

T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
MALİYE ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ

**DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN VE KAMU SAĞLIK  
HARCAMALARININ ETKİNLİĞİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ**

SERKAN CURA

DANIŞMAN  
PROF. DR. AHMET KEMAL ÇELEBİ

MANİSA

2012

## ÖZET

Günümüzde, kamu sektörünün ekonomik, mali ve sosyal yaşama yönelik uyguladığı politikaların karşılığı olarak değerlendirilen kamu hizmetlerinin ve bu hizmetlere karşılık gelen kamu harcamalarının etkinliğinin sağlanması en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. Kamu sektörünün yapmış olduğu harcamaların etkinliğinin gerçekleştirilmesi, kıt olan kaynakların en iyi biçimde kullanılarak, sunulması planlanan hizmetlerin yerinde ve yeterli düzeyde olmasını sağlamasının yanında toplumsal faydayı da arttırıcı bir unsur olmaktadır.

1995-2010 döneminde, Türkiye ve seçilen ülke örneklerinde uygulanan sağlık sistemlerinin etkinlik göstergeleri açısından karşılaştırılmasını yapabilmek ve örneklem içinde karar verici birimlerin(ülkelerin) sundukları sağlık hizmetlerinin ağırlıklı payını oluşturan kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin belirlenen yöntem açısından karşılaştırmalı olarak ölçümünü ve analizini gerçekleştirmek olarak belirlenen amaçlar çerçevesinde hazırlanan çalışma üç bölümden oluşmuştur.

Çalışmanın birinci bölümünde, kamu ekonomisi açısından sağlık hizmetlerinin yeri ve önemine değinilmiştir. İkinci bölümde, Türkiye ve seçilen ülke örneklerinde sağlık sistem türlerine ve sağlık sistemlerinin etkinlik göstergeleri açısından karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Üçüncü ve son bölümde ise, kamu harcama etkinliğinin kamu kesimi için neden önemli olduğuna vurgu yapılmıştır. Daha sonra, çalışma kapsamında Veri Zarflama Analizi yöntemi kullanılarak, 1995-2010 döneminde, Türkiye ve seçilen ülke örneklerinde kamu sağlık harcamalarının etkinlik ölçümü ve analizi gerçekleştirilmiştir.

## **ABSTRACT**

In this day and time, obtaining efficiency of public services and expenditures, which is evaluated that public sector regulates economic, fiscal and social areas, is being become one of the most important factors. Efficiency of public expenditures is the best way to use scarce public resources and to produce planned public services at sufficient level. In addition to this, efficiency of public expenditures is a factor to enhance social benefit.

The study has been aimed two main goals. The first goal of the study has been aimed to analyse efficiency of health care systems in Turkey and selected countries, both of them are identified Decision Making Units, between 1995-2010 periods and the second one has been aimed to analyse efficiency of public health expenditures at DMUs.

In the first chapter of the study, the place and importance of health care services were mentioned in the way of public economy. Health care systems and their efficiencies, in the second chapter of the study, were analysed between Turkey and selected countries. In the third and last chapter, why public expenditure efficiency is important for public sector was stated in the first part of the chapter and then efficiency of public health expenditures were analysed by using Data Envelopment Analysis between Turkey and selected countries.

Doktora tezi olarak sunduğum “**Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2012

