. Kişi başına gayri safi yurt hasılası 1.851 \$ olan Özbekistan orta-alt gelir sınıfında yer almaktadır (World Bank, 2020)

Azerbaycan

Azerbaycan coğrafi konumu itibariyle doğu Avrupa ile batı Asya’nın kesiştiği Kafkasya bölgesinde bulunmaktadır. Ülkenin sağlık sistemi merkeziyetçidir ve sağlık bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Ülkedeki hastanelerin hemen hemen tamamına yakın kısmına bakanlık sahiptir ancak sağlık hizmetlerinin çok az bir kısmı yerel idarelerin sorumluluğundadır. İllerdeki sağlık idareleri sağlık bakanlığının direktifleriyle hareket etmektedirler. Azerbaycan sağlık sisteminde standart sağlık tesisleri dışında ayrıca bir sanatoryum ağı bulunmaktadır. Ülkenin emeklilik, istihdam ve sosyal sigorta fonu bulunmaktadır. Bu fonların ana kaynağı vergilerden elde edilen devlet bütçesinden sağlanmakla birlikte işveren ve işçi primlerinden de kaynak sağlanmaktadır. Azerbaycan’da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı oldukça düşüktür ve dünya sağlık örgütü verilerine göre ülkedeki kişi başına sağlık harcaması 520 \$, gayrisafi yurt içi hasıladan sağlığa ayrılan pay ise % 5,3’tür (WHO 2019). Ülkedeki sağlık harcamalarının önemli bir kısmı hastaların cepten harcamalarından oluşmaktadır. Kamu sağlık hizmetleri çok tercih edilmemekle birlikte özel hastanelerin ücret talepleri vatandaşlarının ortalama aylık gelirlerine göre oldukça yüksektir. Azerbaycan’lı hastalar tarafından ülkemizde sağlık hizmeti almak için en fazla tercih edilen il olarak İstanbul 2014 yılında yaklaşık 15.978 hasta ile ilk sıradadır (Satürk, 2020).

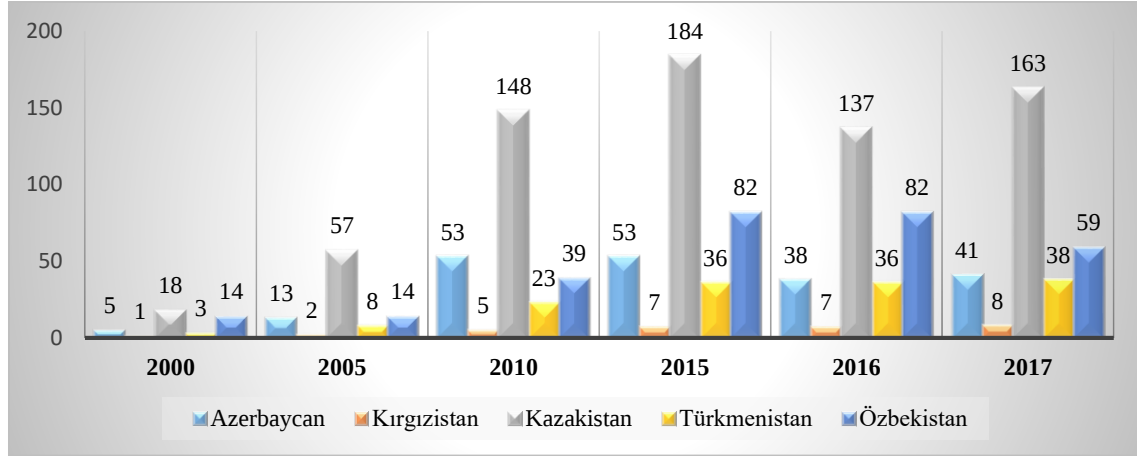
Kırgızistan

Kırgızistan en düşük ekonomik göstergelere sahip ülke olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçiş dönemini atlatmaya çalışan ülke, önemli ekonomi ve sağlık düzenlemeleri yapmıştır. Orta Asya ülkelerinin büyük bir kısmında olduğu gibi Kırgızistan’da da en çok madencilik ve maden arama faaliyetleri yürütülmektedir. Türk Cumhuriyetleri arasında GSYİH ve kişi başına GSYİH açısından en düşük değere sahip ülkedir. Toplam sağlık harcamaları ve kişi başına düşen sağlık harcamaları bakımından da Kırgızistan’ın en düşük değere sahip ülke olduğu görülmektedir. 2017 yılı itibariyle GSYİH miktarı yaklaşık olarak 8 milyar \$’dır. Buna karşılık, ülkelerin sağlık sektörüne ve yatırımlarına verdikleri değeri ifade eden GSYH’den sağlığa ayrılan pay bakımından Kırgızistan en düşük değere sahip olmadığı gibi aksine 2013 ve 2014 yıllarında diğer ülkelere göre daha yüksek değere sahip ülke olduğu görülmektedir. Diğer makroekonomik göstergelere ve sağlık göstergelerine göre Kırgızistan’ın en düşük değerlere sahip olmasına rağmen GSYH’den sağlığa ayrılan pay konusunda bazı yıllarda yüksek olmasına dikkat çekilmektedir. Kırgızistan’ın Orta Asya’daki coğrafi konumu, serbest ekonomisi ve uyumlu politikaları itibariyle gün geçtikçe daha fazla dikkatleri üzerine çekmektedir. Ülkede on beş yıl süren sağlık reformunun sona ermesinden sonra güçlü bir sağlık sistemi olmasına rağmen, son yıllarda sağlık sektörüne yapılan yatırımların zayıflamasının nitelikli hizmetlerin büyük şehirler dışında da sürdürülmesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Halen, nüfusun büyük kısmı tarafından ilaç masraflarını kendi cebinden karşılamak zorunda olduğu ve ilaçların az bir kısmının sağlık sigortası tarafından karşılandığı görülmektedir. Gelir düzeyinin düşük olması ve iş imkânlarının sınırlı olması nedenleriyle özellikle kırsal kesimde yaşayan insanlar ihtiyaç duyduğu tedaviyi karşılayamaz durumdadırlar (Caparova, 2014)

