

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**MOĞOLİSTAN SAĞLIK SİSTEMİNİN İNCELENMESİ
VE
BİR DEĞERLENDİRME**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tsend-Ayush BYAMBAA

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Cemal SEZER

HAZİRAN – 2018

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ



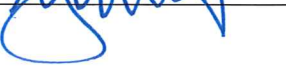
MOĞOLİSTAN SAĞLIK SİSTEMİNİN İNCELENMESİ
VE
BİR DEĞERLENDİRME

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tsend-Ayush BYAMBAA

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

“Bu tez 20/6/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Mahmut AKSOZ	KABUL	
Doç. Dr. Cemal SEZER	KABUL	
Doç. Dr. Yunus TAŞ	KABUL	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Tsend-Ayush BYAMBAA
Öğrenci Numarası	:	1560Y47025
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Moğolistan Sağlık Sisteminin İncelenmesi Ve Bir Değerlendirme
Benzerlik Oranı	:	%...13 (on üç)

İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

20.06.18
İmza

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsbttez@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

03.07.18
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç.Dr. Cemal SEZER

Tarih: 20.06.2018

İmza:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

ÖNSÖZ

Moğolistan Milli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenimi tamamladıktan sonra, ilgi duyduğum sağlık yönetimi alanında yüksek lisans yapmak ve Türk kültürünü tanımak için Türkiye'ye gelmeye karar verdim. Türkiye Yurt Dışı Bursları Programı çerçevesinde ilk sırada tercih ettiğim Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Programına yerleştirildim. Sakarya Üniversitesi Türkçe Öğrenme Merkezinde (SAÜ TÖMER) bir yıllık Türkçe eğitimimi tamamladım ve yüksek lisans derslerime başladım. Normal süresinde derslerimi vererek “*Moğolistan Sağlık Sisteminin İncelenmesi ve Bir Değerlendirme*” konulu tez çalışmamı süresinde tamamladım.

Öncelikle bana bu imkânı sağlayan Türk Devletine ve Milletine en içten şükranlarımı sunarım. Çalışmam boyunca, ülkeme hizmet etmem için özellikle bu tez konusunu bana öneren, her aşamasında beni yönlendirip tüm sorularıma cevap veren ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Cemal SEZER'e; her türlü soruma sabırla cevap vererek bu tezin ortaya çıkmasına katkıda bulunan hocam Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'a teşekkürü borç bilirim.

Ayrıca, Bölümümüzün Araştırma Görevleri, Ayhan DURMUŞ, Mustafa AMARAT, Özgün ÜNAL ve Çiğdem UĞAN'a ve birlikte bu süreci yaşadığımız ve teknik fikirlerinden yararlandığım arkadaşlarım, Batzorig GANBOLD, Unurbayar LKHAGVAA ve Hümeyra Nur ŞEYBAN'a, teşekkür ederim.

Tsend-Ayush BYAMBAA

20.06.2018

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TABLOLAR LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	ix
SUMMARY	x
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1. TEMEL KAVRAM VE TANIMLAR.....	4
1.1. Sistem ve Sağlık Sistemi Kavramları.....	4
1.2. Etkili Bir Sağlık Sisteminin Bileşenleri ve Temel Özellikleri	5
1.3. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları	5
1.3.1. Yönetim Fonksiyonu.....	6
1.3.2. Sunum Fonksiyonu	6
1.3.3. Kaynak Fonksiyonu	6
1.3.4. Finansman Fonksiyonu	7
1.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	8
1.5. Finansman Kaynaklarına Dayalı Ulusal Sağlık Sistemi Modelleri.....	9
1.5.1. Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge Modeli)	10
1.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi (Bismark Modeli).....	10
1.5.3. Serbest Piyasa Sağlık Sistemi (Özel Sağlık Sigortası)	10
BÖLÜM 2. MOĞOLİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ	13
2.1. Ülke Hakkında Genel Bilgi	13
2.2 Sağlık Sistemi	15
2.2.1 Yönetim ve Örgütlenme.....	15
2.2.2 Finansman Yapısı.....	19
2.2.3 Sağlık Harcamaları.....	26
2.2.4 İnsan Kaynakları	29

2.2.5 Hizmet Sunumu	33
2.2.5.1. Kentsel alanlarda birinci basamak sağlık hizmetleri.....	36
2.2.5.2. Kırsal alanlarda birinci basamak sağlık hizmetleri.....	37
2.2.5.3. İl genel hastaneleri	38
2.2.5.4. Ulanbatur ilçe hastaneleri	38
2.2.5.5. Üçüncü basamak hastaneler ve uzmanlaşmış merkezler	39
2.2.5.6. Özel hastaneler.....	39
2.2.5.7. Tıbbi cihazlar	42
2.2.6. Sağlık Göstergeleri.....	43
BÖLÜM 3. DEĞERLENDİRME	51
3.1. Problem	51
3.2. Yöntem.....	51
3.2.1. Karşılaştırmalı Analiz (Comparative Analysis).....	54
3.2.2. En Küçük Kareler Analizi (Least Squares Analysis).....	54
3.2.3. Panel Veri Analizi (Panel Data Analysis).....	55
3.2.3.1. Panel veri kullanmanın avantajları.....	56
3.2.3.2. Araştırmanın panel veri modeli	57
3.3. Analiz ve Bulgular	58
3.3.1. Sağlık Göstergeleri Açısından Moğolistan'ın Değerlendirilmesi (2016)	60
3.3.2. Sağlık Sistemi Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçütler	61
3.3.2.1. Bebek ölüm hızı	62
3.3.2.2. Anne ölüm hızı.....	63
3.3.2.3. Yaşam beklentisi	64
3.3.2.4. Doğurganlık oranı	65
3.3.3. Finansmana Göre Sağlık Sistemi Sınıflandırılması	67
3.3.4. Sağlık Sistemlerini Değerlendirmek İçin Ekonometrik Model.....	69
3.3.5. Yaşam Göstergeleri Ekonometrik Model.....	70
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR	87

EKLER.....	94
ÖZGEÇMİŞ.....	100

KISALTMALAR

AKB	: Asya Kalkınma Bankası
ASM	: Aile Sağlık Merkezi
BT	: Bilgisayar Tomografi
DB	: Dünya Bankası
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH	: Gayri Safı Yurtıçı Hasılatı
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus
MRI	: Magnetic Resonance İmaging
OECD	: The Organisation for Economic Co-operation and Development
PET	: Positron Emmission Tomography
SB	: Sağlık Bakanlığı
SSS	: Sosyal Sağlık Sigortası
TB	: Tüberküloz

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1	: Finansman Kaynaklarına Dayalı Üç Ana Sağlık Sistemi Modeli	11
Tablo 2	: Makroekonomik Göstergeler, Seçilen Yıllar	15
Tablo 3	: Bakım Düzeyine Göre Hastane Hizmetleri Tesisleri.....	19
Tablo 4	: Bakım ve Finansman Kaynaklarına Göre Sağlık Hizmetleri.....	25
Tablo 5	: Hastane Yatağının Türüne Ve Bakıma Göre Dağılımı, Yüzde, 2015	41
Tablo 6	: Hastanelerin Yatak Doluluk Oranı, Bakım ve Çeşitleri (%) 2015	42
Tablo 7	: Her 1000 Popülasyon İçin Fonksiyonel Tanı Görüntüleme Teknolojilerinin (MR Görüntüleme Üniteleri, BT Tarayıcıları, PET) Kalemleri, 2010.....	43
Tablo 8	: Önde Gelen Ölüm Nedenleri, Seçilen Yıllar	48
Tablo 9	: Sağlık Sistemi Araştırmaları	52
Tablo 10	: Sağlık Göstergeleri Açısından Moğolistan Değerlendirilmesi (2016)	61
Tablo 11	: Sağlık Sistemlerinin Başarısına Özgü Uluslararası	62
Tablo 12	: Ülkelerin Sağlık Sistemi Tipleri Sınıflandırması.....	68
Tablo 13	: Değişkenlerin açıklanması.....	71
Tablo 14	: Birim Kök Test Sonuçları	71
Tablo 15	: Yaşam Beklentisi (Moğolistan)	72
Tablo 16	: Anne ve Bebek Ölüm Hızı (Moğolistan).....	73
Tablo 17	: Yaşam Beklentisinin Ekonometri Model.....	74
Tablo 18	: Bebek Ölüm Hızı	75
Tablo 19	: Anne Ölüm Hızı.....	76

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1	: Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi.....	17
Şekil 2	: Finansal Akışlar.....	20
Şekil 3	: Hasta Sevk Sistemi.....	35
Şekil 4	: Yaşam Göstergelerini Etkileyen 3 Ana Faktör.....	70

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1	: Moğolistan'daki Nüfus Sayısı ve Nüfus Büyüme Hızı, 2011-2016.....	13
Grafik 2	: Nüfusun yaş yapısının (%), yıllara göre dağılımı	14
Grafik 3	: Toplam GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları Oranı (%).....	19
Grafik 4	: Sağlıkta Toplam Harcamaların Gelir Kaynakları (%), 2006-2016	21
Grafik 5	: Moğolistan'da Sağlık Sigortası Kapsamı (2011-2016)	23
Grafik 6	: Kişi Başına Düşen Toplam GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları Oranı (%)	27
Grafik 7	: DSÖ Batı Pasifik Bölgesi, 2015'te GSYİH içindeki Sağlık Harcamaları (%)	27
Grafik 8	: DSÖ Batı Pasifik Bölgesi'ndeki Kişi Başı Düşen Sağlık Harcamaları, 2015	28
Grafik 9	: Genel Sağlık Harcamaları (%), 2006-2016.....	29
Grafik 10	: Toplam Sağlık Personeli Sayısı.....	30
Grafik 11	: Sağlık Personellerin Dağılımı, 2016	30
Grafik 12	: Sağlık Sektörü İşgücü Bileşimi, 2016.....	31
Grafik 13	: Sağlık Sektörü İşgücünün Yaş Grubu, 2016	31
Grafik 14	: 10,000 Kişi Başına Düşen Hekim Ve Hemşire İle Ebe Sayısı, 2006-2016.....	32
Grafik 15	: Hemşire /Ebe/ Hekim Oranı, Seçilen Ülkeler, 2016	32
Grafik 16	: Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi, Seçilmiş Yıllara Göre	44
Grafik 17	: Ortalama Ömür, Bölgeler Ve Seçilen Bazı Ülkelerde Karşılaştırma, 2015	45
Grafik 18	: Doğurganlık Oranı, Seçilmiş Yıllara Göre.....	45
Grafik 19	: Ölüm Oranları (%), Seçilmiş Yıllara Göre	46
Grafik 20	: Ölümlerin Başlıca Nedenleri, Toplam Ölümlerin Yüzdesi, 1990-2016.....	47
Grafik 21	: 100 000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı	49
Grafik 22	: 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı ve 5 Yaş Altındaki Çocuk Ölüm Hızı	50
Grafik 23	: Kişi Başına Düşen GSYİH ve Sağlık Sonuç Göstergeleri Arasındaki İlişki	50
Grafik 24	: Kişi Başına Düşen GSYİH- Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan (1,026- 4,035 USD) Ülkeler	60

Grafik 25 : Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkelerin 1000 Canlı Doğumda Düşen Bebek Ölüm Hızı	62
Grafik 26 : Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkelerin 100,000 Canlı Doğumda Düşen Anne Ölüm Hızı	63
Grafik 27 : Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkelerin Nüfus Göstergeleri (2000-2016)	66
Grafik 28 : Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkelerin Nüfus Artış Hızı	66
Grafik 29 : Sağlık Sistemi Devlet Katılımına Göre Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkeler.....	69

Tezin Başlığı: Moğolistan Sağlık Sisteminin İncelenmesi ve Bir Değerlendirme	
Tezin Yazarı: Tsend-Ayush BYAMBAA	Danışman: Doç. Dr. Cemal SEZER
Kabul Tarihi: 20 Haziran 2018	Sayfa Sayısı: x (ön kısım) + 93 (tez)+ 6 (ekler)
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi
<p>Sağlık sistemi, hedef nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmeti sunan insan, kurum ve kaynakları kapsayan bir organizasyondur. Bir sağlık sisteminin değerlendirmesi için kullanılan temel göstergeler; yaşam beklentisi, doğurganlık oranı, anne ölüm hızı ve bebek ölüm hızı olarak sıralanabilir.</p> <p>Bu çalışmanın amacı, Moğolistan Sağlık Sisteminin incelenmesidir. Çalışma, mevcut durumun belirlenmesi, sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi, orta gelir düzeyi altındaki ülkeler içindeki konumunun tespit edilmesi ve bazı ülkelerle karşılaştırılmasını içermektedir. Bir ülkenin mevcut sağlık sisteminin, toplum ihtiyaçlarına ne düzeyde cevap verdiği ve dünya gerçekleriyle ne oranda örtüştüğünün belirlenmesi; buna göre gerekli tedbirlerin alınması ve geliştirilmesi bu tür çalışmaları gerekli ve önemli kılmaktadır. Çalışmada, konuya ilişkin bilimsel yazın ve Dünya Bankası verilerinden yararlanılmıştır.</p> <p>Moğolistan sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi için En Küçük Kareler Yöntemi, orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerinin sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi için ise Panel Veri Analizi (E-views 8 programı) kullanılmıştır.</p> <p>Elden edilen bulgulara göre Moğolistan, orta gelir düzeyi altındaki 51 ülke kategorisi içinde kişi başına düşen GSYİH açısından altıncı; kişi başına sağlık harcamaları bakımından 12. (onikinci); 1000 kişiye düşen hekim sayısı bakımından dördüncü; yatak sayısı bakımından ise ikinci sırada yer almaktadır. Sağlık göstergeleri açısından ise, yaşam beklentisi bakımından 25. (yirmibeşinci); doğurganlık oranı açısından 31. (otuzbirinci) sıradadır. Anne ve bebek ölüm hızları açısından ise 13. (onüçüncü) sıradadır.</p> <p>En Küçük Kareler Yöntemine göre yapılan hesaplamada, GSYİH içindeki sağlık harcamalarının bir birim artması halinde, yaş ortalamasının %7 artması; anne ölüm hızının %11 ve bebek ölüm hızının ise %7,9 oranında azalmasının mümkün olabileceği tahmin edilmiştir. Panel Veri Analizine göre yapılan hesaplamada ise, diğer sağlık sistemleri ile kıyaslandığında, Beveridge sağlık sisteminin yaşam beklentisini %7 oranında arttırabildiği; bebek ölüm oranını %64 ve anne ölüm oranını ise %106 azaltabildiği görülmüştür.</p> <p>Bu çalışmada elde edilen veriler ve ulaşılan bulgulara göre, Moğolistan ve orta gelir düzeyi altındaki ülkelerde, GSYİH içindeki sağlık harcamalarının artırılması ve Beveridge sağlık sisteminin uygulanması durumunda, sağlık göstergelerinin olumlu yönde etkileneceği söylenebilir.</p>	
Anahtar Kelimeler: Moğolistan, Sağlık Sistemi, Sağlık Göstergeleri, Ekonometrik Analiz.	

Title of the Thesis: A Comparative Analysis of Health System in Mongolia	
Author: Tsend-Ayush BYAMBAA	Supervisor: Assoc Prof Cemal SEZER
Date: 20 June 2018	Nu. of pages: x (pre text)+ 93 (main body) +6 (app)
Department: Health Management	Subfield: Health Management
<p>Health system is an organization including people, institutions and resources that delivers health service for target population in order to satisfy their health needs. Basic indicators for evaluating health system are life expectancy, fertility rate, maternal mortality rate and infant mortality rate.</p> <p>This study aims to examine health system of Mongolia. In this context, current situation was identified, health indicators were assessed, country's status was determined among countries below the middle-income level and comparisons made with some of the countries. This study has provided significant policy implementation on health institutions and suggested how to encounter the health needs of the society. In this study, relevant scientific literature and World Bank data were utilized.</p> <p>"Least Squares Method" was implemented for assessing health indicators of Mongolia and "Panel Data Analysis" (8 programs for E-views) was utilized for assessing health indicators of countries below the middle-income level.</p> <p>According to the findings, Mongolia was ranked sixth by GDP per capita and twelfth by health expenditure per capita among 51 countries below the middle-income level. Fourth in terms of number of physicians per 1000 patients and second in terms of number of beds. According to the health indicators, it was ranked twenty fifth in the ranking among same countries by life expectancy and thirty first place by fertility rate. In terms of maternal and infant mortality rate it was ranked in thirteenth.</p> <p>In the calculations made according to the least squares method, if the health expenditures in GDP increases by one unit, the average age will increase by 7%. It was estimated that it would be feasible to reduce maternal mortality rate by 11% and infant mortality rate by 7.9%. According to the Panel Data Analysis, it was estimated that Beveridge health system can increase the life expectancy by 7% and reduce infant mortality by 64% and maternal mortality by 106%, compared to other health systems.</p> <p>The findings have revealed that there would be a positive impact on health indicators by increasing health expenditure in GDP and implementing Beveridge health system in Mongolia and in other countries below middle-income level.</p>	
Keywords: Mongolia, Health System, Health Indicators, Econometrics Analysis.	

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığın geliştirilmesi, yeniden tesisi ve sürekliliğinin sağlanmasına yönelik hizmet ve faaliyetlerin tamamını; sağlık alanında faaliyette bulunan tüm organizasyonlar ve kurumlar ile sağlık için tahsis edilmiş kaynakları sağlık sistemi olarak ifade etmektedir (WHO, 2000: 5). Bu bağlamda sağlık sistemi, hedef nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmeti sunan insan, kurum ve kaynakların bir organizasyondur. Toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak bu sistemin kalitesi, sadece sağlık politikası yapıcıları, sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanlarını değil; doğrudan toplumu ve tüm bireyleri ilgilendirmektedir (Sezer ve diğ. 2018).

Sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine zamanında, adaletli ve kaliteli bir şekilde sunulması için gerekli kaynakların tahsis edilmesi, çeşitlendirilmesi, artırılması ve verimli şekilde örgütlenip kullanılması amacıyla birçok ülke, sağlık sisteminde yeniden yapılanmaya gitmektedir (Sezer ve Karadeniz, 2018). Sağlık sistemi politika yapıcılarının kendi sistemine hakim olmaları, hangi araç ve müdahalelerin bir sağlık sisteminin performansını iyileştirme olasılığını yükselteceğini; reform yapabilmek için ise gelişmiş ülke sistemlerini araştırmaları ve bilmeleri gerekir (Hsiao, 2003:11).

Bu çalışmada sağlık sistemini etkileyen faktörler ele alınmaktadır. Başarılı bir sağlık sistemi kurmak için öncelikle sistemin ne olduğunu bilmek ve sağlık sisteminin neden önemli olduğunu kavramak gerekmektedir. Bu sayede sağlık sisteminin önemi ile ilgili farkındalık sağlanabilir ve mevcut problemlerin farkına varılabilir. Bu konudaki çalışmalarda problemlerin belirlenmesi ve doğru tanımlanması, çözüm önerilerinin geliştirilmesi için önemlidir.

Bu çalışmanın *birinci bölümünde*; sağlık sistemi kavramı ve önemi, sistemde problem yaşanmasına neden olabilecek durumlar ve başarılı bir sağlık sisteminin nasıl kurulabileceği üzerinde durulmaktadır.

İkinci bölümde; Moğolistan Sağlık Sistemi ve mevcut durumu incelenmektedir. Bu bağlamda sistemin yönetim ve organizasyonu, finansman yapısı, sağlık harcamaları, insan kaynakları, hizmet sunumu ve sağlık göstergeleri ile sistemde yaşanan problemler ve bu problemlere ilişkin literatürde yer alan çözüm önerileri ele alınmaktadır.

Üçüncü bölümde; Moğolistan sağlık sistemi değerlendirilmektedir. Bu bölümde öncelikle çalışmanın problemi/ temel soruları ortaya konulmaktadır. Daha sonra ise kullanılan yöntem ve teknikler ayrıntılı bir şekilde açıklanmaktadır. Analiz, bulgular ve gerekli açıklamalar ile bölüm tamamlanmaktadır.

Çalışmada son olarak, elde edilen bulgu ve sonuçlar, bunların literatürdeki diğer çalışmalar ile karşılaştırılması ve çözüm önerileri yer almaktadır.

Çalışmanın amacı; Moğolistan sağlık sisteminin analizi; mevcut durumunun tanımlanması, sorunlarının ortaya koyulması, örgütlenmesinin genel anlam ve önemini belirtmesi ve sistemin orta gelir düzeyinin altında olan diğer ülkeler arasındaki konumunu ortaya koymaktır. Çalışmada, sistemin 2000 yılından günümüze kadar nasıl geliştiği ve sağlık göstergelerinin bundan etkilenip etkilemediğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca sağlık sistemini değerlendirmede kullanılan temel sağlık göstergelerinin, orta gelir düzeyinin altında olan ülkeler arasında karşılaştırılması ve sağlık göstergeleri ile sağlık sistemi türleri arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi de amaçlanmaktadır.

Çalışmanın önemi, çalışmada Moğolistan sağlık sisteminin mevcut durumu belirlenmekte, diğer ülkeler ile karşılaştırılmakta, farklılıkların neler olduğu değerlendirilmekte ve sorunlar ortaya çıkarılarak çözüm önerileri tartışılmaktadır. Akademik açıdan ise, orta gelir düzeyi altındaki ülkeler için Panel Veri Analizi yönteminin kullanılacak olması ve finansmana göre farklı olan dört sağlık sisteminin kukla değişken olarak araştırmaya dahil edilmesi çalışmayı farklılaştırmaktadır.

Çalışmanın yöntemi, çalışmada Moğolistan'ın sağlık sistemi incelenmekte ve evrensel sağlık sistemleri ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki ortaya konulmaktadır. Bu amaçla başarılı bir sağlık sistemi için değerlendirilebilecek sağlık göstergeleri Dünya Bankası'nın verilerinden yararlanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, ekonometrik istatistiksel yöntemlerden birisi olan Panel Veri Analizi (E-Views 8 programı) kullanılmıştır. Gözlem yoluyla karşılaştırma, kıyaslama, sonuç çıkarma ve genellemeler yapma imkanı sağlanmıştır. Karşılaştırmalı gözlem, temel bilimsel metotlarından biridir (Sargutan, 2005: 5). Yöntemle, olabilecekleri önceden tahmin etme ve gerekiyorsa önlem alma imkanı ve gücü elde edilmektedir. Böylece yöneticiler, çalışanlar, bilim insanları, politikacılar, planlamacılar ve araştırmacılar

genellikle “karşılaştırmalı” analizleri sürekli kullanmaktadır. Benzer şekilde, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık politikası belirleyicileri, planlayıcıları, yöneticileri, uygulayıcıları, araştırmacıları ve hizmet talep edicileri de, önce kendi sağlık sistem ve hizmetlerini tanımak ve sonra da buradaki eksiklik ve aksaklıkları gidererek hizmetleri geliştirmek amacıyla, başka ülkelerin sağlık sistemlerini inceleme ve karşılaştırmalar yapma metodunu kullanmaktadır (Sargutan, 2005: 85).

BÖLÜM 1. TEMEL KAVRAM VE TANIMLAR

1.1. Sistem ve Sağlık Sistemi Kavramları

Kavram olarak, birbiriyle ilişkili unsurlardan oluşan amaçlı bir bütünü ifade eden ve girdi, süreç, çıktı ve geribildirim fonksiyonlarını içeren sistem; yaklaşım olarak, olaylara, olgulara, yapılara ve süreçlere bütünsel bakmayı, bütün olarak görmeyi, algılamayı, kavramayı ve anlamayı gerektirir (Sezer, 2006: 12). Bu bağlamda, bir sağlık sistemi, girdi, süreç, çıktı (sonuçlar) ve geribildirim unsurlarını içeren bir bütün olarak tanımlanabilir. Böyle bir sistemin amacı ise, doğrudan sağlıkla ilgili olan her türlü hizmeti bünyesinde barındırmaktadır. DSÖ, Dünya Sağlık Raporu 2000'de kapsamlı bir sağlık sistemi tanımı sunmuş ve “temel amacı sağlığı geliştirmek, geri kazandırmak ya da sürdürmek olan tüm hizmet ve faaliyetleri kapsayacak bir sağlık sistemi” tanımı yapmıştır (WHO, 2000: 5). Bu tanım hem kişisel hem de kişisel olmayan, hizmet, eğitim, endüstriyel gelişim ve çevre düzenlemeleri gibi sektörler arası faaliyet ve hizmetleri de içermektedir.

Sağlık sistemleri, yaşam süreleri boyunca insanların sağlığı için hayati ve sürekli bir sorumluluğa sahiptir. Her yerde bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlıklı gelişimi için çok önemlidir. Sağlığın iyileştirilmesi açıkça her sağlık sisteminin temel amacıdır. İyi sağlığın kendisi iyilik ve eşitlik olarak iki yönlüdür. İyilik, insanların bekledikleri şeylere iyi cevap veren; eşitlik ise sistemin herhangi bir ayrımcılık yapmadan herkese eşit derecede iyi cevap verdiği bir sağlık sistemi anlamına gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her ulusal sağlık sistemi üç genel hedefe ulaşmak için yönlendirilmelidir. (1) İyi sağlık, nüfusun beklentilerine cevap verme ve finansal katkının adil olmasıdır. (2) İlerleme, Sistemlerin dört önemli işlevi nasıl yerine getirdiğine bağlıdır; hizmet sunumu, kaynak üretimi, finansman, yönetim. Bu işlevlerin gerçekte nasıl yürütüldüğünün karşılaştırılması, zaman içinde ve ülkeler arasında performans farklılıklarını anlamak için bir temel oluşturur. (3) Her sağlık sisteminin eşit şekilde karşılaması gereken asgari gereklilikler vardır (WHO, 2000).

Sağlık sistemleri, 20. yüzyıl ve ötesindeki küresel nüfusun çoğu için sağlığa daha fazla katkı sağlamıştır. Bugün, zengin ve yoksul olan tüm ülkelerde sağlık sistemleri, insanların hayatlarında eskisinden daha çok ve daha etkili bir rol oynamaktadır. İnsanların sağlığını korumak ve hastalıkları tedavi etmek için uzun bir süre boyunca sağlık sistemleri

geliştirilmektedir. Murray ve Frenk (2000: 718) sağlık sistemlerini ilk başta sağlık eylemlerini belirleyerek tanımlamışlardır. Onlara göre, bir sağlık eylemi, temel amacı sağlığı geliştirmek ve/veya sürdürmek olan herhangi bir faaliyet dizisidir ve bu nedenle sağlık sistemi, sağlık, finansman ve sağlık eylemlerinin sağlanmasıyla ilgili kaynakları, faktörleri ve kurumları içermektedir. Bu açıklamalar ışığında sağlık sistemlerinin, karmaşık bir yapıya sahip olduğu ve birçok farklı faktörü, kurumu ve bunların arasındaki etkileşimi kapsadığı anlaşılmaktadır. Bu karmaşık yapıyı kavramak, anlamak ve tanımlamak için bileşenlerini, temel özelliklerini ve hedeflerini incelemek gerekmektedir.

1.2. Etkili Bir Sağlık Sisteminin Bileşenleri ve Temel Özellikleri

Bir sağlık sistemi genel olarak, sağlık hizmeti sunumu, insan kaynakları, liderlik ve yönetim, sağlık sistemi finansmanı, tıbbi ürünler ve teknolojiler ile bilişim sistemleri sağlama dahil olmak üzere altı ana bileşene sahiptir. DSÖ, “Sağlık Sonuçlarının İyileştirilmesi İçin Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi” başlıklı raporunda, bir sağlık sisteminin altı temel bileşeni tanımlamaktadır. Bu bileşenler: (1) minimum kaynak israfı ile sağlanan iyi sağlık hizmetlerine sahip olma, (2) iyi performans gösteren bir sağlık insan kaynağı, (3) iyi işleyen bir sağlık bilişim sistemi, (4) temel tıbbi ürünlere, aşılar ve teknolojilere eşit erişim, (5) yeterli finansman ve (6) etkin liderlik ve yönetimidir (WHO, 2007: 3).

Fulop ve Roemer (1982: 428-429), sağlık sistemlerinin, uygulamada iyi bir sistem olmasını sağlamak için bazı ayırt edici özelliklere de sahip olması gerektiğini belirtmiştir. Böyle bir sağlık sisteminin genel işleyişi şu şekilde olmalıdır: (1) Bireylerin demografik, ekonomik veya diğer özelliklerinden dolayı ayırım gözetmeksizin tüm insanları kapsamaması sağlamalıdır. (2) Hizmetleri kapsamlı olmalı ve fiziksel veya zihinsel sağlığa yararlı olabilecek tüm teknolojileri içermelidir. (3) Sağlığa yönelik başlıca tehlikelerin önüne geçmek için hizmet sunumu açısından tedbir alınmalıdır (sigara reklamcılığı gibi). (4) Her türden sağlık personeli yeterli sayıda mevcut olmalıdır. (5) Planlı bir sağlık sistemi için yeterli finansal destek aracına sahip olmalıdır.

1.3. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

DSÖ'ye göre bir sağlık sisteminin yerine getirmesi gereken dört genel fonksiyon bulunmaktadır. Bunlar: (1) yönetim, (2) sağlık hizmetlerinin sunumu, (3) kaynakları

yönetme ve (4) sağlık finansmanı (DSÖ, 2000:25). Bu fonksiyonlar aşağıda, yönetim, sunum, kaynak ve finansman fonksiyonları olarak ele alınmıştır.

1.3.1. Yönetim Fonksiyonu

Yönetim, ülkede kabul edilen ve uygulanan sağlık sisteminin kapsadığı nüfusun sağlıklı olma durumu, yönetimi biçiminde tanımlanabilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:180). Bu işlev genellikle devlet sorumluluğundadır. Kamu kaynaklarının hedeflemesi gereken sağlık öncelikleri nelerdir? Sistemin ve birçok personelin çalışması gereken kurumsal çerçevesi nedir? Hangi faaliyetler sağlık hizmetleri alanı dışındaki diğer sistemlerle koordine edilmeli ve (örneğin, karayolu güvenliği, gıda kalite kontrolü) nasıl yapılmalıdır? Sağlık öncelikleri ve kaynak oluşumundaki eğilimler ve gelecek 10, 20 veya 30 yıl için etkileri nelerdir? Hastalıkları önlenmesi ve hafifletilmesi dahil olmak üzere sağlık konularında etkili kararlar alınmasını sağlamak için hangi bilgilere ihtiyaç vardır? Bu sorular, yönetim fonksiyonunu oluşturmaktadır. Yönetim, ek bir merkezi işlev politikası oluşturması için uygun veriler üretmektedir. Bunlar, halk sağlığı sürveys verilerinden sağlık sistemi performansına kadar uzanmakta ve sağlık durumunu değerlendirmek, sektörü düzenlemek ve sağlık sistemi performansını, etkililiğini ve etkisini izlemek için temel oluşturmaktadır (Etheredge, 2007: 107).

1.3.2. Sunum Fonksiyonu

Sağlık hizmetlerinin sunumu, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yürütülen faaliyetlerin yanında hastalıkların teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünü ifade etmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015: 34). Sağlık ekonomisine göre hizmet sağlama, toplumu oluşturan bireylerin sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi (birinci basamak sağlık hizmetleri), tedavilerinin sağlanması (ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri) ile geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin tümü sağlık hizmeti sunumu ya da arzı olarak değerlendirilmektedir (Roemer, 1989:72). Başka bir ifade ile “sağlık hizmetlerinin sunumu, sistemin ne olduğu değil; sistemin ne yaptığıdır” (DSÖ, 2000).

1.3.3. Kaynak Fonksiyonu

Kaynakları yönetme, sağlık hizmetlerinin sunulması için gerekli kaynakların bir araya getirilmesidir. Ancak bu girdiler tamamı genellikle sağlık sisteminin sınırları içinde üretilmemektedir. Bu girdiler arasında insan kaynakları, ilaçlar ve tıbbi ekipmanlar

bulunmaktadır. Ayrıca, bu kaynakları üretmek genellikle uzun zaman almaktadır (örneğin, eğitilmiş bir tıp doktoru, yeni bir aşı, ilaç, cihaz ve malzeme). Yani sağlık sisteminin girdileri olarak da değerlendirilen kaynaklar; insan kaynakları (sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli), bilgi, sağlık hizmetini arz eden yapılar (aile hekimliği, hastane, klinik, laboratuvar vb.) ve tıbbi her tür malzeme olarak sıralanmaktadır (Sargutan, 2006:26).

1.3.4. Finansman Fonksiyonu

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetinde oluşan olağan ve olağanüstü durumlarda ilgili sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılamak olarak tanımlanabilir. Sağlık finansmanının asıl amacı halkın beklenmedik sağlık sorunları, yani hastalık anlarında halka sağlık hizmetleri açısından destekte bulunmaktır. Sağlık finansmanı, sağlık hizmet maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları oluşturma olarak da tanımlanabilir (Gottret ve Schieber, 2006). Sağlık finansmanının asıl amacı, toplumu oluşturan bireylerin beklenmedik sağlık sorunları ve hastalıklarla karşı karşıya kaldıkları durumlarda finansal açılarından onlara destekte bulunmaktır. Dolayısıyla etkili bir sağlık finansmanı, bireylerin ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmetini kullanamaması veya sağlık hizmetlerine yaptığı ödemelerden dolayı finansal durumlarının daha da kötüleşmesi gibi durumların önüne geçmelidir (DSÖ, 2000).

Finansal risk havuzu, sağlık sigortası mekanizmalarının temel işlevidir. Finansal koruma sağlamak için etkin risk havuzlamasına katılım şarttır. İnsanları, özellikle de fakirleri hasta veya yaralı oldukları zaman sağlık hizmeti almaktan veya hizmetleri kullanmaktan vazgeçilmelerine sebep olabilecek ödeme yapmak zorunda bırakmamak gerekir. Bunun için her ülke sağlık sisteminin finansmanı için halkının finansal riskini farklı şekillerde karşılamayı amaçlayan yöntemler geliştirmekte veya seçmektedir. Çoğu yüksek gelirli ülkeler iki ana modelden birini takip etmektedir: Bismarck modeli (Bismarck'ın 1883 tarihli Sağlık Sigortası Kanunu) veya Beveridge modeli (1942 tarihli Ulusal Sağlık Sistemi). Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ise çok sayıda ve parçalanmış risk havuzu düzenlemeleri bir arada bulunmaktadır. Bu ülkelerde finansal korumanın iyileştirilmesi, risk havuzlamasına katılımı arttırmak için önemli bir çaba gerektirmektedir (DSÖ, 2000).

1.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması konusunda 1978'den beri kapsamlı bir literatür ortaya çıkmıştır. Terris, sağlık sistemlerini temsil eden ülkelerin ekonomik yapıları açısından sınıflandırmaya çalışmıştır. Buna göre, (1) nüfusun çoğunluğu için bir kamu yardım sistemi aracılığıyla sağlanan/ hizmet sunan devlet hastaneleri ve sağlık merkezleri, (2) genellikle kapitalist ekonomiye sahip sanayileşmiş ülkelerdeki sağlık sigorta sistemleri, (3) sosyalist rejimlerdeki baskın ve tüm toplumu kapsayan ulusal sağlık sistemleri (Terris, 1978: 1125-1126). Lameire ve arkadaşları (1999: 3) tarafından ise üç temel model (kapsam, finansman ve mülkiyet) önerilmiştir. Bunlar: (1) ulusal sağlık hizmeti modeli, (2) sosyal sigorta modeli ve (3) özel sigorta kapsamı ile özel sigorta modelidir. Aynı tipoloji, Burau ve Blank (2006) tarafından da sağlık sistemlerini ulusal sağlık hizmeti, sosyal sigorta ve özel sigorta modelleri olmak üzere üç temel grupta farklılaştırılmıştır.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin en kapsamlı çalışma Roemer (1989: 73-75) tarafından yapılmıştır. Roemer, sağlık sistemlerini ülkelerin iki sosyal özelliğine; ülkenin ekonomik düzeyine ve sağlık sistemlerini yöneten politik ideolojiye göre belirlemiştir. Böylece, sağlık sistemlerini dört ana başlıkta değerlendirmektedir: (1) sistemin özel bir pazarda faaliyet gösterdiği girişimci ve kabullü sistemler, (2) sağlık hizmetlerinin kamu sorumluluğunda olduğu refah yönetimli sistemler, (3) hükümetin piyasaya daha kapsamlı müdahalede bulunduğu ve sağlık hizmetini tamamladığı evrensel ve kapsamlı sağlık sistemleri, (4) sosyalist ve merkezi olarak planlanan ve piyasa dinamiği tamamen kaldırılmış sağlık sistemleri.

Roemer'in çalışmasına dayanan Moran (2000: 138-155), sağlık hizmeti kavramını da geliştirip dört tür sağlık durumu belirlemiştir. Bu yaklaşım, sağlık hizmeti kullanımı, tedarik ve üretim olmak üzere üç yönetim alanını temel almaktadır. Moran'a göre, sağlık hizmetini yönetmek, yönetim faaliyetlerinin üç önemli alanda nasıl yürütüldüğü ile ilgilidir: Tüketimi sağlama (hastaların sağlık hizmetlerine erişimler için uygunluk), idari düzenlemeler (hastanelerin ve doktorların kontrolü) ve teknoloji yönetimi (tıbbi yeniliklerin düzenlenmesi).

Böhm ve arkadaşları, yönetim, finansman ve hizmet sunumu şeklinde sağlık sisteminin üç ana boyutunu farklılaştırarak yeni ve kapsamlı bir çalışma yapmışlar ve bunu 30

OECD ülkesinin sağlık sistemini sınıflandırmasında kullanmışlardır. Devlet, toplum ve özel sektör olarak üç tür faktör tanımlayarak, 30 OECD ülkesi için beş farklı sistem türü önermişlerdir. Bunlar: (1) ulusal sağlık sistemi, (2) ulusal sağlık sigortası sistemi, (3) sosyal sağlık sigortası sistemi, (4) devlet sosyal sağlık sigortası sistemi ve (5) özel sağlık sistemidir (Böhm vd. 2013: 259).