Serkan CURA

**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

<b>Referans No</b>	<b>436594</b>
<b>Yazar Adı / Soyadı</b>	SERKAN CURA
<b>Uyruğu / T.C.Kimlik No</b>	T.C. 40540795868
<b>Telefon / Cep Telefonu</b>	
<b>e-Posta</b>	serkan.cura@bayar.edu.tr
<b>Tezin Dili</b>	Türkçe
<b>Tezin Özgün Adı</b>	Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz
<b>Tezin Tercümesi</b>	The Efficiency of Health Systems and Public Health Expenditures in The World and Turkey: A Comparative Analysis
<b>Konu Başlıkları</b>	Maliye
<b>Üniversite</b>	Celal Bayar Üniversitesi
<b>Enstitü / Hastane</b>	Sosyal Bilimler Enstitüsü
<b>Bölüm</b>	Maliye Bölümü
<b>Anabilim Dalı</b>	Maliye Anabilim Dalı
<b>Bilim Dalı / Bölüm</b>	Maliye Bilim Dalı
<b>Tez Türü</b>	Doktora
<b>Yılı</b>	2012
<b>Sayfa</b>	198
<b>Tez Danışmanları</b>	Prof. Dr. Prof. Dr. A. Kemal ÇELEBİ
<b>Dizin Terimleri</b>	Etkinlik=Efficiency Kamu harcamaları=Public expenditure Kamu hizmetleri=Public services Sağlık=Health Sağlık hizmetleri=Health services Sağlık sistemleri=Health systems Türkiye=Turkey Kamu ekonomisi=Public economy
<b>Önerilen Dizin Terimleri</b>	
<b>Yayımlama İzni</b>	<input type="checkbox"/> Tezimin yayımlanmasına izin veriyorum <input checked="" type="checkbox"/> Ertelenmesini istiyorum [3 Yıl]


### TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI


Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 29.06.2012 tarih ve 13/7 sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisans Üstü öğretim Yönetmeliği'nin 24. Maddesi gereğince Enstitümüz Maliye Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Serkan CURA'nın "Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz" konulu tezi incelenmiş ve aday 10.07.2012 tarihinde saat 10:00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra...20 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından jüri üyelerine sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI olduğuna  OY BİRLİĞİ   
DÜZELTME yapılmasına  \* OY ÇOKLUĞU   
RED edilmesine  \*\* ile karar verilmiştir.

\* Bu halde adaya 6 ay süre verilir.  
\*\* Bu halde adayın kaydı silinir.

  
BAŞKAN  
Prof. Dr. A. Kemal ÇELEBİ  
(Danışman)

  
ÜYE  
Prof. Dr. Süreyya SAKINC  
Doç. Dr. B. İsmail KOVANCILAR

  
ÜYE  
Prof. Dr. Ramazan GÖKBUNAR

  
ÜYE  
Prof. Dr. Coşkun Can AKTAN

  
ÜYE  
Doç. Dr. Mustafa MIYNAT

Evet Hayır

\*\*\* Tez, burs, ödül veya Teşvik prog. (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir

Tez, mutlaka basılmalıdır

Tez, mevcut haliyle basılmalıdır

Tez, gözden geçirildikten sonra basılmalıdır.

Tez, basımı gereksizdir.



TÜRKÇE ÖZET	ii
İNGİLİZCE ÖZET	iii
YEMİN METNİ	iv
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU	v
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	xi
TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
GİRİŞ	xiv

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

### **SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU EKONOMİSİ İÇİNDEKİ YERİ VE ÖNEMİ**

I. KAVRAMSAL ÇERÇEVE: SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ	1
A. Sağlık Kavramı	1
1. Sağlık Tanımı ve Önemi	1
2. Sağlığı Etkileyen Faktörler	3
B. Sağlık Hizmeti ve Özellikleri	4
1. Sağlık Hizmeti Kavramı	4
2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri	5
C. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırması	6
1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
a) Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
b) İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
a) Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
b) İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
c) Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	8
a) Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	9
b) Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri	9
II. SAĞLIK HİZMETİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ VE SUNUM YÖNTEMLERİ	9
A. Sağlık Hizmetinin Kamusal Niteliği	9
1. Kamusal-Yarı Kamusal Mallar ve Dışsallıkların Varlığı	11
2. Piyasa Aksaklıkları	13
3. Erdemli ve Erdemsiz Mallar	14
B. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Yöntemleri	16
1. Kamu Kesimi Tarafından Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	17
2. Özel Kesim Tarafından Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	18
3. Kamu-Özel Sektör Ortaklığı Tarafından Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	20
III. KAMU HİZMETLERİNİN KAMU HARCAMASI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ: SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRNEĞİ	23
A. Kamu Hizmetleri ile Kamu Harcamaları Arasındaki İlişki	24
1. Kamu Hizmeti Kavramı ve Özellikleri	24
2. Kamu Hizmetinin Kamu Harcaması Olarak Değerlendirilmesi	25
B. Kamu Harcamaları İçerisinde Sağlık Harcamalarının Yeri ve Önemi	27
1. Sağlık Harcaması Kavramı ve Önemi	28
2. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri	28