3. Türk Cumhuriyetleri’nde Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

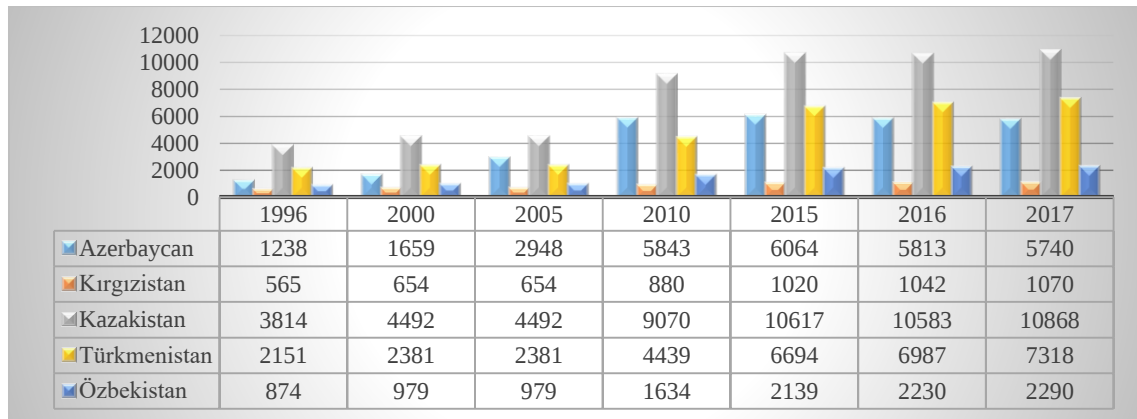
Dünyada ülkelerin sağlık sistemlerinin kalitesi toplumlarının sağlık harcamalarındaki en önemli faktörlerdendir ve bu nedenle ülkeler sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesine yönelik kaynakları arttırmaya özen göstermektedir. Avrasya bölgesinde yer alan ve Sovyetler Birliği’nin

dağılmasından sonra 1991’den itibaren bağımsız devletler olan Türk Cumhuriyetleri’nde önceden sağlık harcamalarının devlet tarafından yapılması veya özel sağlık sigortası uygulamalarının bulunmaması gibi nedenlerle sağlık sektöründe performansı artırma çalışmaları yeni başlatılmıştır. Geçiş ülkeleri grubunda olan Türk Cumhuriyetleri sorunlu bir ekonomik geçiş dönemi yaşamışlardır. Bu araştırmanın amacı, Türk Cumhuriyetleri (Türkmenistan, Kazakistan, Kırgızistan, Özbekistan ve Azerbaycan) tarafından ekonomik büyümeye geçilen dönemde, sağlık sektöründe sağlanan gelişmelerin incelenmesidir. Ülkelerin sahip olduğu petrol ve doğal gaz kaynaklarının etkisiyle GSYİH ve kişi başına gelir düzeyleri yükselmeye başlamıştır (Çarıkçı, 1996, s. 95). Araştırmada öncelikle ülkelerin gelir düzeylerindeki eğilimin karşılaştırılması amacıyla 2000 ve 2017 döneminde GDYİH ve Kişi başına GSYİH değişimleri ile ilgili olarak aşağıda düzenlenen göstergelerle ülkelerin ekonomik gelişme eğilimleri karşılaştırılmaktadır (TÜİK, 2019);



Grafik 1. Türk Cumhuriyetlerinde GSYİH (Milyar \$) 2000 – 2017

Türk Cumhuriyetleri arasında ekonomik açıdan Gayri Safı Yurt İçi Hasıla (GSYİH) düzeyleri en yüksek ve sürekli artış gösteren Kazakistan’ın 2000 yılında 18 milyar \$ olan GSYİH değeri, 2017 yılında 163 milyar \$’a ulaşmıştır. En düşük GSYİH’ne sahip olan Kırgızistan’da ise 2000 yılında 1 milyar \$ iken 2017 yılında bu rakam 8 milyar \$ olmuştur. 2017 yılında Özbekistan 59 milyar \$, Azerbaycan 41 milyar \$ ve Türkmenistan 38 milyar \$ GSYİH’ne sahiptir (TÜİK, 2019).



Grafik 2. Türk Cumhuriyetlerinde Kişi başına GSYİH (\$) 2000 - 2017

Sovyetler Birliği’nden ayrılıp bağımsızlıklarını ilan etmelerinden sonra geçiş sürecindeki ekonomiler olarak Türk Cumhuriyetleri’nin ekonomilerinde yapılan yeni düzenlemeler ile ekonomik açıdan düzelme eğiliminin başlatıldığı görülmektedir. Bu ülkelerde öncelikle yasal açıdan olmak üzere vergi alt yapılarının düzeltilmesi gibi reformların etkisiyle örneğin şirket kurma koşulları kolaylaştırılmış, özel sağlık sigortası ve özel sağlık tesisleri yapılmasıyla ekonomi ve sağlık hizmetlerinde iyileştirme süreci başlatılmıştır. Bu açıdan, Türk

Cumhuriyetleri'nde sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler aracılığıyla ülkelerdeki sağlık sektörü gelişmeleri karşılaştırılmaktadır.

Genel devlet sağlık harcamalarının(GDSH) sağlık harcamaları (SH) içindeki payı konusunda; 2001 yılında %56,65 ve 2017 yılında %62,08 oranları ile en yüksek pay Kazakistan'dadır. En düşük payın ise 2001 yılında %21,53 ve 2017 yılında %15,11 oranları ile Azerbaycan'da olduğu görülmektedir. Kırgızistan'da GDSH'nın SH içindeki payı Kırgızistan'ın 2001 yılında %46,84 iken 2017 yılında %37,95 oranına düşmüştür. Türkmenistan'da GDSH'nın SH içindeki payı 2001 yılında %34,58 iken 2017 yılında %22,29'a düşmüştür. Özbekistan'da GDSH'nın SH içindeki payı ise 2001 yılında %46,69 iken 2017'de %43,30 oranına düşmüştür. Sadece Kazakistan'da genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yükselmiştir (WB).

Türk Cumhuriyetleri'nde kişi başına genel devlet ve özel sağlık harcamaları değişimlerine bakıldığında (Tablo 1);

- Kazakistan'da kişi başı GDSH, 2001 yılında 178,12 \$ ile iken 2017 yılında 173,61 \$ olarak en yüksek miktarlardadır, kişi başına özel SH ise 2001 yılında 136,33 \$ iken 2017 yılında 309,87 \$'a yükselmiştir.
- Kırgızistan'da kişi başı GDSH 2001 yılında 35,01 \$ iken 2017 yılında 29,92 \$'a azalarak en düşük düzeylerde seyretmektedir. Kişi başına özel sağlık harcamaları ise 2001 yılında 39,75 \$ iken 2017 yılında 136,08 \$'a yükselmiştir.
- Türkmenistan 2001 yılında kişi başına GDSH 125,76 \$ ve kişi başına özel SH 969,82 \$ iken 2017 yılında kişi başına GDSH 101,76 \$ ve kişi başına özel SH 969,82 \$ olarak devam etmektedir. Türkmenistan, kişi başına genel devlet sağlık harcamaları ile kişi başına özel sağlık harcamaları arasındaki farkın en yüksek olduğu ülkeler arasındadır.
- Azerbaycan, 2001 yılında kişi başına GDSH 125,76 \$ ve kişi başına özel SH 969,82 \$ iken 2017 yılında kişi başına GDSH 41,63 \$ ve özel SH 969,82 \$ olarak devam etmektedir. Azerbaycan, kişi başına GDSH ile kişi başına özel SH arasındaki farkın en yüksek olduğu ülkeler arasında yer aldığı görülmektedir.
- Özbekistan, 2001 yılında kişi başına GDSH 52,77 \$ ve kişi başına özel SH 242,23 \$ iken 2017 yılında kişi başına GDSH 42,79 ve özel SH 242,23 \$ olarak devam etmektedir.