Finansmanın ve yönetimin devlet tarafından üstlenildiği ülkelerde sistem, ulusal sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Ulusal sağlık sigortası düzenleyici yapıları ve vergi finansmanı baskın özel hizmet tedariki ile birleştiren ulusal sağlık sigortası sisteme dahil edilmiştir. sosyal sağlık sigortası türü, sağlık düzenlemelerinde ve finansmanında toplumsal aktörlerin baskın rolünü ifade ederken, hizmetler ağırlıklı olarak özel kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Tüm sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından koordine edildiği ve finanse edildiği sağlık sistemi türü de özel sağlık sistemi olarak tanımlanmaktadır.

1.5. Finansman Kaynaklarına Dayalı Ulusal Sağlık Sistemi Modelleri

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

Geçmişte Rusya, 1800'lü yılların sonlarında tedavinin ücretsiz olduğu ve vergi fonları tarafından desteklenen büyük tıbbi istasyonlar ve hastaneler ağı kurmaya başladı. 1917'deki Bolşevik devriminden sonra ise, tüm toplum için ücretsiz tıbbi bakım sağlanması ve ortaya çıkan sistemin sürdürülmesi gerektiği yönünde bir karara varıldı. Bu tamamen merkezi ve devlet kontrollü bir modelin en eski örneğiydi (Ateş, 2016:95). Ancak Sovyetler Birliğinin dağılmasıyla birlikte söz konusu sistemin Küba dışında uygulayıcısı kalmamıştır. Günümüzde de kamu ve özel olmak üzere iki temel sağlık sistemi sınıflandırması yapılmaktadır. Bu çalışmada doğrudan finansman kaynaklarına ve devlet müdahalelerinin derecesine dayanarak, doğrudan üç sağlık sistemi modeli

ayrımı tercih edilmiş ve aşağıda ele alınmıştır. Bunlar; Beveridge, Bismarck ve Serbest Piyasa/ Özel Sigorta modelleridir.

1.5.1. Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge Modeli)

1942’de Beveridge “kamu” modeli, sağlık hizmetlerini uygulanabilir bir sosyal güvenlik sistemi için üç temel şarttan biri olarak belirlemiştir. Hükümetin 1944 tarihli Beyaz Kitabı, “Herkes, yaş, cinsiyet ve/veya mesleğine bakılmaksızın, en iyi, en güncel tıbbi ve ortak hizmetlerden faydalanmak için eşit fırsatlara sahip olacak” politikasını belirterek, söz konusu hizmetleri ekledi. Buna göre sağlık hizmetleri, kapsamlı ve ücretsiz olmalı ve hastalıkları tedavi etmenin yanı sıra iyi sağlığa teşvik etmelidir. Finansman temel olarak vergilendirmeye dayanmaktadır ve hizmetlerin temel olarak halk sağlığı sunucuları tarafından sağlandığı merkezi bir ulusal sağlık hizmetleri olarak karakterize edilmektedir (hastaneler, toplum doktorları, uzmanlar ve halk sağlığı hizmetleri). Bu modelde, sağlık bütçeleri, sağlık harcama öncelikleriyle rekabet etmektedir (Temgilimoğlu ve diğ, 2014:304).

1.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi (Bismarck Modeli)

19. yüzyılın sonlarına doğru, sanayi devrimi dünya çapındaki insanların hayatlarını dönüştürüyordu. Aynı zamanda toplumlar, işçiler arasında meydana gelen ölüm, hastalık ve sakatlıkların büyük bir kısmının, bulaşıcı hastalıklar veya endüstriyel kazalara maruz kalma durumlarından kaynaklandığı fark edilmeye başlandı. Bu dönemde işçilerin sağlığı bazı Avrupa ülkelerinde politik bir sorun haline geldi. Almanya başbakanı Bismarck 1883'te belirli mesleklerde düşük ücretli işçiler için sağlık sigortasına işveren katkıları gerektiren bir yasayı yürürlüğe koydu ve bu yasaya sonraki yıllarda diğer işçi sınıflarını da ekledi. Bu, devlet tarafından yönetilen bir sosyal sigorta modelinin ilk örneğiydi. Bu kanunun işçiler arasındaki popülerliği, 1894'te Belçika'da, 1909'da Fransa'da, 1935'te İsviçre'de ve birkaç yıl sonra ise Hollanda'da benzer mevzuatın kabul edilmesine yol açmıştır (Burazeri, 2013: 7).

1.5.3. Serbest Piyasa Sağlık Sistemi (Özel Sağlık Sigortası)

Özel sigorta modeli, bağımsız müşterin modeli olarak bilinmektedir. Sistemin finansmanı özel sigorta şirketlerine ödenen primlere dayanmaktadır. Bu sistemde fon, Medicare ve Medicaid programlar aracılığıyla yoksul ve yaşlılar için hükümet tarafından finanse

edilen fonlar sosyal bakım dışında, ağırlıklı olarak özeldir. Bu modeldeki hizmet sunucularının büyük çoğunluğu özel sektöre aittir (Liaropoulos ve Goranitis, 2015:80).

Finansman kaynaklarına dayalı üç ana sağlık sistemi modeli, uygulayan ülkeler, finansman kaynağı, temel özellikler ve sunucuların türü kriterlerine göre Tablo 1’de topluca gösterilmiştir.

Tablo 1
Finansman Kaynaklarına Dayalı Üç Ana Sağlık Sistemi Modeli

Sağlık Sistemi Modeli Ve Ülke	Finansman Kaynağı	Temel Özellikler	Sunucuların Türü
<u>Ulusal Sağlık Sistemi</u> <i>(Beveridge Modeli)</i> İngiltere, İrlanda, Norveç, Finlandiya	Vergilendirme (Devlet Bütçesi) Gelir ile ilgili değil	- Tüm vatandaşlar için sağlık hizmetlerine erişim - Temel sağlık yararları ile kapsamlı - Sağlık Bakanlığı ve mali imkanlarla güçlü kontrol	Halka açık: - Ağırlıklı olarak kamu sunucuları ve devlet mülkiyeti - Ulusal Sağlık Hizmeti ve serbest çalışan doktorlar - Alıcı-sunucu farklı
<u>Refah Yönelimli Sağlık Sistemi</u> <i>(Bismarck Modeli)</i> Almanya, Türkiye Hollanda, Japonya,	Zorunlu sağlık sigortası, işverenler ve çalışanlar tarafından ödenen ayrılmış primler Gelir ile ilgili	- Garantili sağlık sigortası, sağlık hizmetleri, temel model ile %60-80 kapsam - Sistemi düzenleyen devletin ara rolü -Müşteri dostu, profesyonel özerklik, ayrılmış bütçeler - Yüksek maliyet kontrolü zor	Karışık: - Baskın sosyal mülkiyetli kamu ve özel sunucular
<u>Serbest Piyasa Sağlık Sistemi</u> <i>(Özel Sağlık Sigortası)</i> ABD	Özel sigorta ve finansman Medicare Medicaid	- Bir mal olarak sağlık bakımı - Zayıf devlet kontrolü -Sunucular özel girişimci	- Özerklik ile ağırlıklı olarak özel sunucular

Kaynak: Burazeri, G and Kragelj, L. Z. (2013). Health: Systems–Lifestyle–Policies.

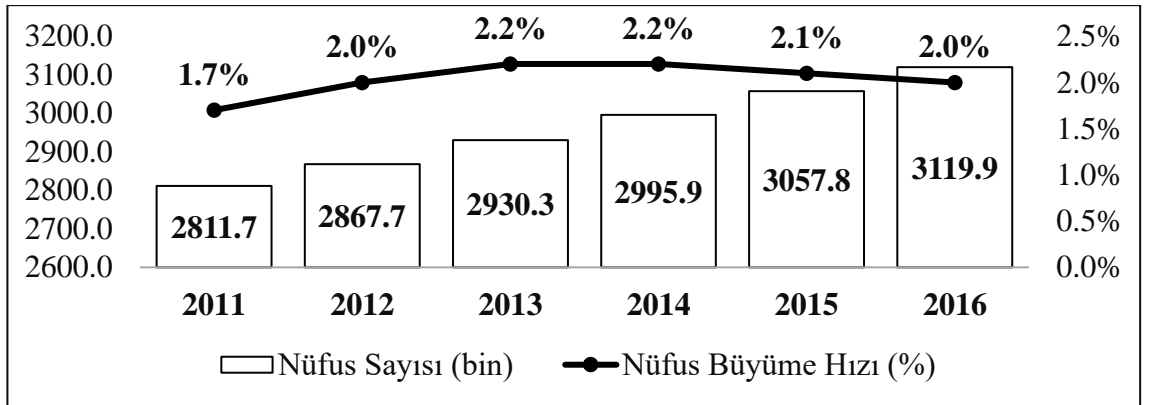
Bu üç sağlık sistemi modeli, kendine göre kusurlu ve pahalı olsalar da mükemmel olmayı hedeflemektedir. Yani sağlık hizmetlerine, bakım kalitesine ve maliyet verimliliğine optimal bir erişim sağlamaya çalışmaktadırlar. DSÖ’ne göre, farklı ülkelerde mevcut olan sağlık sistemleri, ilgili toplumlarda geçerli olan normlar ve değerler tarafından güçlü bir

şekilde etkilenmektedir. Diğer insani hizmet sistemleri gibi, sağlık hizmetleri de genellikle vatandaşların derinden kökleşmiş sosyal ve kültürel beklentilerini yansıtmaktadır. Bu temel değerler, sağlık sisteminin biçimsel yapısı dışında oluşturulmasına rağmen, genellikle genel karakterini ve kapasitesini tanımlar. Bu nedenle sağlık sistemleri dünyanın her yerinde farklıdır ve her bir ülkenin benzersiz tarihi, gelenekleri ve politik sistemi tarafından güçlü bir şekilde etkilenmektedir. Bu, farklı kurumlara ve vatandaşlarla ilgili hükümetler arasındaki sosyal sözleşmeler bazında büyük bir değişikliğe yol açmıştır (Freeman ve Frisina, 2010:164).

BÖLÜM 2. MOĞOLİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

2.1. Ülke Hakkında Genel Bilgi

Moğolistan, 3,119 milyon nüfusu ve 1,7 ortalama nüfus yoğunluğu ile dünyanın en seyrek nüfuslu ülkesidir. İdari olarak kendi içinde 5 bölge, 21 şehir, 365 ilçeye ayrılmaktadır. Başkenti Ulanbatur olup parlamenter sistemle yönetilmektedir Etnik açıdan nispeten homojendir; nüfusun %82,4'ü Khalkha Moğollar'dan oluşmaktadır. Nüfusun geri kalan kısmı 20'den fazla etnik grup ve alt grubu temsil etmektedir. İkinci büyük grup olan Kazaklar, nüfusun %3,9'unu oluşturmakta; Durbetler %2,8, Baydlar %2,2 ve Buriadlar ise %1,7'lik bir orana sahiptir. Moğolca nüfusun %90'ı tarafından konuşulan ülkenin resmi dilidir. 2017 yılı ulusal nüfus ve konut sayımına göre, Moğolistan nüfusunun %90'ı Budist; %6'sı İslam (Müslüman) ve %4'ü Şamandır. Kuzeyinde Rusya Federasyonu, güney, batı ve doğusunda Çin Halk Cumhuriyeti'nin bulunduğu sadece iki komşulu bir Doğu Asya ülkesidir. Ülke, 1.566.164 kilometrekarelik yüzölçümü ile dünyanın en büyük 19. ülkesi ve 2. en büyük kara ülkesidir. Deniz seviyesinden 1500 m yükseklikte ve yüksek dağ zincirleri ile çevrili Moğolistan'da aşırı bir karasal iklim vardır ve sıcaklıklar kışın -30°ile -40 °C, yaz aylarında ise 30°ile 35°C arasındadır. Grafik 1'de belirtildiği üzere Moğolistan'ın 2011 yılında 1,7 olarak gerçekleşen nüfus artış hızı 2016'da 0,3 artarak 2,0' ye yükselmiştir. Son yıllardaki sosyal ve ekonomik istikrarsızlık nedeniyle, yabancı ülkelere giden öğrenci sayısı nüfus artış hızını yavaşlatan faktörlerden biri olmuştur. (National Statistic Office, 2016).



Grafik 1: Moğolistan'daki Nüfus Sayısı ve Nüfus Büyüme Hızı, 2011-2016

Kaynak: National statistics online database, National Statistics Office 2016

Moğolistan'da 1990 yılından bu yana nüfus oranındaki azalışa bağlı olarak, 15 yaşın altındaki çocukların oranı sürekli düşmektedir. Bu rakam, 1990'da 41,5 iken 2016'da 30'a düşmüştür. Buna rağmen 65 yaşın üstündeki oran hala % 5'in altındadır. 65 yaş ve üstü olan yaş grubu 1990 yılında 4,1 iken 2016 yılında 3,8 olarak azalmış olarak görünmektedir (Grafik 2).

2016	30.0	66.2	3.8
2015	29.6	66.6	3.8
2014	28.0	68.0	4.0
2013	27.4	68.8	3.8
2012	27.6	68.4	4.0
2011	27.2	68.8	4.0
2010	27.3	68.8	3.9
1990	41.5	54.4	4.1

0-15
 15-64
 65+

Grafik 2: Nüfusun yaş yapısının (%), yıllara göre dağılımı

Kaynak: National statistics online database, National Statistics Office 2016

Moğolistan, 1990 yılında Sovyet Bloğu yüzünden GSYİH'nın %30'unu kaybeden fakir bir ülkediydi (Rourke ve Hindle, 2001:152). 1990'lı yılların başında sosyalist sistemden piyasa ekonomisine geçişle birlikte birikim bakımından "şok terapi" olarak adlandırılan hızlı ekonomik değişimler yaşamıştır. İlk yıllar, %300'ün üzerine çıkan yüksek enflasyon, Sovyet yardımının aniden geri çekilmesi, sosyal hizmetlerde ciddi kesintiler, bankacılık krizi ve bu değişikliklerin diğer kaçınılmaz sonuçları nedeniyle kamu gelirlerinde dramatik bir düşüş olmuştur (Lhamsuren ve diğ, 2012:2). Eğitim ve sosyal güvenlik gibi sağlık ve diğer sosyal sektörler bu şoktan şiddetli bir şekilde etkilenmiştir. Mali sıkılaştırmanın sürdürülmesi kamu harcamalarının önemli ölçüde azalmasına; işsizliğin artışına ve ortalama hane halkı gelirinin dramatik bir şekilde düşüşüne yol açmıştır. Bununla birlikte, Moğolistan'da 1994 sonrasında kısmi bir iyileşme yaşanmaya başlamış; 2000'den sonra ise istikrarın sağlanmasıyla birlikte ekonomik büyüme olumlu yönde gelişmiştir. Özellikle madencilik sektöründeki gelişmeler sonucunda, gelecekteki ekonomik kalkınma için umut vadeden fırsatlarla, istikrarlı bir ekonomik büyüme

başlamıştır (Tsilaajav ve diğ, 2013:5). Moğolistan sağlık sistemi ise, piyasa ekonomisine geçişle iyi bir performans göstermiştir (Neumann ve Warburton, 2015:16). 2007'de yayınlanan Ulusal İnsani Gelişme Raporu, Moğolistan'ın yeni bir kalkınma dönemine girdiğini vurgulamıştır (Moğolistan Hükümeti ve Birleşmiş Milletler Geliştirme Programı). Nitekim 2000 yılının başından bu yana Moğolistan, 2009 küresel ekonomik krizin yol açtığı emtia fiyatlarındaki düşüşten kaynaklanan 2012'deki ani bir düşüş haricinde sabit bir ekonomik büyüme yaşamıştır. Enflasyon oranı sabit kalmış ve hükümet bütçe fazlası vermiştir. Bu istikrarlı büyüme ve gelişme endeksindeki olumlu değişimlere rağmen, yoksulluk ve işsizlik en büyük zorluklar olmaya devam etmektedir.

Moğolistan ekonomisinin hayvancılık, tarım ve madencilik sektörlerine bağımlılığı halen devam etmektedir. Gelişen madencilik sektörü, yüksek gelir ve daha düşük kamu borcu iklimini oluşturmaya yardım etmekte; Dolayısıyla günümüzde Moğolistan, gelişmekte olan ekonomiler arasındaki ülkelerden biri olarak görülmektedir. Citigroup analistleri, 2010-2050 yılları için en umut verici 11 ülke listesine Moğolistan'ı dahil etmiştir (Buiter ve diğ, 2011:12). Bununla birlikte, kamu harcamaları artırmaya devam ederse, ülke ekonomisinin beklenen genişlemeden tam olarak yararlanamayacağı belirtilmektedir (DB, 2009). Moğolistanın 2012-2016 makroekonomik göstergeleri Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2
Makroekonomik Göstergeler, Seçilen Yıllar

İndikatör	2012	2013	2014	2015	2016
GSYİH (USD milyar)	12,4	13,3	12,2	11,9	12,2
Kişi başına GSYİH (USD)	3,635	4,305	4,181	3,791	3,480
Ekonomik Büyüme (GSYİH, yıllık değişim %)	12,5	11,6	8,1	2,5	1,1
İşsizlik oranı	8,2	7,9	7,9	8,0	7,9
Politika Faiz Oranı (%)	13,25	10,50	12,00	13,00	14,00
Döviz Kuru (ABD Doları vs)	1378	1660	1888	1993	2488

Kaynak: National statistics online database, National Statistics Office

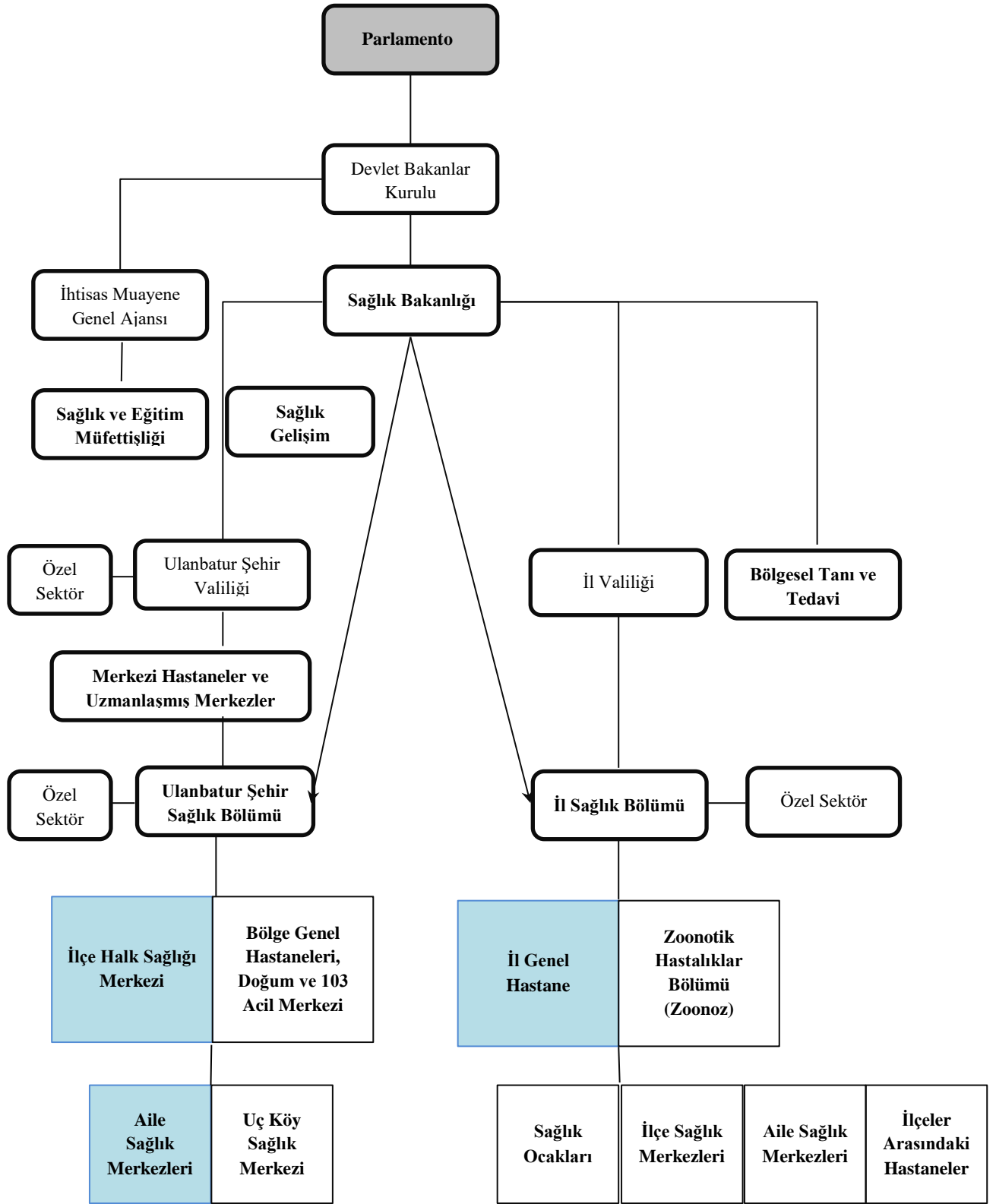
2.2 Sağlık Sistemi

2.2.1 Yönetim ve Örgütlenme

Moğolistan, 1990'dan önce %100 devlet destekli sağlık sistemi olan sosyalist bir devletti. O zamanlarda özel sağlık sektörü sağlık sistemine dahil değildi. Ancak 1990 yılından

itibaren özel sağlık sekt6ru yeniden bu sekt6re dahil olmaya başlamıştır. 1994 yılında ise sağlık sigortası sistemi kurulmuştur. Moğolistan sağlık sistemi, ana idari b6l6mlere g6re prensip olarak b6l6nm6ř yasal bir sistemdir. Moğolistan'daki sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve 6ç6nc6l basamak olarak uzmanlaşmıştır. Sağlık Yasası (2011), her seviyede bulunabilecek 6eşitli tesis t6rlerini detaylı bir şekilde ortaya koymuştur. Bunlar aile sağlık merkezleri, hastane ve k6y sağlık merkezleri, birleşik hastaneler, klinikler, doğumevleri, halk sağlığı merkezleri, genel hastaneler, sanatoryumlar, acil merkezler, b6lgesel hastaneler, ulusal merkez hastaneler ve uzmanlaşmış merkezlerdir (şekil 1).

Sağlık hizmetlerinin sunumuna, 6lkenin geniş bir alana yayılmış olması ve b6lgedeki n6fus yoğunluğunun az olması engel oluşturmuştur. Ulanbatur'daki birinci basamak hizmetleri, aile sağlık merkezleri (2011 yılından itibaren Aile Sağlık Merkezleri olarak yeniden adlandırılmıştır) tarafından sağlanmaktadır. İl ya da il6e seviyesinde, birinci basamak sağlık hizmetleri aile sağlık merkezleri ve il6e hastanesi tarafından sunulmaktadır. Hizmetlerden 6ok uzak olan kırsal n6fusa, d6rt yıllık tıbbi eğitim programına tabi olan hekimlerin 6alıştığı sağlık ocakları aracılığıyla ulaşılmaktadır. Aile sağlık merkezleri, temel hizmet ve sağlık promosyonu, koruyucu bakımı, klinik ve takip sonrası bakıma uygun genel mesleki bakımı sağlar ve gerektiğinde bir hastayı daha 6st bir bakım i6in 6st seviyedeki kuruma y6nlendirirler. Komşu b6lgelerdeki hastaneler i6in birincil sevk hizmetleri i6in olduk6a geniş bir n6fusa ve uygun bir lokasyona sahip bir birleşik hastane kullanılmaktadır (Network, 2015:32). Ulanbatur genelinde orta d6zeyli bakım/ 2. basamak hizmetler hastaneler ve genel sağlık merkezleri tarafından; il merkezlerinde ise, genel hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Bu birimlerde hem ayakta hem de yatarak tedavi hizmetleri sunulmaktadır. 6ç6nc6 derecede bakım, başta başkentte bulunan devlet klinik hastaneleri ve tıp merkezleri tarafından sunulmaktadır. 6lkenin d6rt b6lgesinde ise, (batı (Khovd), doğu (Dornod), Khangai b6lgesi (Uvurkhangai) ve Erdenet (Orkhon) b6lgesi) d6rt b6lgesel hastane aracılığıyla sağlanmaktadır. B6lgesel hastaneler, b6lgesel d6zeyde hızlı ve verimli 6ç6nc6l tıbbi hizmetlere erişimi iyileştirmek amacıyla 2001 yılında Ikh Khural (Meclis) tarafından onaylanan B6lgesel Kalkınma Kavramı doğrultusunda Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmuştur. B6lgesel hastaneleri ayrıca, kendi aimag (il) n6fusu i6in ikinci basamak sağlık hizmetleri de sunmaktadır.



Şekil 1: Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi

Kaynak:SB (2015'de yeniden örgütlenmiştir)

Aşağıdaki uzmanlaşmış merkezler ve üçüncü basamak merkezi hastaneler Sağlık Bakanlığı'na aittir: Ulusal Birinci Merkez Hastanesi, Ulusal İkinci Merkez Hastane, Ulusal Üçüncü Merkez Hastanesi, Ulusal Enfeksiyon Hastalıkları Merkezi, Ulusal Kanser Merkezi, Ulusal Travmatoloji ve Ortopedi Merkezi, Ulusal Zihin Sağlığı Merkezi, Ulusal Anne ve Çocuk Merkezi, Ulusal Dermatoloji Merkezi, Ulusal Zoonotik Hastalıklar Merkezi, Ulusal Gerontoloji Merkezi, Ulusal Patoloji Merkezi, Ulusal Kan Merkezi, Çocuklar için Merkezi Sanatoryum, Geleneksel Tıp, Teknoloji ve Moğolistan Üretim Şirketi (SB, 2016).

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yasasında belirtildiği üzere, ana düzenleyici organdır. Sağlık Bakanlığı, Özel Muayene Genel Müdürlüğü, Maliye Bakanlığı, Sosyal Sigorta Genel Müdürlüğü ve yerel yönetimler gibi diğer kurumların idari, düzenleme ve bütçe açısından karar alma yetkileri bulunmaktadır. Hastaneler ve eğitim kurumları da dahil olmak üzere bazı sağlık tesisleri idari olarak Milli Eğitim, Kültür ve Bilim, Adalet, İçişleri ve Savunma Bakanlığı gibi diğer bakanlıklara aittir. Ulanbatur Demiryolları ve Erdenet Madencilik Şirketi gibi büyük kuruluşlara ait hastaneler ve sağlık kuruluşları da bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2016 yılında toplam sağlık kuruluşu sayısı 3 500, toplam yatak sayısı 22 960 yatak devir hızı 7,4'dür (Tablo 3).

İlaç sektörü, Moğolistan'da %100 özel sektöre aittir ve bundan dolayı pahalı ve kalitesiz ilaçların kullanımı artmaktadır. Son yıllarda, özel hastanelerin sayısının hızla artması, sağlık alanında rekabetin gelişiminde ana faktörlerden biri haline gelmiştir. Gelecekte, hükümet akreditasyon kriterlerinin, ilaç sektörü ve özel hastanelerin dengesiz büyümesine engel olan bir araç haline gelmesi mümkündür. Özel sağlık sektörü, insan kaynakları kapasitesi ve ekipman bakımından devlet hastanelerine güçlü bir rakip olmuştur. Özellikle dış hekimliği, iç hastalıklar, doğum ve kadın hastalıkları, geleneksel tıp ve yüksek teknoloji laboratuvar hizmetleri alanlarında özel sektör hakimdir.

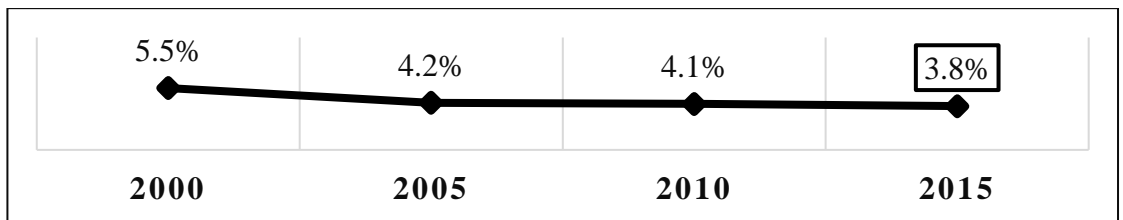
Tablo 3
Bakım Düzeyine Göre Hastane Hizmetleri Tesisleri

Sağlık Tesisleri Türü	Sayılar
Birincil sağlık kuruluşları	512
Sağlık merkezleri	220
İlçe hastaneleri	292
İkincil sağlık kuruluşları	37
İl genel hastaneler	22
Ulanbatur'daki ilçe genel hastaneleri ve halk sağlık merkezleri	12
Doğum hastaneleri (Ulanbatur Sağlık Bakanlığı altında)	3
Üçüncül sağlık kuruluşları	18
Bölgesel tedavi ve tanı merkezleri (kırsal alanlardaki)	5
Ulanbatur'da yer alan ihtisas merkezleri ve merkezi hastaneleri	13
Diğer	2,933
İlaç Firmaları	39
Özel eczaneler	1,041
Özel Hastane (Yataklı)	234
Özel Hastane (Yataksız)	1,076
Diğer sağlık organizasyonları (SB'nin altında değil, Ulanbatur Demiryolları, Erdenet Madencilik Şirketi vb, Adalet ve Savunma Bakanlıkları gibi diğer bakanlıklara ve MedSoS gibi yabancı şirketlere ait)	55
Özel sağlık tesisleri (dış hekimliği dahil özel poliklinik hizmetleri)	488
Genel Toplam	3,500

Kaynak: SB, 2016

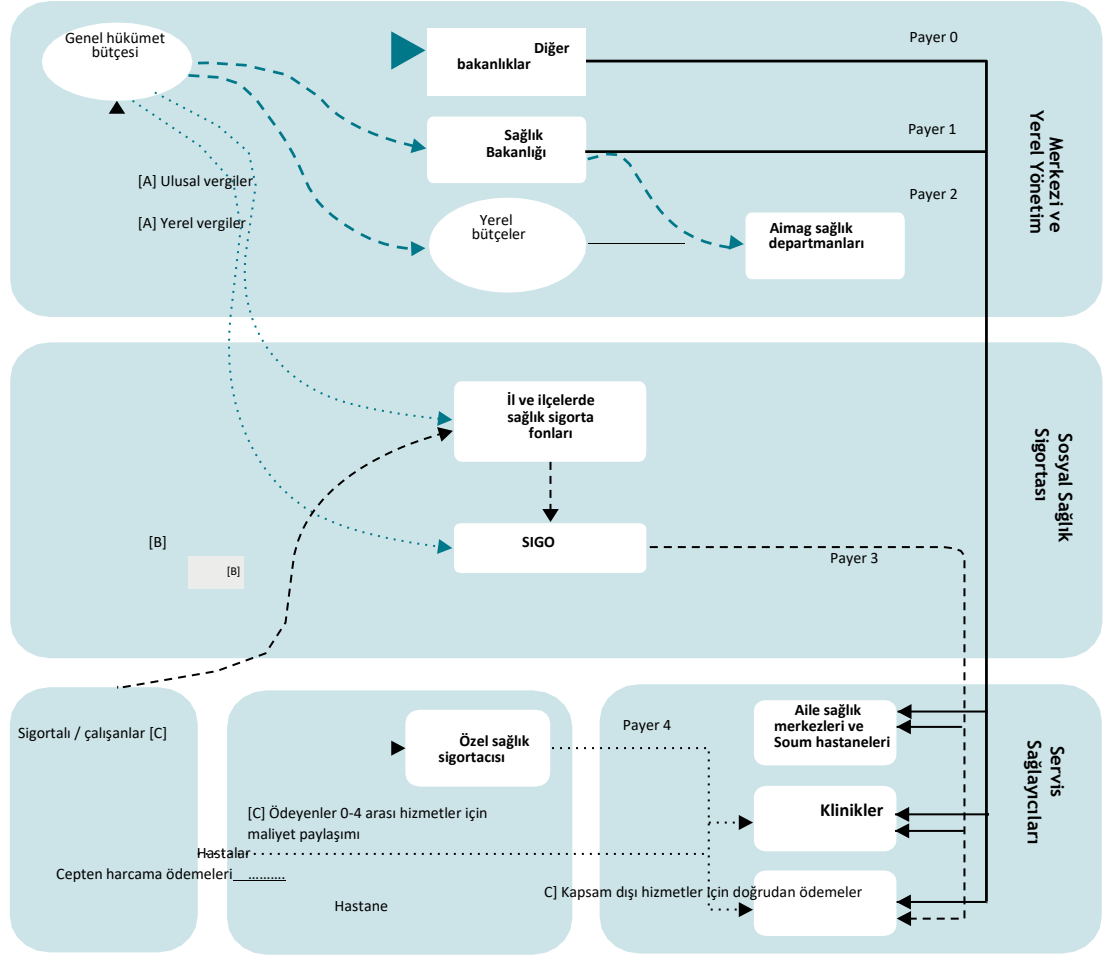
2.2.2 Finansman Yapısı

Moğolistan'daki sağlık hizmeti finansmanı, 1990 yılından önceki sosyalist (Semashko) sağlık sisteminin mirasını ve 1990'ların sonrasında uygulanan reform girişimlerinin etkilerini deneyimlemektedir. Son on beş yılda toplam GSYİH içindeki sağlık harcamaları sürekli düşmüştür (Grafik 3). Sağlık sektöründeki gelir kaynağı azlığı yüzünden ülke genel sağlık durumu sürekli düşmektedir. Bu durum, sağlık sektörü finansmanının devlet tarafından yeterince desteklenmediğine işaret etmektedir.



Grafik 3: Toplam GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları Oranı (%)

Kaynak: SB, 2016



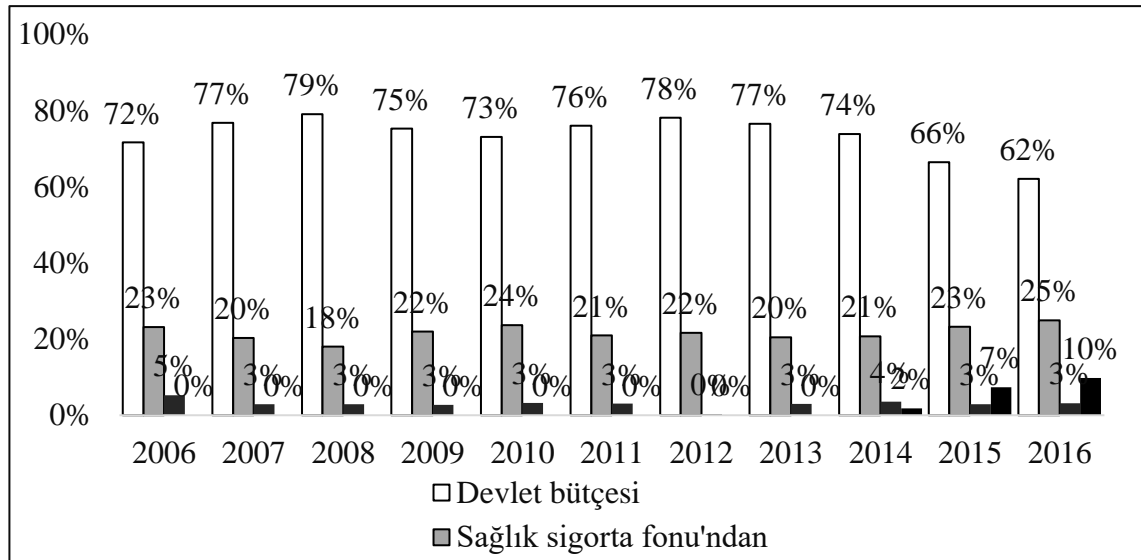
Şekil 2: Finansal Akışlar

Devlet finansman sistemi _____ Sistem içinde transferler
 _____ Sosyal sigorta finansman sistemi _____ Sistemler arasında geçişler
 _____ Özel finansman sistemi

Kaynak: SB, 2016

Moğolistan sağlık sistemi için gelir kaynakları ve bunların akışları (Şekil 2 ve Grafik 4) gösterilmektedir. Sağlık için dört temel finans kaynağı vardır. Bunlar: devlet bütçesi, sosyal sağlık sigortası katkıları, temel ve yardımcı faaliyetler ve dış kaynaklardır (Grafik 4). En büyük finans kaynağı, devlet bütçesi ve sosyal sağlık sigortası (SSS) olup, devlet bütçesi açısından 2006-2016 döneminde %72'den %62'ye düşmüştür. Buna karşılık 2014 yılından itibaren dış kaynaklardan sağlanan gelir artmaya başlamıştır ve 2016 yılında %10'a ulaşmıştır. 2016 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanını %72 devlet bütçesi (409,356.7 milyon Tugrik) ve sağlık sigorta fonu %25 (164,436.8 milyon Tugrik) oluşturmaktadır. Bu eğilimi etkileyen ana faktör, sağlık kuruluşlarının çeşitli

ücretlerinden dolayı toplam sağlık giderlerinde cepten ödemelerin artmasıdır. Sağlık sigortası finansmanı 1994 yılında %40 iken bu oran 2016 yılında %25'e kadar düşmüştür. Yani sağlık sigorta finansmanı önceki yıllara göre 2 kat düşüş göstermiştir. Kamuda toplam sosyal sigorta finansmanı %40, aynı şekilde bireylerin sağlık sigorta ödeneği de %40 'tır. Bu oran halkın zorlanmasına sebep olmaktadır. 2014 yılından bu yana sağlık sektöründe dışarıdan yardımlar sağlanmakta olup bu yardımlar sağlık hizmetlerinde önemli bir gelişmeye sebep olmaktadır. Bu yardımların proje kapsamında olduğu gibi finansal anlamda da katkısı büyüktür. Ayrıca bu projeler kapsamında yabancı ülkelere tıbbi eğitim ve kısa dönemli çalışma ve staj amaçlı giden öğrenci sayısı artmaktadır.