a) Nüfus ve Yaşlanma	29
b) GSYİH'daki Değişim ve Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi	30
c) Teknolojik Değişim ve Tıbbi İlerleme	31
ç) Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi	31
d) Kentleşme	32
e) Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	32
3. Sağlık Harcamalarının Ülke ve Bireyler Açısından Önemi	33

## İKİNCİ BÖLÜM

### DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN VE GÖSTERGELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

I. KAVRAMSAL ÇERÇEVE: SAĞLIK SİSTEMİ	37
A. Sağlık Sistemi ve Bileşenleri	38
1. Sağlık Sistemi Kavramı	38
a) Sağlık Sisteminin Tanımı	38
b) Sağlık Sisteminin Özellikleri	39
2. Sağlık Sisteminin Bileşenleri	39
a) Sağlık Sisteminin Amaçları	39
b) Sağlık Sisteminin Fonksiyonları	40
ba) Yönetim ve Düzenleme	41
bb) Finansman	42
bc) Sağlık Hizmeti Sunumu	43
bç) Kaynak Üretimi ve Örgütlenme	43
B. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırması	44
1. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmalarına Yönelik Yapılan Çalışmalar	44
2. Milton I. Roemer'in Sınıflandırmasına Göre Ülke Sağlık Sistemleri	46
a) Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri	47
b) Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri	47
c) Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri	48
ç) Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri	49
II. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK SİSTEMLERİ	49
A. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri	49
1. Amerika Birleşik Devletleri	49
2. Brezilya	52
3. Endonezya	53
B. Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri	55
1. Almanya	55
2. Arjantin	56
3. Fransa	58
4. Güney Kore	59
5. Meksika	60
6. Portekiz	62
7. Yunanistan	63
C. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri	64
1. Danimarka	64
2. Finlandiya	65
3. İngiltere	66



4. İspanya	67
5. İtalya	68
6. Norveç	69
7. Ukrayna	70
8. Yeni Zelanda	71
Ç. Sosyalist Tıp Sağlık Sistemleri	72
1. Küba	72
D. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Sistemi	73
1. Türkiye’de Sağlık Politikalarının ve Sisteminin Tarihsel Gelişimi	73
a) Cumhuriyet Öncesi Dönem	73
b) Cumhuriyet Sonrası Dönem	74
2. Türk Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı	78
a) Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Genel Değerlendirmesi	78
b) Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	82
c) Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Altyapı Düzeyi	84
ca) Koruyucu Sağlık Hizmetleri	85
cb) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	85
cc) Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	88
ç) Sağlık İnsan Gücü ve Altyapı Düzeyleri	89
III. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ VE ELE ALINAN ÜLKE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN ETKİNLİK GÖSTERGELERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	93
A. Demografik Göstergeler Açısından Ülkelerin Değerlendirilmesi	96
B. Ekonomik Göstergeler Açısından Ülkelerin Değerlendirilmesi	102
C. Sağlık İnsan Gücü ve Hastane Göstergeleri Açısından Ülkelerin Değerlendirilmesi	104