Türk Cumhuriyetleri'nde genel sağlık harcamaları içinde, cepten sağlık harcamalarının değişimlerine bakıldığında (Tablo 1);

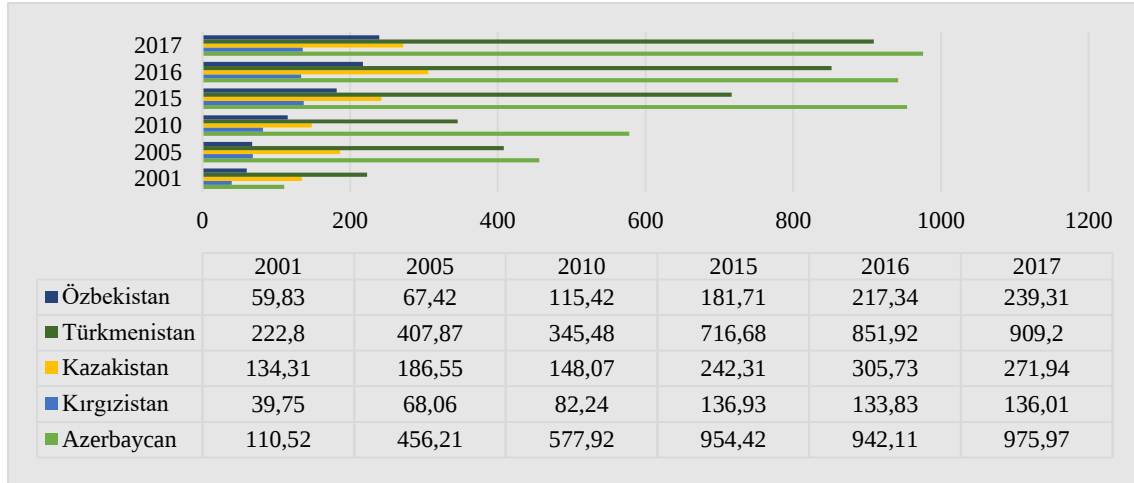
- 2001 yılından itibaren 2017 yılına gelinceye kadar en yüksek cepten harcama oranının Azerbaycan'da olduğu ve en düşük cepten harcama oranının ise Kazakistan'da olduğu,
- Azerbaycan'da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %77,20 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu payın %83,86 olduğu,
- Kazakistan'da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %42,71 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu payın %33,15 olduğu,
- Kırgızistan'da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %53,16 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu payın %56,38 olduğu,
- Türkmenistan'da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %61,27 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu payın %72,76 olduğu ve
- Özbekistan'da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %52,93 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu payın %53,43 olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Türk Cumhuriyetlerinde Sağlık Harcamaları Dağılımı % - (Milyon \$) 2001-2017

Yıllar	Ülkeler	Kişi Başı Yurtiçi Özel Sağlık Harc. \$	Kişi Başı Yerel GDSH	Kişi Başı Dış Sağlık Harcaması	Yurtiçi GDSH (SH %)	Yurtiçi GDSH (GSYH'nin %)	Cepten Harcama (SH %)
2001	Azerbaycan	111,00	30,81	1,34	21,53	0,79	77,20
	Kazakistan	136,33	178,12	-	56,65	1,97	42,71
	Kırgızistan	39,75	35,01	-	46,84	2,00	53,16
	Türkmenistan	969,82	125,76	0,25	34,58	2,82	61,27
	Özbekistan	242,23	52,77	0,00	46,69	2,55	52,93
2010	Azerbaycan	582,62	158,31	5,79	21,20	1,01	77,40
	Kazakistan	168,12	366,18	2,69	64,73	1,87	27,57
	Kırgızistan	82,24	93,78	14,83	48,21	3,42	43,09
	Türkmenistan	368,51	117,03	1,05	22,29	1,20	71,00
	Özbekistan	116,51	111,37	4,17	43,30	2,69	49,74
2012	Azerbaycan	606,74	180,93	4,04	22,72	1,11	75,57
	Kazakistan	217,36	460,32	1,49	67,66	2,07	28,00
	Kırgızistan	107,88	123,75	7,19	49,60	4,22	43,24
	Türkmenistan	433,80	159,18	1,38	26,73	1,28	75,57
	Özbekistan	143,17	149,01	1,61	50,23	3,04	47,82
2013	Azerbaycan	313,48	183,55	4,13	2,81	1,06	77,86
	Kazakistan	138,18	437,42	1,35	9,36	1,85	30,86
	Kırgızistan	49,04	128,53	14,34	10,35	3,95	46,42
	Türkmenistan	268,26	201,75	1,14	8,71	1,47	66,85
	Özbekistan	55,34	161,26	6,08	9,75	3,05	47,25
2014	Azerbaycan	762,92	199,89	6,12	3,10	1,13	78,11
	Kazakistan	206,34	460,41	0,73	8,79	1,87	26,14
	Kırgızistan	140,80	93,40	15,78	7,07	2,75	56,32
	Türkmenistan	605,78	224,49	2,35	8,71	1,48	68,21
	Özbekistan	149,03	169,58	6,24	9,52	2,96	45,51
2015	Azerbaycan	962,15	233,08	6,11	19,40	1,30	79,45
	Kazakistan	277,43	478,36	0,49	63,25	1,93	32,04
	Kırgızistan	137,00	95,22	18,84	37,93	2,71	54,54
	Türkmenistan	764,46	241,49	2,45	23,95	1,51	71,07
	Özbekistan	183,32	186,84	5,17	49,78	3,04	48,41
2016	Azerbaycan	949,75	201,66	3,55	45,30	1,16	81,57
	Kazakistan	344,21	515,53	0,43	157,11	2,06	35,54
	Kırgızistan	133,85	91,09	8,97	28,57	2,50	57,21
	Türkmenistan	908,72	207,82	2,10	78,59	1,23	76,16
	Özbekistan	220,19	191,88	4,91	62,32	2,91	52,12
2017	Azerbaycan	983,63	41,67	4,40	15,11	1,00	83,86
	Kazakistan	309,87	173,61	1,20	62,08	1,94	33,15
	Kırgızistan	136,08	29,92	13,61	37,95	2,35	56,38
	Türkmenistan	969,82	101,76	1,25	22,29	1,54	72,76
	Özbekistan	242,23	42,79	11,72	43,30	2,78	53,43

Kaynak: Dünya Bankası, (Sağlık hizmetleri verileri ile yazar tarafından oluşturulmuştur)

Türk Cumhuriyetleri'nde sağlık harcamalarında, 2001 yılında kişi başına cepten harcama miktarı en yüksek olan ülke Türkmenistan (222,8 \$) iken 2017 yılında Azerbaycan (975,97 \$) en yüksek kişi başına cepten harcama yapılan ülke olmuştur. 2017 yılında ikinci sırada Türkmenistan (909,2 \$) yer almaktadır. 2001 yılından 2017 yılına kadar geçen süre içinde artış oranı en yüksek olan ülke de Azerbaycan (%883) olmuştur. Türk Cumhuriyetleri arasında sağlık harcamalarında, kişi başına cepten harcama düzeyinin en düşük olduğu ülkeler 2001 yılında Kırgızistan (39,75\$) ve Özbekistan (59,83 \$) iken, 2017 yılına gelindiğinde Kırgızistan (136,01 \$) ve Özbekistan (239,31 \$) yine en düşük düzeydedirler.