Grafik 4: Sağlıkta Toplam Harcamaların Gelir Kaynakları (%), 2006-2016

Kaynak: National Statistical Office, 2016

Moğolistan hükümeti 1994 yılında zorunlu sosyal sigortayı başlatmıştır. Bu sigorta grubuna tüm kamu ve özel sektör çalışanları olmak üzere az gelirli ve korumaya muhtaç olanlar da dahildir (Bayarsaikhan ve diğ., 2005:27). Zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi 2012 yılında toplam nüfusun %90,4'ünü kapsadı. 2016 yılında, iktidar partisinin siyasi vaatlerini yerine getirmesine yardımcı olmak amacıyla İnsani Gelişim Fonu sigortasız gruplara destek oldu ve kapsam %95,1 olarak gerçekleşti (Grafik 5). Sağlık sigortası kanunu, üyelerin zorunlu üyelik şartlarını yerine getirmesini ve çoğu nüfus kategorisini kapsamamasını amaçlamaktadır. Yaşlılar, çocuklar ve toplumsal refah yardımlarından yararlananlar gibi nüfus grupları hükümet tarafından sübvansede edilmektedir. Özel

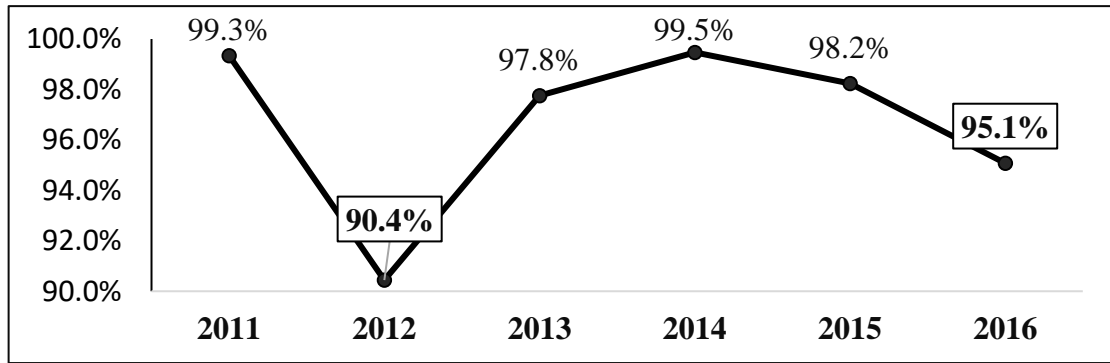
sigortacılar ve SIGO yetkililerine göre, uluslararası kuruluşların çalışanları ve maddi durumu daha iyi olanlar, gönüllü özel sağlık sigortası kapsamındadır.

Hükümet ve SSS, yasal finansman planları kapsamında iki ayrı hizmet paketi oluşturarak her birinin kapsayacağı hizmetleri şu şekilde bölmüştür; devlet bütçesi, koruyucu sağlık hizmetleri, ana-çocuk bakımı ve diyabet, HIV / AIDS gibi kronik ve enfeksiyöz hastalıkların tedavisi. SSS yardım paketi, ayakta tedavi ve yatarak tedavi gibi ağırlıklı olarak bireysel klinik bakımları kapsamaktadır. Sağlık istatistiklerinde resmi olarak onaylanmış maliyet paylaşımı ve seçilen hizmetler için kullanıcı ücretleri ile resmi olarak belgelendirilmiş yalnızca küçük miktarda kullanıcı ücretleri vardır. 16 yaşın altındaki çocuklar, emekliler ve engelliler bu ödemelerden ve resmi kullanıcı ücretlerinden muaftır. Bu resmi kullanıcı masrafları yalnızca toplam gelirin %3'ünü oluşturmaktadır. Ancak cepten ödemelerin çok yüksek (%40) olduğuna dikkat edilmelidir (National Statistical Office, 2016).

Ücretli çalışanlar için SSS katkı payı, aylık maaşın bir yüzdesi olarak belirlenmiştir ve hem işveren hem de çalışanlar ödemeyi eşit olarak paylaşmalıdırlar. Başlangıçta oran, maaşın %6'sıydı, ancak, toplam sosyal güvenlik sisteminin katkı yükünü azaltmak için alınan politika kararlarının bir parçası olarak 2008'de %4'e düşürüldü. Devlet destekli gruplar, hayvancılık yapanlar, öğrenciler ve serbest meslek sahibi nüfus için uygulama sabit oranlı katkıdır. Bir işveren olarak devlet, kamuya açık kamu görevlilerine yapılan katkının yarısını ödenmektedir.

Moğol Vatandaş Sağlık Sigortası Kanunu'nda 2006 yılında yapılan değişiklik SSS'yı tüm vatandaşlar için zorunlu kıldı. Yabancılar ve vatandaşlığı olmayan kişiler gönüllü olarak sağlık sigortası kapsamında olabilir. Yasa, zorunlu sigortalı kişileri, ticari kuruluşlar ve organizasyonlar, işyeri sahipleri, 16 yaşın altındaki çocuklar, 18 yaşın altındaki genel orta öğretim öğrencileri, meslek okullarındaki öğrenciler ve tek geliri emeklilik maaşı olan vatandaşlar olarak tanımlamaktadır. İki yaşın altındaki bebek sahipleri (ikizle üç yaşına kadar), bakım alan ebeveynler, askerler, hayvancılıkla uğraşanlar, sosyal yardım alan vatandaşlar ve mahkumlar. Bunlardan 16 yaşın altındaki çocuklar, emeklilik tek geliri olan vatandaşlar, iki yaşın altındaki bebek sahibi ebeveynler için Sosyal Sağlık Sigortası fonuna Devlet resmi katkılar yapmaktadır (National Statistical Office, 2016).

Sağlık sigortası nüfus kapsamı oranı 2011'de %99,3'e ulaşmış, ancak 2016'da tekrar %95,1'e düşmüştür. Bunun nedeni, 1999 yılında alınan kararın öğrenci ve çobanları devlet destekli gruplardan ayrı tutmasıdır. Kapsam 2012'de %90,4'e düşmeye devam etmiştir, ancak kıyaslama ve performansa dayalı teşvikler içeren bölgeler için sosyal sigorta kapsamı iller de dahil SİGO'nun eylemlerinin bir sonucu olarak giderek artmıştır. İnsan Gelişim Fonu (madencilik gelirlerinden gelen özel bir istikrar fonu) aracılığıyla 2016 yılında, sigortasız kişilerin tümünü kapsayacak bir kerelik müdahale nedeniyle kapsam, %95,1'e düşmüştür. Moğolistan 2017 yılını sosyal sigorta yılı olarak ilan etmiş; işsizliği azaltmak, halkın sağlıkla ilgili bilgilerini artırmak gibi araçlar kullanılarak sağlık sigortasına dahil olmaları teşvik edilmiştir.



Grafik 5: Moğolistan'da Sağlık Sigortası Kapsamı (2011-2016)

Kaynak: National Statistical Office, 2016

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ayakta tedavi ilaçları SSS tarafından ve yatan hasta ilaçları devlet tarafından karşılanmaktadır. Bununla birlikte, ikinci ve üçüncü basamakta, yatarak tedavi gören ve ayakta tedavi alan hastaların ilaçları hükümet tarafından karşılanmamaktadır (Tablo 4).

Devlet bütçesinden finanse edilen sağlık hizmetleri, tüm vatandaşlara ücretsiz olarak ve SSS statüsünden bağımsız olarak sağlanmaktadır. Bu hizmetler:

- Doğum sonrası dönem bitene kadar gebelik ve doğumla ilgili danışma, teşhis ve tedaviler.
- Kamu hastaneleri tarafından sağlanan çocuklar için tıbbi hizmetler.
- Dezenfeksiyon ve rutin bağışıklama da dahil olmak üzere bulaşıcı hastalıklar için epidemiyolojik ve sanitasyon önlemleri.
- Afetler ve enfeksiyöz hastalıklar salgınlarında halk sağlığı hizmetleri, tıbbi acil

ve ambulans hizmetleri, ailenin sağladığı sağlık hizmetleri, fidan ve köy sağlık merkezleri ve tıbbi hizmetler;

- Başkalarının hayatını kurtarıırken yaralanmış veya hasta olan kişilerin tedavisi veya büyük ölçekli hasarları önleme.
- Tüberküloz, kanser, HIV / AIDS ve akıl hastalığının tedavisi.
- Uzun süreli tedavi ve palyatif bakım gerektiren hastalıklar için bazı ilaçlar.

SSS'nın uygulanmasından bu yana sağlanan kaynak, bireysel sağlık hizmetleri, ağırlıklı olarak yatarak tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. SSS, aşağıdaki sağlık hizmetleri türlerini kapsamaktadır:

- Teşhis testleri
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetleri
- İkinci basamakta günlük bakım
- Geleneksel tıbbi kullanarak yatarak tedavi
- Sanatoryumlar ve rehabilitasyon merkezlerinde uzun süreli bakım
- Yatarak tedavi için palyatif bakım
- Sanatoryuma kabul edilen hastalar için rehabilitasyon hizmetleri
- Aile hekimleri tarafından verilen temel ilaçlar

Tablo 4
Bakım ve Finansman Kaynaklarına Göre Sağlık Hizmetleri

	Basamak Düzeyi			Özel Hastane
	Birincil	İkincil	Üçüncül	
Hükümet Bütçesi	Ayaktan ziyaretler	Tüberküloz, kanser, HIV / AIDS ve akıl hastalığının tedavisi (DRG)	Tüberküloz, kanser, HIV / AIDS ve akıl hastalığının tedavisi (DRG)	Yok
	Yatarak kabul	Poliklinik ziyaretleri	Poliklinik ziyaretleri	
	Rutin bağışıklama	Teşhis ve testler	Teşhis ve testler	
	-	Yataklı	Yataklı	
	-	Doğumla ilgili danışma, teşhis ve tedaviler	Acil tıbbi yardım	
	-	Yataklı	Ambulans Servisi	
	-	Acil tıbbi yardım	Uzun süre tedavi için bazı ilaçlar	
	-	Ambulans Servisi	-	
Sosyal Sağlık Sigortacılığı	Ayakta tedavi gereken temel ilaçlar	Günlük bakım	Ayaktan ziyaretler (uyuşturucu hariç)	Yatarak kabulün bir miktar ödenmesi
		Ayaktan ziyaretler (uyuşturucu hariç)	Teşhis ve testler (MNT 36 000'e kadar)	
		Teşhis ve testler (MNT 36 000'e kadar)	Yatarak kabul (devlet bütçesine bakım dışında)	Rehabilite edici bakım için yatarak kabulün bir miktar ödenmesi
		Yatarak kabul (devlet bütçesine bakım dışında)	Geleneksel tıbbın yatarak kabulü	Palyatif bakım için yatarak kabulün bir miktar ödenmesi
		Geleneksel tıbbın yatarak kabulü	Rehabilite edici bakım için yatan hasta kabulü	-
		Rehabilite edici bakım için yatan hasta kabulü	Palyatif bakım için yatan hasta kabulü	-
		Palyatif bakım için yatan hasta kabulü	-	-
Cepten Harcama	Temel ilaçlar için ortak ödeme	Sağlık sigortasına yatan kişi için eş ödeme (% 10)	Sağlık sigortasına yatan kişi için eş ödeme (%15)	Ayakta
		Bazı teşhis ve test ödemesi (MNT 36 000'in üzerinde)	Bazı teşhis ve test ödemesi (MNT 36 000)	Günlük bakım
		Yüksek masraflı cerrahi	Yüksek masraflı cerrahi	Teşhis testi
		Yüksek maliyetli teşhis ve test (MRI, PTC ...)	Yüksek maliyetli teşhis ve test (MRI, PTC)	İlaç
		-	-	Yatarak yapılan bazı ödemeler

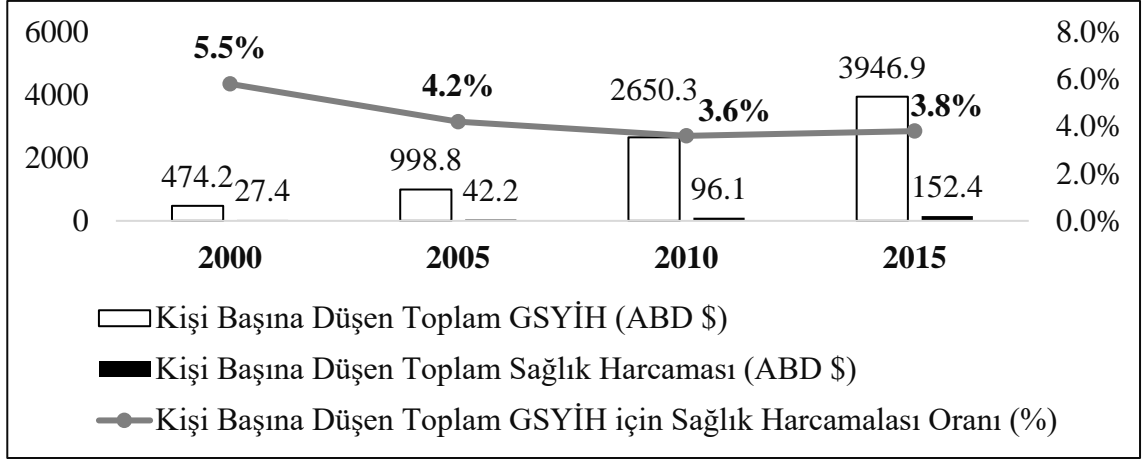
Kaynak: National Health Accounts data, 2015

Her yıl onaylanan temel ilaçların ulusal bir listesi vardır (Bayarsaikhan, 2005:40). Sağlık sigortası yardımlarının kapsamını genişletmek ve sigortalı nüfusun birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel ilaçlara daha fazla erişebilmek için ilaç fiyat indirimi sistemi 1994 yılında sağlık sigortası planında yer almıştır. Mart 2010'dan itibaren sigortalı hastalara bu ilaçlar, aile hekimi, ilçe hastanesi hekimleri ya da merkez hastanesi hekimleri tarafından reçetelendirilirse ve bir sağlık sigorta kurumu tarafından belirlenmiş veya sözleşmeli eczaneden dağıtılan sağlık sigortası yoluyla kısmen geri ödenen 339 temel ilacı (maliyet fiyatının %5 - %80'i) alabilmektedir. Sağlık Bakanlığı 2006'da kullanıcı masraflarının uygulanabileceği bir hizmet listesini onaylamıştır. Hastane yöneticileri, bu hizmetler için fiyatları SB'nın bilgisi dahilinde ayarlayabilmektedir.

Kullanıcı masrafları ve maliyet paylaşımı hem ayakta hem de yatarak yapılan bakıma uygulanır. Ek olarak, hastalar bazı özel teşhis hizmetleri (BT ve MR görüntüleme, elektrokardiyograf, endoskopi teşhisi, bazı ultrason incelemesi, röntgen, doppler teşhisi, laboratuvar hizmetleri, koruyucu teşhis ve kontroller) için resmi kullanıcı ücretleri ödemektedir. Ayakta tedavi (radyoterapi, anjiyografi ve benzeri hizmetler, yetişkin diş servisi ve protez, optik lazer tedavisi, plastik cerrahi ve kürtaj ve diğer hizmetler) sigortasızlara, cerrahide kullanılan bazı tıbbi cihazlara, reaktif ajanlara gönüllü olarak verilmektedir. Acil ve ambulans hizmetleri, tüberküloz, kanser, akıl hastalığı, doğum ve doğum öncesi bakım, doğal afetler, kazalar ve tehlikeli bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar yüzünden kişilerin tedavisi hariç olmak üzere, yatarak tedavi olan hastalar %10- %15 oranında ödeme yapmak durumdadırlar. Buna ek olarak, hastanelerin, ekstra otel hizmetleri ve servisler için kullanıcı ücretleri ayarlamasına izin verilmektedir. Engelli kişiler, emekliler ve 16 yaşın altındaki çocuklar bu kullanıcı ücretlerinden muaftır (Bodart ve Tsilaajav, 2011:4)

2.2.3 Sağlık Harcamaları

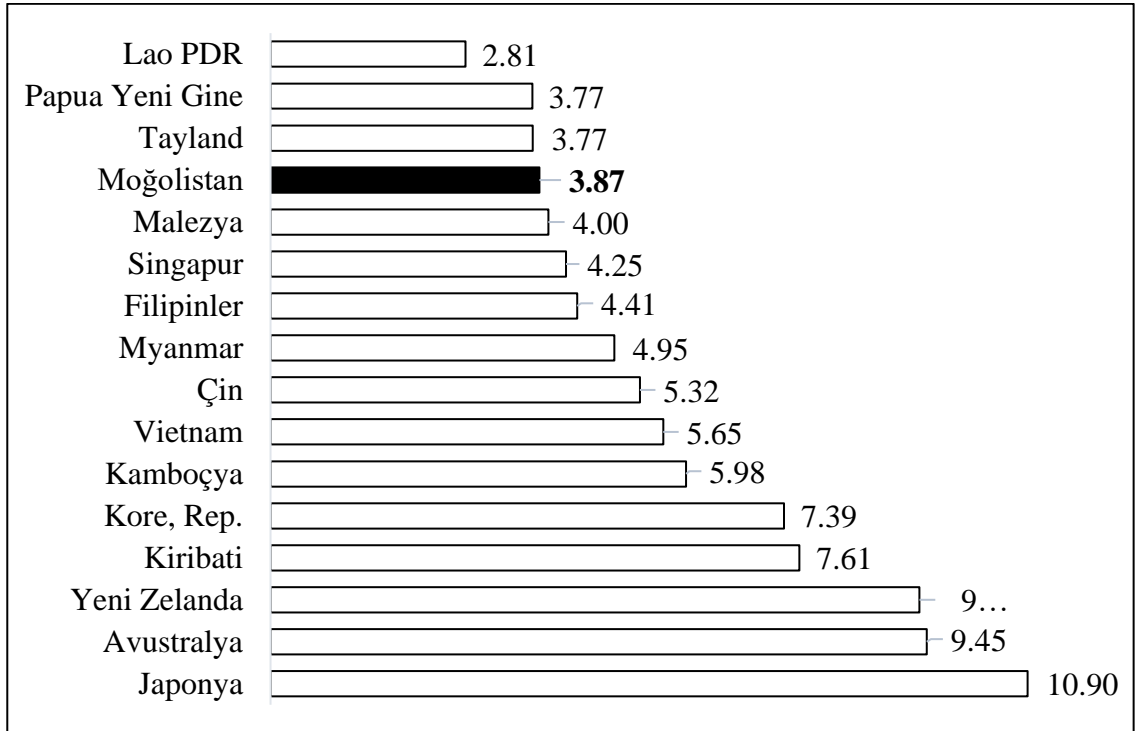
GSYİH içindeki sağlık harcaması oranı 2000 yılında kişi başına %5,5 iken 2015'te bu oran %3,8'e düşmüştür. Ülkedeki sosyal ve ekonomik nedenler yüzünden insanların sağlık harcaması düşmüştür (Grafik 6).



Grafik 6: Kişi Başına Düşen Toplam GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları Oranı (%)

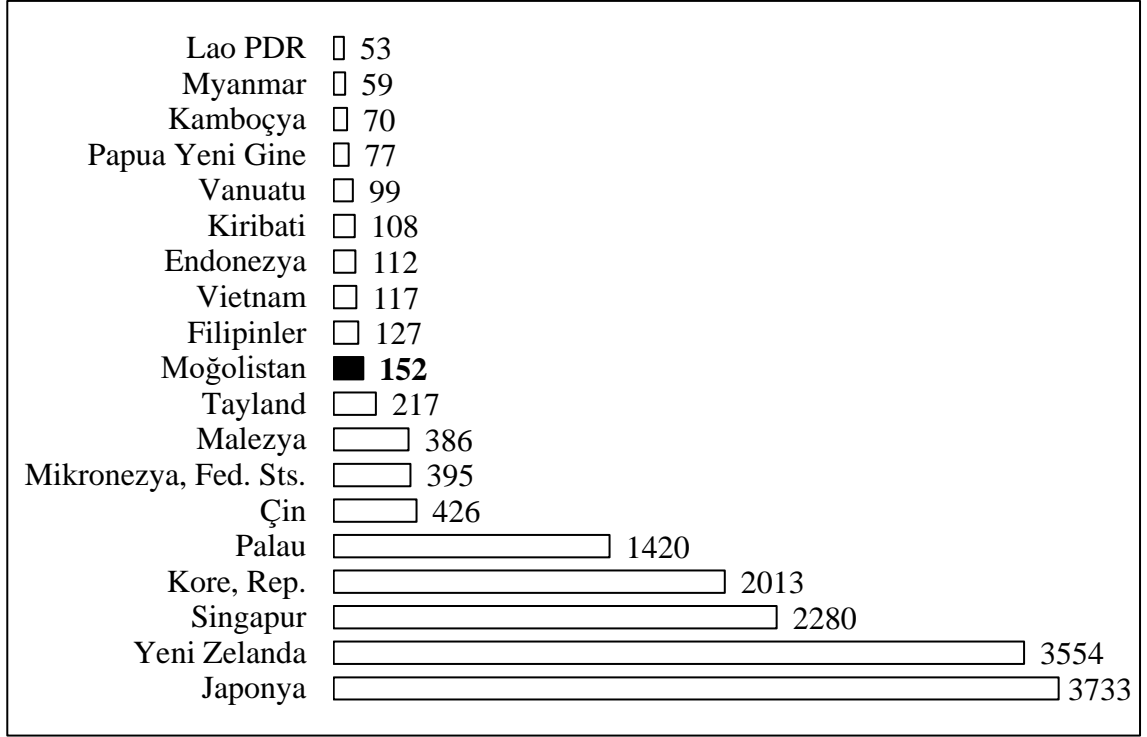
Kaynak: National Health Accounts data, 2016

DSÖ Batı Pasifik Bölgesi'ndeki seçilmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, Moğolistan'ın 2015 yılındaki sağlık harcamaları GSYİH'nın %3,87; kişi başına düşen sağlık harcaması ise 152 dolar olarak gerçekleşmiştir (Grafik 7 ve 8). Bu gruptaki sağlık harcamalarında Japonya (%10,5) en yüksek; Lao PDR (%2,8) ise en düşük orana sahiptir.



Grafik 7: DSÖ Batı Pasifik Bölgesi, 2015'te GSYİH içindeki Sağlık Harcamaları (%)

Kaynak: World Bank Data, 2015

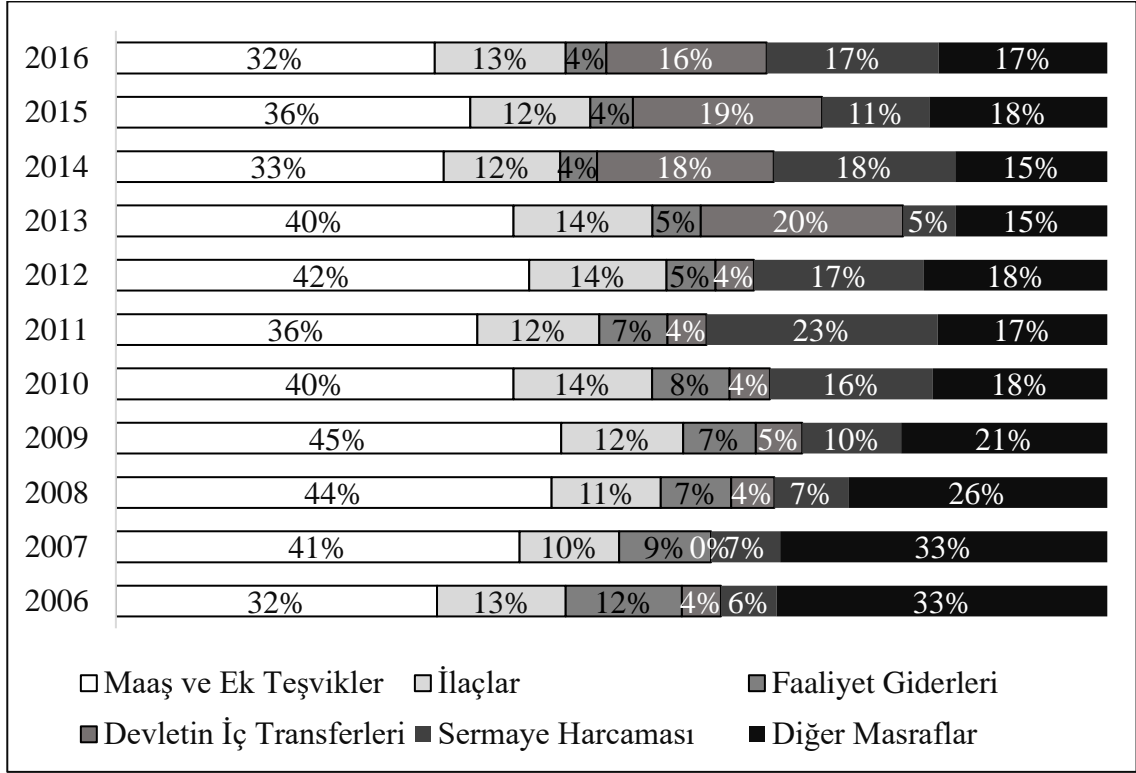


Grafik 8: DSÖ Batı Pasifik Bölgesi'ndeki Kişi Başı Düşen Sağlık Harcamaları, 2015

Kaynak: World Bank Data, 2015

Moğolistan GSYİH içindeki sağlık harcamaları açısından seçilen ülkelere kıyasla düşük olsa da, kişi başına düşen sağlık harcaması bakımından orta düzeydedir. Sağlık bütçesine ayrılan toplam kamu harcamalarında, ilk yardım ödeneğinin artırılması halinde, halkın beklenmedik hastalıklar ve gelecekteki tehlikelerden korunarak sorunların daha az bütçeyle çözülmesi mümkündür.

Sistemde, sağlık çalışanlarının maaşları en yüksek gider kalemini; 2006-2009 yılları arasında artan ve 2010-2016 yıllarında düşen maaş ve ek teşvik harcamaları oluşturmaktadır (Grafik 9). Moğolistan'ın yüksek ekonomik büyümesi (2011'de %17,3) ve SB'nın sağlık sigortası kapsamındaki hizmetleri genişletme politikası sonucunda, sermaye harcamaları için devlet bütçe kaynaklarından daha fazla ödenek ayrılmaya başlanmıştır. Bu artış sağlık sektöründe sağlık teknolojilerine ayak uydurulmasına katkıda bulunmuştur. İlaçlar harcamaları 2007'de %10 iken 2016'da dalgalanmalarla %13'e artmıştır. Kurumlar içi transfer maliyeti 4 kat artmıştır. Bu sonuç sağlık sektöründe faaliyet göstermekte olan kurumlar arası iletişimin iyileşmesi ve çalışanların sağlıkla ilgili bilincinin yükselmesi anlamına gelmektedir.

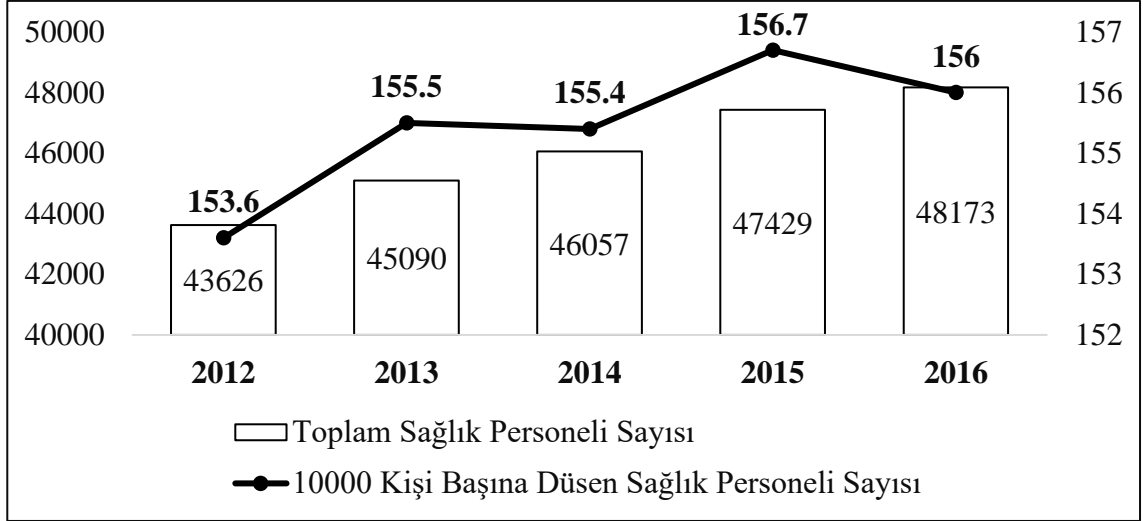


Grafik 9: Genel Sağlık Harcamaları (%), 2006-2016

Kaynak: National Statistical Office, 2016

2.2.4 İnsan Kaynakları

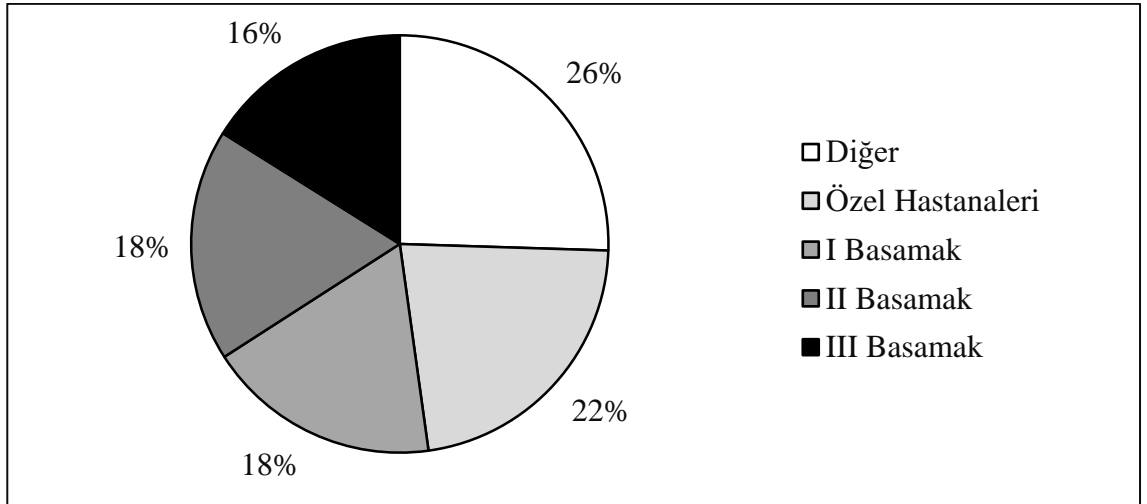
2016 yılında, sağlıkla ilgili hizmeti sunan toplam personel sayısı 48,173'e ulaşmış ve bir önceki yıla göre %1,6 artış göstermiştir (Grafik 10). Son yıllarda sağlık sektöründe çalışanların bir yılda sayısı her yıl binin üzerinde artmıştır. Nüfus olarak diğer ülkelerden az olmasına rağmen, sağlık sektörüyle ilgili üniversitelerden mezun olanların artan sayısı bu oranın artmasına neden olmuştur. Asya'nın diğer ülkelerine göre Moğolistan sağlık sistemi bünyesindeki insan kaynakları açısından sayısal olarak daha iyi durumdadır.



Grafik 10: Toplam Sağlık Personeli Sayısı

Kaynak: National Health Indicator, 2016

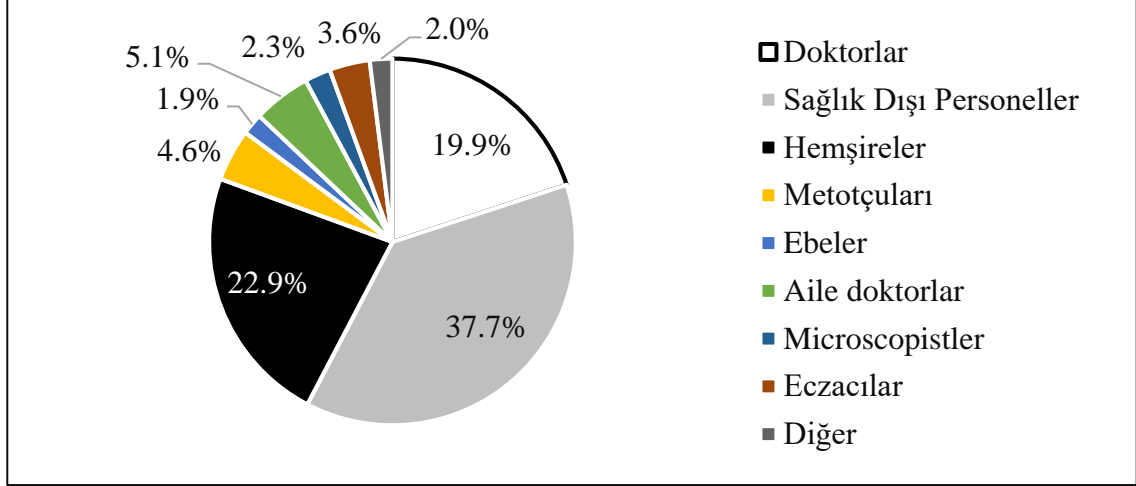
2016 yılında toplam sağlık personelinin %18'i birinci basamakta, %18'i ikinci basamakta, %16,1'i üçüncü basamakta, %22'si özel hastanelerde, %25,5'i diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmaktadır (Grafik 11). Birinci ve ikinci basamaktaki hastaneler daha çok olmasına rağmen insangücü daha düşüktür ve üçüncü basamak hastanelerin sayısı az, ancak insangücü oranı yüksektir. Gelecekte, kaliteli hizmet sunmak için hükümet sağlık sektöründe insan kaynaklarının kalitesini artırmalı ve personel dağılımını dengeli yapmalıdır.



Grafik 11: Sağlık İnsan Kaynakları Dağılımı, 2016

Kaynak: National Health Indicator, 2016

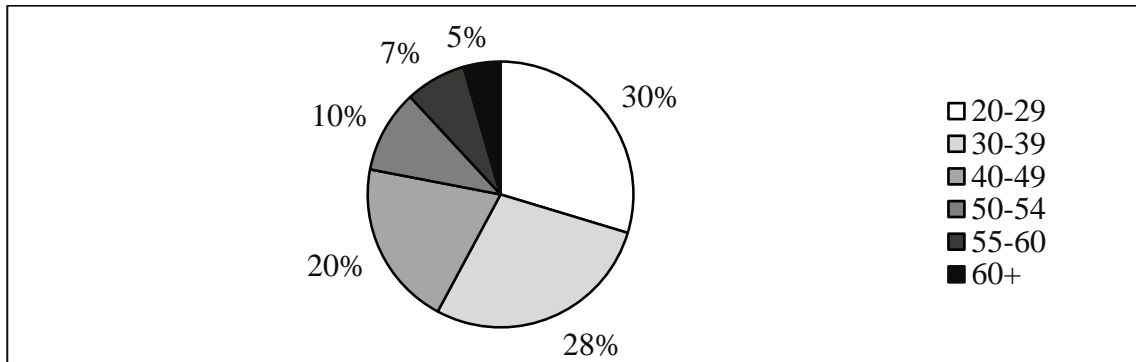
Sağlıkta insan kaynaklarının üçte birinden biraz fazlasını muhasebeciler, mühendisler, mutfak personeli ve diğer destek ve bakım personeli gibi sağlık dışı / tıbbi olmayan çalışanlar oluşturmaktadır (Grafik 12).



Grafik 12: Sağlık Sektörü İnsan Kaynakları Bileşimi, 2016 (Not:

Kaynak: National Health Indicator, 2016

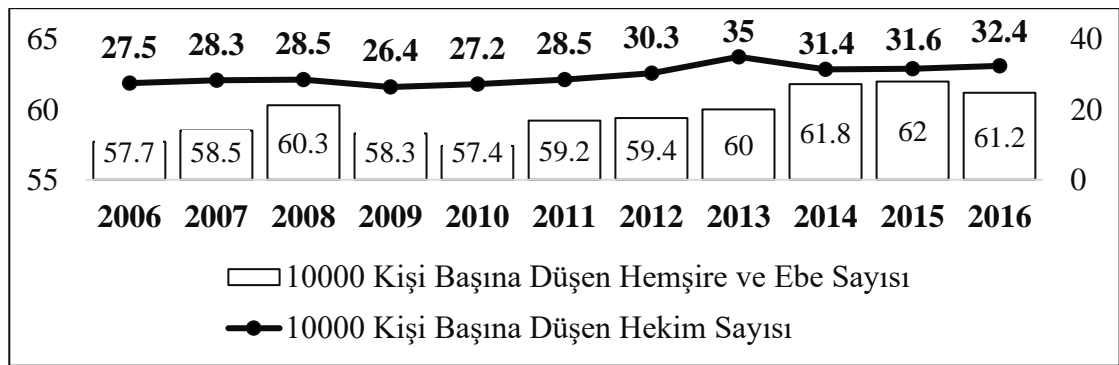
Doktorların %25,3'ü uzmanlaşmamış; %33,5'i ise genel uzmanlık eğitimine sahiptir. Ülkede iç hastalıklar, doğum ve kadın hastalıkları, pediatri ve genel cerrahi genel uzmanlık olarak kabul edilmektedir. Yaş grubuna göre en çok 20-29 yaş arası sağlık personeli bulunmaktadır. Bunun içinde hemşireler en büyük kısmını oluşturmaktadır (Grafik 13). Ayrıca sağlık personelinin ortalama çalıştığı yılların daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık insan gücünün gelişme eğiliminde olduğunu göstermektedir.



