

İNGİLTERE, ALMANYA VE AMERİKA SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMALI ANALİZİ

COMPARATIVE ANALYSIS OF UK, GERMANY AND AMERICAN HEALTH SYSTEMS

Doç. Dr. Handan ERTAŞ

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Konya / TÜRKİYE
ORCID: 0000-0003-1794-0296

Arş. Gör. Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Konya / TÜRKİYE
ORCID: 0000-0001-5996-9068

ÖZET

Her ülkenin tarihini, kendi ekonomik gelişimi ve baskın siyasi ideolojisini yansıtan ulusal bir sağlık sistemi vardır. Bu durum nedeniyle, ülkelerin sağlık sistemlerinin birbirinden farklılaşan veya birbiriyle benzeşen yönleri bulunmaktadır. Ülkeler, sağlık göstergelerini iyileştirebilmek için kaliteli, etkili, verimli, hakkaniyete uygun, sürdürülebilir ve herkesin kolay ulaşabileceği bir sistem oluşturmalıdır. Bu çalışmanın amacı İngiltere, Almanya ve Amerika sağlık sistemlerinin bazı temel sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarını inceleyip kıyaslamaktır. Araştırmada İngiltere, Almanya ve Amerika sağlık göstergelerinden; doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, GSYH'den sağlığa ayrılan pay, kişi başı sağlık harcaması, cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranına yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Almanya, Amerika, İngiltere, Sağlık sistemi

ABSTRACT

Each country has a national health system that reflects its history, its own economic development and its dominant political ideology. Due to this situation, the health systems of the countries have different or similar aspects. Countries must create a system that is quality, efficient, fair, sustainable and easily accessible to all to improve health indicators. The purpose of this study is to examine and compare some basic health indicators and health expenditures of UK, Germany and US health systems. In the survey it is given; UK, Germany and USA health indicators; life expectancy at birth, infant mortality rate, share of GDP divided by health, health expenditure per capita, out-of-pocket health expenditures, satisfaction with health services.

Key Words: Germany, America, UK, Health system

1. GİRİŞ

Günümüz karmaşık dünya düzeninde sağlık sisteminin neleri içerdiği nerede başladığı ve bittiğini kesin bir şekilde söylemek zordur. Sağlık sisteminin kapsamının ne olduğu konusunda tam bir fikir birliği olmamasına rağmen son dönemlerde en çok kullanılan tanım birincil amacı bireysel ya da toplumsal sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi, iyileştirilmesi ve halkın hastalık sonucunda fakirleşmesini ya da daha da fakir olmasını önleyen her türlü ülke aktiviteleri, organizasyonlar, hükümet düzenlemeleri ve kaynaklardır (WHO, 2000:5-7). Roemer (1993) göre sağlık sistemi organizasyon, finansman ve kaynakların kombinasyonu ve nüfusa sağlık hizmetlerinin sunumuyla sonuçlanan yönetim olarak

tanımlamaktadır. Kişisel tıbbi yardımdan, profesyonel sağlık hizmetlerine, bir sağlayıcı tarafından reçete edilsin ya da edilmesin geleneksel şifacılar tarafından yapılan eylemler ve tüm ilaç kullanımları da dâhil olmak üzere bu sınırlar içindedir (WHO,2000:5). Geleneksel halk sağlığı faaliyetleri, sağlığın teşviki ve diğer sağlığı geliştirici müdahaleler yol ve çevre güvenliğini iyileştirme gibi faaliyetlerde aynı zamanda sağlık sistemin bir parçasıdır (WHO,2000:5).