### **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

#### **KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ**

I. ETKİNLİK KAVRAMI VE UNSURLARI	109
A. Etkinlik Kavramı ve Önemi	110
B. Etkinlik Türleri ve Ölçümü	111
C. Etkinlik Ölçümünde Kullanılan Yöntemler	112
1. Oran Analizi	112
2. Parametrik Yöntemler	112
3. Parametrik Olmayan Yöntemler	113
II. VERİ ZARFLAMA ANALİZİNİN TEORİK ÇERÇEVESİ	114
A. Veri Zarflama Analizi Kavramı ve Özellikleri	114
B. Veri Zarflama Analizinin Uygulama Aşamaları ve Matematiksel İfadesi	116
C. Veri Zarflama Analizinde Kullanılan Modeller	117
1. Charnes-Cooper-Rhodes(CCR) Modeli	118
2. Banker-Charnes-Cooper(BCC) Modeli	119
III. VERİ ZARFLAMA ANALİZİ YÖNTEMİNE GÖRE TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ ETKİNLİĞİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ	121
A. Sağlık Harcamaları Perspektifinde Kamu Harcamalarında Etkinlik ve	

Etkinliğin Ölçümü	121
1. Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği ve Önemi	121
2. Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliğini Ölçmeye Yönelik Yapılan Çalışmalar	123
B. Türkiye’de ve Dünyada Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi	126
1. Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi	126
2. Dünyada Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi	130
C. Dünyada ve Türkiye’de Veri Zarflama Analizi Yöntemi Kullanılarak Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliğinin Analizi	134
1. Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliğini Ölçmede Seçilen Göstergeler	134
2. Türkiye’de ve Seçilen Ülkelerde Kamu Sağlık Harcama Etkinliğinin Veri Zarflama Yöntemine Göre Analizi ve Değerlendirilmesi	137
<b>DEĞERLENDİRME VE SONUÇ</b>	156
<b>BİBLİYOGRAFYA</b>	162

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>a.g.ç.</b>	: adı geçen çalışma
<b>a.g.e.</b>	: adı geçen eser
<b>a.g.m.</b>	: adı geçen makale
<b>a.g.r.</b>	: adı geçen rapor
<b>a.g.t.</b>	: adı geçen tez
<b>Akt.</b>	: Aktaran
<b>AR-GE</b>	: Araştırma ve Geliştirme
<b>AO</b>	: Aşılama Oranı
<b>Bknz.</b>	: Bakınız
<b>BBYKP</b>	: Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı
<b>BO</b>	: Bağışıklama Oranı
<b>DİBYS</b>	: Doğumdan İtibaren Beklenen Yaşam Süresi
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>ESK</b>	: Emekli Sandığı Kurumu
<b>GSMH</b>	: Gayri Safi Milli Hasıla
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>GSYİH</b>	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
<b>KSH</b>	: Kamu Sağlık Harcamaları
<b>KÖO</b>	: Kamu-Özel Sektör Ortaklığı
<b>KVB</b>	: Karar Verme Birimi
<b>OECD</b>	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>ÖSH</b>	: Özel Sağlık Harcamaları
<b>SDP</b>	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SHÇEK</b>	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu G.M.
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>STK</b>	: Sivil Toplum Kuruluşu
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TKH</b>	: Toplam Kamu Harcamaları
<b>TSH</b>	: Toplam Sağlık Harcamaları
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>USH</b>	: Ulusal Sağlık Hizmetleri
<b>USHS</b>	: Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi
<b>USS</b>	: Ulusal Sağlık Sigortası
<b>USSK</b>	: Ulusal Sağlık Sigorta Kuruluşu
<b>VZA</b>	: Veri Zarflama Analizi
<b>WB</b>	: Dünya Bankası
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>YÖK</b>	: Yüksek Öğretim Kurumu