Grafik 13: Sağlık Sektörü İnsan Kaynakları Yaş Grubu, 2016

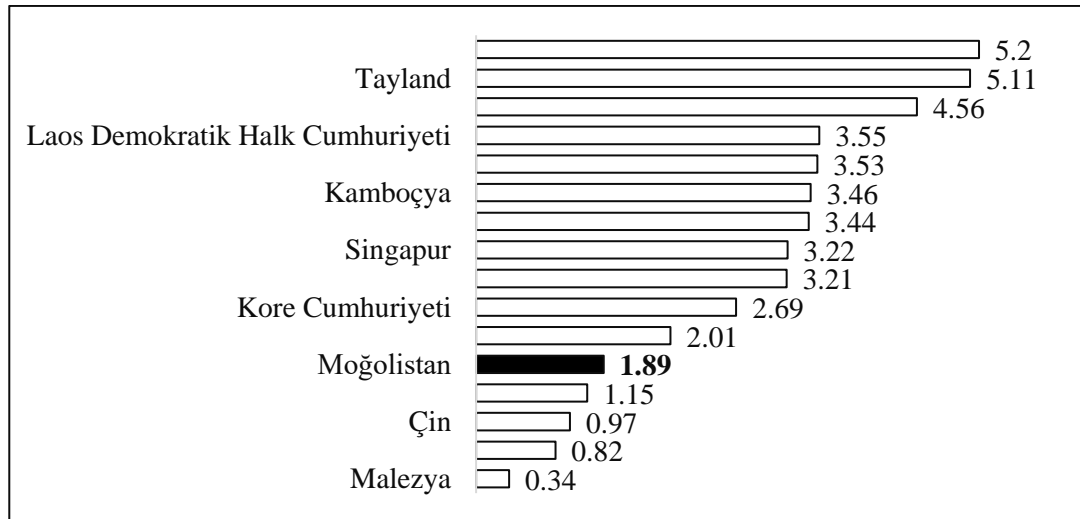
Kaynak: National Health Indicator, 2016

Son istatistiklere göre, Ulanbatur'da 1000 kişiye düşen hekim sayısı 3,94; illerde ise 1,85'dir (SB, 2016). 2006 yılında 10,000 kişiye düşen hekim sayısı 27,5 olup; bu sayı 2016 yılında 32,4'e yükselmiştir. 2006 yılına göre 2016 yılında hekim sayısı %17,8 artmıştır. Benzer duruma göre hemşireler için bakıldığında 2006 yılında 57,7 olan hemşire sayısı 2016 yılında 61,2'ye yükselmiştir. Hemşire sayısındaki artış %6,1 ile hekim sayısındaki artışa göre daha sınırlı kalmıştır. 2016 yılında 10,000 kişi başına düşen hekim sayısı 32,4 ile hemşire sayısı 61,2 ve sağlık profesyonelleri ve teknik personeli 24'tür. Bir önceki yıla göre 10,000 kişiye düşen hekim 0,8 artmasına karşılık, hemşire sayısı 0,3 azaltmıştır.



Grafik 14: 10,000 Kişi Başına Düşen Hekim Ve Hemşire İle Ebe Sayısı, 2006-2016

Kaynak: National Health Indicator, 2016



Grafik 15: Hemşire /Ebe/ Hekim Oranı, Seçilen Ülkeler, 2016

Kaynak: WHO Global Health Observatory Data repository. Accessed on September 2016 from [http://apps.who.int/ghodata/] (a) Western pacific country health information profiles 2016 revision (Unpublished). Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.

Moğolistan'da 2016 yılı verilerine göre, hekim-hemşire oranı 1,89 ile uluslararası standartlara göre çok düşüktür (Grafik 15). Gelişmiş ülkelere 1000 kişiye 5 hekim, 10'dan fazla hemşire düşerken bu oran Moğolistan'da daha düşüktür. Sağlık sektöründe çalışan doktor ve diğer çalışanların maaşlarının/ ücretlerinin düşük olması sağlık insan kaynakları gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir.

Moğolistan'da ebe ve diğer sağlık personeli eksikliği de vardır. Bu durum, birinci basamakta hekim yetersizliği, uzmanlaşmış doktor sayısının artmasıyla da bağlantılıdır. Doktorlara bağımlılığın azalması, hemşirelerin ve diğer personelin sayısının, kalitesinin ve sorumluluklarının gelişmesi durumunda sağlık sistemi daha uygun maliyetli olabilir. Sağlık çalışanlarının çalışma yerlerine göre analizinde, dış bakımı ve ilaç tedarikçilerinin (imalatçıların, ilaç toptancılarının ve eczanelerin) ağırlıklı olarak özel olduğunu göstermektedir. Dış hekimlerinin %60'ından fazlası özel hastaneler ve klinikler tarafından istihdam edilmektedir. Devlet sağlık kuruluşlarında eczacılar ve eczane teknisyenlerinin sadece yaklaşık olarak %20'si çalışmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sosyal güvenlikleri yetersizdir. Düşük ücretler, zorlu çalışma koşulları, uygun teşvik paketlerinin olmaması, moral ve verimliliği olumsuz etkilemekte; sağlık hizmetlerinde işbirliğini zedelemekte, nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamada başarısızlığa, sağlık sisteminde ise kalite ve güven kaybına neden olmaktadır.

Moğolistan sağlık sektöründe, sağlık mesleği mensuplarını yetiştiren eğitim enstitülerinin niteliklerini uluslararası olarak kabul etmeye çalışsa da, eğitim sistemindeki farklılıklar ve dil engeli bunun gerçekçi olmadığına işaret etmektedir.

2.2.5 Hizmet Sunumu

Moğolistan sağlık sisteminin ana amacı; herkese erişilebilir, eşit ve kaliteli hizmet sunmaktır. Sağlık Sektörü Stratejik Ana Planı çerçevesinde, sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetleri, tamamlayıcı sağlık hizmetleri ve diğer sağlık hizmetleri olmak üzere üç ana gruba ayrılmıştır. Sağlık sistemi, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sağlayan iki katmanlı bir modele dayanmaktadır:

- Birinci basamak sağlık hizmeti, aile sağlık merkezleri, sağlık ocakları ve hastaneler arası transferler aracılığıyla verilir.
- İkinci basamak sağlık hizmetleri, bölge genel hastaneleri, kırsal genel hastaneler

ve özel klinikler tarafından sağlanmaktadır.

- Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, Ulanbatur'daki çok yönlü merkezi hastaneler ve uzmanlaşmış merkezler tarafından sunulmaktadır.

Kamu sağlığı sadece sağlık sektöründe değil; diğer sektörlerde, özellikle eğitim, çevre ve yerel yönetimler için de önemli bir konudur. Son on yılda halk sağlığı hizmetlerini geliştirmek için yasal ve yapısal temeller oluşturulmuş; sağlıklı bir yaşam tarzı elde etmeye yönelik bilgilendirme ve uygulama faaliyetlerine hız verilmiştir. Bunlar, karar vericilerle sektörler arası işbirliği, halk sağlığı kampanyaları, topluluk atölyeleri, halka açık etkinlikler, okul sağlığı programları, sağlıklı şehir organizasyon ve gıda girişimleri, sağlıklı yaşam fitness programları ve çevre sağlığı etkinlikleri olarak sıralanabilir.

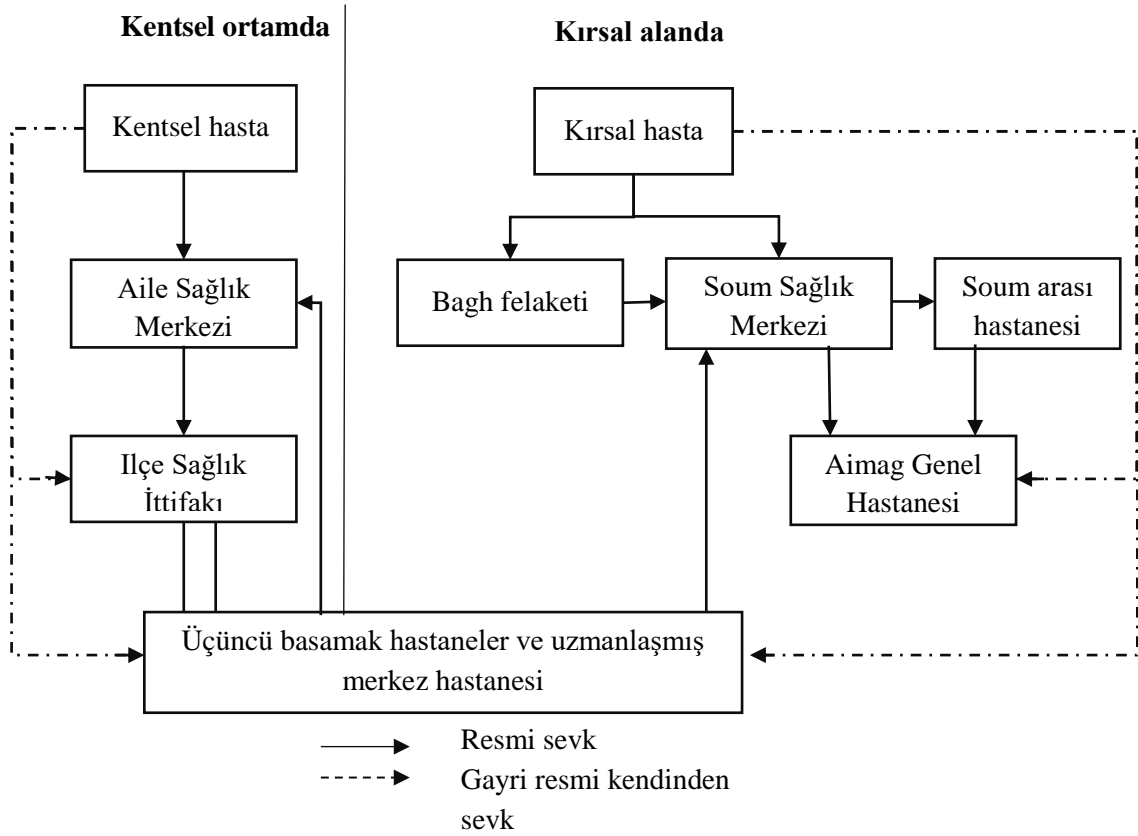
Halk sağlığı ile ilgili diğer ana aktörler Halk Sağlığı Enstitüsü, Bulaşıcı Hastalıklar Ulusal Merkezi, Ulusal Fiziksel Kültür ve Spor Ajansı, Moğolistan'ın Sağlık Üniversitesi, Moğolistan ve uluslararası kuruluşlardır. Bununla birlikte, halk sağlığı sorunlarının ele alınmasının diğer bakanlıkların katılımını da gerektirdiği kabul edilmektedir. Bu nedenle Doğa ve Çevre Bakanlığı, çeşitli çalışma gruplarında ve komitelerde yer alır ve SB ile birlikte sağlıkla ilgili programları uygulatır (Bolormaa ve diğ., 2007).

Sağlıklı Moğollar, Sağlıklı Çocuklar ve Yoksulluk Programı gibi bazı hükümet programı çerçevesinde Moğolistan'da tarama programları yaygınlaşmıştır. Sağlıklı Moğolistan Ulusal Programı, 2006-2008 yılları arasında hayata geçirildi ve bu program kapsamında hipertansiyon, şeker hastalığı, göğüs ve serviks kanseri, TB, HIV / AIDS'nin erken tanı ve tedavisinin yanı sıra tıbbi tetkikler yapıldı ve 15 yaşın üzerindeki nüfusa yönelik faaliyetler gerçekleştirdi. Sağlıklı Çocuklar için Ulusal Program, hükümet tarafından başlatılan kısa bir program olan 18 yaşına kadar her çocuğa sağlık erişimi sağlamak için 2012 yılında başlatılmıştır. Hükümet, 2005 yılında Ulusal Uyumlu Bulaşıcı Hastalık Önleme ve Kontrol Ulusal Programı'yı (2006-2013) kabul etti. Bu entegre programın amacı, bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerini azaltarak ve etkili kontrol sağlayarak vatandaşların sağlık ve yaşam kalitesini iyileştirmektir.

Mesleki Güvenlik ve Sağlık Kanunu (2008), bir işverenin yeni bir işyeri ortamında bir endüstri ve hizmet başlatması durumunda işin işyeri şartlarını yerine getirip getirmediğine göre değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özel sektörün 1990'lı yıllardan itibaren büyümeye başlamasıyla birlikte, özel işletmeler, işçilerinin iş sağlığı

hizmetlerini düzenlemek ve finanse etmekle yükümlü hale gelmişlerdir (Ganbold ve diğ, 2017).

Moğolistan'da resmi hasta sevk sistemin verimliliğini arttırmak ve halk sağlığı önceliğini teşvik etmek için üç katmanlı bir sistem üzerine kuruludur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde coğrafi koşulları yansıtan yapısal farklılıklardan dolayı kırsal ve kentsel alanlarda hasta akışı arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezleri, başkentte ve il merkezlerinde yaşayan insanlar için birinci basamak hizmetleri verirken, bagh doktorları ya da ilçe doktorları kırsal nüfusa daha geniş bir dizi birinci basamak hizmetleri sunmaktadır.



Şekil 3: Hasta Sevk Sistemi

Kentsel ve kırsal alanlarda birinci basamak hizmetlerin sağlanmasında, hizmet sunucuların niteliği, fonksiyonları ve finansmanı açısından bazı önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu durum aşağıda açıklanmaktadır.

2.2.5.1. Kentsel alanlarda birinci basamak sağlık hizmetleri

Bu hizmetler 2000-2003 yılları arasında, Ulanbatur'da ve aile klinikleri adı altında il merkezlerinde kuruldu ve daha sonra aile sağlık merkezleri (ASM) adını aldı. ASM'lerin kendi ofisleri, insan ve teknik kapasiteleri vardır; operasyonel standartları 2011'de revize edilmiştir. Aile sağlığı merkezleri, ortalama 3-4 aile hekimi ve doktor başına bir hemşireden oluşur. Ofis blokları ve sağlık merkezleri gibi topluluk ortamlarına yerleştirilir. Mahalle sakinlerine sosyal hizmetleri daha yakın hale getirmek için yerel valiler, yerel yönetim bürosunu, ASM'yi ve polis karakolunu aynı yerde (özellikle Ulanbatur'da); kamu kurumlarını tek noktada hizmet sağlayıcı olarak yeniden yapılandırmaktadır.

Moğolistan'da aile sağlık merkezlerinde çalışan 2 235 aile hekimi ve hemşire vardır. Yılda 5,9 milyon hasta muayenesi gerçekleştirmektedirler (Sağlık Göstergeleri, 2016). Son birkaç yıldır Ulanbatur'da aile hekimliği iş yükü, kentin iç göç yoluyla nüfusunun artması nedeniyle önemli ölçüde artmıştır. Ulanbatur'daki bir aile hekimi, yılda ortalama 8198 hasta muayenesi gerçekleştirmektedir. Bu sayı sağlık ocaklarında 1740 muayenedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak için hastaların bir aile sağlık ocağında aile hekimini seçmesine izin veren bir girişim vardır. Bununla birlikte, politika etkili bir şekilde uygulanmadığından, istenilen sonuca ulaşılamamıştır. Bu nedenle, uzmanlık hizmetlerine erişimde hala engeller bulunmaktadır. Çoğu aile sağlık merkezi, hafta sonları normal çalışma saatleri boyunca açıktır, ancak hafta içi hem klinik hem ev ziyaretler sebebiyle oldukça yoğundur.

Aile sağlığı merkezlerinde sağlanan hizmetler, aile sağlık merkezlerinin üçüncü ve ikinci basamaktaki bakım hizmetlerine yakın olması nedeniyle, sağlık hizmetleri merkezlerinde sağlanan hizmetler kadar geniş değildir. Aile sağlığı merkezleri tarafından sunulan hizmetler ise ayakta muayene, birinci basamak teşhis hizmetleri, doğum öncesi bakım, aile planlaması, gerekli ilaçların reçetelenmesi, danışma, yeniden değerlendirme ziyaretleri, ev ziyaretleri, palyatif bakım, ilçe hastanelerine sevk ve sağlık eğitim ve tanıtımı içermektedir. Hafif yaralanmalar için temel hizmetler de sağlanmaktadır. Sağlık sistemi ile ilk temas noktası olan ASM / ilçe sağlık merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmeti sunucusuna erişilebilirliği sağlaması bakımından yoksul hanelerin üyeleri arasında yüksek bir orana sahiptir (AKB ve SB, 2008).

2.2.5.2. Kırsal alanlarda birinci basamak sağlık hizmetleri

Kırsal alanlarda birinci basamak hizmetler, ilçe hekim, hemşire, ebe, bağlı hekimler ve destek personelinin oluştuğu ilçe sağlık merkezi (2011 yılına kadar ilçe hastaneleri olarak adlandırılır) aracılığıyla sağlanmaktadır. Tüm ilçe sağlık merkezleri, yerel yönetimlerin sahip olduğu halk sağlığı tesisleridir ve tüm personel maaşlıdır. Son yıllarda, SB politikasındaki genel eğilim, sağlıklı yaşam tesisleri için fonlama artmıştır. Kırsal nüfusun hekim seçiminde bir sınırlama yoktur. Moğolistan'da kırsal aile sağlık merkezinin bir özelliği, sağlık ocağı merkezlerinin sadece ayakta tedavi hizmetleri sunmaması değil; aynı zamanda kırsal nüfus için yatarak tedavi hizmetlerini de sunmasıdır.

Moğolistan'ın coğrafi ve demografik özellikleri yüzünden çoğunlukla, kırsal nüfus büyük bir bölgede seyrek olarak dağılmıştır ve il merkezlerinde ikinci kez yatarak tedavi almak için uzun mesafelerden gelen hastalar için bazı acil hizmetlere ihtiyaç duyulmaktadır. Çoğu ilçe sağlık merkezinin 5 ile 15 yatak kapasitesi vardır ve doğum öncesi ve doğum sonrası bakım, minör cerrahi işlemler, normal doğumlar, bir il hastanesine sevk ve bağışıklama, sağlık eğitiminin sağlanması gibi önleme faaliyetleri sağlamaktadır. Çoğu ilçe sağlık merkezi, hızlı kan ve idrar testleri sağlayan basit laboratuvarlara sahiptir. İlgili ilçe sağlık merkezi, daha uzak bölgelerde birinci basamak hizmetleri sunan 881 bağh hekim (11 tanesinde 1-2 yataklı) vardır. Kırsal bir hastanenin birden fazla hizmet ettiği yerde buna ilçeler arasındaki hastane denir. İlçeler arasındaki hastaneler, tamamlayıcı pakette kapsanan kapsamlı genel hizmetleri de sunulmakta olup, yakınlardaki hastalar oradan sevk edilebilir (Tsevelvanchig ve diğ., 2017: 480). 2011 itibaren, kırsal nüfusa birinci basamak hizmetleri veren 37 hastane ve 274 tane il arasındaki sağlık merkezi bulunmaktadır (SB, 2015).

Erişilebilirliği en üst düzeye çıkarmak için, bütün ilçe sağlık merkezleri günde 24 saat açıktır, hemşireler düzenli olarak görev değişimi yapar ve bağh hekimler ev ziyaretleri yapar. Aşırı karasal iklim ve ilçe sağlık tesisleri veya sağlık ocakları direkt ulaşım yollarının bulunmaması nedeniyle kış aylarında kırsal göçebeler için birinci basamak hizmetlerine erişim oldukça sınırlıdır. Sağlık merkezlerinin bütçesi nüfusun yakınlığı veya nüfus ihtiyaçlarıyla bağlantılı değildir. Bu, sağlık hizmetlerine erişim, eşitlik ve hizmet kalitesini etkilemektedir. Çok seyrek dağılmış nüfus göz önüne alındığında, kaynakların etkin kullanımı, ilçe sağlık tesislerinde bir öncelik değildir. Kaliteli sağlık

hizmetleri sunabilmek için belirli bir kadroya ihtiyaç duyulmaktadır ve bu sayı, toplama alanındaki nüfus az olsa bile korunmaktadır.

İlçe hastaneleri kalkınma programının uygulanması sayesinde, ambulans araçlarının %76'sı yenilenmiş, teşhis ve tedavi için gerekli donanımına sahip olan toplam %85'lik bir sağlık ocağına, %80 oranında artan ilaç arzına 285 ilçe sağlık tesislerinin finansmanı her yıl artmış ve ilçe hekimleri ve sağlık personeli arasında kapsamlı kapasite geliştirme faaliyetleri uygulanmıştır (SB, 2008). Bununla birlikte, sürekli tıbbi personel eksikliği, yetersiz fonlama ve kötü çalışma koşulları gibi zorluklar bulunmaktadır.

2.2.5.3. İl genel hastaneleri

İl genel hastaneleri devlet kuruluşlarıdır ve personel yerel yönetim tarafından istihdam edilmektedir ve maaşlıdır. Bu hastaneler, finansmanını merkezi olarak tahsis edilen devlet bütçesinden ve sosyal sağlık sigortasından alırlar. Bir il hastanesinin yapısı, hastanenin derecesine, personel ve hizmet karışımına bağlı olarak değişir, ancak genelde bir il hastanesinin ortalama yatak doluluk oranı %105'tir ve 405 yatak içerebilir (SB, 2015). İl genel hastaneleri, uzmanlaşmış merkezlerden uzaklığı nedeniyle ilçe hastanelerine kıyasla daha çok özel hizmetler açısından hizmet sunmaktadır. İl genel hastanelerin hizmetleri, iç hastalıklar, cerrahi, kadın, doğum, çocuk ve 10 alt uzmanlık olmak üzere dokuz ana uzmanlığa odaklanmaktadır. Ayrıca, teşhis laboratuvarı, röntgen ve ultrason hizmetleri de verilmektedir (Bolormaa ve diğ, 2007). Bununla birlikte, ilçe hastanelerinde olduğu gibi, il düzeyindeki tesisler de yetersizdir. İllerde 10,000 nüfus başına düşen hekim sayısı, Ulanbatur'dakinden 1,5 kat daha düşüktür (Sağlık Sektörü, 2004-2015). Bu alandaki sağlık tesislerinin yapı ve performans standartlarının uygulanması tartışılmakta ve akreditasyon süreci hastanelerde kaynakları harekete geçirmek ve belli temel altyapı yatırımları yapmak için baskı yapmaktadır.

2.2.5.4. Ulanbatur ilçe hastaneleri

Ulanbatur'da yerel hükümet tarafından işletilen 1353 yataklı toplam 12 ilçe hastanesi bulunmaktadır. İlçe hastanelerinin büyüklüğü 15 ile 225 yatak arasında değişmektedir (SB, 2015). Bölge hastaneleri genellikle iç hastalıklar, pediatri, nöroloji ve resüsitasyon olmak üzere sadece iki ile beş ana uzmanlıkta yatarak tedavi hizmeti sunmaktadır. Kalan uzmanlıklar için bakım diğer uzmanlaşmış merkezlerde sağlanmaktadır. Örneğin, doğum hizmetleri şehirdeki üç Analık Evi tarafından verilmektedir. Genel olarak, Ulanbatur'daki ilçe hastanesi sistemi, çok dar bir vaka karışımı üzerinde hizmet veren artı yatak

kapasitesine sahip pek çok özel ve kamu hastanesinden oluşmaktadır (Bolormaa ve diğ., 2007). Dahası, çalışmalar, ilçe hastanelerinde önemli derecede uygunsuz kabul olduğunu göstermektedir. Bir çalışmada, Songinokhairkhan ilçe hastanesine kabul edilenlerin %77,4'ü akut tedavi gerektirmeyen kronik vakalar olduğunu ortaya koyulmuştur (Byambaa ve Tumurbat, 2015).

2.2.5.5. Üçüncü basamak hastaneler ve uzmanlaşmış merkezler

Nüfus rehberlerinde bölgesel nüfusa hizmet etmek için yer alan dört bölgesel hastane vardır, ancak kalan uzman hastaneler Ulanbatur'da bulunmaktadır. Yüksek derecede uzmanlaşmış, ileri teknolojiye sahip iyileştirici ve rehabilite edici yatarak tedavi ve ayakta tedavi hizmetleri sunarken, ikinci seviye başvuru görevini de üstlenirler. Bu üçüncü basamak hastaneler, sağlık personelinin eğitimi ve ulusal programların yönetimi için genellikle mükemmeliyet merkezi olarak hizmet etmektedir.

Bu hastaneler devlete aittir ve personel merkezi hükümet tarafından istihdam edilmektedir. İstatistiki olarak, üçüncü basamak hastaneler Moğolistan'ın toplam hasta kabulününün %30'unu oluşturmaktadır. Hem il hastanelerinden hem de Ulanbatur ilçe hastanelerinden bölgesel hastanelere yönlendirilen hastaların sayısı, toplam başvuru sayısının %31,1'i, sıralamanın ve ilçe hastanelerinin, üçüncü basamak hastanelerin toplam başvurularının %24,9'u (SB, 2010) dur. Buna ek olarak, üçüncü basamak hastaneler Ulanbatur nüfusu için ilçe hastaneleri tarafından verilen beş uzmanlığın kapsamadığı tüm hizmetleri sunmaktadır. Örneğin, Ulanbatur'da (akut apandisit gibi) ortak cerrahi operasyonlar, sistemdeki verimsizliğe katkıda bulunan üçüncü basamak hastanelerde gerçekleştirilmektedir. (Ganbold ve diğ., 2017).

2.2.5.6. Özel hastaneler

Moğolistanda 1990'lı yıllardan günümüze kadar özel hastanelerin sayısı artmıştır. Çoğu özel hastane Ulanbatur'da bulunmaktadır. 2015 yılında özel yatak sayısı 3069'ya ulaşarak toplam hastane yatağı stokunun %16,2'sini oluşturmuştur. Çoğunlukla özel hastanelerin 5-30 yatağı vardır ve bu tür küçük özel hastaneler tüm özel hastanelerin %73,7'sini oluşturmaktadır. İllerin farklı özel hastane kapasitesi modelleri vardır. Moğolistan'ın (Ulanbatur, Darkhan-Uul ve Orkhon illeri) en kalabalık üç alanında kişi başı özel hastane yatak sayısı yüksek iken, Gobisumber ilinin henüz özel hastanesi bulunmamaktadır. Yataksız özel sağlık tesislerinin faaliyetleri hakkındaki veriler ise, mevcut sağlık

yönetimi bilgi sisteminin karşılaştığı sorunlardan biridir, çünkü genellikle tam olarak raporlanmamıştır (SB, 2016).

Sosyal Sağlık Sigortasından özel hastanelere yapılan finansman 1995-2017 yılları arasında artarak özel sağlık sektörünün genişlemesine katkıda bulunmuştur. 2006 yılında sağlık sigortası kanununda yapılan değişiklikle, özel hastanelerin kamu hastaneleri tarafından üstlenilmeyen hizmetler için finanse edilmesi öngörülmüştür. Ancak, bu değişiklik uygulanmamıştır. Özel hastanelerde hakim olan uzmanlıklar, iç hastalıkları, geleneksel tıp, rehabilitasyon ve kadın hastalıklarını kapsamaktadır. Özel hastaneler, özellikle küçük hastaneler ağır olmayan vakalar ve hemşirelik hizmetleri için tıbbi hizmetler sunmaktadır. Son birkaç yıldır, bazı özel hastaneler, belirli gelişmiş laboratuvar teknolojileri ve yönetim yaklaşımları geliştirmeye başlamıştır (SB, 2016).

Moğolistan'ın hastane yatağı ihtiyacı, bölgedeki diğer ülkelerin yatak sayısından hala yüksektir. Fazla hastane yatağı ihtiyacı, merkezi olarak planlanmış bir sosyalist rejimden Semashko sağlık sistemlerini miras alan ülkelerin ortak özelliklerinden biridir. Uzun yıllar boyunca, yeterli sayıda yatağa sahip hastaneler, Moğollar tarafından iyi bir sağlık sisteminin en değerli özelliklerinden biri olarak düşünülmüştür. Buna ek olarak, hastaneye kaldırma, bakımın en olumlu ve en sevilen modu olarak görülmüştür. Bununla birlikte, sağlık teknolojisinin ilerlemesi ve sağlık sektöründe artan bütçe baskısı, ayakta hasta teşhis ve tedavisinin gelişmesi ile bu algı değişmekte ve uzun süreli hastanede bakıma alternatif yaklaşımlar giderek uluslararası kabul görmektedir (Nolte ve McKee, 2004:326).

Birinci basamakta yataklar, iç hastalıklar, pediatri, doğum ve kadın hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar ve cerrahi yatan hastalar için kullanılmaktadır. Bakım düzeyi arttıkça, yatak çeşitliliği artmaktadır (Tablo 5). Tüm uzmanlaşmış merkezler ve çok işlevli genel hastaneler başkentte bulunmaktadır. Bu nedenle Ulanbatur'daki ilçe hastanelerinin psikiyatri, diş ve ortopedi için yatakları yoktur.

Tablo 5
Hastane Yatağının Türüne Ve Bakıma Göre Dağılımı, Yüzde, 2015

Uzmanlık	Soum ve Köy Hastaneleri	Soum Arası Hastaneler	Kırsal Genel Hastane	Bölge Genel Hastanesi	İl Genel Hastaneler	Üçüncü Hastaneler	Özel Hastane
Dahiliye	46,8	37,4	30,4	53,7	22,6	19,3	37,2
Pediatri	25,4	25,2	21,0	27,3	14,0	1,3	4,9
Ob & gyn	17,1	18,8	17,9	3,2	14,7	6,7	12,5
Bulaşıcı hastalıklar	9,2	8,3	9,4	2,7	14,0	13,3	-
Cerrahlik	1,5	10,3	19,3	2,8	10,6	11,1	7,7
Nöroloji	-	-	-	8,5	7,5	5,3	11,8
KBB & oftalmoloji	-	-	-	0,1	2,6	4,1	6,6
Psikiyatrik ve palyatif	-	-	-	0,1	3,8	11,3	0,8
Acil durum odaları	-	-	-	1,6	1,6	2,2	0,4
Ortopedi	-	-	-	-	2,9	10,9	1,1
Geleneksel tıp	-	-	-	-	2,2	5,2	14,2
Nefroloji ve üroloji	-	-	-	-	-	4,7	2,5
Onkoloji	-	-	-	-	0,8	2,9	0,3
Diş ve diş cerrahisi	-	-	-	-	0,8	0,9	-
Diğerleri	-	-	-	-	1,8	0,9	-

Kaynak: Estimated, based on Official Health Statistics, Volume 1. Health Statistics Office, 2015

Hastanelerde ortalama kalış süresi son 20 yılda giderek azalmıştır. 2000'de ortalama kalış süresi 12,3 gündür. Ancak bu ortalama olarak 8,2 güne düşmüştür. %85'in üzerinde bir yatak doluluk oranının bir hastanenin etkin kullanımı ve bakım kalitesini olumsuz etkilediği yaygın olarak bilinmektedir (SB, 2015). Tahmini yatak doluluk oranları, Ulanbatur'daki hastanelerin daha yüksek bir yüke sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 6). Bölge hastanelerinin yatak doluluk oranı, yoğun sezon boyunca ekstra yataklar kullandıklarından %100'ün üzerindedir.

Tablo 6
Hastanelerin Yatak Doluluk Oranı, Bakım ve Çeşitleri (%) 2015

Hastaneler	Yatak Doluluk Oranı (%)
İhtisas merkezleri ve çok fonksiyonlu genel hastaneler	93,2
İl genel hastaneleri	85,2
Kırsal genel hastaneler	80,6
İlçe genel hastaneleri	116,5
İlçeler arasındaki hastaneleri	75,9
Köy hastaneleri	81,0
Özel hastaneler	73,5
Diğerleri	76,1
Genel Toplam	85,7

Kaynak: Estimated, based on Official Health Statistics, Volume 1. Health Statistics Office, 2015.

Yatak doluluk oranları incelendiğinde, iç hastalıklar, pediatri, nöroloji, psikiyatri, onkoloji ve ortopedi yatakları için daha fazla talep olduğu görülmektedir. Uygun doluluk seviyesini korumak için iki stratejinin kullanılması düşünülmektedir. Birincisi, talep sayısına göre yatak sayısının ayarlanması; ikincisi ise, hastaneye kabul kriterlerinin gözden geçirilmesidir. Üçüncü basamak hastanelere kabullerin %20 ile %40'ının gereksiz olduğu tahmin edilmektedir (AKB, 2016).

2.2.5.7. Tıbbi cihazlar

Devlet hastanelerine modern, kaliteli, güvenli ve güvenilir ekipman tedarik etmek, düzenli bakım ve onarım hizmetleri sağlaması Moğolistan'ın sağlık sektörünün kronik problemlerinden biridir. Ülkenin kendisi tek kullanımlık şırınga ve diğer küçük tıbbi cihazlar haricinde herhangi bir tıbbi malzeme üretememektedir. Uluslararası standartlara uygun tıbbi cihazların seçimi, satın alınması ve bakım sürecini yönlendiren uygun bir politikaya sahip olmak esastır. Moğolistan'da Bilgisayarlı tomografi (BT taraması), 2003-2004 yılları arasında tanı uygulamasında ilk kez kullanılmıştır. Sağlık Bakanlığı

verilerine göre, toplam 13 BT'nin 9'u kamu hastanelerinde bulunmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) 2009 yılından beri kullanılmakta ve ülkede iki adet MRI tarayıcı bulunmaktadır. Positron emisyon tomografisi (PET) teknolojisi ise Moğolistan'da hala mevcut değildir (Tablo 7).

Tablo 7
Her 1000 Popülasyon İçin Fonksiyonel Tanı Görüntüleme Teknolojilerinin (MR Görüntüleme Üniteleri, BT Tarayıcıları, PET) Kalemleri, 2010

Hastaneler	1000 Kişi Başına Kullanma Oranı (%)	
BT tarayıcıları	0,005	69,2%
MR üniteleri	0,001	100%
PET	-	-

Kaynak: Official Health Statistics, 2011

Birinci basamak sağlık kuruluşları yüksek teknolojiye sahip ekipman ve teknolojilere sahip olmak için tasarlanmamıştır. Daha detaylı teşhis hizmetlerine ihtiyaç duyan hastalar üst düzey sağlık tesislerine yönlendirilir. 2010 verileri, sadece hastanelerdeki ve sağlık ocaklarının sadece %20'sinin basit elektrokardiyo graflarla donatılmış olduğunu göstermektedir. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, BT ve MRI nispeten yenidir, ancak gelecekte bu sayının hızla artması muhtemeldir. Ayrıca, Asya Kalkınma Bankası tarafından finanse edilen “Sağlık Sektörü Geliştirme Programı” kapsamında, kaliteli sağlık ekipmanı, bakım kalitesi ve Küresel Fon alanlarında projeler ve faaliyetler yürütülmektedir.

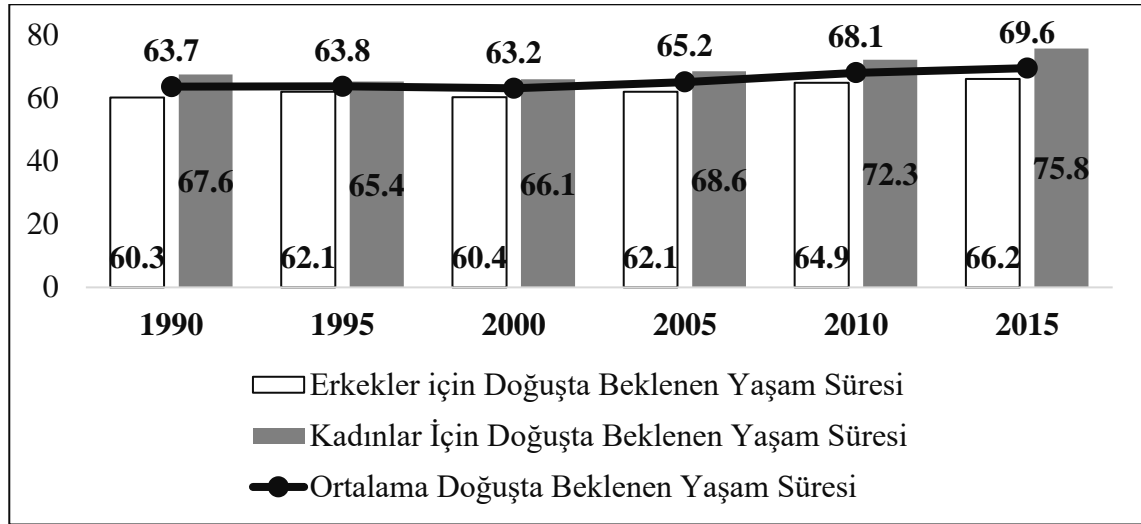
Özel hastaneler - özellikle çok fonksiyonlu teşhis ve tedavi merkezleri - sektörde en yeni teknolojilerin tanıtımı ve kullanımında öncü rol oynamaya başlamıştır. Bu hastaneler tarafından sağlanan hizmetler yurt dışından tedavi almak isteyenler için daha düşük maliyet sunmakta ve yurtdışında sağlık hizmeti almak isteyen hasta sayısını azaltmak için fırsatlar yaratmaktadır (AKB, 2016).

2.2.6. Sağlık Göstergeleri

Moğolistan'da GSYİH büyümesi, toplam sağlık finansmanı, harcama etkinliği, çevre, yaşam tarzı, kaliteli sağlık hizmeti sunulması çabaları gibi nedenlerle yaşam beklentisi son 25 yılda yavaş da olsa artmıştır. Kadınların sağlık beklentileri, yüksek eğitim seviyesi, düşük risk faktörleri ve düşük alkol tüketimi gibi nedenlerden dolayı erkeklerden daha yüksektir.

2.2.6.1. Doğuştaki beklenen yaşam süresi

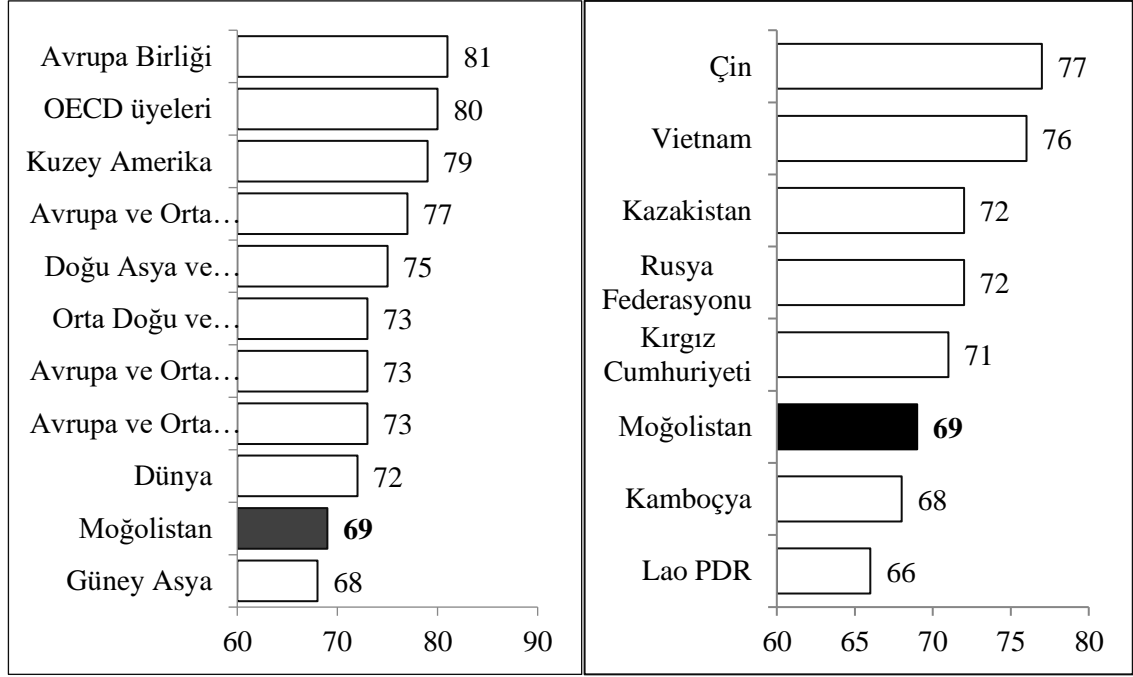
Moğolistan'da doğuştaki beklenen yaşam süresi 1990 yılında 63,7 iken 2015 yılında 69,6'ya yükselmiştir. 2015 yılı verilerine göre erkeklerde doğuştaki beklenen yaşam süresi 66,2 yıl; kadınlarda ise 75,8 yıldır. Buna göre kadın ve erkekler arasında ortalama yaşam yılı farkı kadınlar 9,6 yıldır (Grafik 16)..