Sağlık sistemi dışında birçok faktör insan sağlığını etkilemektedir bunlar; yoksulluk, eğitim, altyapı ve geniş sosyal ve politik çevredir (Healthy Development,2007:168). Çünkü sağlık sistemleri birçok faktörden etkilenen açık dinamik sistemlerdir. Bu bağlamda ülkelerin sağlık sisteminin amacı, kapsamı ve alanı düşünüldüğünde, sistem ile ilgili bazı küçük değişiklikler tahmin edilebilir de olsa büyük değişiklikler tahmin edilemez ve etkili bir biçimde kontrol edilemez (Healthy Development,2007:168). Çünkü bu hem insanların ve kuruluşların; yenilik öğrenme ve değişikliklere adapte olma hem de resmi ve gayri resmi yollardan sağlık sistemlerinde sürekli meydana gelen yeniden yapılanmadan kaynaklanmaktadır. Bu özellikler, bu alanda çalışan kişileri sağlık sistemlerini, karmaşık adaptif sistemler; sosyal sistemler içerisinde en karmaşık sistem olarak tanımlamasının yolunu açmıştır (Tengilimoğlu ve ark, 2014:90). Her ülkenin tarihini, kendi ekonomik gelişimi ve baskın siyasi ideolojisini yansıtan ulusal bir sağlık sistemi vardır (Roemer,1993:335). Bu durum nedeniyle, ülkelerin sağlık sistemlerinin birbirinden farklılaşan veya birbiriyle benzeşen yönleri bulunmaktadır. Bu araştırmada, İngiltere, Almanya ve Amerika sağlık sistemlerinin incelenmesi ve kıyaslanması amaçlanmaktadır.

2. İNGİLTERE SAĞLIK SİSTEMİ

İngiltere’de 1948 yılında kurulan Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service- NHS) kamu sağlık sektöründen sorumludur (Boyle,2011:1). NHS’nin amacı sağlık hizmetlerini, pazarlanan, alınıp satılan bir meta olmaktan çıkarıp, bireyler ve aileler tarafından ulaşılabilen, genel olarak kamu kaynaklarından finanse edilen, temel bir sosyal hakka dönüştürmektir (Kuo,2009:21). NHS’den önce, İngiltere’deki sağlık hizmetleri, yardım kuruluşları aracılığıyla sunulan ücretsiz tedaviler dışında, genellikle sadece zenginler tarafından kullanılabilirdi (Chang et al.,2011:1). NHS’nin kapsamı evrenseldir, İngiltere’de ikamet eden vatandaşlar NHS ile büyük ölçüde ücretsiz olan sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır (Boyle and Fellow, 2008:15). Beveridge Modeli olarak da adlandırılan bu sistem, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vergiye dayalı bir şekilde finanse edildiği ve halka sunulduğu bir sağlık sistemidir (Daştan ve Çetinkaya,2015:106). Beveridge modelinde finansmanın temel kaynağını vergiler oluşturmaktadır (Ateş,2011:20). NHS, ihtiyaç duyulduğunda ücretsiz hizmetler sağlanan, merkezi vergilerden finanse edilen ve ihtiyaç duyan herkesin sağlık bakım hizmeti alabileceği bir kamu sağlık sistemidir. NHS, sağlık standartlarını iyileştirmeyi, maliyetleri düşürmeyi ve bekleme sürelerini azaltmayı amaçlamıştır. (Chang et al.,2011:2-3). Vatandaşlar bu sistem altında sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir, ancak özel sağlık sigortası da satın alma seçeneği de vardır. Avrupa Sağlık Sigortası Kartına sahip olup, İngiltere’de ikamet etmeyenler de ücretsiz bakım hakkına sahiptir (Mossialos et al., 2016:7).

İngiltere’de tüm nüfus, birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve hastane hizmetlerine erişimi kontrol eden bir aile hekimine bağlıdır (Jakubowski and Busse,1998:120). Aile hekimleri, tüm temel bakım hizmetleri için odak noktası olarak görülmektedir ve hastanın hizmetle ilk temas noktasıdır. Burada bir dizi önleyici, tanı ve tedavi edici birincil bakım hizmeti sunulmaktadır. Birinci basamakta; aile planlaması, akut ve kronik hastalara ve terminal hastalarına bakım, doğum öncesi bakım ve perinatal bakım hizmetlerinin yanı sıra aşılama, kanser taraması gibi önleyici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de verilmektedir. Bu basamakta hizmetler ağırlıklı olarak aile hekimler tarafından sağlanırken, hemşireler, ebeler, fizyoterapistler gibi diğer sağlık profesyonelleri sağlık hizmeti sunumunda yer alır (Cylus et al., 2015:81). 2009 yılında NHS sisteminde çalışan 40.269 aile hekimi vardı ve bunların %46’sı kadındı. Ayrıca, aile hekimi yanında çalışan 21.935 hemşire bulunmaktaydı. Hemşireler, aşılama, kronik hastalık yönetimi ve sağlığın geliştirilmesi gibi bir dizi hizmet sunarlar.