Grafik 3. Türk Cumhuriyetleri’nde Kişi Başına Cepten Harcama, PPP (\$), 2001 - 2017

Kaynak: World Bank, (Yazar tarafından oluşturulmuştur)

Türk Cumhuriyetleri’nde 2001 yılından 2017 yılına kadar genel anlamda kişi başına cepten sağlık harcamalarında artış eğilimi bulunmaktadır. Türk cumhuriyetleri gibi daha yakın zamanda cumhuriyetlerini kurmuş olan geçiş ülkelerinde durum az çok sorunlarla devam etmekte ve gelişme süreci daha ağır ilerlemektedir ancak gelişmeler yükselme eğilimindedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından özellikle son aylarda yaşanan Covid-19 pandemisinden sonra, aslında dünyada herkes için sağlık kavramının Asya’dan tüm dünyaya yayılan bir kavram olduğu hatırlatılarak, en az gelir elde eden geçiş sürecindeki ülke toplumlarında temel sağlık hizmetlerine ulaşmanın gelişme hedefi olması gerektiği daha iyi anlaşılmaktadır.

Yıllarca Sovyet Rusya’sına bağlı kalan Türk devletleri, merkeze bağlı sağlık sistemi modeli ile yönetilmiştir. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği (SSCB)’nin dağılmasıyla kendi bağımsız yönetimlerini kuran Asya ülkelerindeki sağlık sistemlerinin tamamen değişmesi gerekmiştir. Örnek olarak, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için kendilerinin harcama yapmak zorunda oldukları ve cepten ödeme modeli denilen koşullarda vatandaşlarına hasta olmaları halinde tedavi sürecinde finansal bir destek bulunmamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002, s. 22).

Cepten ödeme modelinde, sağlık hizmetlerinden faydalanmak zorunda kalan hastalar tedavi ve ilaç masraflarını kendileri ödemektedirler. Bu zorunluluk hem devletin verdiği sağlık hizmetlerinde hem de özel sağlık kurumlarında geçerlidir. Kamu sektörünün sunduğu sağlık hizmetlerinin ücretli olmasını savunan yönetim politikaları, böylece hem ekonomik ve finansal sürdürülebilirliğin güçleneceğini hem de sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının önüne geçilebileceğini savunmaktadırlar. Aslında, sağlık hizmetlerinde cepten ödemeler modelinin genellikle son derece adaletsiz bir finansman modeli olduğu kabul edilmektedir çünkü kişi başına gelirlerin düşük olduğu geçiş ekonomilerinde sağlık hizmeti alınmasının önünde engel olarak görülmektedir. Cepten yapılan ödemelerin sağlık hizmetinde kullanımının yaygın olduğu çok sayıda Güney ve Güneydoğu Asya ve Eski Sovyet Rusya ülkelerinde, genellikle yaşanan krizler sonrasında ve önceki kamu sistemlerinin çöktüğü bazı ülkelerde zorunlu durumlarda uygulanan bir model olduğu görülmektedir (Atabey, 2012).

Sağlık düzeyinin yükselmesi ve ekonomik büyüme ilişkisinde kriterlerin karşılıklı olarak birbirlerinin hem sonucu hem de kaynağı olduğu görülmektedir. Ülkelerde toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinin kalkınma üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri bulunmaktadır. Sağlığın bir ülkenin kalkınmasına doğrudan etkileri; verimlilik ve üretim artışı, gelir artışı ve harcama tasarrufu olmak üzere farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır (Tıraşoğlu ve Yıldırım, 2012). Sağlık ile ekonomik kalkınma arasında, sağlıktan kalkınmaya ve kalkınmadan sağlığa doğru çift yönlü bir ilişki olduğu hipotezinin tek yönünü (sağlıktan kalkınmaya doğru) test etmek amacıyla sağlık ve kalkınma arasındaki ilişki hakkında literatürün kısa bir özeti aşağıda verilmektedir.

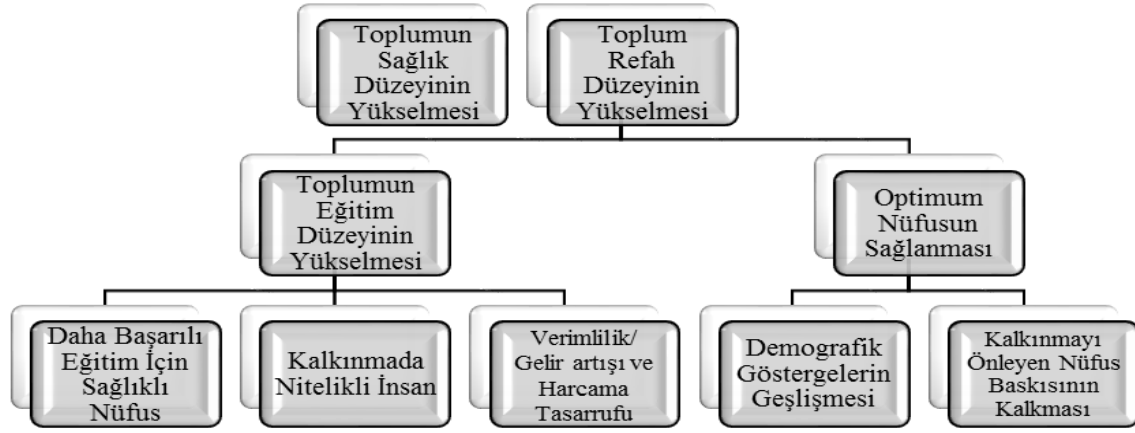
Tablo 2. Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi Hakkında Literatür