## GRAFİK, KUTU, ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ

Tablo No		Sayfa
Grafik-1: Nüfus Başına Düşen Sağlık Personeli	(1960-2010)	91
Grafik-2: Yatak Başına Düşen Nüfus	(1960-2010)	93
Grafik-3: Toplam Sağlık Harcamaları ve Bebek Ölüm Hızı Arasındaki İlişki		107
Grafik-4: Toplam Sağlık Harcamaları ve Doğumdan İtibaren Beklenen Yaşam Süresi Arasındaki İlişki		107
Grafik-5: Toplam Sağlık Harcamaları ve Anne Ölüm Hızları Arasındaki İlişki		107
Grafik-6: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları İle Kişi Başına Düşen Gelir Arasındaki İlişki		107
Grafik-7: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Olan Oranı	(1995-2010)	127
Grafik-8: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları İle Kişi Başına Düşen Gelir Arasındaki İlişki	(1995-2010)	128
Grafik-9: Türkiye'de Toplam Sağlık Harcama Dağılımının Gelişimi	(1995-2010)	129
Grafik-10: Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı	(1995-2010)	132
Grafik-11: Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamaları İçindeki Payı	(1995-2010)	133
Grafik-12: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinlik Ölçümüne Göre Ülke Sıralamaları	(1995)	138
Grafik-13: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinlik Ölçümüne Göre Ülke Sıralamaları	(2000)	142
Grafik-14: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinlik Ölçümüne Göre Ülke Sıralamaları	(2005)	146
Grafik-15: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinlik Ölçümüne Göre Ülke Sıralamaları	(2010)	149
Kutu-1: Birey ve Toplumun Sağlık Düzeyini Etkileyen Faktörler		4
Kutu-2: Sağlık Hizmetinin Özellikleri		6
Kutu-3: Sağlık Sisteminin Amaçları		40
Kutu-4: Türkiye'de Sağlık Politikalarının ve Sisteminin Tarihsel Gelişimi:1923-1960 Dönemi		75
Kutu-5: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Temel İlkeleri		79
Kutu-6: Etkinlik Türleri		111
Kutu-7: VZA Uygulama Aşamaları		116
Kutu-8: 1995 Yılı VZA'ne Göre Etkinsiz Olan Ülkelerin Girdi ve Çıktı Göstergeleri Açısından Potansiyel İyileşme Düzeyleri		141
Kutu-9: 2000 Yılı VZA'ne Göre Etkinsiz Olan Ülkelerin Girdi ve Çıktı Göstergeleri Açısından Potansiyel İyileşme Düzeyleri		145
Kutu-10: 2005 Yılı VZA'ne Göre Etkinsiz Olan Ülkelerin Girdi ve Çıktı Göstergeleri Açısından Potansiyel İyileşme Düzeyleri		148
Kutu-11: 2010 Yılı VZA'ne Göre Etkinsiz Olan Ülkelerin Girdi ve Çıktı Göstergeleri Açısından Potansiyel İyileşme Düzeyleri		152
Şekil-1: Sağlığı Etkileyen Faktörler		3
Şekil-2: Devletin Kamu Hizmetini Yerine Getirme Süreci		26
Şekil-3: Sağlık Harcamalarının Ülke ve Bireyler Açısından Önemi		34
Şekil-4: Sağlık Sisteminin Fonksiyonları		41
Şekil-5: Sağlık Sisteminin Fonksiyonları Açısından Türk Sağlık Sistemi'nin Örgütsel Yapısı		82
Şekil-6: Türk Sağlık Sisteminde Temel Mali Akışlar		83
Tablo-1: Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına Yönelik Yapılan Çalışmalar		44
Tablo-2: Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Gerçekleştirilen Düzenlemeler		79
Tablo-3: Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Veren Kurumların Dağılımı	(1967-2010)	87
Tablo-4: Türkiye'de Toplam Sağlık İnsan Gücü Düzeyi	(1960-2010)	90
Tablo-5: Türkiye'de Toplam Sağlık Altyapı Düzeyi	(1960-2010)	92
Tablo-6: Ülkelerin Nüfus Göstergeleri	(1995-2010)	97
Tablo-7: Yaş Dağılımlarına Göre Ülkelerin Nüfusları	(1995-2010)	98