İkinci ve üçüncü basamak bakım hizmetleri, uzman doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personelleri tarafından, hastane ortamında sağlanır. (Cylus et al., 2015:88). Üçüncül hizmetler, daha özel bakım sunar ve çoğu zaman tıp fakültesi veya eğitim hastaneleri ile bağlantılıdır (Cylus et al., 2015:89). Bu bakımın büyük bir kısmı kamu tarafından karşılanmakta ve ödenmekle birlikte, özel sektör tarafından da bu

hizmetler verilmektedir. 2004 yılında, yerel olarak yönetilen ve işletilen bağımsız kamu yararı güden NHS FTs, Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası (2003) ile NHS için yeni bir yönetim biçimi oluşturuldu. Üçüncü basamak hizmetler genellikle en karmaşık vakalara, nadir hastalıklara ve tedavilere odaklanır. Çoğu özel hastane bakımı, gönüllü sağlık sigortası ile finanse edilmekte olup bunların bakımına daha hızlı ve rahat ulaşılmaktadır. İngiltere'deki sağlık mevzuatı ve genel politikaya ilişkin sorumluluk Parlamento, Sağlık Sekreteri ve Sağlık Bakanlığı'dır (Mossialos et al., 2017:49). İngiltere'de halk sağlığının kilit unsurları şunlardır: sağlık koruma programları, sağlık iyileştirme programları ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasıdır (Cylus et al., 2015:89). NHS'nin finansmanının çoğunluğu genel vergilendirme ve daha küçük bir kısmı ise ulusal sigortadan gelmektedir.

2014-2016 yıllarına ait İngiltere sağlık sistemi göstergeleri aşağıda verilmiştir.

Tablo1. İngiltere Sağlık Sistemi Göstergeleri

Göstergeler	
Toplam Nüfus (2016)	65.000.000
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2015)	81.0
Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda) (2015)	3.9
GSYH' dan Sağlığa Ayrılan Pay (%) (2016)	9.7
Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$) (2016)	4.192
Kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları (\$) (2014)	586
Hasta olunca aynı gün / ertesi gün randevuyu alabilme (%) (2016)	57
Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) (2015)	79

Kaynak: Health at a Glance 2017, www.who.int, Mossialos and et al., 2017, Sağlık Bakanlığı, 2017

Tablo 1'e göre 2016 yılında, İngiltere'de gayri safi yurtiçi hasıladan (GSYH) sağlığa ayrılan pay %9,7, kişi başı sağlık harcaması 4.192\$'dır. 2015 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 81, bebek ölüm hızı 3.9 ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ise %79'dur.

3. ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ

Almanya dünya sağlık sisteminde öncü rol oynayan ve Bismarck modeli olarak adlandırılan hastalık hallerini kapsayan zorunlu, çalışan ve işveren prim ödemeli, hastalık sosyal sigortası ağırlıklı bir modeldir (Ateş, 2011:62). Sağlık sigortası, Almanya'daki tüm vatandaşlar ve daimi ikamet edenler için zorunludur. "2015 yılı itibarıyla yılda en az 54.900 Euro tutarında kazanç elde eden, tüm çalışan vatandaşların Yasal Sağlık Sigortası (SHI) kapsamına girmesi zorunludur (Mossialos et al., 2017:69). "Nüfusun yaklaşık yüzde 86'sı birincil kapsama alanını SHI aracılığıyla ve yüzde 11'i ikame özel sağlık sigortasından (PHI) ile korunmaktadır. Geri kalanı (örneğin, askerler ve polis memurları) özel programlar kapsamında korunmaktadırlar. Turistler SHI kapsamına girmemektedir" (Mossialos et al., 2017:69-70). Kayıtsız göçmenler, akut hastalıklar, gebelik ve doğum gibi durumlarının olması halinde sosyal güvenlik kapsamındadır. Almanya'da hükümet politikaları 2000 yıllarından beri maliyet düşürmeye ve finansal sisteminin sürdürülebilmesine odaklanmaktadır (Busse and Blümel, 2014:107). Alman sağlık sistemi içinde iki temel özellik dikkat çekicidir (Mossialos et al., 2017:72) :