Çalışma	Bağımlı Değişken	Sağlıkla İlgili Bağımsız Değişkenler	Yöntem	Sonuç
Kırılmaz vd. (2019)	GSYİH	Toplam sağlık harcamaları Bebek ölüm oranı Anne ölüm oranı	Regresyon Analizi	Sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmamıştır.
Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012)	GSYİH	Sağlık harcamaları	Zaman serisi analizi	Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli pozitif ilişki bulunmuştur.
Şimşir vd. (2015)	Kişi başına düşen GSYİH	Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Bin kişi başına düşen hekim sayısı	Zaman Serisi Analizi	Kısa dönemde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ile ekonomik büyüme arasında negatif ilişki bulunmuştur.
Şimşek ve Destebaşı (2020)	Küresel ekonomik entegrasyon	İnsan sermayesi yatırımları olarak sağlık harcamaları	Panel veri analizi	Beşeri sermaye yatırımlarının küresel ekonomik entegrasyonu pozitif yönde etkilediği nüfustaki bir birimlik artışı küresel ekonomik entegrasyonu negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
Şener vd. (2017)	Kişi başına düşen GSYİH	Ülke GSYH'den sağlık harcamalarına ayrılan pay	Karşılaştırmalı analizler	Nüfus, GSYH, kişi başına gayrisafi hasıla, toplam sağlık harcamaları ve kişi başına toplam sağlık harcamalarında en yüksek rakamlara sahip olan ülke Türkiye olduğu, toplam sağlık harcamasının GSYH içerisindeki payına göre ise Kırgızistan olduğu görülmüştür.
Demirtaş ve Metintaş (2017)	Kişi başına düşen GSYİH	Kişi başına düşen sağlık harcamaları Anne, çocuk sağlığı	Veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS istatistik paket programında değerlendirilmiştir.	Türk Cumhuriyetlerinde bebek, çocuk ve anne ölüm hızları, kişi başına düşen GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcaması arttıkça azalmakta; işsizlik yüzdesi arttıkça artmaktadır.
Ecevit and Çetin ((2018)	GSYİH Kişi başına Sağlık harcamaları	Kişi başına sağlık harcamaları Nüfus Hekim Sayısı	Panel veri analizi	Nedensellik analizi sonuçlarına göre kentleşme, kişi başına reel gelir, 65 yaş üstü nüfus ve hekim sayısı ile kişi başına sağlık harcamaları arasında uzun dönemde karşılıklı bir nedensellik ilişkisi söz konusudur.
Alaiye ve Metintaş (2016)	Nüfus, GSYH ve diğer ekonomik göstergeler	Yaşlı nüfus ve Cinsiyete Göre yaşam beklentisi	Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında IBM SPSS (versiyon 20.0) istatistik paket programında değerlendirildi.	Türk Cumhuriyetleri'nde yaşlılık göstergesi olarak kullanılan doğuştan beklenen yaşam ümidi ve yaşlı bağımlılık oranı ile kaba ölüm hızı, nüfus yoğunluğu, kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla, kişi başına düşen sağlık harcaması arasında pozitif, yıllık nüfus artışı, kırsalda yaşama oranı, işsizlik yüzdesi arasında negatif korelasyon bulundu.

Verilen literatür özetinde, yapılan çalışmaların bir kısmında sağlık ile kalkınma arasında bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmadığı halde, bazı çalışmalarda ilişkinin süreciyle ve yönüyle ilgili farklı sonuçlara ulaşılmaktadır.

Türk Cumhuriyetleri'nde GSYİH, kişi başına GSYİH bağımlı değişkenlerini ve sağlık harcamaları ile ilgili olarak; genel devlet sağlık harcamaları, özel sağlık harcamaları, kişi başına genel devlet sağlık harcamaları, kişi başına özel sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının devletin toplam harcamaları içindeki payı ve cepten sağlık harcamaları ile cepten sağlık

harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı gibi bağımsız değişkenlerin karşılaştırıldığı bu çalışma sonucunda aşağıdaki şekilde toplumun sağlık düzeyi ile refah düzeyi ilişkisi gösterilmektedir (Mazgit, 1998).



Şekil 2. Sağlık ve Ekonomik Kalkınma Arasındaki İlişki (Mazgit, 1998)

Bu çalışmada Türk Cumhuriyetleri'nde sağlık göstergeleri ile kalkınma arasındaki ilişkiyi inceleyen karşılaştırmalı analizlerde sağlık göstergesi olarak sağlık harcamaları, devlet tarafından yapılan sağlık harcamaları, özel sağlık harcamaları, cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının ülke GSYİH'nın içindeki payı göstergeleri kullanılırken, ekonomik kalkınma göstergesi olarak ülkelerdeki milli gelir ve kişi başına düşen milli gelir göstergeleri kullanılmıştır.

Literatürde sağlık hizmetlerinde kalite arttırılmasına yönelik politika önerileri;

- Sağlık kuruluşlarında yoğun çalışan sağlık personeli olması olumsuzluklara yol açacaktır ve az sayıda personel ile çok sayıda hastaya bakılması nedeniyle hasta güvenliği veya hasta bakım hizmetleri olumsuz yönde etkilenecektir. Bu açıdan sağlık kurumlarında personel sayısının hasta sayısı ile bağlantılı olarak arttırılması hasta sağlığı ve tedavi kalitesini arttıracaktır (Işıklı, 2018, s. 261).
- Sağlık kurumlarında görevde yükselme koşulunun kıdeme dayanması veya çalışanların maaşlarının ve sosyal haklarının, çalışma süresine göre artış göstermesi kalite yönetimi açısından en çok tartışılan konular arasındadır. Bu açıdan çalışma süresi daha kısa olan yetenekli elemanlara, hızlı yükselme olanağı verilmemesi eleştirilmekte, kıdemin tek başına bir ölçü olmaması gerektiği savunulmaktadır (Ak ve Sezer, 2018, s. 682).
- Sağlık kurumlarında sağlık denetimleri yapılması, sağlık hizmetlerinin yasalara uygunluğu, muhtemel hataların önlenmesi, riskli alanların azaltılması açısından hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla gerekli görülmektedir. Bu denetimler sayesinde kişilerin daha kaliteli sağlık hizmeti alacağı ve sağlık giderlerinin azaltılacağı öngörülmektedir (Mil, Güvercin ve Tarım, 2016, s. 29).
- Teknolojik yeniliklere açık olmak ve ulaşabilmekle sağlık sektöründe önemli ölçüde tasarrufa gidilebileceği görülmektedir (Akar ve Özgen, 2011, s. 15).
- SSCB'nin dağılmasından sonra bağımsızlığını kazanan ülkelerde sağlık sistemlerinin çoğu refah yönelimli sosyal sigorta sistemine geçmişlerdir. Zorunlu sağlık sigortası sistemine geçiş sağlanması en gerekli gelişme olacaktır ve ancak bu durumda genel devlet sağlık harcamalarının genel devlet harcamaları içindeki payı artacaktır ve böylece cepten ödeme modeli ile harcama miktarı azaltılabilecektir (Matcha, 2003).