Grafik 16: Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresi, Seçilmiş Yıllara Göre

Kaynak: Official Health Statistics, 2015

Grafik 17'de orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerin ve dünyada bazı bölgelerin ortalama yaşam yılları görülmektedir. Grafik incelendiğinde de görüleceği gibi Moğolistan'da doğuştaki beklenen yaşam beklentisi dünya ortalamasının altındadır. Ayrıca, ekonomik olarak kendisine benzeyen ya da aynı bölgede yaşayan ülkeler arasında da yaşam beklentisi çok da gelişmiş değildir.

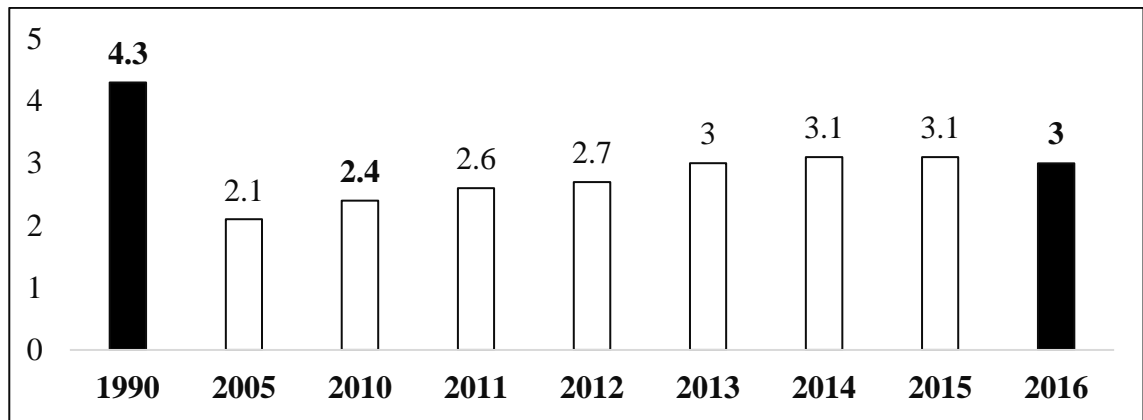


Grafik 17: Ortalama Ömür, Bölgeler Ve Seçilen Bazı Ülkelerde Karşılaştırma, 2015

Kaynak: World Health Statistics 2016, DSÖ, available at <http://www.who.int/healthinfo/statistics/>

2.2.6.2. Doğurganlık oranı

Grafik 18’de Moğolistan’daki doğurganlık oranları görülmektedir. Doğurganlık oranı bir kadının doğurma çağı boyunca doğurduğu ortalama çocuk sayısıdır. Buna göre 1990 yılında ortalama doğurganlık oranı 4,3 olup, bu rakam 2005 yılında 2,1’e düşmüş, takip eden yıllarda artmış ve tekrar düşüş eğilimine girmiştir. Ana-çocuk sağlığı eğitimine yönelik düzenli proje ve programların uygulanması, doğum oranlarının artması sebep olmaktadır.

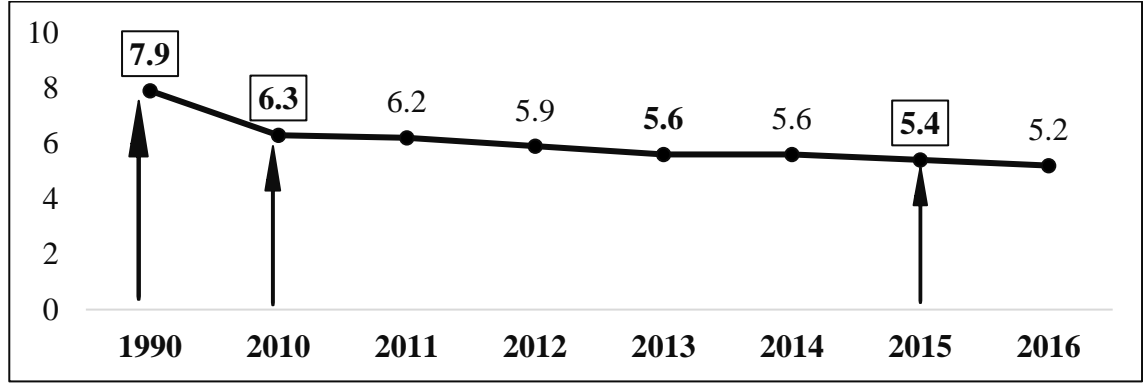


Grafik 18: Doğurganlık Oranı, Seçilmiş Yıllara Göre

Kaynak: Official Health Statistics, 2016

2.2.6.3. Ölüm oranları

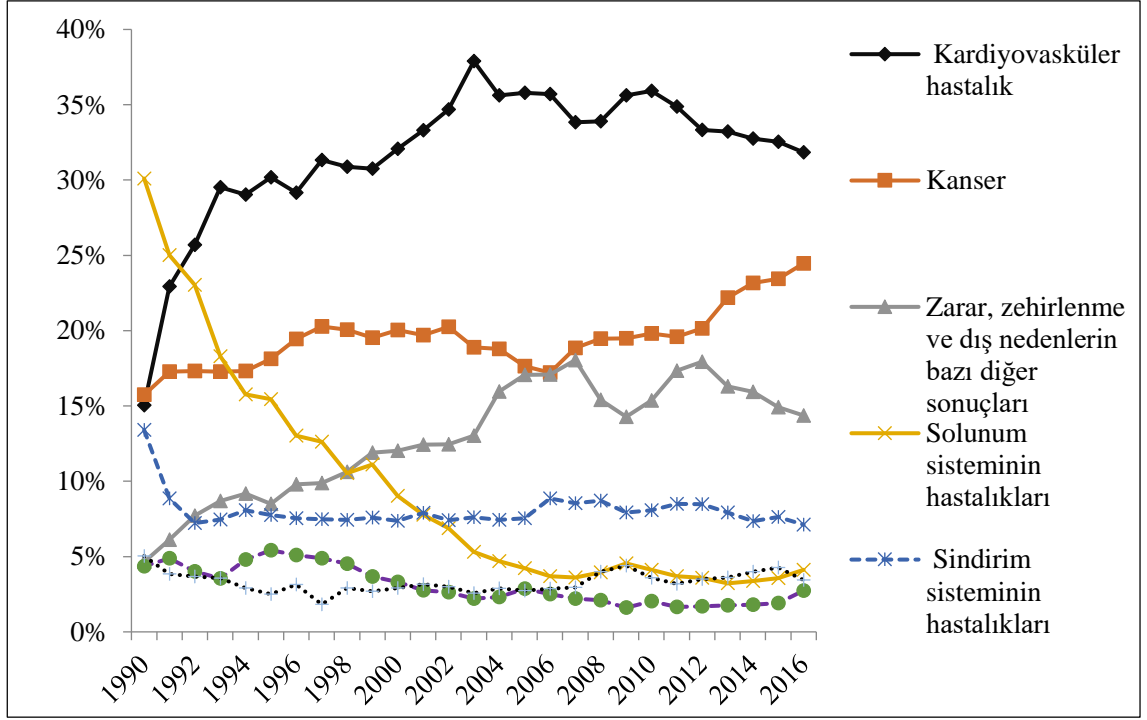
DSÖ Sağlık Metrik Ağında yürütülen Moğolistan sağlık bilgi sisteminin değerlendirilmesi, sistem aracılığıyla toplanan hayati istatistiklerin içerik, kapsama alanı, kalite, yaygınlaştırma, entegrasyon ve kullanım açısından oldukça yeterli olduğu sonucuna varmıştır (Tugsdelger ve Oyuntsetseg, 2015). Fakat, Moğolistan'ın toplam ölüm hızı açısından her yıl sabit durumda devam etmektedir (Grafik 19).



Grafik 19: Ölüm Oranları (%), Seçilmiş Yıllara Göre

Kaynak: Official Health Statistics, 2016

Ölüm nedenlerine bakıldığında; hastalıkların önde gelen sebeplerindeki eğilimler, ülkenin yaşadığı epidemiyolojik değişimi açıkça göstermektedir. Yüksek aşılama kapsamı ve ulusal programların uygulanması sonucunda, enfeksiyöz hastalıklar, 1990 yılından bu yana ölümün önde gelen beş nedeni arasında değildir. Grafik 20'de görüldüğü üzere dolaşım sistemi hastalıkları, kanser ve yaralanmalar gibi yaşam tarzına ve davranışa bağlı hastalıklar morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri haline gelmiştir. Dolaşım sisteminin hastalıkları son 20 yıldaki ölümlerin önde gelen nedenidir. Kardiyovasküler hastalıklar için cinsiyete özgü mortalite oranları, erkekler için 10 000'de 24,19, kadınlar için 10,000'de 18,76'dır. 1990'da bir numaralı ölüm nedeni olan solunum sistemi hastalığı, şimdi yaralanma ve kanser ölümlerinin sayısında belirgin bir artışa karşın beşinci seviyeye düşmüştür. Solunum sistemi hastalıklarının mortalite oranı 1990 yılında 1000 nüfusta 30,1'de iken, 2016'da 4,2'ye gerilemiştir.



Grafik 20: Ölümün Başlıca Nedenleri, Toplam Ölümün Yüzdesi, 1990-2016

Kaynak: Compiled by using Health Indicators 1990-2016, SB

Moğolistan'ın nüfus başına başlıca morbidite nedenleri 2010 yılı itibarıyla, solunum (749), sindirim sistemi (1463), dolaşım sistemi (6512), yaralanmalar ve zehirlenme (2788) hastalıklarıdır. Kanser, istikrarlı bir şekilde artarken 2016'da 2010'a kıyasla daha fazla artış göstermektedir. Nüfus rahatsızlığının beş önemli nedeni insidansı yerleşim yerine göre sınıflandırıldığında, solunum, sindirim ve genitoüriner hastalıklar için genel morbidite kırsal bölgelerde hastalıklar daha yüksek iken, yaralanmalar ve kardiyovasküler hastalıklar için insidans oranları kentsel alanlarda daha yüksektir (SB, 2015). Davranış ve yaşam tarzıyla ilgili bulaşıcı hastalıkların yanı sıra HIV / AIDS, TB, viral hepatit ve zoonotik hastalıklar gibi yaşam koşullarının ortaya çıkmasına rağmen solunum ve gastrointestinal hastalıklar halen morbidite sebepleri arasındadır. Moğolistan'daki mortalite nedenleri Tablo 8'de görülmektedir.

Karaciğer kanseri, özel dikkat gerektiren mortalitenin en yaygın nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Moğolistan'da hepatit B ve C virüsleri, kronik karaciğer hastalığının ve hepatoselüler karsinomunun temel nedenidir. Yüksek miktarda alkol alımı, bu virüslerin yol açtığı süreçleri hızlandırmakta ve diğer ülkelerden daha genç yaşlarda kronik hepatit ve karaciğer kanseri gelişimine neden olmaktadır.

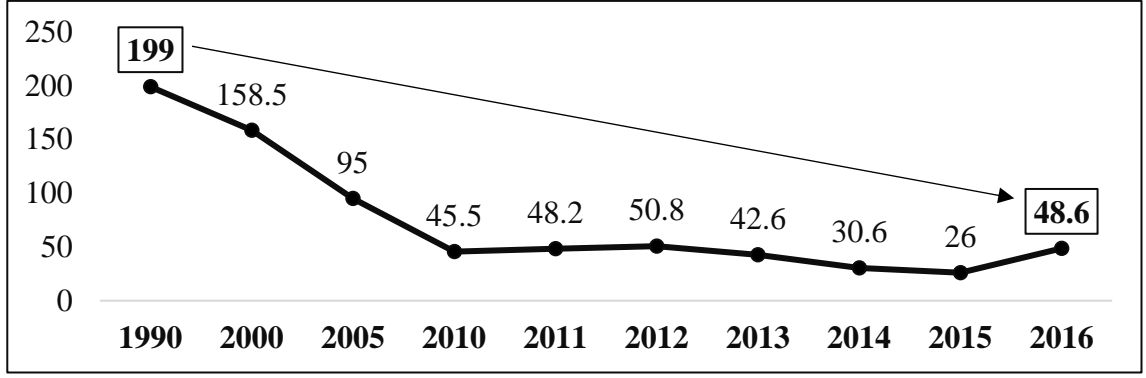
Ülkede serviks kanseri taraması çok düşüktür. Kadınların sadece %5,2'sinde asetik asit ve %11,4'ünde Pap smear testi ile görsel muayene rapor edilmiştir. 35-54 yaş arasındaki kadınlar serviks kanseri taraması kapsamına alınmıştır ve bu durumun servikal kanser insidansının bu yaş grubunda en yüksek oranda olduğu gerçeği ile tutarlı bir uygulamadır. Meme kanseri taramaları, meme muayenelerini bildiren üç hastadan birinde yetersizdir ve sırasıyla klinikte meme muayenesi ve mamografi uygulanan sadece %3,2 ve %1,7'dir (Surenjav ve diğ, 2016:55). Bütün bunlar tanıda geç kalınması sebebiyle bu hastalıkların sebep olduğu mortaliteyi yükseltmektedir.

Tablo 8
Önde Gelen Ölüm Nedenleri, Seçilen Yıllar

Ölüm Nedenleri (ICD 10 sınıflaması)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Kardiyovasküler hastalık	6512	6291	5939	5682	5669	5591	5390
Kanser	3591	3536	3591	3795	4011	4028	4142
Zarar, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçları	2788	3128	3195	2788	2758	2563	2431
Solunum sisteminin hastalıkları	749	665	640	551	585	613	699
Sindirim sisteminin hastalıkları	1463	1533	1511	1357	1274	1311	1205
Bazı bulaşıcı ve paraziter hastalıklar	369	300	302	301	311	328	462
Üriner sistem bozuklukları	285	250	207	171	209	267	246
Perinatal dönemde ortaya çıkan belirli koşullar	652	574	626	617	692	735	583
Sinir sisteminin hastalıkları	318	279	318	288	315	306	330
Kan ve kan oluşum organları ve bağışıklık mekanizmaları bozuklukları	28	14	23	19	21	26	-

Kaynak: Health Indicators 2010, 2014 and 2016, SB

Anne ölüm oranı 1990-2016 yılları arası 100,000 doğum başına 4,1 kat azalmıştır. Bu sonuç gelişmiş ülkelerin oranlarıyla aynı olduğunu göstermektedir (Grafik 21). Bu durum Moğolistan'da anne ve çocuk sağlığı alanında önemli iyileştirmeler olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

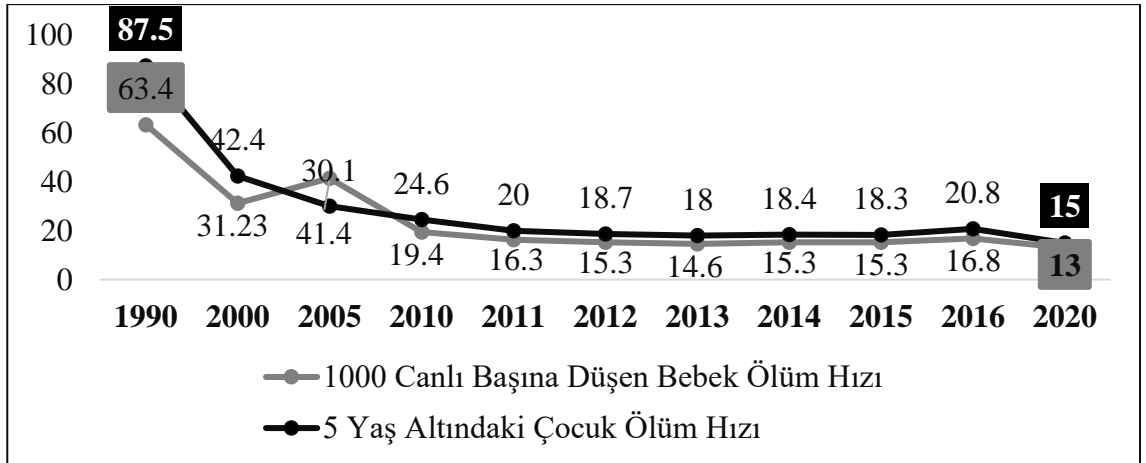


Grafik 21: 100 000 Canlı Doğum Başına Düşen Anne Ölüm Hızı

Kaynak: Official Health Statistics, 2016

Çocuk sağlığının 2007 kısa program gözden geçirmesine göre, akut solunum yolu enfeksiyonu ve diyara kaynaklı çocuk ölümlerinin oranı düşmüş; buna karşılık yeni doğan nedenleri ve yaralanmalara bağlı ölüm oranları artmıştır. Yeni doğan ölümleri bebek ölümlerinin %62'sini temsil etmekte ve yeni doğan ölümlerinin %80'i hayatın ilk haftasında meydana gelmektedir. 2000 yılından beri ishal, kilo verme ve bodurluk yaygınlığı genel olarak düşmüştür. İyot ve demir eksikliğinin yaygınlığı son iki ile üç yılda düşmesine rağmen bir sorun olarak devam etmektedir. Ayrıca, beş yaşın altındaki çocukların %22'si anemiktir (Kohrt ve diğ, 2015:19).

Grafik 22'de 1000 canlı doğum başına düşen bebek hızı ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızı görülmektedir. 1990 yılında %63,4 olan bebek ölüm hızı 2016 yılı itibari ile %16,8'e düşerek neredeyse dört kat civarında azalmıştır. Benzer şekilde 5 yaş altı çocuk ölüm oranları %87,5'ten %20,8'e inerek yaklaşık dört kat azalmıştır. Bu durum Moğolistan'da ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştiğini göstermesi bakımından önemlidir.

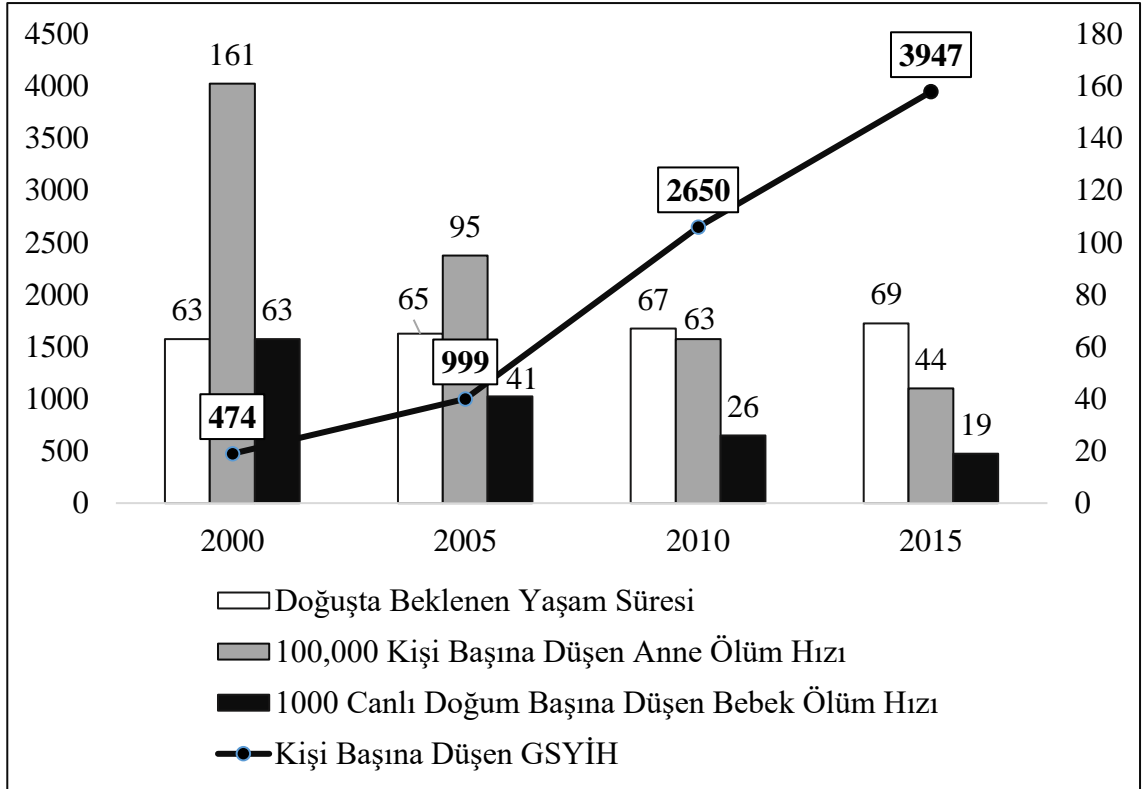


Grafik 22: 1000 Canlı Doğum Başına Düşen Bebek Ölüm Hızı ve 5 Yaş Altındaki Çocuk Ölüm Hızı

Kaynak: Official Health Statistics, 2016

2.2.6.4. Kişi başına düşen GSYİH ve sağlık sonuç göstergeleri arasındaki ilişki

Kişi başına düşen GSYİH arttıkça sağlık durumu da gelişmektedir. Bu, kişi başına düşen GSYİH ile doğuştan beklenen yaşam süresi, 100,000 kişi başına düşen anne ölüm hızı, 1000 doğum başına düşen bebek ölüm hızı, arasındaki ilişkilerinden kolayca anlaşılabilir. Örneğin, 2000 yılında kişi başına GSYİH 474 dolar ve yaşam beklentisi 63 iken bu durum 2015 yılında kişi başına GSYİH 3947 dolar ve yaşam beklentisi 69 olarak gerçekleşmiştir. Benzer şekilde 2000 yılında anne ölüm hızı yüz binde 161 iken 2015 yılında 44'e düşmüştür. Bu durum ülkeler ve bireyler zenginleştikçe sağlık düzeylerinin geliştiğini göstermesi bakımından önemlidir. Aynı şekilde bebek ölüm hızı da %63'ten %19'a düşmüştür (Grafik 23).



Grafik 23: Kişi Başına Düşen GSYİH ve Sağlık Sonuç Göstergeleri Arasındaki İlişki

Kaynak: Official Health Statistics, 2016

BÖLÜM 3. DEĞERLENDİRME

3.1. Problem

Bir ülkelerin belli başlı sağlık statüsü veya düzeyi göstergeleri doğumdan beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızıdır (Karagan, 2008: 89). Orta gelir düzeyi altındaki olan ülkelerde etkili ve etkin bir sağlık sistemi oluşturmak için, sağlık göstergeleri ve sağlık sistemleri arasındaki ilişki olup olmadığını belirlemek gerekmektedir. Moğolistan, dört tip sağlık sisteminden biri olan Bismarck sağlık sistemini uygulayan bir ülkedir. Bundan dolayı çalışmanın amacı doğrultusunda, sistemin değerlendirilmesini mümkün kılacak ve karşılayabilecek üç temel soru oluşturulmuş ve bunlara cevap aranmıştır. Bu sorular şunlardır:

S1: Yaşam beklentisi açısından; Bismarck sistemi uygulayan ülkelerde yaşam süresi daha yüksek midir?

S2: Bebek ölüm hızı açısından; Bismarck sistemi uygulayan ülkelerde diğer sistemleri uygulayan ülkelere göre bebek ölüm hızı daha az mıdır?

S3: Anne ölüm hızı açısından; Bismarck sistemini uygulayan ülkelerde anne ölüm hızı daha az mıdır?

Bu çalışmayı diğerlerinden farklılaştıran temel özellik, günümüze kadar yapılan araştırmalarda, orta gelir düzeyi altındaki ülkeler için fazla kullanılmayan Panel Veri Analizi Yönteminin kullanılması ve finansmana göre farklı olan dört sağlık sisteminin kukla değişken olarak araştırmaya eklenmesidir.

3.2. Yöntem

Sağlık sistemini değerlendirmek için genellikle üç temel yöntem kullanılmaktadır. Bunlar ekonometrik modeli, anket ve karşılaştırmalı analizdir. Örneğin; ekonometrik model olarak çoğunlukla Panel Veri Analizi, En Küçük Kareler Analizi ve Veri Zarflama Analizi yöntemleri kullanılmaktadır. Karşılaştırmalı analiz genellikle ülkeleri bölge ve gelir düzeyleri ile kıyaslamak için kullanılmaktadır. Anket yöntemi genellikle hastalar, doktorlar ve hastaneler olarak üç yönden değerlendirilmektedir.

Bir sağlık sisteminin ifade edilebilen dört ana gösterge; yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı ve çocuk hastalıklarıdır. Bu göstergelere göre yapılan çalışmalar tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9
Sağlık Sistemi Araştırmaları

Araştırmanın Adı	Yazarlar	Yayın Yılı	Yöntem	Sonuç
Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması	Erhan Karagan	2008	Karşılaştırmalı Analizi	AB ülkeler ile Türkiye'nin sağlık harcamaları kıyaslandığında Türkiye AB ülkelerine göre sağlık harcamaları daha az bütçe ayırdıkları görünmektedir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi ülkelerin sağlık harcama düzeyleri refah düzeylerinin de bir yansıması olduğundan, Türkiye'nin sağlık harcamalarını düzeyi çok da düşük değildir.
Sağlık Sistemi Tipleri: Karşılaştırma	Wendt Claus, Lorraine Frisina ve Heinz Rothgang	2009	Karşılaştırmalı Analizi	Sağlık sistemlerinin temel özelliklerini ayırt etmede, tanımlamalarında, karşılaştırmalarında ve gözlemlenen dönüşümlerin büyük ölçüde kolaylaştırılmış ampirik bir girişimi ortaya koymada önemli bir ilk adımdır.
Bangladeş Sağlık Sisteminin Ekonomik Sürdürülebilirliğinin İncelenmesi Ve Uluslararası Karşılaştırılması	Saifuddin Mohammad Zahedul İslam	2012	Panel Veri Analizi	Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan tasarrufların yatırıma dönüşmesi gelirden de artışa neden olacaktır. Sağlık hizmetlerinde iyileşme olması burgularda göstergelerde iyi sonuç vermesi ilgili ülke ekonomisi açısından önemli bir katkıda bulunması anlamına gelmektedir. Yani sağlık hizmetleri ekonomiyi olumlu yönde etkilemektedir.
Hastane Sektörünün Teknik Verimliliğinin Uluslararası Olarak Karşılaştırılması	Varabyova, Y., & Schreyögg, J.	2013	Panel Veri Analizi	Teknik olarak daha verimli hastane sektörüne sahip olan ülkelerin, kişi başına düşen sağlık harcamaları daha yüksek eğilimde olduklarını göstermektedir. Harcamaların, özel veya kamu kaynakları ile finanse edilip edilmediği önemli değildir.

Tablo 9 Devamı

Araştırmanın Adı	Yazarlar	Yayın Yılı	Yöntem	Sonuç
Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz	A. Kemal Çelebi Serkan Cura	2013	Karşılaştırmalı Analizi	Göstergelere göre sağlık sistemlerinin iyi olduğu yani ulusal ve ülke refahına yönelik sağlık sistemlerinin gelişmiş olan ülkeler başta olmak üzere diğer tüm ülkelerinin de sağlık sistemlerinin etkinlikten uzaklaşması kaçınılmazdır.
Avrupa Birliği Ülkelerinde Doğumdan İtibaren Yaşam Beklentisinin Belirleyici Faktörleri	Vlatka Bilas, Sanja Franc and Mile Bosnjak	2014	Panel Veri Analizi	Kişi başına düşen GSYİH'nin ve eğitim düzeyinin birlikte bakılmasını doğumdaki yaşam beklentisindeki farklılığın sırasıyla %72.6 ve %82.6'sını (gözlem yılına bağlı olarak) açıkladığını göstermektedir.
OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Performansı	Gamze Öztürk	2014	Veri Zarflama Analizi (VZA)	Yaşam beklentisi çıktılarına göre, 2000-2010 yılları arasında OECD ülkelerinin %37,5'i sınırdaki faaliyet göstermektedir. Bebek ölüm oranları kabul edildiğinde, OECD ülkelerinin %18.8'inin örnek süreç boyunca sınırdaki faaliyet gösterdiğini açıklamaktadır.
OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması	İlker Daştan Volkan Çetinkaya	2015	Karşılaştırmalı Analizi	Her ülke kamu sağlık harcamaları modellerini kendi ekonomik ve diğer özelliklerine göre belirlemektedir. Kamu sağlık harcamaları olan Beveridge ve Bismarck modellerini karşılaştırdığımızda ise Beveridge modelini kabul görmüş ülkeler Bismarck modelini kabul gören ülkelere göre kamu sağlık harcamaları oranları fazla olduğu görülmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası modeline sahip ülkelerin kamu sağlık harcamaları oranları diğer ülkelere göre daha düşüktür.
Verimlilik / Etkinlik: Avrupa Sağlık Sistemleri Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması	Corrado Lo Storto Anatoliy Goncharuk	2017	Veri Zarflama Analizi (VZA)	2011-2014 yılları arasında iki ülke sağlık hizmetlerinin etkinliğinde Slovenya %100'den fazla ve Kıbrıs %200 oranında büyük bir atılım gerçekleştirmiştir. Şimdi bu ülkeler nispeten yüksek sağlıklı yaşam tarzı ve yaşam beklentisi ile en düşük bebek ölüm oranına sahiptirler.

3.2.1. Karşılaştırmalı Analiz (Comparative Analysis)

Pickvance (2005)'a göre, karşılaştırmalı analiz, genellikle, açıklayıcı değişken veya değişkenlerdeki varyasyonları bir araya getirerek bir olay, özellik veya ilişki oluşturulmasında yer alan nedensel süreçleri daha iyi anlayabilmek ve açıklamak için gerçekleştirilir. Karşılaştırmalı araştırmalar, teknolojik gelişmeler vb. konulardaki güncel araştırmalarda uluslararası platformlar üzerinde çok dikkat çeken uzun bir tarihe kadar izlenebilir (Azarian, 2011:113). Geleneksel olarak, karşılaştırmalı analiz farklılık ve benzerliklerin açıklanması üzerinde durur. Bu, iki veya daha fazla olay arasındaki ilişkilerin kurulmasına ve geçerli nedenlerin sağlanmasına yardımcı olur. Şu anda belirli seviyeler veya ilgi alanlarına göre bölgesel, ulusal veya geniş coğrafi sınırlar olmak üzere çeşitli seviyelerde karşılaştırmalar yapılmaktadır (Karasar, 2015:183).

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

3.2.2. En Küçük Kareler Analizi (Least Squares Analysis)

Rastgele değişkenler istatistiksel olarak birbirlerine bağımlıyken, değişkenler arasındaki etkilerden kaynaklı değişim durumları regresyon analizi yönetimi ile belirlenmektedir. Bağımlı değişkeni Y , sadece kendi birimi cinsinden meydana gelen değişim ise basit regresyon, birden fazla değişkenle meydana gelen değişim ise çoklu regresyon analizi denmektedir. Bu analizin sonucunda bağımlı değişkenler tanımlanmaktadır. Ayrıca, değişkenler arasındaki bağımlılık derecesinin ölçülerini korelasyon analizi kullanarak belirlemektedir. İstatistiklere bağlı olan olayların fonksiyonel bağlılığını belirlemek için olaylar arasındaki bağımlılık derecesini iyi belirlemek gerekmektedir. Gözlemler ve deneyler sonucu elde edilen rastgele değerler arasındaki en uygun ortalama lineer fonksiyonun belirlenmesine sağlayan regresyon yöntemine en küçük kareler yöntemi denir.

En küçük kareler yöntemiyle elde edilen ortalama regresyon denklemi, ortalama bağlantıyı göstermektedir. Bu bağlantı ortalama gözlem noktası denk gelir ve ortalama gözlem sayısı teorik olarak ortalamaya eşittir.

$$\hat{y}_i = b_1 + b_2 x_i$$

$$S = \sum_{i=1}^n u_i^2 = \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i)^2 = \sum_{i=1}^n (y_i - (b_1 + b_2 x_i))^2$$

$$\begin{cases} b_2 = \frac{\bar{x}\bar{y} - \bar{x} \cdot \bar{y}}{x^2 - (\bar{x})^2} \\ b_1 = \bar{y} - b_2 \bar{x} \end{cases}$$

Hesaplanan parametre, regresyonlara bağımlı olmayan değişkenlerin %1'lik oranda değişmesi durumunda ortaya çıkan sonuçların değişkenleri nasıl etkilediği hakkında bilgi vermektedir (Miller, 2006: 7).

3.2.3. Panel Veri Analizi (Panel Data Analysis)

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

Panel veri analizinin yatay kesit ve zaman serisi ile karşılaştırıldığında çeşitli üstünlüklere sahip olduğu görülmektedir. Öncelikle panel veri modellerinde yatay kesit ve zaman serisi verilerinin her ikisinin de kullanılmasından ötürü gözlem sayısı oldukça yükselmektedir. Gözlem sayısının yüksek olması serbestlik derecesini yükseltmektedir ve açıklayıcı değişkenler arasında yüksek derecede doğrusal ilişki bulunma olasılığını

azaltmaktadır. Bu nedenle panel veri yöntemi daha güvenilir ekonometrik tahminlerin yapılabilmesini sağlamaktadır (Kılıç ve diğ, 2014: 120). Diğer taraftan sadece zaman serisi veya yatay kesit verileri ile yapılan çalışmalarda sapmalı sonuçlar elde etme riski yüksek olduğu için birimlerin farklarını ayrıntılı olarak kontrol etmenin zor olduğu söylenebilir. Panel verilerinin değerlendirilmesi diğer ekonometrik yöntemlerle kıyaslandığında nispeten güvenilirdir. Değerlendirmede karşılaşılan problemlerin az olmasından kaynaklanır.

Panel veri analizi her bir sonuç için daha kesin, gerçekçi ve kapsamlı tahminlerin oluşmasını sağlamaktadır. Bu analizin bütün bu üstünlüklerinin yanı sıra en büyük ve önemli katkısı sayısal olarak ifade edilemeyen, gözlenemeyen ve açıkça ölçülemeyen faktörlerin etkilerinin de ölçülmesini sağlamasıdır (Pickvance, 2005:43).

3.2.3.1. Panel veri kullanmanın avantajları

Panel veri; bireyler, şirketler ve hükümetler gibi belirli bir süre boyunca heterojen bilgileri toplamaktadır. Panel veri tahmin teknikler metodolojisi, hem bazı spesifik değişkenleri kabul edilerek çeşitliliği tanımlamaktadır hem de bazı değişkenlere izin verilerek hesaba katabilmektedir. Panel veri analizi diğer iki analize (zaman serisi ve yatay kesit) göre araştırmacıya daha geniş bir veri seti ile çalışma imkanı sunar ve trend etkisini azaltır. Güvenilirlik, özgürlük ve açıklayıcı değişkenler arasındaki kutuplaşmayı azaltıp ve ekonometrik tahminlerin etkililiğini sağlar. Hatta parametrelerin hesaplanmasını sonuçları daha güvenilir olmaktadır. Panel veri analiz yöntemi diğer iki analiz yöntemlere göre gözlem sayısı daha çoktur. Panel verileri değişkenler arasında çoklu doğrusallık yönünden sorunları daha azdır. Dönemler arasındaki değişimleri bir noktadan diğerine birleştirerek, çoklu doğrusallık çizgisini azaltarak bir nokta varyansını bir araya getirir. Panel verileri dinamik uyarlamalarında daha iyi analizini sağlar. Yatay kesit dinamizm hakkında bir şey söylemez (Çetin, 2013:42).

Ekonomik olaylarda yer alan birimlerin dinamikleri tepkilerine ilişkin bilgisi çok önemlidir. Panel verileri, mevcut bilgi kullanarak çok uzun bir zaman serisi bilgi gerektirebilir. Kısa zaman serisi ve yetersiz kesit gözleminin var olduğu durumlarda da ekonometrik analiz yapılmasına imkan verir. Panel verileri tek başına yatay kesit ya da zaman serisi verileri ile değerlendirilemeyen konuların incelenmesinde kullanılabilir.

Zaman serisi verilerinin iyi sonuç vermeleri için verilerin yeterince çok olmaları gerekir ve genellikle dinamik davranışlarla ilgili veridir. Yatay kesit verisi kullanılarak yapılan tahminlerde, sadece birimler arasındaki farklılıklar incelenir iken, panel veri kullanılarak hem birimler, hem de zaman içerisinde meydana gelen farklılıkları birlikte incelenebilmektedir. Panel veri modelleri kantitatif (nicel) ve kalitatif (nitel) faktörlerin aynı model üzerinde birlikte belirlenmesine imkan vermektedir (Hsiao, 2007:4).

3.2.3.2. Araştırmanın panel veri modeli

Genel olarak panel veri modeli (1) numaralı eşitlikteki gibi ifade edilmektedir.

$$Y_{it} = P_{it} + P_{2it} X_{2it} + P_{3it} X_{3it} + \dots + P_{kit} X_{kit} + u_{it} \quad (1)$$

$$i = 1, \dots, N \quad t = 1, \dots, T \quad \text{ve} \quad k = 1, \dots, K$$

Burada N yatay kesit birimlerini, T zamanı ve K açıklayıcı değişken sayısını göstermektedir. Buna göre:

Y_{it} : i'nci yatay kesit biriminin t zamanında bağımlı değişken değerini,

X_{kit} : i'nci yatay kesit biriminin t zamanında k. açıklayıcı değişken değerini,

B_{kit} : i'nci birim ve t'nci zaman dönemi için k'nci açıklayıcı değişkenin tahmin edilen katsayısını,

u_{it} : sıfır ortalamalı ve sabit varyanslı hata terimini göstermektedir.