- Sağlık bakım hizmetlerinde, eyalet ve federal hükümet yetkilerini bağımsız yönetimleri olan sağlık hizmeti sunucuları ve ödeyicileriyle paylaşabilir (Busse and Blümel, 2014);
- SHI ve ikame özel sağlık sigortası (PHI) (aynı zamanda iki uzun süreli bakım sigortası sistemi) aynı sağlayıcıları kullanır; diğer birçok ülkeden farklı olarak, hastaneler ve hekimler hem kamu hem de özel sigortalı hastaları tedavi etmektedir.

"Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetleri sunumundan aile hekimleri ve pratisyen doktorlar sorumludur. Hastalar öncelikli olarak aile hekimine başvurmak zorundadır. Hastalar sevk zincirine uymadan ikinci basamağa başvurduğu takdirde, yapılan işlemlerin ücretini cebinden ödemek zorunda kalacaktır" (Mossialos et al., 2017:71) Aile hekimi uygun gördüğü takdirde hastayı bir üst basamağa sevk edebilir. SHI, koruyucu hizmetler, yatarak tedavi ve ayaktan hastane bakımı, doktor hizmetleri, diş bakımı, fizik tedavi, reçeteli ilaçlar, tıbbi yardımlar, rehabilitasyon, yatılı hastaneye bakımı ve palyatif

bakım konularını kapsar. SHI koruyucu diş hekimliği muayeneleri, çocuk muayeneleri, temel aşılar, kronik hastalıklar için muayene ve belirli yaştaki kanser taramaları gibi önleyici hizmetleri de içermektedir (Mossialos et al., 2017:72). Hastalar hekimlerini, psikoterapistlerini, diş hekimlerini, eczacılarını ve acil hizmet servislerini seçmekte özgürdürler.

2014-2016 yıllarına ait Almanya sağlık sistemi göstergeleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 2. Almanya Sağlık Sistemi Göstergeleri

Göstergeler	
Toplam Nüfus (2016)	81.000.000
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2015)	80.7
Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda) (2015)	3.3
GSYH' dan Sağlığa Ayrılan Pay (%) (2016)	11.3
Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$) (2016)	5.551
Kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları (\$) (2014)	664
Hasta olunca aynı gün / ertesi gün randevuyu alabilme (%) (2016)	53
Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) (2015)	78

Kaynak: Health at a Glance 2017, www.who.int, Mossialos and etc.,2017, Sağlık Bakanlığı,2017

Tablo 2'ye göre 2015 yılı doğumda beklenen yaşam süresi 80.7, 1.000 canlı doğumda bebek ölüm hızı 3.3 ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %78'dir. 2016 yılı GSYH'dan sağlığa ayrılan pay %11.3, kişi başı sağlık harcaması 5.551\$ ve 2014 yılı kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları 664\$'dır.