Araştırmaya dahil edilen ekonomik göstergeler ve sağlık göstergelerinin tanımlanması;



Şekil 3. Ekonomik Göstergeler



Şekil 4. Sağlık Göstergeleri

Türk Cumhuriyetleri'nin ekonomi ve sağlık ve harcamalarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgular;

- Sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmemiştir.
- Kısa dönemde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ile ekonomik büyüme arasında negatif ilişki bulunduğu anlaşılmıştır.
- Sovyetler Birliği döneminde özellikle sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanmaktaydı ancak Sovyetler Birliği dağıldıktan sonra bağımsızlığını kazanan Türk Cumhuriyeti devletlerinde (Azerbaycan, Özbekistan, Türkmenistan, Kazakistan ve Kırgızistan) ilk yıllarda sağlık sigortası uygulaması bulunmamaktadır. Kamu ve özel sağlık sigortacılığının gelişmediği yıllarda bu ülkelerde sağlık harcamalarının büyük bölümünü insanlar cepten harcamalar modeliyle ödemektedirler.
- Ülkelerin GSYH'den sağlık harcamalarına ayrılan pay ülkenin ekonomisine ve yönetim biçimine göre değişmektedir. Genel olarak sağlık sisteminde kalite artırılmasına yönelik politikalar uygulanmakla birlikte henüz cepten sağlık harcamalarının azaltılmasının sağlanması konusunda yeterli bir performans gösterilemediği izlenmektedir.
- Türk Cumhuriyetleri'nde genel sağlık harcamaları içinde, cepten sağlık harcamalarının yüzde oranlarındaki değişimlere bakıldığında, 2001 yılından itibaren 2017 yılına gelinceye kadar en yüksek cepten harcama oranının Azerbaycan'da olduğu ve en düşük cepten harcama oranının ise Kazakistan'da olduğu görülmektedir.
- Azerbaycan'da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %77,20 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu payın %83,86 olduğu görülmektedir.

- Kazakistan’da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %42,71 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu pay %33,15 olmuştur.
- Kırgızistan’da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %53,16 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu pay %56,38 olmuştur.
- Türkmenistan’da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %61,27 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu pay %72,76 olmuştur.
- Özbekistan’da 2001 yılında cepten sağlık harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı %52,93 iken, 2017 yılına gelindiğinde bu pay %53,43 olmuştur.
- Türk Cumhuriyetleri’nde sağlık harcamalarında, 2001 yılında kişi başına cepten harcama miktarı en yüksek olan ülke Türkmenistan (222,8 \$) iken 2017 yılında Azerbaycan (975,97 \$) en yüksek kişi başına cepten harcama yapılan ülke olmuştur. 2017 yılında ikinci sırada Türkmenistan (909,2 \$) yer almaktadır.
- 2001 yılından 2017 yılına kadar geçen süre içinde artış oranı en yüksek olan ülke de Azerbaycan (%883) olmuştur.
- Türk Cumhuriyetleri arasında sağlık harcamalarında, kişi başına cepten harcama düzeyinin en düşük olduğu ülkeler 2001 yılında Kırgızistan (39,75\$) ve Özbekistan (59,83 \$) iken, 2017 yılına gelindiğinde Kırgızistan (136,01 \$) ve Özbekistan (239,31 \$) yine en düşük düzeydedirler.

Türk Cumhuriyetleri’nin sağlık sistemlerinde genel olarak yönetimlerin küreselleşme sürecine uyum sağlanmasına yönelik olarak üretim yatırımlarına öncelik vermesi gibi diğer nedenlerle toplam sağlık harcamaları oranı yüksek değildir. Bu ülkelerdeki sağlık reformu düzenlemeleri çerçevesinde sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi için çalışmalar gerektiği öngörülmektedir.

Ülkelerde başlatılan ve halen devam ettirilen sağlık ve ekonomi konularındaki bütün reform çalışmalarına rağmen başta Azerbaycan olmak üzere diğer ülkelerde de sağlık konusunda cepten harcamaların genel sağlık harcamaları içerisinde büyük yer kapsadığı izlenmektedir. Bu açıdan Türk Cumhuriyetleri tarafından sağlık hizmetlerini zorunlu sağlık sigortası ile finanse etmeleri ve sağlık hizmeti almak için cepten ödemelerin azaltılmasına yönelik politikalar geliştirilmesi gerekli görülmektedir.

4. Sonuç

Bu araştırma ile Türk Cumhuriyetleri’nin ekonomik gelişme ve sağlık sistemlerinde kalite artışı konularında ilgili göstergelerin karşılaştırılması yoluyla analizleri yapılmıştır. Ekonomik açıdan yapılan karşılaştırmalarda ülkelerin 2000 ve 2017 yılları arasında GSYİH ve kişi başına GSYİH gelişmeleri incelenmiştir. Türk Cumhuriyetleri arasında hem Gayri Safi Yurtiçi Hasıla hem de kişi başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla düzeylerinde en büyük artışı sağlayan ülke sıralamasında ilk sıradaki ülkenin Kazakistan olduğu ve son sırada ise Kırgızistan’ın bulunduğu görülmüştür. Diğer ülkelerin GSYİH gelişmeleri birbirine yakın olmakla birlikte Özbekistan daha iyi konumdadır ve onu sırasıyla Azerbaycan ve Türkmenistan takip etmektedir.

Türk Cumhuriyetleri’nin sağlık sektöründe yarattığı gelişmeler kapsamında; sağlık harcamalarının 2001 ve 2017 yılları arasındaki değişimleri karşılaştırılmıştır. Ülkelerin GSYH’den sağlığa ayırdığı payın ortalaması 2017 yılı itibarıyla %2 civarındadır. Bu ortalamanın altında kalan ülkeler ise %1 oranıyla Azerbaycan, %1,54 oranıyla Türkmenistan ve % 1,94 oranıyla Kazakistan olmaktadır.

Genel devlet harcamaları içerisinde sağlık harcamalarının payı konusunda 2017 yılında Kazakistan’da %62,08 ile en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. En düşük oran %15,11 ile Azerbaycan’dadır. Türk Cumhuriyeti ülkelerinde ülke yönetimleri tarafından GSYİH’den sağlığa ayrılan payın artırılması konusunda 2001 yılından itibaren 2017 yılına gelinceye kadar Kırgızistan haricinde diğer ülkeler tarafından önemli bir iyileşme sağlanamamıştır. Türk cumhuriyetleri arasında en düşük GSYİH ve kişi başına GSYİH verilerine sahip olan Kırgızistan’da GSYH’den sağlık sektörüne ayrılan pay en yüksek orandadır. Bu durum, Kırgızistan’ın sağlık sektörüne verdiği önem açısından daha iyi olduğu kanaati yaratmaktadır.

Ekonomik büyüme ile sağlık sektöründe gelişme arasındaki ilişki konusunda anlamlı bir bağlantı olmasından ziyade ülke yönetimlerinin politika tercihlerinin daha etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Türk Cumhuriyetleri'nde sağlık sistemleri genel olarak vergilerle finanse edilse de, 2001 yılından itibaren 2017 yılın gelinceye kadar başta Azerbaycan olmak üzere diğer ülkelerde de cepten harcamaların sağlık harcamaları içerisinde büyük yer kapsadığı görülmektedir. 2017 yılında cepten sağlık harcamaları oranı Azerbaycan'da % 83,86 oranıyla en yüksek ve Kazakistan'da % 33,15 oranıyla en düşük düzeylerde seyretmektedir. Diğer ülkelerde bu oran sırasıyla Türkmenistan (%72,75), Kırgızistan (%56,38) ve Özbekistan (%53,43) düzeylerinde bulunmaktadır.