Ayrıca zaman serisi durumunda N=1 ve T>1 koşulları geçerli iken, yatay kesit durumunda T=1 ve N>1 durumu söz konusudur. Oysa ki panel veri analizinde N>1 ve T>1 koşulları geçerlidir.

Bu modeller ise genel olarak katsayıların sabit ya da tesadüfi (rastgele) varsayılmasına bağlı olarak sınıflandırılabilirler (Çetin, 2013:43).

A. Sabit Etkili Modeller (Fixed Effective Models)

Sabit etkili modelde, birimlere göre değişiklikler sabit katsayıda farklılıklar meydana getirir. Genel olarak bir panel veri ele alındığında;

$$y_{it} = \beta_{0it} + \beta_{1it}y_{1it} + \beta_{2it}y_{2it} + \dots + \beta_{kit}y_{kit} + u_{it}$$

Sabit etkili modelde;

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

olduğu varsayılmaktadır.

μ_i - zamana göre sabit olan birim etkileri

u_{it} - hata terimi

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

B. Tesadüfi (Rassal) Etkili Modeller (Random Effective Models)

Birimler tesadüfi olarak seçildiğlerinde, birimler arası farklılıklar da tesadüfi olacaktır. Bu birim farklılıklarına “tesadüfi farklılıklar” denilmektedir. İlk tip değişken u_{it} ile belirtirken; ikinci değişken birimin etkisi μ_i ile temsil edilir. Daha sonraki yorumlama sebeplerinden dolayı "hata bileşenleri modeli" veya "varyans bileşenleri modeli" çağrılabilir. Genel panel veri denklemi;

$$y_{it} = \beta_{0it} + \beta_{1it}y_{1it} + \beta_{2it}y_{2it} + \dots + \beta_{kit}y_{kit} + u_{it}$$

Tesadüfi etkiler modeli,

$$u_{it} = v_{it} + \mu_i$$

$$y_{it} = \beta_{0it} + \beta_{1it}y_{1it} + \beta_{2it}y_{2it} + \dots + \beta_{kit}y_{kit} + v_{it} + \mu_i$$

Sabit değil tesadüfi olduğu varsayıldığından hata teriminin içinde ifade edilmiştir.

v_{it} - tüm hataları gösterirken,

μ_i - birim hatayı, birim farklılıklarını ve sabit zaman göre birimler arasındaki değişmeyi gösterir. (i. yatay kesit birimin sabitini temsil eder.)

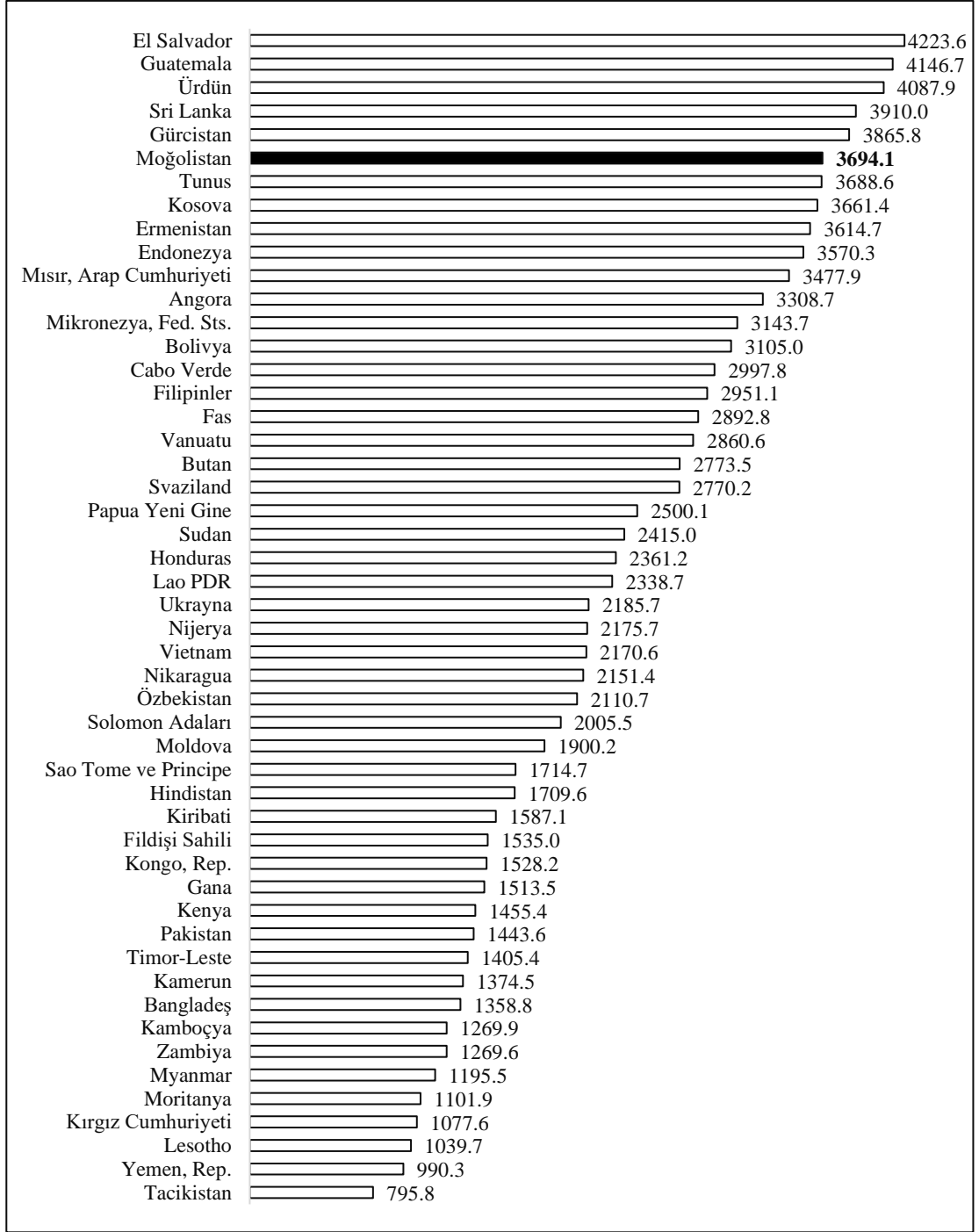
Seçilmiş ülkeler için, önce bahsedilen teorik çerçevesi çizilen toplulaştırılmış sağlık hizmetleri üretim fonksiyonu panel veri analizi yöntemiyle tahmin edilmektedir. Bu amaçla, öncelikle analizde kullanılacak ekonometrik tahmin yöntemi olan panel veri analizinden söz edilmiştir. Daha sonra ise analizde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

3.3. Analiz ve Bulgular

Neredeyse bütün sağlık sistemlerinin en önemli iki problemi, sağlık sistemine ayrılan kıt kaynakların çok eşit olmayan bir biçimde dağıtılması ve sağlık problemlerinin dağılımına göre bir bölüştürme yapılmamasıdır. Düşük ve orta gelirli ülkeler dünya gelirinin sadece %18'ini elde etmekte ve global sağlık giderlerinin %11'ini bu ülkelerin harcamaları

oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun %84'ü bu ülkelerde yaşamakta ve dünyanın hastalık oranının %93'ünün yükünü bu ülkeler taşımaktadır (Algın, 2010:51). Bu ülkelerde, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda adil ve erişilebilir bir şekilde karşılamak için yeterli kaynak yoktur ve çözüm bulmak da zordur (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005:5). Bu sebeple, bu ülkelerin sağlık sistemini değerlendirmesi gereklidir.

Sağlık sistemi değerlendirmesi için birkaç faktör göz önünde bulundurulmaktadır. Bu faktörler; yaşam beklentisi, anne ölümleri, bebek ölümleri ve doğurganlık oranları gibi göstergelerdir (Çelebi ve Cura, 2013: 57). Bu araştırmada, Moğolistan ve Moğolistan gibi aynı seviyede (orta gelir düzeyinin altında) olan ülkeleri değerlendirilmektedir. Ülkeleri seçmek için Dünya Banka'sının gelir seviyesi verileri esas alınmıştır. Buna göre: (1) yüksek gelirli ülkeler, (2) orta gelir düzeyinin üstünde olan ülkeler, (3) orta gelir düzeyinin altında olan ülkeler ve (4) düşük gelirli ülkeler sınıflandırması baz alınmıştır. Bu çalışmada, orta gelir düzeyinin altında olan 51 ülke seçilmiş, sağlık sistemine göre sınıflandırılmış ve bazı karşılaştırmalar yapılmıştır. Ayrıca, sağlık sisteminin iyi ya da kötü olup olmadığını tanımlamak için kullanılan yaşam beklentisi, anne ve bebek ölüm hızları gibi ne tür sistemlerin olumlu ve etkili olduğu konusunda ekonometrik bir model kullanıp değerlendirilmektedir. Moğolistan, bu kategorideki orta gelir düzeyinin altında olan ülkelere birisidir. Grafik 24'te 51 ülkenin kişi başına düşen GSYİH açısından en iyi olan ülke El Salvador ve en düşük olan ülke Tacikistan olduğu görülmektedir. Moğolistan, bu ülkelere göre altıncı sırada (3,694 USD) yer almaktadır.



Grafik 24: Kişi Başına Düşen GSYİH- Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan (1,026-4,035 USD) Ülkeler

Kaynak: World Development Indicators, World Bank 2016

3.3.1. Sağlık Göstergeleri Açısından Moğolistan'ın Değerlendirilmesi (2016)

Tablo 10'da orta gelir düzeyinin altında olan 51 ülke arasında Moğolistan'ın hangi sırada olduğu gösterilmektedir. Moğolistan'ın kişi başına düşen geliri, orta gelir düzeyinin

altında olan ülkelerinden daha yüksek olmasına rağmen, diğer sağlık, nüfus ve ekonomik göstergeleri görmek önemlidir.

Tablo 10
Sağlık Göstergeleri Açısından Moğolistan Değerlendirilmesi (2016)

	Değişkenler	Ortalama	Moğolistan	Sıra
Yaşam göstergeleri	Bebek ölüm oranı	%0,086	%0,037	13
	Anne ölüm oranı	%0,006	%0,001	13
	Doğurganlık oranı (%)	3,20	2,79	31
	Yaşam beklentisi (yıl)	68	69	25
Demografi	Nüfus (milyon)	57,8	3,2	39
	Nüfus artış hızı	%1,61	%1,68	26
	Hekim sayısı (1,000 kişi başına)	0,95	2,88	4
	Hastane yatak sayısı (1,000 kişi başına)	2,25	6,80	2
Ekonomi	Kişi başına düşen GSYİH (ABD doları)	2354,1	3694,1	6
	GSYİH büyüme hızı	%3,52	%1,24	41
	Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı (%)	%5,85	%4,73	33
	Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (ABD doları)	144,68	195,33	12

Kaynak: Dünya Bankası, 2016

Tablo 10’da görüldüğü gibi Moğolistan’da 1000 kişi başına düşen hekim sayısı, hastane yatak sayısı, kişi başına düşen GSYİH ve kişi başına düşen toplam sağlık harcaması diğer ülkelerle kıyaslandığında ön sırada yer almaktadır. Fakat, GSYİH büyüme hızı ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı açısından kötü olan ülkelerden birisidir. Başarılı sağlık sistemi değerlendirmesi için yaşam göstergeleri açısından 1000 kişiye düşen hekim ve yatak sayısı ve kişi başına düşen GSYİH iyi olduğundan dolayı anne ve bebek ölüm hızı daha iyi durumda olan ülke; yaşam beklentisi bakımından 51 ülke arasında orta sıralarda yer almakta olup, doğurganlık oranı daha düşüktür. Bundan dolayı da Moğolistan’ın nüfus artış hızı yavaştır.

3.3.2. Sağlık Sistemi Değerlendirmesinde Kullanılan Ölçütler

Sağlık sistemlerini değerlendirmede kullanılacak rasyolar tablo 11’de görülmektedir. Bu rasyoların başarı ölçütünde kriter olabilmesi için ülkedeki sağlık istatistiklerinin güvenilir ve tüm ülkeyi kapsayacak şekilde sağlıklı olması gerekmektedir (Atabey, 2016: 40).

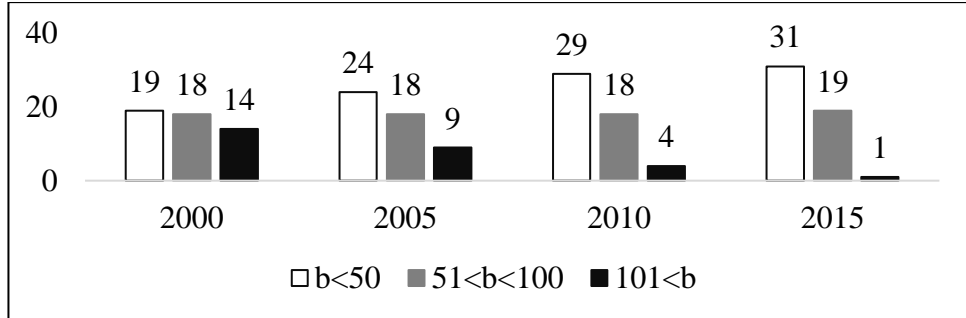
Tablo 11
Sağlık Sistemlerinin Başarısına Özgü Uluslararası

Kişiyeye yönelik yaşamsal istatistikler ile ilgili ölçütler	Çevreyeye yönelik ölçütler	Sağlık hizmetlerinin niteliğine yönelik ölçütler
- Bebek ölüm hızı - Anne ölüm hızı - Ortalama yaşam süresi - Doğurganlık oranı - Sık görülen hastalıklarda ölüm oranı - Beklenen yaşam umudu	- Arıtılmış su kullanan nüfus - Sağlıklı konutlarda oturan nüfus	- Hekim başına düşen nüfus - Yatak başına düşen nüfus - Hastanelerde ortalama yatış süresi

Kaynak: Atabey, 2016: 40

3.3.2.1. Bebek ölüm hızı

Bebek ölüm hızı; belirli bir dönem ya da yılda, doğumundan sonraki ilk bir yıl içinde hayatını kaybeden toplam bebek sayısının aynı dönemde ya da yılda meydana gelen toplam canlı doğum sayısına oranıdır (OECD, 2011: 36). Bebek ölüm hızı göstergesi, ülkelerin sunduğu sağlık hizmetleri arasındaki farklılıkların yanısıra hane halklarının ekonomik güçlerinin ne olduğu, bebeklerin beklenen ağırlıklarının altında doğup doğmadıkları, doğum öncesi bakımın ve ana sağlığı hizmetlerinin yeterli olup olmadığı ve hamilelerin yeterli beslenip beslenmediği gibi unsurların bir arada değerlendirilmesini de sağlamaktadır (Kısa, 2007: 694).



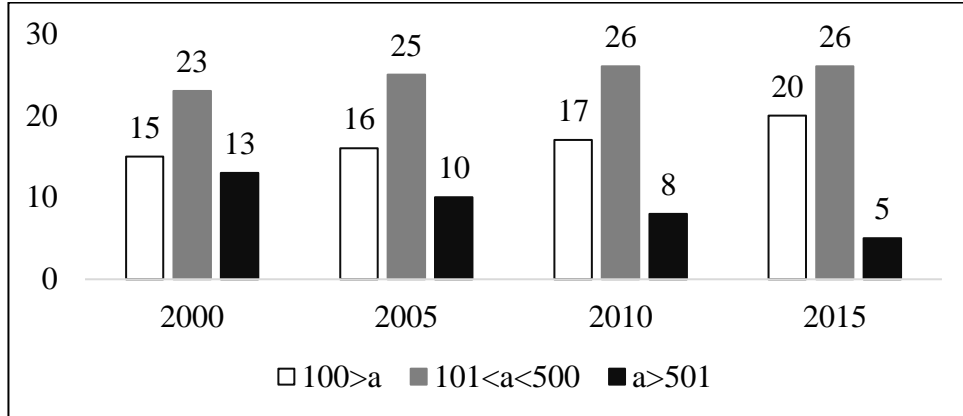
Grafik 25: Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkelerin 1000 Canlı Doğumda Düşen Bebek Ölüm Hızı

Grafik 25’de görüldüğü gibi orta gelir düzeyinin altında olan ülkeler arasında bebek ölüm sayısı 2000 yılında 50’den az 19 ülke, 51-100 arasında 18 ülke ve 101’den fazla olan 14 ülke bulunmaktadır. Bu tarihten sonraki her 5 yılda bu oran azalmaya başlamıştır. Dünya Bankası’nda en son verilere göre 2015 yılında 50’den az olan ülke 31 ve 101’den fazla olan ülke sayısının sadece 1 olduğu gözlenmektedir. Sonuçta dünyanın hızlı gelişmesi,

tıbbi teknolojilerin yüksek kaliteli olması, hekimlerin verdiği hizmetin iyi olması gibi birkaç önemli etken vardır. Hatta, ülkelerin sağlık sisteminin vatandaşlara verdiği hizmeti ve devletin sağlık sistemine harcadığı kaynak miktarı çok önemlidir. Moğolistan için bebek ölüm hızı 2000 yılında 63.4 ve 2015 yılında 18.8 olduğunu belirtilmektedir. 2015 yılında bebek ölüm hızı en çok olan ülkeler Nijerya, Lesotho ve Fildişi Sahili olmuştur. Dönemler itibarıyla farklılıklar olmasına karşılık ele alınan ülke sağlık sistemleri açısından bebek ölüm hızı azalma eğilimi içerisindedir. 2000-2015 döneminde, genel ortalamaların altında bebek ölüm hızına sahip ülkeler sırasıyla; Vanuatu, Moğolistan ve Solomon Adaları (Refah Yönelimli Tip), Ulusal Tip Sağlık Sisteminin geçerli olduğu ülkeler ve Mikronezya (Serbest Tip) olmuştur.

3.3.2.2. Anne ölüm hızı

Anne ölüm hızı, hamilelik süreci veya onun yönetimiyle (tesadüfi veya tesadüfi sebepler hariç) herhangi bir nedenden dolayı 100,000 canlı doğum başına yıllık kadın ölüm sayısıdır (World Factbook, 2015). 51 ülkenin anne ölüm hızı grafik 29’da görülmektedir.



Grafik 26: Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkelerin 100,000 Canlı Doğumda Düşen Anne Ölüm Hızı

Grafik 26’ya göre orta gelir düzeyinin altında olan ülkeler arasında anne ölüm hızı 2000 yılında 15 ülkede 100’den az, 23 ülkede ise 101 ile 500 arasında ve 13 ülkede 501’den fazladır. Ondan sonra her 5 yılda bir azalmaya başlamıştır. Dünya Bankası’ndaki en son verilere göre 2015 yılında anne ölüm oranı 100’den az olan 20 ülke olup 501’den fazla olan ülke sayısı sadece 5’tir. Bebek ölüm hızında olduğu gibi anne ölüm hızı sıralaması açısından da sağlık sistemlerinin etkinlik dağılımı benzer biçimde gerçekleşmekle birlikte en çarpıcı örnek, (814) Nijerya’dır (Serbest Piyasa Tipi). 2015 yılında anne ölüm hızı en az olan ülke 23 ile Moldova iken Moğolistan’da bu oran 44 olup, 2000 yılında bu oranla

161'ken 2015 yılında 4 kat azalmıştır. 2005 yılından sonra anne ölüm hızına göre Fildişi Sahili, Kamerun ve Kenya sağlık sistemlerinin iyi sonuçlar vermediği görülmektedir. Ayrıca, çevresel durumu ve yaşam tarzları gibi insan sağlığını etkileyen temel faktörlerin değişkenliğine bağlı olarak ülkelere göre değişmektedir.

3.3.2.3. Yaşam beklentisi

Yaşam beklentisi, doğum sırasındaki sağlık ve yaşam koşulları, kişinin ömrü boyunca aynı kaldığında yenidoğan bebeğin yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır. Başka bir ifade ile doğumda yaşam beklentisi, mevcut ölüm oranlarının değişmemesi durumunda, yeni doğmuş bir bebeğin ne kadar yaşayabileceğini ölçmektedir. Yaşam beklentisini hesaplamak için kullanılan metodoloji ülkeler arasında biraz farklılık gösterebilir (OECD, 2011: 24). Yaşam beklentisi, GSYİH içindeki sağlık harcamaları ve kişi başına düşen GSYİH incelendiğinde, beklenen yaşam süresi 2000 yılını 2005 ve 2015 yılları ile kıyasladığımız zaman artmıştır. Bilimin gelişmesiyle birlikte, orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerin çoğunda da yaşam beklentisi yükselmiştir. Örneğin, 2000 yılında en düşük olan Zambiya'da ortalama yaşam beklentisi 44 iken, 2015'te en düşük olan Nijerya'da yaşam beklentisinin 53; Moğolistan'da ise 69 olmuştur. Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı 2000 yılından bu yana pek değişmemiştir. Moğolistan için 2000 yılında yüzde 5 iken 2014 yılında ise yüzde 5,9 olarak yükselmiştir. Ancak, çoğu ülkedeki sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı değişmemiştir. Moğolistan'da kişi başına düşen GSYİH, 2000 yılında 474 ABD Doları; 2015 yılında ise 3947 ABD dolarına yükselmiştir.

Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı açısından ülkeler incelendiğinde, 2000-2015 yılları arasında gerçekleşen kişi başına düşen GSYİH'deki sıralamaya ve demografik göstergelerdeki etkinlik dağılımına benzer bir biçimde aynı ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar bir önceki dönemlere göre artmıştır. Seçilen ülkelerdeki dönem ortalamaları itibarıyla toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı arttıkça, diğer etkinlik göstergelerinde de istisnalar hariç genel itibarıyla olumlu yönde değişimin olduğu bir eğilim gerçekleşmiştir. Bu durum, ülkelerdeki sağlık sistemleri içerisinde sunulan sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde sağlık harcamalarının gerek sağlık koşullarının gerekse de yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi açısından ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Çelebi ve Cura, 2013: 47).

3.3.2.4. Doğurganlık oranı

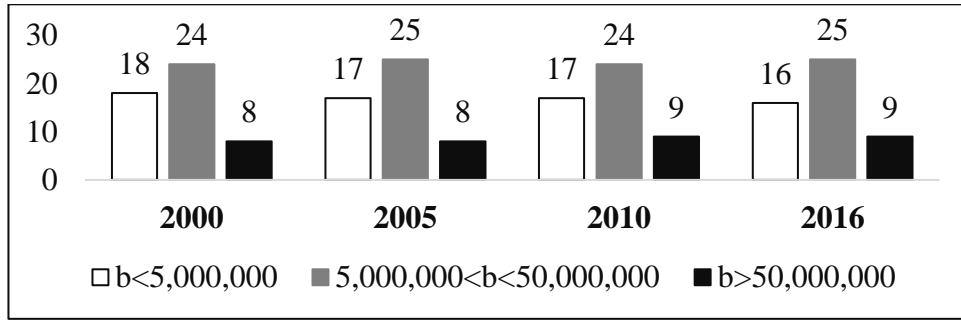
Doğurganlık oranı, bir kadının doğurganlık döneminde gerçekleştirdiği ortalama doğum sayısıdır. Bu kapsamda, kişi başına düşen GSYİH ve kişi başına düşen toplam sağlık harcaması göstergeleri seçilmiştir. Ayrıca, ekonomik etkinlik düzeyinin ne kadarının sağlığa yansıdığına ortaya koyulması ve sağlık hizmetlerinin kalitesindeki artışla refah düzeyi artışı arasındaki bağlantının ortaya çıkarılması amacıyla toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları göstergeleri seçilmiştir.

Orta gelir düzeyinin altında olan ülkelere göre kişi başına düşen GSYİH zaman geçtikçe büyümekte ve ortalama doğurganlık oranı zaman gittikçe azalmaktadır. Ancak Moğolistan'da doğurganlık oranı 2000 yılında 2,14 ve 2015 yılında 2,79 olup artış göstermiştir. Ülkelerin yaşam koşullarının değişmesi, yaşlı nüfusta artış olmasına ve doğurganlık oranlarının azalmasına yol açabilmektedir. Doğurganlığın azalması, anne ve bebek sağlığının olumsuz etkilenmesini engelleyebilir bir durum olarak değerlendirilmektedir. Ancak geleceğe dönük projeksiyonlar çerçevesinde doğurganlık oranı ve dolayısıyla nüfusu azalan ve yaşlı nüfusu artan ülkelerin nüfus ve sağlık stratejilerini yeniden gözden geçirmeleri gerekmektedir. Bu bakış açısına göre, yaşlanan nüfusla beraber doğurganlık oranlarının da düşmekte olduğu görülmektedir. (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106).

Doğurganlık oranı ve nüfus artışı ile yakından bağlantılıdır. Bu sebeple ülkelerin nüfus sayısını göz önünde bulundurmaktadır. Çünkü sağlık sistemleri, sağlığın çeşitli belirleyicilerinden biridir ve yüksek performanslı sağlık sistemleri, toplumların sağlığını iyileştirebilir (Zakus ve Bhattacharyya, 2007:279). Bir ülke açısından gelir ile birlikte nüfus, ekonomik durumdaki mal ve hizmetlere yönelik isteklerin tamamını ve miktarını belirlemesi ile üretim sisteminin ihtiyacı olan temel girdinin oluşturması bakımından önemli bir etkidir. Nüfus göstergeleri ile sağlık arasındaki ilişki, sağlık hizmetlerinin ve sağlayıcılarının planlanması sürecine katkıda bulunması, ülke sağlık seviyesinin oluşturulması, sağlık hizmetleri ile nüfustaki artışı arasında doğrudan bir bağın olması şeklinde açıklanmaktadır (Çelebi ve Cura, 2013: 55).

Grafik 27'a göre orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerin nüfusu incelendiği zaman 2000 yılında nüfusu 5 milyondan az olan ülke sayısı 18 iken, 50 milyondan fazla olan

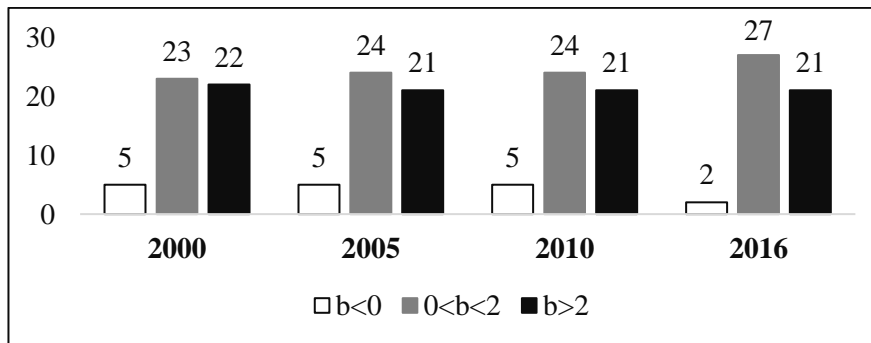
ülke sayısı 8'dir. 2016 yılında nüfusu 5 milyondan az olan ülke sayısı 16; 50 milyondan fazla olan ülke sayısı 9 olmuştur. Buna göre nüfusun arttığı görülmektedir. Moğolistan nüfusu 5 milyondan az olan ülkelere dahildir. Yaşam standartlarının geliştirilmesi, daha iyi bir eğitim ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişim, doğumda yaşam beklenti yılının artmasına neden olan temel faktördür (Çelebi ve Cura, 2013: 56).



Grafik 27: Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkelerin Nüfus Göstergeleri (2000-2016)

Yaşam beklentisinin son 50 yıllık dönemde artış içerisinde olması nüfus yapısını değiştiren bir unsurdur. Bu değişim ise dünya genelinde nüfusun yaşlanmaya başladığını göstermektedir. Özellikle, 2000'li yılların başında 60 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %18,7 olmasına karşılık gelirken, 2025 yılında bu oranın %25,3'lere çıkacağı tahmin edilmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 56). Nüfusun yaşlanması, doğum oranlarındaki düşüş ve doğumda yaşam beklentisinin artması ile ilgili bir gerçekliktir. Buradan yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin artması ve dolayısıyla sağlık bakım maliyetlerinin de artışı ortaya çıkacaktır.

Grafik 28'da, incelenen ülkelere ait nüfus artış hızı göstergelerine yer verilmiştir. Bu gösterge değerlendirildiğinde, 2000 yılında nüfus artış hızı negatif yönde olan 5 ülke



Grafik 28: Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkelerin Nüfus Artış Hızı

(Ukrayna, Gürcistan, Moldova, Ermenistan ve Mikronezya) olmuştur. 2016 yılları itibarıyla sağlık sistemleri açısından Ukrayna ve Moldova dışında, nüfus artış hızı pozitif yönde gerçekleşmiştir. Moğolistan için 2000 yılında nüfus artış hızı %0,9, 2005 yılında %1,2 ve 2016 yılında %1,7 olarak pozitif yönde gerçekleşmiştir. Bir ülkede nüfus artışı demek, nüfusun sağlık hizmet talebinin, sağlık harcamalarının ve dolayısıyla sağlık altyapı düzeylerinin artmasını gerektiren bir durumun ortaya çıkması demektir.

3.3.3. Finansmana Göre Sağlık Sistemi Sınıflandırılması

51 ülkenin sağlık sistemi açısından, Roemer'in sınıflandırmasına göre dört kategoride ayrılacaktır. Ülkelerin sağlık sistemlerini pek çok farklı türde gruplandıran çalışmalardan olan Milton I. Roemer sınıflandırması, en çok bilinen ve en yaygın başvuru olanlardan biridir. Bu çalışmada, bu sınıflandırma kullanılmaktadır. Roemer "Dünyanın ulusal sağlık sistemi" (1991) ve (1993) adlı çalışmasında "Ekonomik Seviye Ve Sağlık Sistemi Politikaları, Ülkelerin Sağlık Sistemi Tipleri" başlığı altında; Serbest sağlık sistemi, Refah yönelimli sağlık sistemi, Ulusal ve genel sağlık sistemleri, Sosyalist sağlık sistemi olarak dört gruba ayrılmaktadır ve her grup için ekonomik seviyesi (kişi başına düşen GSYİH) olarak sınıflandırılmaktadır (Sargutan, 2005: 412). Roemer'in (1993:336) sınıflandırmasını dikkate alan, sağlık sistemi grupları tablo 12'de görülmektedir.

Grafik 29'de görüldüğü gibi Dünya Bankası'na göre, orta gelir düzeyinin altında olan 51 ülkenin sağlık sistemi hükümetin katılımını, özel sektörün %90'dan fazla olduğu ülkeler (Kenya, Mikronezya, Pakistan, Filipinler) ve özel sektör katılımının % 60'dan fazla olan ülkeler (Bangladeş, Kamerun, Gana, Honduras, Hindistan, Endonezya, Ürdün, Kırgızistan, Fas, Sudan, Suriye, Tajikistan, Timor-Leste ve Özbekistan) olmak üzere 18 ülkeyi özel sektör ağırlıklı ülkeler olarak tanımlamaktadır. 33 ülke ise Beveridge ve Bismarck sistemi olan ülkelere oluşmaktadır. Bu bağlamda Moğolistan, Bismarck sistemi kullanılan ve hükümet %60'tan fazla katılım gösteren bir ülkedir. Ülke ekonomisi büyüdükçe, sağlık sisteminin Bismarck ve Beveridge'ye uygulanan eğilimi artmaktadır. Bismarck ve Beveridge finansman sistemine erişiminin amacı sağlık hizmetlerinin genel düzeyini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan mali yükü azaltmaktır.

Tablo 12
Ülkelerin Sağlık Sistemi Tipleri Sınıflandırması

SAĞLIK SİSTEMLERİ				GELİŞMİŞLİK VE GELİR
1. Serbest Piyasa Sağlık Sistemi/ Özel Sağlık Sigortası Kişisel Doğrudan Ödeme ve/veya İsteğe Bağlı Sigorta ağırlıklı	2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi/ Bismarck Zorunlu Hastalık veya bazen Sağlık Sosyal Sigortası ağırlıklı	3. Ulusal Sağlık Sistemi/ Beveridge Zorunlu Tam Kapsamlı Sağlık Hizmetleri Sosyal Güvenliği ağırlıklı	4. Sosyalist Sağlık Sistemi/ Merkezi Planlama Piyasa Dışı, Tümüyle Kolektif Hizmet Alanı ve Tam Güvence esaslı	Gelişmişlik Ve Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (KBGSYİH) (ABD\$) Düzeyleri
1.1. ABD	2.1. Almanya Avusturya Belçika Fransa Hollanda İsviçre Japonya Kanada Lüksemburg	3.1. Avustralya Büyük Britanya B.Arap Emirlikleri Danimarka Finlandiya İrlanda İspanya İsveç, İtalya İzlanda, Norveç	4.1. Eski Sovyetler Birliği	Çok Gelişmiş / Sanayileşmiş ve Yüksek Gelirli (12.476 ve üstü) Ülkeler
1.2. Güney Afrika Brezilya Cezayir Çin Kazakistan Peru Tayland Türkmenistan	2.2. Arjantin Çek Estonya Güney Kore İsrail, Portekiz Yunanistan Türkiye	3.2. Kuveyt Slovakya Slovenya Suudi Arabistan Yeni Zelanda	4.2. Küba Kuzey Kore	Gelişmiş ve Orta Gelir Düzeyinin Üstünde Olan (4.036-12.475) Ülkeler
1.3. Kamerun, Bangladeş Endonezya, Fas, Filipinler, Gana, Hindistan, Kenya, Kırgızistan, Özbekistan, Tajikistan, Timor- Leste, Honduras, Pakistan, Sudan Suriye, Ürdün, Mikronezya,	2.3. Tunus, Gürcistan, Cibuti, Mısır, Guatemala, Lao Moğolistan, Myanmar, Nijerya, Papua Yeni Gine Solomon Adaları, Svaziland, Vanuatu, Yemen	3.3. Ukrayna, Ermenistan, Moldova, Nikaragua, Sri Lanka, Vietnam, Kamboçya, Angora, Ermenistan, Butan, Bolivya, Cabo Verde Kongo, Fildişi Sahili El Salvador, Kiribati Lesotho, Moritanya, Zambiya	4.3. -	Gelişmekte Olan ve orta gelir düzeyinin altında olan (1.026-4.035) Ülkeler
1.4. Sierra Leone Somalia	2.4. Uganda, Zimbabve	3.4. Tanzanya Togo	4.4. -	Gelişmemiş Ve Düşük Gelirli (1.025 ve altı) Ülkeler

Kaynak: Roemer M, 1993:63, National health systems of the world
Sargutan A. E, 2005:411, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri



Grafik 29: Sağlık Sistemi Devlet Katılımına Göre Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkeler

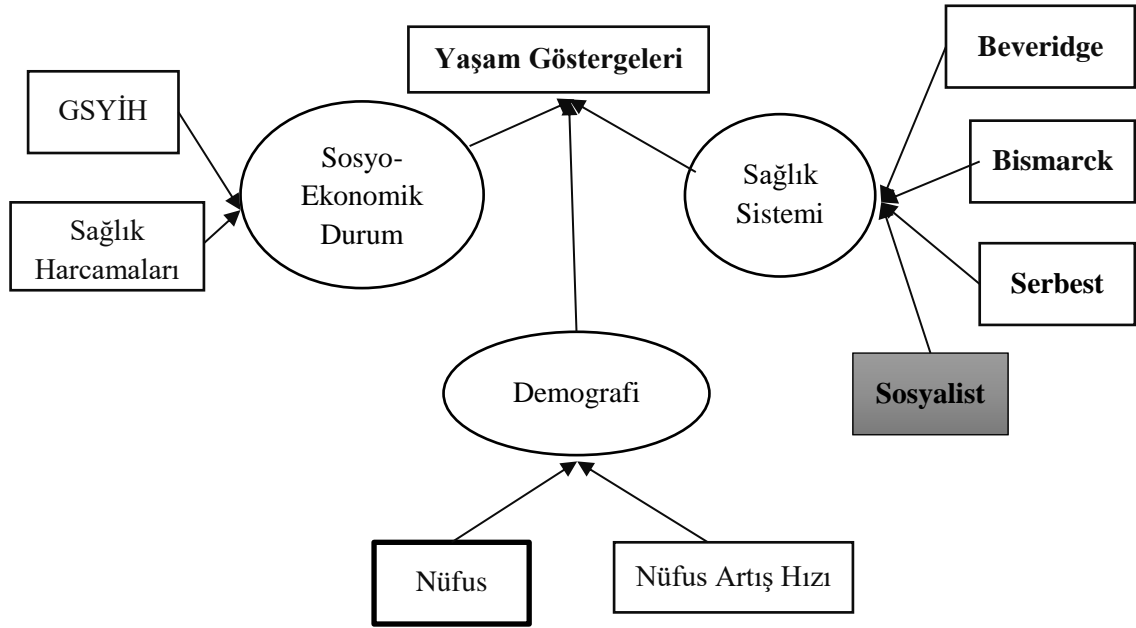
3.3.4. Sağlık Sistemlerini Değerlendirmek İçin Ekonometrik Model

Bu araştırmada panel veri modeli kullanılmaktadır ve bu model hem sabit hem de rastgele etkileri değerlendirmektedir. Kantitatif veriler, Dünya Bankası veri tabanından sağlanmakta ve Eviews 8 programını kullanılmaktadır. Yaşam göstergeleri açısından kullanılan model Şekil 4’de belirtilmiştir. Chan ve Devi’e göre (2015: 138) yaşam göstergelerini etkileyen faktörleri bir model şeklinde oluşturmuştur. bu modelde dört tip sağlık sistemi bulunmaktadır. Çalışmasa sosyalist sistem sağlık sistemi uygulayan ülke bulunmadığından, üç tip (ulusal, refah yönelimli, serbest) sistem değerlendirilmektedir.