4. AMERİKA SAĞLIK SİSTEMİ

Amerika Birleşik Devletleri, özel teşebbüs/ serbest pazar tipi sağlık sistemi ağırlıklıdır (Sargutan,2010:179). Sağlık sistemi geniş bir yelpazeyi yansıtır; büyük ölçüde özel sektör, düşük seviyede hükümetin katılımını birleştirir (Rice et al.,2013). Sağlık sektörü, kamu ve özel finansman karışımıdır (Irvine, 2002:1). Amerika Birleşik Devletleri'nde Medicare ve Medicaid olmak üzere iki kamu sağlık programı egemendir ve her ikisi de 1965 yılında Lyndon Johnson'un başkanlığı altında kurulmuş ve ABD Federal Sağlık ve İnsan Hakları Departmanı (HHS) tarafından yönetilmiştir (Irvine, 2002:1). Medicare, öncelikli olarak 65 yaşın üzerinde Amerikalılara hizmet eden federal hükümetin sağlık programıdır ve Medicaid esas olarak fakirlerin sağlıklarını finanse etmek üzere tasarlanmış ortak bir federal devlet programıdır (Irvine, 2002:1). Her ikisi de engellilere bakım sağlar. Medicare, hastane hizmetleri, doktor hizmetleri ve gönüllü bir ek program aracılığıyla reçeteli ilaçları kapsar. Program aynı zamanda önleyici hizmetler için de bir dizi maliyet paylaşımını ortadan kaldırmıştır (Mossialos et al., 2017:174). "Medicare, post akut bakımı kapsar, ancak uzun süreli bakım sağlamaz; buna karşın Medicaid daha geniş kapsamlı uzun vadeli bakım ödeneği sunar. Buna ek olarak, Medicaid, hastaneye hizmetleri ve hekim hizmetleri de dâhil olmak üzere geniş bir yelpazede temel hizmetleri kapsar. Medicare, bordro vergileri, prim ve federal genel gelirlerin bir bileşimi yoluyla finanse edilir. Medicaid, vergiden muafır ve program geniş federal kurallar çerçevesinde işleten eyaletler tarafından idare edilir" (Mossialos et al., 2017:174). HHS, federal hükümetin sağlık hizmetleri ile ilgili temel ajansıdır. HHS şunları içerir (Mossialos et al., 2017:176-177):

- Medicare ve Medicaid Hizmetlerine Yönelik Merkezler;
- Halk sağlığını ve güvenliğini korumak için araştırma ve programlar yürüten Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri;
- Sigortasız, izole edilmiş veya tıbbi açıdan savunmasız kişiler için sağlık hizmetlerine erişim çabalarını destekleyen Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri Yönetimi;
- Biyomedikal ve sağlıkla ilgili araştırmalardan sorumlu Ulusal Sağlık Enstitüleri;
- Uygulamalar, sonuçlar, etkililik, klinik yönergeler, güvenlik, hasta deneyimi, sağlık bilgi teknolojisi ve sağlık farklılıklarıyla ilgili kanıta dayalı araştırma yapan Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı;

- Gıda, tütün ürünleri, farmasötik ilaçlar, tıbbi cihazlar ve aşıların diğer ürünlerin düzenlenmesi yoluyla halk sağlığının teşvikinden sorumlu olan Gıda ve İlaç İdaresi;

2010'da yürürlüğe giren Ekonomik Bakım Yasası (ACA) hükümet, işverenler ve bireyler arasında "ortak sorumluluk" kurarak, tüm Amerikalıların uygun ve kaliteli sağlık sigortasına sahip olmalarını garanti eder (Mossialos et al.,2017:173). ACA, bireysel sigorta piyasasında ve küçük grup pazarında (50 ya da daha az çalışanı olan firmalar için) sunulan tüm sağlık planlarının 10 temel sağlık fayda kategorisinde yer almasını gerektirir bunlar: ayakta hasta hizmetleri, acil servis hizmetleri, hastaneye kaldırma, doğum ve yenidoğan bakımı; zihinsel sağlık hizmetleri ve madde kullanım tedavisi, reçeteli ilaçlar, rehabilite edici hizmetler ve cihazlar, laboratuvar hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve kronik hastalık yönetimi, diş bakımı da dahil olmak üzere pediatrik hizmetleri kapsar (Mossialos et al., 2017:173).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık harcamalarının %48'ini kamu kaynakları, %40'ını özel ödeme, geri kalanın %12'si ise bireylerin cebinden çıkan harcamalar oluşturur (Rice et al.,2013:1). Özel sigorta çoğunlukla devlet düzeyinde düzenlenir. 2013'te özel sağlık sigortası harcamaları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 33'ünü oluşturuyordu. 2014'te devlet ve federal olarak yönetilen sağlık sigortası pazarları, düşük gelirli ve orta gelirli insanlar için gelir temelli prim ödemeleri ile özel sigorta kapsamına ek erişim sağlamak için kurulmuştur (Mossialos et al.,2015). 2014 yılında ABD sakinlerinin yaklaşık yüzde 66'sı özel gönüllü sağlık sigortasından sağlık sigortası teminatı aldı: %55,4'ü işveren tarafından sağlanan sigortayı, %14,6'sı doğrudan sigortayı aldı (Mossialos et al., 2017:175). Kâr amacı gütmeyen veya kar amacı güden özel sigortacılar, devlet sigorta komisyoncuları tarafından düzenlenir ve devlet (ve federal) yönetmeliklere tabi tutulur. Özel sağlık sigortası bireyler tarafından satın alınabilir, ancak genellikle gönüllü, vergiden muaf primler tarafından finanse edilir, işçi ve işveren tarafından maliyeti paylaşılır (Mossialos et al., 2017:174).