Ülkelerin kişi başına GSYİH düzeyleri ile karşılaştırıldığında gözlemlenen;

- Kırgızistan'da kişi başına gelirin 1070 \$ olmasına karşılık sağlık harcamalarında kişi başına 136,01 \$ cepten harcama yapılıyor olması,
- Kazakistan'da kişi başına milli gelir 10868 \$ iken kişi başına cepten sağlık harcamasının 271,94 \$ olması,
- Türkmenistan'da 7318 \$ kişi başına gelir olmasına karşılık, kişi başına cepten sağlık harcamasının 909,2 \$ olması,
- Azerbaycan'ın kişi başına geliri 5740 \$ iken, cepten yapılan kişi başına sağlık harcamasının 239,31 \$ olması,
- Özbekistan'da kişi başına gelir düzeyi 2290 \$ iken kişi başına cepten sağlık harcamasının 239,31 \$ olması gibi sonuçlara bağlı olarak,

Türk Cumhuriyetleri tarafından genel anlamda sağlık sistemlerinde sosyal sigorta güvencesi sağlanmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra bağımsızlığına kavuşan Türk Cumhuriyetleri gurubundaki ülkelerde, sahip oldukları doğal kaynaklar sayesinde küreselleşen dünya ekonomisine uyum sağlamaya yönelik avantajların doğru yönetilmesi konusunda ülke yönetimlerinin sorumluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu konuda yapılan reformlar ve ülkeler arasında ekonomik işbirliğinin devam ettirilmesi ile geleceğin korunması sağlanabileceği görülmektedir.

Kaynakça

- Ak, Murat ve Sezer, Özcan, (2018). “ Kamu Sektöründe Görevde Yükselme (Kariyer) : 11 10 2011 Tarih ve 663 Sayılı KHK Kapsamında Yapılandırılan Kamu Sağlık Sektöründe Çalışanların Görevde Yükselme Sistemine İlişkin Adalet Algılarının Kıdeme Göre Analizi”, Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, s. 682, 2018, s53 (2), s. 678-709; Alıntı: Berk, Ahmet (2005); “Devlet Memurlarının Görevde Yükselmesi: Son Düzenlemeler Çerçevesinde Bir Değerlendirme”, Sayıştay Dergisi; S:56, s:79-89.
- Akar, S., (2014). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nispi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Yönetim ve Ekonomi, ss. 311-322.
- Akar, B. ve Özgen, Ö., (2011). “ Teknolojik Vatandaşlık ve İnsan Genetiğinin Ticarileşmesi ile İlgili Risk Algıları”, Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, 2011, 46, (2) : 1-24; alıntı: Caulfield T. (1998). The commercialization of human genetics: a discussion of issues relevant to the Canadian consumer. Journal of Consumer Policy 21: 483-526.
- Alaiye, M. S. Metintaş (2016), Türk Cumhuriyetlerinde Toplum Yaşlanmasının Sosyodemografik ve Ekonomik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi. ESOĞÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Amaral, A., (1998). "The US Accreditation System and The CRE's Quality Audits - A Comparative Study", Quality Assurance in Education, Vol. 6 No. 4, pp. 184-196.
- ASQ, Amerikan Kalite Derneği, (2004). The Global Voice of Quality. p:1 <https://asq.org/> (Erişim Tarihi: 03.01.2020)
- Atabey, S. E., (2012). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, Ankara: Gazi Kitabevi. Aktarma: C. Normand & S. Thomas, Health Care Financing and the Health System, s. 153

- Caparova, D., (2014), Kırgızistan’da Sağlık Sektörünün Ekonomik Analizi,
- Çarıkçı, E., (1996). Türk Dünyası’nda Ekonomik Gelişmeler. <http://carikci.cankaya.edu.tr>, ss: 1-18, (Erişim Tarihi: 12.12.2019)
- Çoruh, Mithat, (1994). “Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları, Gerekçeler ve Güçlükler”, Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu; Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, Editör: Mithat Çoruh, Ankara: Haberal E.V.
- Deming, W. E., (1996). The New Economics: for Industry, Government, Education. MIT, CAES, Cambridge, MA., 2. Bs. S: 111.
- Demirtaş, Z. ve S. Metintaş, (2017), [Türk Cumhuriyetlerinde Anne Çocuk Sağlığı Göstergelerinin Ekonomik ve Doğurganlık Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi](#), ESOGÜ, SBE Dergisi.
- Dawson, P. and Palmer, G. (1995), Quality Management. The Theory and Practice of Implementing Change, Longman, Melbourne, s. 18
- Ecevit, E. ve Çetin, M. (2018), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. Doğu Ün. Dergisi, 11(2): 166-182.
- Efil, İ., (2006). Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayınları, İstanbul 2006, s: 65
- Ensor T. and Savelyeva L., (1998). Informal Payments for Health Care in the Former Soviet Union: Some Evidence from Kazakhstan. Health Policy and Planning 13(1): 41-49.
- EOQ European Organization for Quality, (2004). p:2.
- Işıklı, Emel İhtar, (2018). “ Hastane Çalışanlarında Tükenmişlik: Düzce ve Sakarya İli Örneği”, Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, 2018,53 (1), s. 259-272; alıntı: Alexander, L. (2015). Burnout: Impact on Nursing and Quality of Care.
- Kavuncubaşı, S., (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Kırılmaz, H., H. Ateş ve A. Ünsal, (2019), Sağlık Göstergelerinin Ekonomik Büyümede Rolü: Türki Cumhuriyetler Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi, Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, Cilt:7 Sayı: 16, s: 35-56.
- Matcha, D. A. (2003), Health Care System of Developed World: How The United States’ System Remain on Outlier, Wets-port, Conn.: Praeger.
- Mazgit, İ., (1998), Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi., s: 109.
- Mil, Halil İbrahim, Güvercin, Ali ve Tarım, Bülent, (2016). “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Yaptığı Sağlık Harcamalarının Denetimi”, Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, 2016, 51, (1) : 28-43.
- Mossialos, E. and A. Dixon, (2002). Funding Health Care: An Introduction, (Editor: E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras & J. Kutzin), Funding Health Care: Options for Europe. (ss. 1-31)
- Mutlu, A. ve Işık, A. K., (2012). Sağlık Ekonomisine Giriş. Bursa: Ekin Yayınları.
- Özveren, Mina, (1997). Toplam Kalite Yönetimi, Temel Kavramları ve Uygulamalar, Alfa Banum Yayın Dağıtım, İstanbul 1997, ss: 14-5.
- Pakdil, Fatma, “Deming, Malcolm Baldrige ve EFQM Kalite Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi”, s: 17, <http://www.baskent.edu.tr/~americ/deming.doc>. (03.07.2019).
- SATURK, (2019). “Sağlık Turizmi Nedir?”, H. Ömer Tontuş.
- STAT, (2019). TİK, Türkmenistan İstatistik Komitesi, <http://www.stat.gov.tm>, (11.12.2019).
- Şen, Tiryaki H. (2019). Uluslararası Sağlık Kuruluşları. İstanbul Sağlık Müdürlüğü, İnsan Kaynakları Şube Müdürlüğü, Personel Eğitim Birimi.