Demografi, sosyo-ekonomik durum ve sağlık sistemi olmak üzere üç temel belirleyici faktör vardır. Demografi; dünyada veya bir ülkede bulunan nüfusun yapısını, durumunu, dinamik özelliklerini inceleyen bilim dalıdır. Sosyo-ekonomik değişkenler; kişi başına düşen GSYİH, kişi başı brüt, milli geliri, enflasyon oranı ve işsizlik oranını içermektedir. Bu kavramsal modeli analiz etmek için yapısal denklem modeli kullanılır. Yapısal denklem modeli, endojen değişkenler arasındaki ve endojen ve dışsal değişkenler arasındaki birden fazla eş zamanlı nedensel ilişkinin analizi için güçlü bir tekniktir. Panel verilerinde kullanılan iki yöntem rasgele ve sabittir. Bu iki yöntemle araştırmamız değerlendirilmektedir. Bir ülkenin sağlık sistemini değerlendirmek için birkaç gösterge vurgulanmalıdır.

- Yaşam beklentisi;
- Anne ölüm hızı;
- Bebek ölüm hızı.

Bu üç değişken bağımsız olarak ve bu değişkenleri etkileyen faktörler Şekil 4’deki şemaya göre seçilmektedir.



Şekil 4: Yaşam Göstergelerini Etkileyen Faktörler

Kaynak: Chan, M. F., & Kamala Devi, M. 2015, 136-146.

3.3.5. Yaşam Göstergeleri Ekonometrik Model

Yukarıdaki modellemeye göre, yaşam göstergeleri modelini değerlendirilmektedir. Aşağıdaki değişkenler seçilmektedir.

- LLIFE_EX- Yaşam beklentisinin logaritmanın anlamı;
- LNUM_INFANT- bebek ölüm hızının logaritmanın anlamı;
- LNUM_MATERNAL- anne ölüm hızının logaritmanın anlamı;
- LPOP – Ülkenin nüfusundan logaritmanın anlamı – nüfus büyüdükçe, teorik olarak yaşam beklentisi azalabilir.
- LGDP_PER – Kişi başına düşen GSYİH'nın logaritması - kişi başına düşen sağlık harcaması artması sağlık hizmetlerini geliştirir ve yaşam beklentisini olumlu yönde etkileyebilmektedir;
- HEALTH_GDP – GSYİH içindeki sağlık harcamaları;
- BEVERIDGE – Sağlık sektörüne devlet katılımının yüzde 90'dan fazla olduğu sistem;
- BISMARCK – Sağlık sektöründe devletin katılım oranı ağırlıklı olarak %60-90 olduğu sistem;

- SERBEST- Sağlık sektöründe özel sektör katılımının, %60'dan fazla olduğu sistemdir.

Yaşam göstergesi modelinin değişkenleri ve bunların tanım, birim ve kaynakları (Varabyova ve Schreyögg, 2013:77). Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13
Değişkenlerin açıklanması

Değişkenler	Tanım	Birim	Kaynak
LIFE_EX	Yaşam beklentisi	Yıl	DB
LNUM_INFANT	Bebek ölüm hızı	Yüzde	DB
LNUM_MATERNAL	Anne ölüm hızı	Yüzde	DB
POP	Nüfus	Sayı (Milyon)	DB
GDP_PER	Kişi başına düşen GSYİH	USD	DB
HEALTH_GDP	GSYİH içindeki sağlık harcamaları	Yüzde	DB
BEVERIDGE	Sağlık sektörüne devlet katılımı yüzde 90'dan fazla sistem	Kukla Değişken	Roemer. M
BISMARCK	Sağlık sektöründe devlet katılımı %60' dan fazla orandaki bir sistem	Kukla Değişken	Roemer. M
SERBEST	Sağlık sektöründe özel sektör katılımı %60' dan fazla oranlarda sistem	Kukla Değişken	Roemer. M

Logaritma alınmasından sonra tüm değişkenler sabit olduğu için değerlendirme yapılmıştır. Seçilen değişkenler tasarımın %50'sini açıklayabilir. Aynı zamanda test hataları kontrol edilmiştir ve karşılaştırılmıştır. Bu nedenle bu model kabul edilebilmektedir (Tablo 14).

Tablo 14
Birim Kök Test Sonuçları

Değişkenler	Lag order	The equation type			Level	
		none (b=a=0)	İntercept (a≠0, b=0)	Trend & Intercept (a≠0, b≠0)	ADF Test H0: p=0 there has unit root (P-value)	level of integration
LPOP	0		+		0.000***	I(0)
LGDP_PER	0		+		0.023**	I(0)
LLIFE_EX	0		+		0.000***	I(0)
HEALTH_GDP	0		+		0.001***	I(0)
HEALTH_PER	0		+		0.001***	I(0)
LNUM_INFANT	0		+		0.000***	I(0)
LNUM_MATERNAL	0		+		0.000***	I(0)

Level of significance 1%***, 5%** , 10%* , Author estimation

Moğolistan halkının yaş ortalamasını etkileyen faktörler ele alınmıştır. Tablo 15'e göre, yaş ortalamasının artmasını için GSYİH içindeki toplam sağlık harcamaları ve nüfusun artması yaş ortalamasını arttıran faktörler olarak görünmektedir.

Tablo 15
Yaşam Beklentisi (Moğolistan)

Dependent Variable: L(LIFE EX)
Method: Least Squares
Included observations: 16 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
L(GDP_PER)	-0.005064	0.045747	-0.110702	0.9138
HEALTH_GDP	0.694825	0.233263	2.978715	0.0125
L(HEALTH_PER)	0.003506	0.010269	0.341441	0.7392
L(POP)	8.797562	0.472314	18.62653	0.0000
C	4.032515	0.014992	268.9753	0.0000
R-squared	0.981052	Mean dependent var	4.186528	
Adjusted R-squared	0.974162	S.D. dependent var	0.031705	
S.E. of regression	0.005096	Akaike info criterion	-7.470296	
F-statistic	142.3842	Durbin-Watson stat	0.496034	
Prob(F-statistic)	0.000000			

Örnek verecek olursak GSYİH içindeki sağlık harcamalarının bir birim artması yaş ortalamasının %6.9 oranda arttırabilmektedir. Bu oranlar kişi başına harcamalar olarak dikkate alındığında ise herhangi bir etkisi olmamaktadır.

Tablo 16'ya göre, nüfus artış hızı ve GSYİH daki sağlık harcamalarının artması anne ölüm hızını azalmasına da neden olmaktadır. Yani ülkede sağlık harcamaları ne kadar artarsa anne ölüm hızı da azalır sonucunu vermektedir.

GSYİH içindeki sağlığa ayrılan payın bir birim artışı anne ölüm oranlarında %11,15 azalmaya sebep olması tahmin edilmektedir. Aynı sonuç bebek ölüm durumu için de geçerlidir. Diğer bir ifadeyle bebek ölüm hızı GSYİH daki sağlık harcamaları ve nüfus artışlarına bağlı olarak azalmaktadır. Sağlık harcamaları ne kadar artarsa ve nüfus ne kadar artarsa bebek ölüm sayısı azalmaktadır. Ancak bu sonuçlar kişi başına sağlık harcamalarında aynı neticeyi vermemektedir.

Tablo 16
Anne ve Bebek Ölüm Hızı (Moğolistan)

Dependent Variable: L(NUM MATERNAL)
Method: Least Squares
Included observations: 16 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
L(GDP_PER)	-0.739238	0.736260	-1.004044	0.3369
HEALTH_GDP	-11.15244	3.754214	-2.970645	0.0127
L(HEALTH_PER)	0.070754	0.165266	0.428124	0.6768
L(POP)	-72.78544	7.601560	-9.575067	0.0000
C	5.454064	0.241288	22.60395	0.0000
R-squared	0.934865	Mean dependent var		3.877738
Adjusted R-squared	0.911179	S.D. dependent var		0.275214
S.E. of regression	0.082021	Akaike info criterion		-1.913365
F-statistic	39.46984	Durbin-Watson stat		0.681264
Prob(F-statistic)	0.000002			

Dependent Variable: L(NUM INFANT)

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
L(GDP_PER)	-0.346538	0.482037	-0.718903	0.4872
HARCA_GDP	-8.728992	2.457924	-3.551368	0.0045
L(HARCA_PER)	0.011352	0.108201	0.104918	0.9183
L(POP)	-54.92389	4.976821	-11.03594	0.0000
C	8.604437	0.157974	54.46748	0.0000
R-squared	0.947480	Mean dependent var		7.405177
Adjusted R-squared	0.928381	S.D. dependent var		0.200661
S.E. of regression	0.053700	Akaike info criterion		-2.760489
F-statistic	49.61057	Durbin-Watson stat		0.676884
Prob(F-statistic)	0.000001			

Tablo 17’de yaşam beklentisinin ekonometri modeli görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi nüfus %1 puan artış orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerin yaşam beklentisinde %10,37’lik bir artışa sebep olmaktadır. Benzer şekilde kişi başına düşen GSYİH’nin %1 oranında artması, yaşam beklentisinin %9,4 ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki sağlığa ayrılan payın bir puan yükselmesi %19,8 yaşam beklentisini artırmaktadır. Bununla birlikte, güvenlik katsayısı %10 seviyesinde olduğunda güven olasılığı azalmaktadır. Bismarck ve Serbest piyasa sisteminin seçilmesi yaşam

beklentisinde anlamlı bir değişikliğe sebep olmamaktadır. Beveridge modeli ile diğer modeller arasında %1,5-2,0 oranında bir değişim gözlenmektedir.

Tablo 17
Yaşam Beklentisinin Ekonometri Model

Dependent Variable: LLIFE_EX
Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)
Cross-sections included: 50
Total panel (unbalanced) observations: 846

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LPOP	0.103666	0.021958	4.721036	0.0000
LGDP_PER	0.093805	0.005962	15.73269	0.0000
HEALTH_GDP	0.198055	0.114354	1.731951	0.0836
C	1.673180	0.338044	4.949597	0.0000
BEVERIDGE	0.072253	0.043607	1.656915	0.0979
BISMARCK	0.056309	0.048634	1.157813	0.2473
SERBEST	0.050591	0.051171	0.988657	0.3231

Effects Specification			
R-squared	0.513236	Mean dependent var	0.198072
Adjusted R-squared	0.509755	S.D. dependent var	0.039727
S.E. of regression	0.027762	Sum squared resid	0.646652
F-statistic	147.4382	Durbin-Watson stat	0.063517
Prob(F-statistic)	0.000000		

Hükümet katılımı %90 olan bir sağlık sistemi (Beveridge), diğer sağlık sistemi sistemleriyle kıyaslandığı zaman yaşam beklentisini %7 arttırabilmektedir. Orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerde gelir seviyesi düşük olan bireylerin sağlık hizmetine ücret ödemesi zordur. Bu nedenle, devlet ağırlıklı sistemlerin uygulandığı ülkelerin yaşam beklentisini pozitif yönde etkilemektedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi en sık kullanılan sağlık indikatörlerinden birisidir (Çınaroğlu ve Avcı, 2014:88).

Bebek ölüm oranı, bir nüfusun (çocuk, ergen, yetişkin ve yaşlı tüm nüfusun) doğum anındaki ortalama ölüm oranını göstermektedir. Tablo 18’de bebek ölüm oranların ilişkin değerlendirmeler görülmektedir. Tabloya göre GSYİH içindeki sağlık hizmetlerine yapılan harcamada 1 birimin artış bebek ölümlerinde %7,86 azalmaya sebep olacağı tahmin edilmektedir. Benzer şekilde GSYİH’da sağlığa ayrılan paydaki 1 puanla artışın bebek ölümlerinde ciddi düşüşlere sebep olmaktadır. Yani nüfus arttıkça bebek ölüm hızı

artar ve kişi başına düşen GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı azalmaktadır.

Tablo 18
Bebek Ölüm Hızı

Dependent Variable: LNUM_INFANT
Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)
Cross-sections included: 50
Total panel (balanced) observations: 750

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LPOP	0.456931	0.105871	4.315943	0.0000
LGDP_PER	-0.786452	0.034520	-22.78243	0.0000
HEALTH_GDP	-1.193660	0.303440	-3.933754	0.0001
C	8.806262	1.756293	5.014119	0.0000
BEVERIDGE	-0.640519	0.255431	-2.507602	0.0124
BISMARCK	-0.565811	0.291682	-1.939824	0.0528
SERBEST	-0.441947	0.278764	-1.585381	0.1133

Effects Specification			
R-squared	0.577282	Mean dependent var	0.307070
Adjusted R-squared	0.573868	S.D. dependent var	0.169165
S.E. of regression	0.110429	Sum squared resid	9.060555
F-statistic	169.1120	Durbin-Watson stat	0.122284
Prob(F-statistic)	0.000000		

Hükümetin ağırlıklı olarak %90 (Beveridge) ve %60-90'a katılım (Bismarck) sağlık sistemlerinin, bebek ölüm oranını sırasıyla %64 ve %56 oranında azaltmaktadır. Orta gelir düzeyinin altında olan ülkelere göre, nüfusun gelir seviyesi yüksek olanlar özel sektörlerden hizmet alıp kamu sektöründeki hizmet alanların pay yükünü azaltacaktır. Bu durum düşük gelirli insanların kamu sektörüne girmelerini sağlayacaktır. Düşük gelirli ülkelerde özel sektör ağırlığı sağlık sistemi (Serbest), bebek ölüm hızı azaltmamasına ilişkin bulgu istatistik olarak anlamlı değildir. Bebek ölüm hızı, anne ve yeni doğanların ekonomik ve sosyal durumlarının, sosyal çevrenin, kişisel hayat tarzlarının ve dolayısıyla sağlık sistemlerinin karakteristiğini yansıtmaktadır. Çoğu ülkede sağlık ile ilgili harcamaların yüksekliği ile düşük bebek ölüm hızları arasında bir ilişki bulunmasına rağmen bazı ülkelerde sağlıkla ilgili harcamalar az olmasına rağmen bebek ölüm hızları

düşük olabilmektedir. Bu durum, bebek ölüm hızlarını en aza indirebilmek için yüksek sağlık harcaması yapmanın bir şart olmadığını göstermektedir (OECD, 2015:32).

Tablo 19'a göre nüfus arttıkça, anne ölüm hızı henüz artmaz iken kişi başına düşen GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı artarken anne ölüm hızı azalmaktadır.

Tablo 19
Anne Ölüm Hızı

Dependent Variable: LNUM_MATERNAL
Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)
Cross-sections included: 50
Total panel (unbalanced) observations: 846

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LPOP	0.152011	0.123207	1.233778	0.2176
LGDP_PER	-0.679827	0.037741	-18.01307	0.0000
HEALTH_GDP	-0.893695	0.483009	-1.850265	0.0646
C	10.02701	1.949380	5.143690	0.0000
BEVERIDGE	-1.067750	0.293354	-3.639804	0.0003
BISMARCK	-0.870653	0.293810	-2.963314	0.0031
SERBEST	-0.808524	0.287680	-2.810499	0.0051

Effects Specification

R-squared	0.432001	Mean dependent var	0.171549
Adjusted R-squared	0.427939	S.D. dependent var	0.200538
S.E. of regression	0.151769	Sum squared resid	19.32547
F-statistic	106.3524	Durbin-Watson stat	0.132056
Prob(F-statistic)	0.000000		

Sağlık sisteminin %90 (Beveridge) ve %60-90'ına (Bismarck) sahip olan devlet sağlık sistemi, anne ölüm oranını sırasıyla %106 ve %87 oranında azaltmaktadır. Düşük gelirli ülkelere göre, gelir düzeyi yüksek hizmet alanlar özel sektörlerden hizmet alıp kamu sektöründeki yükü azaltacaktır. Bu durum, düşük gelirli insanların kamu sektörüne girmelerini sağlayacaktır.

Sağlık sistem ve yaşam beklentisi, bebek, anne ölüm hızı ve doğurganlık oranı unsurlarından seçilen etkinlik göstergeleri değerlendirildiğinde, her bir ülkenin ekonomik, kültürel, siyasi ve sosyal bakımdan farklılık içeren yapılarının olduğu görülmektedir. Özellikle ülkeler arasındaki kişi başına düşen gelir farklılıkları gelişmişlik

düzeylerinin belirleyici unsurları arasında yer almaktadır. Özet olarak günümüzde altyapı, demografik ve ekonomik göstergelerdeki dönüşüm, sağlık sistemlerinin ve bu sistemlerin parçası olan alt sistemlerini (sosyal güvenlik sistemleri, sağlık sunum sistemleri vb.) yaşadığı ya da yaşayacağı mali krizlerin sorumlusu olarak değerlendirilmekte olduklarıdır. (Çelebi ve Cura, 2013: 64).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Her ülkede, tek bir sağlık sistemi modelinin kullanılması mümkün değildir. Sağlık sistemleri diğer hizmet sistemleri gibi toplumların sosyal, kültürel ve geleneksel beklentilerini, yaşam tarzlarını ve politik sistemlerini yansıtmaktadır. Bu nedenle sağlık sistemleri tüm dünyada farklılıklar göstermektedir. Ülkeler çoğu zaman tek bir finansman modeli ve sabit bir sağlık hizmeti sunucusunu takip etmemekte ve zaman içerisinde politika değişikliklerine gidebilmektedirler (Temgilimoğlu ve diğ, 2014: 305). Fakat, literatürde Roemer'in (1993:61) devletin sağlık sistemindeki müdahalesini ve finansman sistemi önemli bir yer tutmaktadır. Roemer'e göre devletin sağlık sisteminde finansmanı ve sağlık hizmetlerini sağladığı kuruma göre dört ana başlık altında sınıflandırılmıştır. Bunlar sırasıyla; Ulusal Tipte (Beveridge), Refah Yönelimli (Bismarck), Ulusal Sağlık Sigortası, Serbest Piyasa Yönelimli sağlık sistem modelleridir (Tatar ve diğ, 2011:110-111).

Bu çalışmanın amacı, Moğolistan sağlık sisteminin mevcut durumunu belirlemek, sağlık göstergeleri bakımından orta gelir düzeyinin altında olan ülkelere uygulama örnekleri verilerek hangi modelin daha iyi olduğunu değerlendirmektir. Bununla ilgili demografik, sağlık ve ekonomik göstergelere ilişkin veriler karşılaştırılmıştır. Çalışmada, başlıca sağlık sistemi performans göstergelerinin sağlık literatüründe kullanılan doğumdan beklenen yaşam beklentisi, bebek ve anne ölüm hızları gibi sağlık indikatörleri olarak ele alınmıştır. Çalışmada, 2000-2015 döneminde seçilmiş ülkelerin sağlık düzeyinin sosyo-ekonomik belirleyicileri Panel Veri Analizi Yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Bu yöntem, zaman boyutuna ait yatay kesit verilerinin kullanılmasıyla ekonomik ilişkilerin tahmin edilmesi yöntemidir. Çalışmada bu yönteminin seçilmesinin birçok nedeni bulunmaktadır. Bu bağlamda yöntem, önemli avantajlara sahip olması nedeniyle diğer ekonometrik analiz yöntemlerine göre öne çıkan analiz yöntemlerinden birisidir. Bu analizin en önemli özelliği zaman serileri ile yatay kesit serilerini bir araya getirerek, hem zaman hem de kesit boyutuna sahip bir veri setinin oluşturulmasına imkan tanınmasıdır (Kılıç, 2014: 125).

Sağlık sistemi değerlendirmesi için önemli göstergeler olarak (sağlık göstergeleri, demografik ve ekonomik açısından) ele alınmaktadır. Moğolistan için sadece 3 milyon

kişi olduğu için bu ülkelerden nüfus az olan ülke olarak 51 (orta gelir düzeyinin altında olan) ülkeden 39. sırada gösterilmektedir.

Moğolistan'da 1000 kişi başına düşen hekim sayısı, hastane yatak sayısı, kişi başına düşen GSYİH ve kişi başına düşen toplam sağlık harcaması diğer ülkelerle kıyasladığı zaman ön sırada yer almaktadır. Fakat, GSYİH büyüme hızı ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı için yavaş artmakta olan ülkelerden biridir. Yaşam göstergeleri açısından 1000 kişiye düşen hekim, yatak sayısı ve kişi başına düşen GSYİH'ye iyi olduğundan dolayı anne ve bebek ölüm hızı az olan ülke, yaşam süresi için ortalama oranında yakın ve doğurganlık oranı bakıldığı zaman ortalamadan daha düşük seviyededir. Bundan dolayı Moğolistan'ın nüfusu yavaş artmaktadır. Ortalama yaşam süresi 2000, 2005 ve 2015 yılları ile kıyaslandığında artmıştır. Bilimin gelişmesiyle birlikte, orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerin çoğunda da ortalama yaşam süresi artmıştır.

Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı çoğu ülkede 2000 yılından bu yana pek değişmemiştir. Moğolistan için 2000 yılında %5 iken 2014 yılında ise %5.9 olarak yükseltmiştir. Ayrıca, Moğolistan'da 2000 yılında kişi başına düşen GSYİH 474 ABD doları iken bu rakam 2016 yılında 3694 ABD doları olarak 7.8 kat yükseltmiştir. Kişi başına düşen GSYİH açısından en etkin durumda olan ülkeler ise Moğolistan, Sri Lanka Mısır, Tunus ve Endonezya'dır. İlgili gösterge açısından en zayıf durumda olan ülkeler 2015 yılı sonu itibarıyla Kiribati'de 1.955 ABD doları ve Timor-Leste'de 1.985 ABD dolarıdır. Orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerin kişi başına düşen toplam sağlık harcaması genel olarak artmıştır. Bu artışa Moğolistan'da dahil olmaktadır ve 3 kat daha artma olmuştur. Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması açısından; Ulusal Tıp Sağlık Sistemi uygulayan ülkeler (El Salvador ve Moldova), Refah Yönelimli Tıp Sağlık Sistemine dahil olan ülkeler (Tunus, Svaziland ve Gürcistan) ile Mikronezya, Ürdün (Serbest Piyasa Tipi) en etkin konumda bulunmaktadır. En zayıf olan ülke ise 2015 yılı sonu itibarıyla 30 ABD dolarlık kişi başı harcama düzeyine sahip olan Bangladeş (Serbest Piyasa Tipi) olmuştur. Moğolistan için kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 2015 yılında 195.33 ABD doları olarak belirtmiştir. Genel olarak toplam sağlık harcamalarında ve kişi başına düşen sağlık harcamalarında dönem başından dönem sonuna kadar geçen sürede istikrarlı bir biçimde artış eğiliminin olduğu gözlenmiştir (Öngel ve Altındağ,

2014: 16). 2000-2015 yılları arasında gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı açısından ülkeler incelendiğinde, sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar bir önceki dönemlere göre artış olmuştur. Seçilen ülkelerdeki dönem ortalamaları itibarıyla toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı arttıkça, diğer etkinlik göstergelerinde de istisnalar hariç genel itibarıyla olumlu yönde değişimin olduğu bir eğilim gerçekleşmiştir. Bu durum, ülkelerdeki sağlık sistemleri içerisinde sunulan sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde sağlık harcamalarının gerek sağlık koşullarının gerekse de yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi açısından ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Çelebi ve Cura, 2013: 55).

Kişi başına düşen GSYİH zaman geçtikçe büyümekte ve ortalama doğurganlık oranı zaman gittikçe artması sağlık sisteminin sonucunun iyi olduğunu göstermektedir. Moğolistan'da doğurganlık oranı 2000 yılında 2.14 ve 2015 yılında 2.79 olup artış göstermiştir. Orta gelir düzeyinin altında olan ülkelere göre toplam doğurganlık oranı genel olarak düşmektedir. Ülkelerin yaşam koşullarının değişmesi, yaşlı nüfusta artış olmasına ve doğurganlık oranlarının azalmasına yol açabilmektedir. Doğurganlığın azalması, anne ve bebek sağlığının olumsuz etkilenmesini engelleyebilir bir durum olarak değerlendirilmektedir. Ancak geleceğe dönük projeksiyonlar çerçevesinde doğurganlık oranı ve dolayısıyla nüfusu azalan ve yaşlı nüfusu artan ülkelerin nüfus ve sağlık stratejilerini yeniden gözden geçirmeleri gerekmektedir. Bu bakış açısına göre, yaşlanan nüfusla beraber doğurganlık oranlarında düşmekte olduğu görülmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresine göre Ulusal ve Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemlerine sahip ülkeler etkin konumda bulunmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 45).

Bu çalışmada ayrıca sağlık sistemleri ve bu farklı sağlık sistemlerine sahip olan ülkelerin sağlık ile ilgili hedeflerine ne kadar ulaştıkları değerlendirilip karşılaştırılmıştır. Fakat göreceli olarak daha az sağlık harcaması yapan Bismarck ülkelerindeki ortalama yaşam süresi diğer model ülkelerinden daha yüksektir (Çetinkaya ve Daştan, 2015: 108). Bunun nedeni Bismarck modelinin amacı olan dayanışmadır. Bu açıdan daha çok nüfusa sağlık hizmetinin ulaşabilmesi mümkün olabilmektedir.

Bu çalışmada sağlık kavramı üzerinde durularak sağlık ekonomisi hakkında bilgiler verilmiş, sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki, dünyada gelişmişlik göstergesi olarak belirlenmiş sağlık göstergeleri kullanılarak değerlendirilmeye çalışılmıştır (Akın, 2007:

6). Sağlık göstergeleri dünya genelinde gelişmişlik göstergelerinden biri olarak bilinmektedir. Bir ülkenin bebek ve anne ölüm oranları ile doğumda yaşam beklentisinde meydana gelen iyileşmelerin işgücü arzı üzerinde önemli etkileri vardır. Yapılan deneysel araştırmalar sonucunda, bebek ve çocuk ölüm hızlarının diğer ülkelere göre daha düşük olduğu ve ortalama yaşam süresinin yüksek olduğu toplumlarda insanların genel sağlık durumlarının diğer ülkelere göre daha iyi olduğu söylenebilir. Nüfusun gelir düzeyi arttıkça kendi temel ve ikincil ihtiyaçlarını karşılama imkanı da o kadar artmaktadır.

Doğumda beklenen yaşam süresi, en sık kullanılan sağlık göstergelerden birisidir. Bir nüfusun (çocuk, ergen, yetişkin ve yaşlı tüm nüfusun) doğum anındaki ortalama yaşam süresini gösterir. DSÖ'nün verilerine göre dünya üzerindeki tüm ülkelerde doğuştan beklenen yaşam süresi 70 yaş civarındadır (Çetinkaya ve Daştan, 2015: 113). Gelişmekte olan ülkelerde bu rakam 60'lı yaşlara kadar düşerken gelişmiş ülkelerde bu oran 80 yaş ve üzerine kadar ulaşmıştır.

Bulgular (ekonometri model) incelendiği zaman; kişi başına düşen GSYİH'nin %1 oranında artması, yaşam beklentisini %9,4 oranında arttırmayı sağlamaktadır. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı bir puan arttığı zaman yaşam beklentisinin artışı % 19,8'dir. Bununla birlikte, güvenilirlik katsayısı % 10 seviyesinde olduğundan bu sonucun güven olasılığı azalmaktadır. Çetinkaya ve Daştan (2015:131)'a göre kişi başı sağlık harcamalarındaki artışlar ile ortalama yaşam süresi arasında pozitif bir ilişki olduğu gözle çarpılmaktadır.

Rukiye (2011:5)'e göre sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artışına neden olan etkenler; ortalama yaşam süresindeki artış, hastalık yapılarındaki değişiklikler, teknolojik gelişmeler ile sağlık hizmetine olan talebin artmasıdır. Devlet katılımı % 90 olan bir sağlık sistemi (Beveridge), diğer sağlık sistemi sistemleriyle kıyaslandığı zaman yaşam beklentisini % 7 arttırabilmektedir. Orta gelir düzeyinin altında olan ülkeler için gelir seviyesi düşük hizmet alanlar sağlık hizmetine ücret ödemesi zordur. Bu nedenle, devletin ağırlıklı sistemler uyguladığı ülkelerin yaşam beklentisini pozitif yönde etkilemektedir.

Devlet ağırlığı %60-90 olan Bismarck sağlık sistemi ve Serbest sağlık sistemi olan ülkeler pozitifdir ama etkili değildir. Çünkü her iki sistem sürecinde nüfusa düşen finans yükü sorunu ortaya çıkabilmektedir.

Bebek ölüm hızı, anne ve yeni doğanların ekonomik ve sosyal durumlarının, sosyal çevrenin, kişisel hayat tarzlarının ilişkilerinden sağlık sistemlerinin etkili veya etkisiz olduğunu açıklamak mümkündür. Çalışma sonucunda örnek olarak aşağıdaki bir kaç sonuç gösterilebilir.

- Bulgulara göre, nüfus arttıkça bebek ölüm hızı artar ve kişi başına düşen GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı azalmaktadır. Daştan ve Çetinkaya (2015:131)'ya göre kişi başı harcamalar arttıkça bebek ölüm oranlarındaki azalma hızı yavaşlamaktadır. Hem bulaşıcı hastalıklar, hem de nüfusun finansal yükü, sağlık hizmetlerinin sunulması gibi bir kaç hizmete engel olabilir.
- Bulgulara (ekonometrik modele) göre, hükümetlerin ağırlıklı olarak % 90 olan Beveridge ve % 60-90 olan Bismarck sağlık sistemlerinin bebek ölüm oranını % 64 ve % 56 oranında azaltmaktadır. Orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerde, nüfusun gelir seviyesi yüksek olan kişiler, özel sektörlerden hizmet alıp; kamu sektöründen hizmet alan kişi sayısını azaltmakta ve hizmet kalitesini arttırmaktadır. Bu durum düşük gelirli insanların kamu sektörüne girmelerini sağlayacaktır. Böylece, Bismarck sağlık sistemine sahip ülkelerin % 56 oranında bebek ölüm oranını azaltmaktadır.

Daştan ve Çetinkaya (2015:131)'ya göre de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Bismarck ülkelerinden daha fazla olan Beveridge ülkelerinde görülen bebek ölüm hızları diğer ülkelerden çok daha düşüktür. Fakat göreceli olarak daha az sağlık harcaması yapan Bismarck ülkelerindeki doğumda beklenen yaşam süresi ise diğer modelleri kullanan ülkelerden daha yüksek olduğunu belirtmektedir.

Orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerde özel sektör ağırlığı Serbest sağlık sistemi bebek ölüm hızını azaltmamaktadır ancak bu yargı, istatistiksel olarak geçerli değildir.

Çoğu ülkede sağlık ile ilgili harcamaların yüksekliği ile düşük bebek ölüm hızları arasında bir ilişki bulunmasına rağmen bazı ülkelerde sağlıkla ilgili harcamalar az olmasına rağmen bebek ölüm hızları düşük olabilmektedir. Ayrıca, iyi bir sağlık yönetimi yapısı aracılığıyla iktisadın ana amacına göre az maliyetle yüksek performans elde edilmesi mümkündür. Bu durum, bebek ölüm hızlarını en aza indirebilmek için yüksek sağlık harcaması yapmanın bir şart olmadığını göstermektedir (Tıraş ve Hüseyin, 2017: 203). Hayran ve Sur (1997; 29)'a göre öğrenim düzeyi düşük, doğurganlık düzeyi yüksek,

sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel yönden geri kalmış ailelerin bulunduğu, temel sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı yörelerde bebek ölüm hızı yüksektir.

- Bulgulara göre, nüfus arttıkça, anne ölüm hızı henüz artmaz iken kişi başına düşen GSYİH ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı artarken anne ölüm hızı azalmaktadır. Hem de annelerin eğitim düzeyi arttıkça anne ve bebek ölüm hızı azalmaktadır.
- Bulgulara (ekonometrik modele) göre, sağlık sisteminin % 90 olan Beveridge ve % 60-90 olan Bismarck sağlık sistemi, anne ölüm oranını %106 ve %87 oranında azaltmaktadır. Orta gelir düzeyinin altında olan ülkelere göre, gelir düzeyi yüksek olanlar özel sektörlerden hizmet alıp kamu sektöründeki yükü azaltacaktır. Bu durum, düşük gelirli insanların kamu sektörüne girmelerini sağlayacaktır.
- Bulgulara (ekonometrik modele) göre, orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerde özel sektör ağırlılığı (Serbest), bir sağlık sistemi için anne ölüm oranları %80 azalmaktadır ve anne ölümlerinde istatistiksel olarak 3 sistemden devlete ait sistemler anlamlıdır.

Genel olarak anne ölüm hızının yüksek olması o yörede temel sağlık hizmetlerinin yeterince örgütlenmediğini ya da ulaşılmadığının bir göstergesidir (Sur ve Hayran, 1997: 30)

Sağlık sistem ve yaşam beklentisi, bebek ve anne ölüm hızı unsurlarından seçilen etkinlik göstergeleri değerlendirildiğinde, her bir ülkenin ekonomik, kültürel, siyasi ve sosyal bakımdan farklılık içeren yapılarının olduğu görülmektedir. Özellikle ülkeler arasındaki kişi başına düşen gelir farklılıkları gelişmişlik düzeylerinin belirleyici unsurları arasında yer almaktadır (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009: 29). Dolayısıyla ülkelerin gelir düzeylerini yükseltmek, ülkelerdeki sağlık harcamalarının artması, nüfusun yaşlanması, teknolojik değişim ve tıbbın ilerlemesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilinci, kentsel ve sosyal değerlerdeki değişimler ve sektörler arası işbirliği gibi faktörler etkili olmaktadır.

Doğuştaki beklenen yaşam süresindeki artışların ve doğurganlık oranındaki azalışların, gelecek yıllarda, orta gelir düzeyinin altında olan ülkelerin sağlık, emeklilik ve eğitim düzeylerini de olumsuz etkileyebileceği öngörülmektedir. Dolayısıyla göstergeler açısından gözlemlenen iyileşmelerin eğer doğru strateji belirlenmezse, yüksek maliyetlerinin ortaya çıkacağı da tahmin edilmektedir. Bu stratejilerin başında da sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için gerçekleştirilen harcamalarda etkinliğin sağlanması

gelmektedir. Aksi halde, göstergelere göre etkin durumda olan Ulusal ve Refah Yönelimli Tıp Sağlık Sistemlerine sahip ülkeler başta olmak üzere seçilen tüm ülke sağlık sistemlerinin etkinlikten uzaklaşması kaçınılmaz hale gelecektir (Çelebi ve Cura; 2013: 64).

Moğolistan'daki mevcut sağlık sistemi, teknolojinin tıbbi çıkarımlarında ve vatandaşların ihtiyaçlarında yetersiz, bürokratik, külfetli ve verimsizdir. Sağlık kurumları için rekabetçi bir ortam yaratmak, yeni bir sağlık hizmetine odaklı ve uluslararası standarttaki sigortacılığa dayalı ve talepkar sistemlerdir. Bugün ise sistemin gelişmesi için komplike ve bilinçli bir sosyo-ekonomik duruma ihtiyaç duyulmaktadır. Moğolistan'ın mevcut sağlık sektörü kalkınma politikası, hastalara adil ve ulaşılabilir nitelikte sağlık hizmetleri sunmak, hastalık ve ölüm oranlarını sürekli olarak azaltmak, doğru nüfus artışına teşvik etmek ve yaşam beklentisini arttırmaktır. Moğolistan'daki sağlık sistemini yönetimi ve finansman açısından yenilemek için aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- Sağlık sistemi yönetimi ve hizmetini tüm düzeylerine uygun entegre bir bilgi sistemi kurmak,
- Özel sağlık sigortası sistemini geliştirmek,
- Sağlık sigortalarının haklarını genişletmek, hizmet kalitesini arttırmak,
- Yoksul ve işsizlere sağlık hizmeti sunmak için özel bir program geliştirmek,
- Temel tıbbi bakım hizmetlerine erişimi ücretsiz olarak imkanı sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek ve indirimli tarifeler ayarlayarak erişimi artırmak,
- Mevcut küresel standartlara uygun olarak her sağlık kuruluşu için hizmet teknolojileri ve ilgili ekipmanların düzenli bakımı için bir sistem kurmak,
- Hastanelerinde yeni teknoloji ile yeni ve iyileştirilmiş MRI sağlayarak bilgisayarlı tomografi ve anjiyografi gibi ekipmanların kararlı çalışmasını sağlamak,
- Devlet tarafından toplumun sağlık sigorta kapsamını yükseltmeye yönelik politika uygulamak,
- Nüfusun gelir düzeyini geliştirmek için devlet tarafından işsizliği azaltmaya yönelik politika uygulamak,
- Sağlık Bakanlığı tarafından 5-10 yılı kapsayan stratejik planlamayı geliştirmek,
- Sağlık sektöründeki finansman ve maliyetlerin sürekli kontrol etmek, finans denetim sistemi geliştirmek,

- Sağlık bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinin ücretinin sürekli kontrol etmek,
- Sağlık hizmetlerinin kalitesi, hizmet kapsamı, hizmet standardı, ulaşılabilirliği geliştirmek için sağlık bakanlığı-hastane-hasta arasındaki 3 taraflı işbirliği iyileştirmek, net bilgi sistemi kurmak,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık harcamalarını yükseltmek,
- Sağlık sektöründeki her seviyedeki yöneticilerin becerilerini yükseltmek için sürekli eğitim programları geliştirmek,
- Düşük kalite ile sağlık hizmeti veren özel hastanelerin sayısını azaltmaya yönelik politika uygulamak, akreditasyon sisteminin kriterlerini geliştirmek,
- Çevre Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı gibi sağlık ile doğrudan ilişkili bakanlıklar ile Sağlık Bakanlığı arasındaki işbirliğini geliştirmek,

Moğolistan'da çocuk doktorları, hemşireler, patologlar ve doktorlar yetersizdir. Sağlık çalışanlarının yüksek bir sorumluluk ve iş yükü vardır. Ancak maaşları gerçek değerinden 5-10 kat daha düşüktür. Başkentte, kırsal alanlarda uzman sağlık personeli eksikliği, koordinasyon ve koordinasyon eksikliğinin olduğunu görülmektedir. Önerileri şu şekilde sıralayabiliriz:

- Eğitim, Kültür, Bilim ve Spor Bakanlığı'na ek olarak, sağlık eğitim kurumlarının Sağlık Bakanlığı yeterliliklerine uyması ve insan kaynaklarının hizmet öncesi eğitim sistemini yükseltmesi gerekmektedir.
- Sağlık sektörünün sosyal refahının iyileştirilmesi, sağlık çalışanlarının iş yükünün hesaplanması, normların belirlenmesi ve yeni bir maaş ve teşvik sisteminin oluşturulması, çalışma ortamının iyileştirilmesi için bir program uygulanması,
- Lisansüstü eğitim için finansmanı arttırıp ve ikamet uygulamalarına ödeme yapmak için şartlar yaratılmasıdır.
- Sağlık hizmetlerin kalitesini yükseltmek için sağlık personelerine yönelik örgüt içi ve örgüt dışı eğitim programları uygulanması, yurtdışında eğitim alma imkanları sağlanması,
- 1000 kişi başına düşen hekim, hemşire ve ebe sayısını arttırmak için tıp fakültesi ve hastaneler arasındaki ilişkiyi iyileştirmesi. Gelecekteki riskleri önlemek için yeni tıp mezun olanlara yönelik programlar uygulanmak.