2014-2016 yıllarına ait Amerika sağlık sistemi göstergeleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 3. Amerika Sağlık Sistemi Göstergeleri

Göstergeler	
Toplam Nüfus (2015)	321.000.000
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2015)	78.8
Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda) (2015)	5.8
GSYH' dan Sağlığa Ayrılan Pay(%) (2016)	17.2
Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$) (2016)	9.892
Kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları (\$) (2014)	1.034
Hasta olunca aynı gün / ertesi gün randevuyu alabilme (%) (2016)	51

Kaynak: Health at a Glance 2017, www.who.int, Mossialos and etc.,2017

Tablo 3'e göre Amerika'da 2016 yılında GSYH' dan sağlığa ayrılan pay %17.2, kişi başı sağlık harcaması 9.892\$ ve 2014 yılı kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları 1.034\$'dır. 2015 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 78.8 ve 1.000 canlı doğumda bebek ölüm hızı 5.8'dir.

5. SONUÇ

Uluslararası sağlık göstergelerinin kıyaslanmasında en sık kullanılan göstergeler, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) ve kişi başına düşen sağlık harcamalarıdır (Anell and Willis,2000:770). Her ne kadar literatürde bu yönetime ilişkin eleştiriler bulunsa da bu yönetime alternatif kullanılan yöntem çeşidi çok azdır. Bu bağlamda İngiltere, Almanya ve Amerika'nın GSYH' dan sağlığa ayrılan payı, kişi başı sağlık harcamaları ve doğumda beklenen yaşam süreleri kıyaslanarak analiz edilmiştir.

Tablo 4. Ülkelerin Sağlık Sistemi Göstergeleri Kıyaslaması

	İngiltere	Almanya	Amerika
GSYH' dan Sağlığa Ayrılan Pay (%)			
1996	6.9	10.8	14.1
2013	8.8	11.2	17.1
2016	9.7	11.3	17.2
Kişi Başı Sağlık Harcamaları (\$)			
1996	1.358	2.288	3.926
2013	3.235	4.819	9.086
2016	4.192	5.551	9.832
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi			
1996	76.9	76.9	76.1
2013	81.1	80.9	78.8
2015	81.0	80.7	78.8

Kaynak: Health at a Glance 2017, www.who.int, Mossialos and etc.,2017, data.oecd.org