- Şener, M., Ö. Yeşilyurt, F. Salamov , (2017), "Türk Devletleri Sağlık Sistemlerinin ve Harcamalarının Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi", The Journal of Academic Social Science Studies, International Journal of Social Science, Doi number:<http://dx.doi.org/10.9761/JASSS7165>, p. 511-523.
- Şimşek, T. Ve E. Destebaşı, (2019), Küresel Ekonomik Entegrasyon Sürecinde Beşeri Sermaye Yatırımları ve Yolsuzluğun Etkileri, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Şimşir, N. ve diğ. (2015), Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar, 52(604): 43-54.
- Taguchi, G., (1987). System of Experimental Design: Engineering Methods to Optimize Quality and Minimize Costs. Vols.1-2 UNIPUB/Kraus International Pub., White Plains, NY. s:3.
- Tıraşoğlu, M. ve B. Yıldırım, (2012), Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. Electronic Journal of Vocational Colleges, 2(2): 111-117.
- TİKA, (2019). T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı, <https://www.tika.gov.tr/>, (Erişim tarihi: 13.11.2019)
- TSE, (2019). TS 9005-ISO 8402 Standart No’su, Türk Standardı Enstitüsü,
- TÜİK, (2020). <http://www.tuik.gov.tr>, (11.12.2019).
- WHO, World Health Organization, (2000). Health Care Systems in Transition – Turkmenistan, World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO, World Health Organization, (2001). [European Observatory on Health Systems and Policies](http://www.euro.who.int/). Uzbekistan HIT 2001, <http://www.euro.who.int/>, (Erişim Tarihi: 18.12.2019)
- Wilkinson, Louise C. (1993). “Annual Meeting: Evaluating the 1993”. First Published December 1, Research Article, s: 48, <https://doi.org/>, (Erişim Tarihi: 18.11.2019).
- WB, World Bank, (2006). Turkmenistan, www.worldbank.org
- Ulusal Kalite Kongresi, (1992), http://www.kalder.org/kalite_kongresi, Kongre Kitabı, s. 5
- Yıldırım, A. (2011), Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler, Journal of Psychiatric Nursing, Sayı 2 (2), pp: 61-68.

Research Article

Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Sovyetler Birliği'nden Ayrılan Bağımsız Türk Cumhuriyetlerinde Sağlık Kalitesi Yönetimi

Economic Improvement Potential in the Health Sector and Management of Healthcare Quality in the Independent Turkish Republics Leaving from Soviet Union

İbrahim Bora ORAN

Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Esenyurt Üniversitesi

Lojistik Yönetimi Bölümü

ibrahimoran@esenyurt.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-0274-0921>

Extensive Summary

Achieving economic growth and quality in health care is at the forefront of the issues that developed and developing countries attach importance to. In this context, it is also important to compare the health systems of the Turkish Republics and examine their health expenditures. The purpose of this study, it is a comparative analysis of the health expenditures and gross domestic products (GDP) of the Turkish Republics. In the survey, interpretations were made taking into consideration the general economic and health indicators of the countries in between 2000 and 2017. As criteria in performance measurement; gross domestic product, gross domestic product per capita and globalization compliance policies in the health sector have been taken as a basis. In addition, criteria such as general government health expenditures, the share of health expenditures in gross domestic product, share of out-of-pocket payments in health expenditures were taken as basis. Data are collected annually from the World Bank (WB), World Health Organization (WHO), Turkish Statistical Institute (TUIK) and State Statistics Committees (STAT). At the end of the study; Kazakhstan, which has the highest figures in GDP, per capita GDP and general government health expenditures, has been the country with the lowest figures in Kyrgyzstan. The country with the lowest number of out-of-pocket health expenditures is Kazakhstan. Additionally; According to the share of population and total health expenditures in GDP, Azerbaijan has the lowest number and Uzbekistan has the highest number. It is thought that the policies to be followed in the light of these findings will ensure the effectiveness of the economies of the relevant countries.

The aim of this study is to identify total quality management performances in the health sector in the countries of Turkish World (Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, and Uzbekistan) in the globalization process in the World and the development objectives for the future. In the study, general information is primarily provided for the purpose of synthesis of definition of quality and meaning and importance of quality management and quality, total quality and total quality management strategies in the health aspect from the perspective of the quality developments of the globalizing World. Then, it is targeted to reach the truest provisions about the subjects for which it was concluded that these countries will need in the future while analyzing the changes within the scope of the quality management in the health sector in Turkish World. In this study is to identify the strategical quality policies required to show a more successful performance in the global competition environment as a result of the analyses related with total health expenditures, health expenditures per capita, share allocated from gross national product

to health services, general state health expenditures and out-of-pocket expenditures made within the framework of the general health expenditures in the countries of Turkish World.

Today, the Turkish states have an important place in the world in terms of their geopolitical position and the natural resources they have. In this context, it is also important to compare the health systems of the Turkish states and examine their health expenditures.

Health care financing has a significant share of countries' gross domestic product (GDP). How much to spend on health care and how to balance it with other expenses is a controversial topic today. The share allocated to health expenditures by countries varies depending on the economy of the country, the type of government and population. Since health expenditures were made by the state during the Soviet Union period, there are no health insurance schemes in the states (Azerbaijan, Uzbekistan, Turkmenistan, Kazakhstan and Kyrgyzstan) that have acquired independence after the collapse of the Soviet Union. Because of the economic situation, health workers prefer to work in private sector hospitals instead of working in public hospitals. Since public and private health insurance is not developed, most of the health expenditures in these countries are out-of-pocket expenditures.

In this study; the comparison of the health expenditures of the Turkish states. In the survey, 2010 prices and interpretations were made taking into consideration the general macroeconomic indicators of the countries in 2001 - 2017. At the end of the study; Kazakhstan is the country with the highest figures in GDP, gross per capita income, total health expenditures and total health expenditures per capita. And Kyrgyzstan has the highest numbers according to the share of total health expenditure in GDP. Additionally; According to the share of population and total health expenditures in GDP, Turkmenistan and Azerbaijan are the lowest in other macroeconomic indicators.

Key words: Global Economic Integration, Health Management, Quality in Health, Quality Management, Comparative Data Analysis Method, Turkic Republics.

Jel Codes: F63, R13