Sağlık hizmeti açısından yenileme yapmak için aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- Toplumun sađlık eđitimi dűzeyini arttırmak için topluma sađlık eđitimi vermeye yűnelik politika uygulanması, televizyon, radyo, gazete vb. araçların kullanılması,
- lke nűfusunun eriřebileceđi ilçe hastanelerine gerekli hizmetleri sađlamak için dijital rűntgen cihazları, elastik teleskoplar, acil durum aracı, neonatal, cerrahi ekipmanlar tedarik etmek,
- Hasta beklentisini azaltmak için e-bilgi sistemini her hastanede uygulamak,
- Sađlık ocađı, sađlık evi, sađlık merkezi gibi birinci basamakta sađlık hizmeti veren merkezlerde yařlı nűfusa yűnelik eđitim programları uygulanması,
- Hastane yűkűnű azaltmak için sevk-zinciri sisteminin iyi organize edilmesi,
- Hasta memnuniyetini arttırmak için hastane çevresi, hekim-hasta iliřki, hekim mesleki becerisi vb. hasta memnuniyetini etkileyen faktűrlere yűnelik programlar uygulanması,

Ana-ocuk sağlığı açısından yenileme yapmak için aşağıdaki űneriler yapılabilir:

- Artan dođumlar ile birlikte anne ve ocuk hizmetlerine yetersiz eriřim, anne ve ocuk űlűmleri artmaktadır. Bu durumu çözme yűntemi ise:
- “Kadın Dođum Hastanelerinin Yapısı ve Operasyonları” (MNS 6288: 2010) standardına gűre gerekli malzemelerin ve personel kaynaklarının sađlanması için űcret ve bűteyi arttırmak gerekir.
- Üreme sađlıđı hizmetlerinin kalitesini ve kullanılabilirliđini destekleyerek anne ve ocuk űlűmlerini etkileyen faktűrleri azaltmak. Anne ve ocuk űlűmlerini ve kűtű beslenmenin dođru bir řekilde azaltılması sađlanmaktadır.
- Genel ilçe hastanelerinin kapasitesini arttırmak, yenidođan bakımı ve hizmet birimlerini dűzenlemek ve bűteye ilgili finansmanı dahil etmek.
- Hamile kadınların doğum űncesi ve doğum sonrası bilgilerini arttırmak, sağlık ocağı, sağlık evi, sağlık merkezi gibi birinci basamakta sağlık hizmeti veren merkezlerde hamile kadınlara yűnelik eğitim programları uygulanması,
- Hamile kadınların dođum sűresindeki kontrolű arttırmak için birinci basamak hastaneler, sađlık ocađı, sađlık evi ve sađlık merkezlerindeki hamilelere űzen gűstermesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Kitaplar

- ATABEY, S. E. (2016). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Gazi Kitapevi, Ankara.
- ATEŞ, M. (2016). Sağlık sistemleri. Beta. 3. Baskı , İstanbul
- BOLORMAA, T., Natsagdorj, T., Tumurbat, B., Bujln, T., Bulganchlmeg, B., Soyoltuya, B., ... & World Health Organization. (2007). Health systems in transition: Mongolia: health system review.
- BURAZERİ, G., & Kragelj, L. Z. (2013). Health: Systems–Lifestyle–Policies.
- ÇETİN, R. (2013). Ekonomik özgürlüğün gelir düzeyi üzerindeki etkisinin panel veri analizi yöntemiyle incelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 8(2).
- FULOP, T & Roemer, M. I. (1982). International Development of Health Manpower Policy. WHO Offset Publication No. 61.
- GOTTRET, P. E., & Schieber, G. (2006). Health financing revisited: a practitioner's guide. World Bank Publications.
- HAYRAN, O & Sur, H. (1997). Hastane yöneticiliği. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd., İstanbul.
- HSIAO, W (2003). What is a Health System? Why Should We Care?, Harvard School of Public Health
- OECD Indicators, (2015). Health at a Glance 2011. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- KALKINMA BAKANLIĞI, (2014). Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Onuncu Kalkınma Planı, 2018.
- KARASAR, N. (2015). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 28. Baskı, Ankara
- KAVUNCUBAŞI, Ş., & Yıldırım, S. (2015). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. Siyasal Kitabevi.
- ROEMER, M. I. (1993). National health systems of the world. oxford university press.
- SARGUTAN, A. E. (2006). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- SELİN, E. A. (2016). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. 2. Baskı

- TATAR, M., Mollahaliloglu, S., Sahin, B., Aydın, S., Maresso, A., & Hernández-Quevedo, C. (2011). Health systems in transition. *Health*, 13(6).
- TSİLAAJAV, T., Ser-Od, E., Baasai, B., Byambaa, G., & Shagdarsuren, O. (2013). Mongolia health system review. *Health systems in transition*, 3(2), 184.
- TENGİLİMOĞLU, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi.
- WHO, (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization.
- WHO, (2007). Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. Geneva.

Sürelî Yayınlar

- AZARİAN, R. (2011). Potentials and limitations of comparative method in social science. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(4), 113-125.
- BAYARSAİKHAN, D., Kwon, S., & Ron, A. (2005). Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges and lessons. *International Social Security Review*, 58(4), 27-44.
- BİLAS, V., Franc, S., & Bošnjak, M. (2014). Determinant factors of life expectancy at birth in the European Union countries. *Collegium antropologicum*, 38(1), 1-9.
- BÖHM, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3), 258-269.
- BUİTER, W. H., Rahbari, E., & Michels, J. (2011). The implications of intra-euro area imbalances in credit flows. *CEPR policy insight*, 57, 1-14.
- BURAU, V., & Blank, R. H. (2006). Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems. *Journal of comparative policy analysis*, 8(01), 63-76.
- BYAMBAA, R., & Tumurbat, B. (2005). Level of inappropriate admissions at hospitals of UB city. *Mongolian Medicine*,(), 555.
- CHAN, M. F., & Kamala Devi, M. (2015). Factors Affecting Life Expectancy: Evidence From 1980-2009 Data in Singapore, Malaysia, and Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), 136-146.
- ÇELEBİ, K., & Cura, S. (2013). Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri: karşılaştırmalı bir analiz. *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.

- ÇİNAROĞLU, S ve Keziban, (2014). Dünya Sağlık Örgütü'ne Üye Ülkelerin Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Bakımından Veri Madenciliği Yöntemleri Kullanılarak Sınıflandırılması. *Ekonometri Ve İstatistik E-Dergisi*, (20), 88-103.
- DAŞTAN, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- ETHEREDGE, L. M. (2007). A rapid-learning health system. *Health affairs*, 26(2), w107-w118.
- FREEMAN, R., & Frisina, L. (2010). Health care systems and the problem of classification. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1-2), 163-178.
- FREEMAN, R., & Moran, M. (2000). Reforming health care in Europe. *West European Politics*, 23(2), 35-58.
- GANBOLD, L ve Dünser, M. W., Baelani, I. (2017). A review and analysis of intensive care medicine in the least developed countries. *Critical care medicine*, 34(4), 1234-1242.
- HSIAO, C. (2007). Panel data analysis—advantages and challenges. *Test*, 16(1), 1-22.
- KİSA, A. (2007). A comparative analysis of the European Union's and Turkey's health status: How health-care services might affect Turkey's accession to the EU. *Public Health Reports*, 122(5), 693.
- KILIÇ, C., Bayar, Y., & Özekicioğlu, H. (2014). Araştırma Geliştirme Harcamalarının Yüksek Teknoloji Ürün İhracatı Üzerindeki Etkisi: G-8 Ülkeleri İçin Bir Panel Veri Analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (44), 115-130.
- LAMEIRE, N., Joffe, P ve Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems—an international review: an overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(suppl_6), 3-9.
- LHAMSUREN, K., Choijljav, T., Budbazar, E., Vanchinkhuu, S., Blanc, D. C., & Grundy, J. (2012). Taking action on the social determinants of health: improving health access for the urban poor in Mongolia. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 15.
- LİAROPOULOS, L., & Goranitis, I. (2015). Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 80.

- Lo Storto, C., & Goncharuk, A. G. (2017). Efficiency vs Effectiveness: a Benchmarking Study on European Healthcare Systems. *Economics & Sociology*, 10(3), 102-115.
- MILLS, M., Van de Bunt, G. G., & De Bruijn, J. (2006). Comparative research: Persistent problems and promising solutions. *International Sociology*, 21(5), 619-631.
- MORAN, M. (2000). Understanding the welfare state: the case of health care. *The British Journal of Politics and International Relations*, 2(2), 135-160.
- MURRAY, C. J & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731.
- NEUMANN, N & Warburton, D (2015). A Review of the Modern Mongolian Healthcare System, 1(1), 16-21.
- NOLTE, E., & McKee, M. (2004). Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(4), 326-326.
- ÖNGEL, A & Altındağ, A. (2014). Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Sağlık Göstergeleri Üzerindeki Etkileri: MINT Ve BRIC Ülkelerinin Karşılaştırmalı Analizi The Effect Of Health Expenditure Per Capita Over Health Indicators: Comparative Analysis Of MINT And BRIC Countries.
- PICKVANCE, C. (2005). The four varieties of comparative analysis: the case of environmental regulation.
- ROEMER, M. I. (1989). National health systems as market interventions. *Journal of Public Health Policy*, 10(1), 62-77.
- SARGUTAN, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 1-29.
- SARGUTAN, E. (2005). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı Kavram, Metot Ve Uygulamalar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 81-111.
- SEZER, C. (2006). Öğrenen Örgüt Düşüncesi ve Öğrenen Örgütler. İçinde: Çağdaş Yönetim Araçlarından Seçmeler, Edt. M. Şimşek ve S. Kınır, Nobel Yayın Basım, Ankara.
- SEZER, C., ELEZİ, O. & DURMUŞ, A. (2018). Satisfaction perception in private health care services: A case study. 5th International Conference on Social Sciences and Education Research, 89-94. Antalya, Turkey.

- SEZER C. & KARADENİZ, G. (2018). Sağlık Girişimlerinde Hizmet Algısı: Hastane Kavramına Dayalı Bir Analiz. Özeti yayımlanmış bildiri, 9th International Congress on Entrepreneurship (ICE'18), "Digital Transformation in Entrepreneurship: Opportunities and Policies". Bishkek, Kyrgyzstan
- SURENJAV, E., Sovd, T., Yoshida, Y., Yamamoto, E., Reyer, J. A., & Hamajima, N. (2016). Trends in amenable mortality rate in the Mongolian population, 2007–2014. *Nagoya journal of medical science*, 78(1), 55.
- TERRİS, M. (1978). The three world systems of medical care: trends and prospects. *American Journal of Public Health*, 68(11), 1125-1131.
- TIRAŞ, H ve Hüseyin, A. (2017). 8 Ülkelerinin Sağlık Harcamaları Bakımından Karşılaştırılması: Betimsel Bir Analiz. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(2), 195-220.
- TORRES-REYNA, O. (2007). Panel data analysis fixed and random effects using Stata (v. 4.2). Data & Statistical Services, Princeton University.
- TSEVELVANÇIĞ, U., Gouda, H., Baker, P., & Hill, P. S. (2017). Role of emerging private hospitals in a post-Soviet mixed health system: a mixed methods comparative study of private and public hospital inpatient care in Mongolia. *Health policy and planning*, 32(4), 476-486.
- TÜYLÜOĞLU, Ş & Tekin, M. (2009). Gelir Düzeyi Ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi Ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri. *Çukurova Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(1), 1-31.
- UĞURLUOĞLU, Ö., & Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1).
- VARABYOVA, Y., & Schreyögg, J. (2013). International comparisons of the technical efficiency of the hospital sector: panel data analysis of OECD countries using parametric and non-parametric approaches. *Health Policy*, 112(1), 70-79.
- WENDT, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70-90.
- YILDIRIM, H & Yıldırım, T. (2011). Healthcare financing reform in Turkey: context and salient features. *Journal of European Social Policy*, 21(2), 178-193.
- ZAKUS, D., & Bhattacharyya, O. (2007). Health systems, management, and organization in low-and middle-income countries. *Understanding global health*. New York: The McGraw-Hill Companies. http://www.oucom.ohiou.edu/international/updates/UnderstdGlobalHealth_FW_TOC.pdf and

<http://www.hsph.harvard.edu/takemi/files/2012/10/RP248.pdf> (Accessed 17/5/2013). Google Scholar.

Tezler

AKIN, C. S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

ALGIN, O. (2010). *Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

ÖZTÜRK, G. (2014). *The Performance Of Health Systems In Oecd Countries*. Master Degree Thesis, İzmir: Faculty Of The Department Of Economics Dokuz Eylül University

KARAGAN, E. (2008). *Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

RUKİYE, N. T. (2011). *Hasta Yatış Süresini Etkileyen Faktörler: Türk Sağlık Sistemi Açısından Bir Değerlendirme*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

SAİFUDDIN, M. Z. (2012). *Bangladeş Sağlık Sisteminin Ekonomik Sürdürülebilirliğinin İncelenmesi Ve Uluslararası Karşılaştırılması*. Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Diğer Kaynaklar

Asian Development Bank, (2016). Mongolia: Health and Social Protection

BODART, C., & Tsilaajav, T. (2011). Improving Governance of the Social Health Insurance System in Mongolia.

KOVRT, B. A., Hruschka, D. J., Kohrt, H. E., Carrion, V. G., Waldman, I. D., & Worthman, C. M. (2015). Child abuse, disruptive behavior disorders, depression, and salivary cortisol levels among institutionalized and community-residing boys in Mongolia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 7(1), 7-19.

NETWORK, J. L., & World Health Organization. (2015). Assessment of Systems for Paying Health Care Providers in Mongolia.

ROURKE, M., & Hindle, D. (2001). Mongolia's system-wide health reforms: lessons for other developing countries. *Australian Health Review*, 24(2), 152-160.

TUGSDELGER, M ve Oyuntsetseg, O, (2015). Mongolian Health Statistics.

What is a health system, (2007). Healthy Development The World Bank Strategy for HNP Results

Western Pacific country health information profiles, 2000 to 2012 revisions. Manila, WHO, Regional Office for the Western Pacific.

İnternet Kaynakları

Başkent Valisi Uygulama Ajansı İstatistik Mülkiyet
<http://www.ubstat.mn/StatTable=367>
Erişim Tarihi: 04.02.2018.

Dünya Sağlık Örgütü
<http://www.who.int/gho/en/>
Erişim Tarihi: 07.03.2018.

Moğolistan'ın Birleşik İstatistik Veri Tabanı
http://www.1212.mn/Stat.aspx?LIST_ID=976_L03&type=tables
Erişim Tarihi: 03.03.2018.

Moğolistan Merkez Bankası
<https://www.mongolbank.mn/liststatistic.aspx?id=0>
Erişim Tarihi: 16.03.2018.

Moğolistan Sağlık Bakanlığı
<http://www.chd.mohs.mn/content.php?type=service&id=76>
Erişim Tarihi: 05.03.2018.

National Statistical Office (2016)
<https://www.nso.mn/content/1884>
Erişim Tarihi: 22.03.2018.

World Development Indicator (2016)
<https://data.worldbank.org/>
Erişim Tarihi: 16.02.2018.

EKLER

Ek 1. Orta Gelir Düzeyinin Altında Olan Ülkelerin Nüfus Göstergeleri (2000-2016)

Ülkeler	Nüfus				Nüfus Artış Hızı			
	2000	2005	2010	2016	2000	2005	2010	2016
Angora	16,4	19,6	23,4	28,8	3,0%	3,6%	3,6%	3,4%
Bangladeş	131,6	143,4	152,1	163,0	2,0%	1,5%	1,1%	1,1%
Bolivya	8,3	9,1	9,9	10,9	1,9%	1,7%	1,6%	1,5%
Butan	0,6	0,7	0,7	0,8	2,8%	2,5%	1,8%	1,3%
Cabo Verde	0,4	0,5	0,5	0,5	2,0%	1,5%	1,1%	1,2%
Cibuti	0,7	0,8	0,9	0,9	2,5%	1,6%	1,7%	1,6%
El Salvador	5,9	6,0	6,2	6,3	0,7%	0,5%	0,4%	0,5%
Endonezya	211,5	226,7	242,5	261,1	1,4%	1,4%	1,3%	1,1%
Ermenistan	3,1	3,0	2,9	2,9	-0,6%	-0,6%	-0,4%	0,3%
Fas	28,8	30,5	32,4	35,3	1,2%	1,1%	1,3%	1,4%
Fildişi Sahili	16,7	18,3	20,4	23,7	2,3%	1,9%	2,3%	2,5%
Filipinler	78,0	86,3	93,7	103,3	2,1%	1,9%	1,6%	1,6%
Gana	18,9	21,5	24,5	28,2	2,5%	2,6%	2,5%	2,2%
Guatemala	11,7	13,1	14,6	16,6	2,3%	2,3%	2,2%	2,0%
Gürcistan	4,4	4,2	3,9	3,7	-0,8%	-1,3%	-1,3%	0,1%
Hindistan	1,053,1	1,144,1	1,231,0	1,324,2	1,8%	1,6%	1,4%	1,1%
Honduras	6,5	7,4	8,2	9,1	2,6%	2,3%	2,0%	1,7%
Kamboçya	12,2	13,3	14,3	15,8	2,2%	1,6%	1,5%	1,6%
Kamerun	15,3	17,4	20,0	23,4	2,5%	2,7%	2,7%	2,6%
Kenya	31,5	36,0	41,4	48,5	2,7%	2,7%	2,7%	2,6%
Kırgızistan	4,9	5,2	5,4	6,1	1,2%	1,1%	1,2%	2,1%
Kiribati	0,1	0,1	0,1	0,1	1,7%	2,0%	2,1%	1,8%
Kongo, Rep.	3,2	3,7	4,4	5,1	2,8%	3,1%	3,1%	2,6%
Lao PDR	5,3	5,8	6,2	6,8	1,7%	1,6%	1,5%	1,4%
Lesotho	1,9	1,9	2,0	2,2	1,0%	0,8%	1,1%	1,3%
Mısır	69,9	76,8	84,1	95,7	1,8%	1,8%	2,0%	2,0%
Mikronezya	0,1	0,1	0,1	0,1	-0,4%	-0,4%	-0,3%	0,5%
Moğolistan	2,4	2,5	2,7	3,0	0,9%	1,2%	1,6%	1,7%
Moldova	3,6	3,6	3,6	3,6	-0,2%	-0,2%	-0,1%	-0,1%
Moritanya	2,7	3,1	3,6	4,3	3,0%	2,8%	2,9%	2,8%
Myanmar	46,1	48,5	50,2	52,9	1,2%	0,8%	0,7%	0,9%
Nijerya	122,4	138,9	158,6	186,0	2,5%	2,6%	2,7%	2,6%
Nikaragua	5,0	5,4	5,7	6,1	1,5%	1,3%	1,2%	1,1%
Özbekistan	24,7	26,2	28,6	31,8	1,4%	1,2%	2,8%	1,7%

Ek 1. Devamı

Pakistan	138,5	153,9	170,6	193,2	2,3%	2,1%	2,1%	2,0%
Papua Yeni Gine	5,6	6,3	7,1	8,1	2,6%	2,5%	2,3%	2,1%
Sao Tome	0,1	0,2	0,2	0,2	2,0%	2,4%	2,3%	2,2%
Solomon Adaları	0,4	0,5	0,5	0,6	2,7%	2,5%	2,2%	2,0%
Sri Lanka	18,7	19,4	20,1	21,2	0,7%	0,8%	0,8%	1,1%
Sudan	27,3	30,9	34,4	39,6	2,4%	2,4%	2,2%	2,4%
Svaziland	1,1	1,1	1,2	1,3	1,5%	1,0%	1,9%	1,8%
Tacikistan	6,2	6,9	7,6	8,7	1,6%	2,1%	2,2%	2,2%
Timor-Leste	0,9	1,0	1,1	1,3	1,0%	2,9%	1,6%	2,2%
Tunus	9,7	10,1	10,6	11,4	1,0%	0,8%	1,1%	1,1%
Ukrayna	49,2	47,1	45,9	45,0	-1,0%	-0,7%	-0,4%	-0,3%
Ürdün	5,1	5,7	7,2	9,5	1,7%	3,2%	5,2%	3,2%
Vanuatu	0,2	0,2	0,2	0,3	2,0%	2,5%	2,4%	2,2%
Vietnam	77,6	82,4	86,9	92,7	1,3%	1,2%	1,0%	1,1%
Yemen, Rep,	17,9	20,6	23,6	27,6	2,8%	2,8%	2,7%	2,5%
Zambiya	10,5	12,1	13,9	16,6	2,8%	2,7%	2,9%	3,0%

Ek 2. Ülkelerin Yaşam Göstergeleri (2000-2015)

Ülkeler	Bebek Ölüm Hızı				Anne Ölüm Hızı				Doğurganlık Oranı				Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
Angora	207	167,2	119,4	86,5	924	705	561	477	6,64	6,47	6,16	5,77	47,1	52,8	58,1	61,2
Bangladeş	87,4	66,5	49,4	36,3	399	319	242	176	3,17	2,69	2,33	2,13	65,3	67,9	70,2	72,2
Bolivya	79,8	61,1	46,6	38,2	334	305	253	206	4,06	3,60	3,20	2,92	60,7	63,5	66,4	68,7
Butan	77,4	57,9	42,7	33,6	423	308	204	148	3,60	2,84	2,38	2,09	60,7	64,9	67,8	69,8
Cabo Verde	36	27,9	26,5	22,2	83	54	51	42	3,76	3,13	2,67	2,37	69,6	71,6	71,8	72,4
Cibuti	100,2	88,5	76,5	66,2	401	341	275	229	4,48	3,87	3,30	2,91	57,0	58,0	60,4	62,2
El Salvador	32,5	24,7	19,2	15,5	84	68	59	54	3,02	2,53	2,27	2,10	68,7	70,2	71,7	73,0
Endonezya	52,3	41,5	33,3	27,3	265	212	165	126	2,51	2,51	2,48	2,39	66,2	67,2	68,2	69,0
Ermenistan	30,1	23,4	18,1	14	40	40	33	25	1,65	1,68	1,69	1,62	71,2	72,4	73,1	74,2
Fas	49,8	40,5	33,5	28	221	190	153	121	2,78	2,59	2,58	2,53	68,7	71,4	73,9	75,5
Fildişi Sahili	145,7	127,7	110,5	95,1	671	742	717	645	5,86	5,53	5,27	4,98	46,7	47,7	50,5	53,1
Filipinler	39,7	35,8	31,9	28	124	127	129	114	3,81	3,50	3,16	2,96	67,2	67,8	68,4	69,0
Gana	100,1	86,9	74,7	61	467	376	325	319	4,83	4,49	4,27	4,04	57,0	58,7	60,9	62,4
Guatemala	51,9	42,7	35,4	29,5	178	120	109	88	4,60	3,97	3,38	3,03	67,8	69,7	71,4	73,0
Gürcistan	35,5	24,6	16,5	11,4	37	37	40	36	1,61	1,66	1,92	2,00	71,7	72,5	72,5	73,0
Hindistan	91,5	74,4	58,8	45,2	374	280	215	174	3,31	2,97	2,60	2,35	62,6	64,6	66,6	68,3
Honduras	37,3	29,4	23,4	19,4	133	150	155	129	4,06	3,45	2,87	2,51	70,5	71,5	72,4	73,3
Kamboçya	107	65,5	44,4	32	484	315	202	161	3,81	3,23	2,88	2,59	58,4	63,0	66,4	68,5
Kamerun	165,7	136,3	108,3	83,3	750	729	676	596	5,58	5,35	5,11	4,78	50,0	52,9	55,4	57,6
Kenya	100,8	81	62,2	51	759	728	605	510	5,18	4,84	4,37	3,92	51,7	55,8	62,9	66,6
Kırgızistan	116,5	96,2	78,9	66,1	74	85	84	76	2,40	2,50	3,10	3,20	68,6	68,0	69,3	70,7
Kiribati	70,6	64,6	62,7	55,9	166	135	109	90	4,06	3,91	3,84	3,69	64,0	64,8	65,3	66,1
Kongo, Rep,	117,3	89,8	63,9	55,4	653	596	509	442	5,10	5,04	4,95	4,72	51,4	54,7	60,5	64,1

Ek 2. Devamı

Lao PDR	110,3	114,7	99,7	97,9	546	418	294	197	4,31	3,62	3,15	2,76	58,9	61,7	64,3	66,3
Lesotho	113,1	109,4	97,4	83,9	649	746	587	487	4,09	3,55	3,30	3,14	48,3	46,4	50,7	53,6
Mısır	46,9	36,1	29,1	23,7	63	52	40	33	3,23	3,02	3,19	3,31	68,6	69,4	70,3	71,3
Mikronezya	31,1	19,6	17,2	16,2	153	134	115	100	4,30	3,82	3,46	3,19	67,3	67,9	68,6	69,0
Moğolistan	63,4	41,4	26,1	18,8	161	95	63	44	2,14	2,17	2,64	2,79	62,9	65,2	67,4	69,1
Moldova	46,9	36,1	29,1	23,7	49	39	34	23	1,44	1,22	1,27	1,25	66,9	67,7	69,5	71,4
Moritanya	52,7	46,6	40	34,3	813	750	723	602	5,45	5,18	4,98	4,74	60,0	60,7	62,0	63,0
Myanmar	90	77,8	64,4	52,7	308	248	205	178	2,91	2,72	2,41	2,23	62,1	63,5	65,1	66,4
Nijerya	187,4	157,9	129,6	108	1170	946	867	814	6,11	5,99	5,84	5,59	46,3	48,2	50,8	53,0
Nikaragua	40,4	31,4	24,6	20,3	202	190	166	150	3,08	2,68	2,43	2,23	69,7	71,8	73,6	75,0
Özbekistan	63	49,3	36,3	25,8	34	42	39	36	2,58	2,36	2,34	2,49	67,1	68,3	70,0	71,1
Pakistan	112,8	101,6	92,1	81	306	249	211	178	4,58	4,07	3,86	3,55	62,8	63,9	65,2	66,3
Papua	77,2	73,1	65,2	56,2	342	277	238	215	4,53	4,26	3,99	3,71	61,9	63,4	64,6	65,4
Sao Tome	83,2	61,5	45,4	35,2	222	181	162	156	5,28	5,02	4,79	4,52	63,3	64,6	65,8	66,4
Solomon	29,9	28,8	28,1	26,3	214	164	136	114	4,72	4,50	4,24	3,91	63,1	66,1	68,6	70,5
Sri Lanka	16,4	14,3	11,2	9,6	57	43	35	30	2,24	2,28	2,20	2,06	71,1	73,9	74,3	75,0
Sudan	104,7	88,8	76,7	67,1	544	440	349	311	5,47	5,14	4,88	4,60	58,4	60,4	62,6	64,2
Svaziland	117,5	124,7	97,4	71,3	586	595	436	389	4,19	3,87	3,53	3,14	48,4	46,1	51,4	56,9
Tacikistan	92,7	64,7	52,4	44,5	68	46	35	32	3,91	3,50	3,51	3,40	65,5	67,7	69,8	71,0
Timor-Leste	108,7	82,1	62,6	51,6	694	506	317	215	7,11	6,79	6,23	5,62	59,3	64,2	67,3	68,6
Tunus	31,7	23	17,4	14	84	74	67	62	2,14	1,99	2,14	2,22	73,3	74,3	74,8	75,5
Ukrayna	18,3	14,5	11,7	9,4	34	30	26	24	1,11	1,21	1,44	1,51	67,9	68,0	70,3	71,2
Ürdün	27,9	24,3	21,1	18,1	77	62	59	58	4,03	3,75	3,66	3,45	71,8	72,6	73,4	74,2
Vanuatu	28,7	28,4	29,2	28,2	144	116	94	78	4,37	3,85	3,50	3,31	67,6	69,3	70,8	72,0
Vietnam	30	25,3	23,3	22	81	61	58	54	2,01	1,89	1,95	1,96	73,1	74,1	75,0	75,9
Yemen, Rep,	95,1	72,7	56,3	55,3	440	428	416	385	6,31	5,43	4,67	4,10	60,4	61,9	63,5	64,7
Zambiya	160,6	110,1	83,1	66,1	541	372	262	224	6,04	5,79	5,40	5,04	44,7	49,6	56,5	61,3

Ek 3. Ekonomik Göstergeler Açısından Ülkeler (2000-2015)

Ülkeler	Kişi Başına Düşen GSYİH				GSYİH Büyüme Hızı				GSYİH İçindeki Sağlık Harcaması (%)				Kişi Başı Sağlık Harcaması			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
Angora	555	1444	3529	3696	3,0	18,3	3,4	3,0	2,50	3,98	2,74	2,95	13,9	57,4	96,7	108,6
Bangladeş	406	484	758	1210	5,3	6,5	5,6	6,6	2,40	2,80	2,68	2,64	8,3	11,3	20,2	31,8
Bolivya	1007	1046	1981	3077	2,5	4,4	4,1	4,9	4,32	4,96	5,10	6,41	43,5	51,9	101,0	197,3
Butan	766	1247	2179	2615	6,9	7,1	11,7	6,6	4,19	3,53	3,18	3,49	31,7	41,9	69,3	91,1
Cabo Verde	1239	2048	3313	2954	14,3	6,9	1,5	1,1	4,85	4,79	4,48	4,85	60,1	98,2	148,3	145,8
Cibuti	768	905	1326	1862	0,4	3,2	3,5	6,5	4,13	4,53	4,30	4,39	32,0	41,0	55,5	81,7
El Salvador	2238	2835	3474	4127	2,2	3,6	1,4	2,3	7,99	7,19	6,91	6,91	178,8	203,8	240,2	283,2
Endonezya	831	1343	3113	3336	4,9	5,7	6,2	4,9	2,01	2,76	3,45	3,35	15,6	34,8	107,5	111,8
Ermenistan	623	1644	3218	3618	5,9	13,9	2,2	3,2	6,51	7,03	5,26	10,14	40,5	115,6	169,4	366,0
Fas	1332	2014	2834	2864	1,9	3,3	3,8	4,6	3,98	4,76	5,86	5,53	53,6	97,3	168,7	159,8
Fildişi Sahili	642	932	1220	1434	-2,1	1,7	2,0	8,8	5,67	5,35	6,15	5,44	36,4	49,9	75,0	75,5
Filipinler	1039	1195	2129	2878	4,4	4,8	7,6	6,1	3,15	3,90	4,31	4,41	32,8	46,6	91,8	126,9
Gana	263	498	1313	1361	3,7	5,9	7,9	3,9	5,10	6,32	6,52	5,91	21,9	51,2	85,5	79,6
Guatemala	1656	2078	2826	3924	3,6	3,3	2,89	4,1	5,18	6,63	6,41	5,72	85,8	137,7	181,1	224,4
Gürcistan	692	1530	2964	3765	1,8	9,6	6,3	2,9	7,40	8,30	9,55	7,93	47,9	118,7	262,5	280,9
Hindistan	439	707	1346	1596	3,8	9,3	10,3	8,0	4,18	3,79	3,27	3,89	18,6	27,8	45,3	63,3
Honduras	1089	1312	1933	2326	5,8	6,1	3,7	3,6	6,26	7,24	8,23	7,59	68,9	95,8	159,0	176,6
Kamboçya	301	474	786	1163	8,8	13,3	5,9	7,0	6,40	7,05	6,93	5,98	19,3	33,4	54,5	69,6
Kamerun	660	1030	1309	1354	3,6	2,0	3,4	5,7	4,32	4,48	4,98	5,11	26,3	42,7	59,0	63,6
Kenya	404	520	967	1350	0,6	5,9	8,4	5,7	5,25	5,06	6,40	5,22	21,2	26,3	61,9	70,1
Kırgızistan	280	477	880	1121	5,4	-0,2	-0,5	3,9	4,41	7,45	7,08	8,22	12,3	36,1	62,6	92,1
Kiribati	797	1215	1493	1505	6,3	4,9	-1,6	10,3	8,65	11,50	9,37	7,61	68,9	139,9	139,9	108,4
Kongo, Rep.	998	1637	2737	1712	7,6	7,76	8,75	2,7	1,69	1,88	2,03	3,43	16,9	30,7	55,4	58,8
Lao PDR	325	475	1141	2159	5,8	7,1	8,5	7,3	4,70	4,84	3,19	2,81	14,5	22,8	35,0	53,0

Ek 3. Devamı

Lesotho	475	863	1169	1152	3,8	3,5	6,1	2,5	5,78	5,29	6,25	8,36	28,5	44,2	79,7	90,9
Mısır	1428	1168	2602	3548	5,4	4,5	5,2	4,4	5,18	5,18	4,37	4,17	72,5	62,8	111,4	156,6
Mikronezya	2171	2356	2862	3018	4,6	2,1	2,0	4,9	7,73	11,46	12,94	13,09	168,4	270,9	371,0	394,9
Moğolistan	474	999	2650	3947	1,2	7,3	6,4	2,4	5,49	4,23	4,18	3,87	27,5	42,2	96,0	152,5
Moldova	354	831	1632	1832	2,1	7,5	7,1	-0,4	5,81	9,56	12,16	10,18	20,5	79,3	198,3	186,4
Moritanya	477	698	1203	1158	-0,4	8,9	4,8	1,4	4,46	4,47	3,33	4,64	21,3	31,2	40,1	53,6
Myanmar	193	247	988	1139	13,8	13,6	9,6	6,9	1,84	1,83	1,86	4,95	3,3	5,2	15,3	59,1
Nijerya	379	808	2327	2655	5,3	3,44	7,8	2,6	2,64	3,81	3,27	3,56	14,6	46,6	76,1	97,3
Nikaragua	1016	1175	1526	2096	4,1	4,3	4,4	4,8	5,22	5,51	6,51	7,81	53,0	64,8	99,1	162,9
Özbekistan	558	547	1377	2138	3,8	7,0	8,5	8,0	5,28	5,34	5,46	6,23	29,3	28,8	74,3	133,9
Pakistan	534	711	1040	1429	4,3	7,7	1,6	4,7	3,09	2,92	2,60	2,69	15,9	20,7	26,6	38,0
Papua	632	771	2005	2659	-2,5	6,3	10,1	9,2	3,03	3,69	3,09	3,77	19,0	28,5	42,3	77,3
Sao Tome	..	811	1130	1615		7,1	6,7	3,8	9,74	12,12	5,33	9,84	53,9	96,0	59,6	159,9
Solomon	1055	881	1272	1922	-14,8	5,4	6,9	3,7	5,83	10,14	7,36	8,03	53,9	92,7	93,7	152,1
Sri Lanka	869	1250	2808	3845	6,0	6,2	8,0	4,8	4,14	3,78	2,97	2,97	36,0	47,3	83,4	117,9
Sudan	361	680	1476	2514	6,4	7,5	3,5	4,9	3,62	4,09	5,33	6,31	16,9	45,0	103,9	151,8
Suriye	1178	1577	2,7	6,2			4,56	4,11	3,41		54,2	63,4	93,8	
Svaziland	1637	2874	3690	3048	1,8	6,0	3,8	0,4	4,61	5,85	8,21	7,04	75,5	165,0	313,2	232,7
Tacikistan	138	337	738	919	8,3	6,7	6,5	6,0	4,31	5,21	5,84	6,85	6,0	17,6	43,1	63,0
Timor-Leste	402	455	806	1295	..	6,5	10,1	4,1		1,32	1,34	3,09		23,8	51,4	71,7
Tunus	2214	3195	4140	3828	4,7	3,5	3,5	1,2	5,05	5,40	5,88	6,74	111,8	172,4	243,6	258,0
Ukrayna	636	1829	2965	2125	5,9	2,7	4,2	-9,8	5,31	6,11	6,35	6,13	35,1	116,3	188,7	125,0
Ürdün	1658	2203	3679	4096	4,3	8,2	2,3	2,4	9,64	8,86	8,06	6,28	159,8	195,2	308,7	257,4
Vanuatu	1470	1886	2966	2806	5,9	5,3	1,6	-0,8	1,37	1,90	2,77	3,55	20,2	35,9	82,3	99,0
Vietnam	388	684	1310	2065	6,8	7,55	6,4	6,7	4,38	4,98	5,85	5,65	18,4	34,0	76,7	116,7
Yemen, Rep.	539	814	1309	1402	6,2	5,59	7,70	-28,1	4,14	4,58	5,17	5,98	25,2	42,4	67,7	72,0
Zambiya	342	691	1463	1314	3,9	7,2	10,3	2,9	7,92	7,39	4,60	5,35	24,5	46,3	67,4	69,4

ÖZGEÇMİŞ

Tsend-Ayush Byambaa 1992 Arkhangai doğumlu olup, ilk ve ortaokul öğrenimini Ulanbatur'da; Lise öğrenimini, 1999 yılında Ulanbatur Tıp College'de tamamladı. Yüksek öğrenimini ise, 2015 yılında Mongolian National University of Medical Science'ta tamamladı. Aynı yıl Türkiye Yurt Dışı Bursları Programını kazanarak Türkiye'ye geldi. Türkçeyi Sakarya Üniversitesi TÖMER'de öğrendi. 2016 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı.

Tsend-Ayush Byambaa'nın "*Hasta-Hekim İletişiminin Hastane Tercihlerine Etkisi: Sakarya İlinde Bir Kamu Hastanesinin Üzerine Bir Araştırma*" başlıklı uluslararası yayını bulunmaktadır.