Sağlık harcamaları bireylerin yaşam sürelerini ve kalitesini olumlu yönde etkileyen önemli bir göstergedir. Tablo 4'ü incelediğimizde GSYH' dan sağlığa ayrılan payı 2016 yılında en yüksek olan ülke %17.2 oranı ile Amerika'dır. En düşük oran ise %9.7 ile İngiltere'dedir. Amerika'da 1996 yılında bu pay %14.1 iken Almanya'da bu oran aynı yılda 10.8'dir. Ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları incelediğinde 2016 yılında en yüksek miktar 9.832\$ ile Amerika, en düşük miktar 4.192\$ ile İngiltere'dedir. 2013 yılından 2016 yılına bu miktarın en çok yükseldiği ülke Almanya olmuştur. 10 yıllık zaman diliminde en çok yükseliş Amerika'ya aittir. Doğumda beklenen yaşam süresi, bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesi, yaşam kalitesini ve genel sağlık düzeyini anlamak için anahtar bir göstergedir. Bu bağlamda doğumda beklenen yaşam süresi 2015 yılında İngiltere'de 81 yaş ile en yüksek, 78.8 yaş ile Amerika'da en düşüktür.1996 yılını incelediğimizde en yüksek yaş 76.9 ile Almanya ve İngiltere, en düşük 76.1 ile Amerika'dır. GSYH' dan sağlığa ayrılan pay ve kişi başı sağlık harcamalarında en yüksek miktar Amerika'da iken, doğumda beklenen yaşam süresi üç ülke arasında en düşük Amerika'dadır. Bunun nedeni Amerika'nın sağlık sisteminin, özel teşebbüs ağırlıklı olması ve herkesi kapsamamasıdır. Bu durum, geliri yüksek olan kişilerin daha çok sağlık hizmeti aldığı ve daha uzun yaşadığı, düşük olan kişilerin ise sağlık hizmetlerinden mahrum kaldığı ve yaşam süresinin kısaldığı bir sağlık sistemini getirmektedir. İngiltere ve Almanya sağlık sisteminde ise, kamunun sağlık sistemine daha çok müdahale etmesi söz konusudur. Bu iki ülkede, koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmekte, hizmetler herkesin ulaşabileceği, hakkaniyete uygun ve eşit bir şekilde sunulmaktadır.

Sonuç olarak her ülkenin kendi sosyo demografik yapısı ve kalkınmışlık düzeyine uygun bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Uygulanan bu sistemler, ülkelerin sağlık göstergelerini olumlu ya da olumsuz bir biçimde etkiler. Ülkeler, sağlık göstergelerini iyileştirebilmek için kaliteli, etkili, verimli, hakkaniyete uygun, sürdürülebilir ve herkesin kolay ulaşabileceği bir sistem oluşturmalıdır.

KAYNAKÇA

Ateş M (2011).Sağlık Sistemleri, Gerekli Kitap, İstanbul.

Boyle S, (2011). United Kingdom (England) health system review. Health Systems in Transition,13(1).

Boyle S, Fellow S.R (2008). The UK Health Care System, Descriptions Of Health Care Systems: Denmark, France, Germany, The Netherlands, Sweden, and The United Kingdom.

Busse R, Blümel M (2014). Health systems in transition, Health.

- Chang J, Peysakhovich F, Wang W, Zhu J (2011). The UK Health Care System, <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-uk.pdf>, Erişim Tarihi:29.05.2018.
- Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill, C, Steel D (2015). Health systems in transition. Health.
- 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.
- Health at a Glance (2015). Oecd Indicator, <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HealthataGlance2015.pdf>, Erişim Tarihi:24.05.2018.
- Healthy Development (2007). The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results.
- Irvine B (2002). Healthcare Systems: The USA, Civitas.
- Jakubowski E, Busse R (1998). Health Care Systems In The Eu A Comparative Study, European Parliament, Directorate General For Research, Working Paper.
- Kuo, Y.Y. (2009). Cross-National Comparison of Taiwan, Japan, US and UK's Health Insurance System, Association for Public Policy Analysis and Management (APPAM)-Singapore Conference, Asian Social Protection in Comparative Perspective, National University of Singapore.
- Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D (2016). International Profiles of Health Care Systems.
- Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D (2017). International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund.
- Roemer, M. I. (1993). National health systems of the world. oxford university press.
- Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, Ginneken E (2013). United States of America Health system review, Health Systems in Transition, 15(3): 1– 431.
- Sağlık Bakanlığı (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Sargutan AE (2010). 84 Ülke Ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Kavram Metot ve Uygulamalar, www.sargutan.com, Erişim Tarihi: 01.06.2018.
- Tengilimoğlu D, Akbolat M, Işık O (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 6 Basım, Ankara, Nobel Yayın.
- WHO (2000). World Health Report 2000, Health System: Improving Performance, Switzerland Geneva. <http://www.who.int/>, Erişim Tarihi:26.05.2018.
- <https://data.oecd.org/>, Erişim Tarihi: 01.06.2018.