Tablo-8: Ülkelerin Yaşam Göstergeleri	(1995-2010)	99
Tablo-9: Seçilmiş Ekonomik Göstergeler Açısından Ülkeler	(1995-2009)	103
Tablo-10: Seçilmiş Sağlık İnsan Gücü ve Hastane Göstergeleri Açısından Ülkeler	(2000-2010)	106
Tablo-11: Etkinlik Göstergelerinin Birbirleri Arasındaki İlişki	(1995-2010)	107
Tablo-12: Primal ve Dual CCR Modelleri		119
Tablo-13: Primal ve Dual BCC Modelleri		120
Tablo-14: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliğini Ölçmeye Yönelik Yapılan Çalışmalar		124
Tablo-15: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi	(1995-2010)	127
Tablo-16: Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İdari Sınıflandırma Açısından Dağılımı	(1995-2010)	129
Tablo-17: Dünyada ve Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi	(1995-2010)	131
Tablo-18: Seçilen Girdi ve Çıktı Göstergeleri		134
Tablo-19: Türkiye ve Seçilen Ülke Örneklerinde Gerçekleşen Girdi ve Çıktı Göstergeleri	(1995-2010)	135
Tablo-20: Veri Zarflama Analizine Göre Ülkelerin Etkinlik Düzeyleri	(1995-2010)	137
Tablo-21: 1995 Yılı VZA Sonuçları		139
Tablo-22: 2000 Yılı VZA Sonuçları		143
Tablo-23: 2005 Yılı VZA Sonuçları		146
Tablo-24: 2010 Yılı VZA Sonuçları		150
Tablo-25: 1995-2010 Dönemi KVB’lerinin Ortalama Etkinlik Skorları Sıralaması ve Uyguladıkları Sağlık Sistemleri		154

Bireylerin ve toplumun hem ekonomik hem de sosyal açıdan daha iyi koşullarla hayatlarını sürdürmelerini sağlamaya yönelik talep ya da istekleri bir hak olarak görülmelidir. İyi yaşama koşullarına sahip olmanın etkenleri arasında, sağlık sistemlerinden ve sistemin işlerliğini sağlayan sağlık hizmetlerinden yeterli ve etkin bir düzeyde yararlanmak gelmektedir. Bir ülkede yeterli ve etkin düzeyde sunulan sağlık hizmetleri, beşeri gelişmişliği yükseltirken aynı zamanda, toplumsal refahın olumlu yönde gelişimine de öncülük edecektir.

Devlet, insanların çevre ve diğer toplumlar karşısında korunması ve savunulması işlevini üstlenmek ile görevli iken, medeniyet düzeyi oluştuğça ve geliştikçe bu değişime bağlı olarak artan ve değişen ihtiyaçların ortaya çıkması devletin farklı niteliğe sahip yükümlülüklerini de yerine getirmesi zorunluluğunu doğurmuştur. Bundan dolayıdır ki, kamu ekonomisi, devletin ekonomiye müdahale aracı niteliğinde ortaya çıkan çeşitli sorunlara çözüm oluşturma çabası olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda kamu kesimi, güvenlik, savunma, adalet, eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi hizmetlerin üretiminde ve düzenlenmesinde büyük bir rol üstlenmektedir.

Toplum tarafından talep edilen bazı mal ve hizmetler vardır ki, söz konusu mal ve hizmetlerin üretimi tek başına özel sektöre bırakılamamaktadır. Aksi halde, toplumsal refahın mümkün olan en üst düzeyde oluşması sağlanamayabilecektir. Böyle bir duruma neden olabilecek mal ve hizmetler, hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulan yarı kamusal niteliğe sahip mal ve hizmetlerdir. Söz konusu mal ve hizmetlerin üretiminde devletin varlığı, kamu ekonomisinin temellerini oluşturan öngörü olarak değerlendirilmektedir. Şöyle ki, kamu hizmetlerinin kimler için ne miktarda üretileceği, hangi birimlerce nasıl üretileceği ve bu üretimin karşılığı olan maliyetin nasıl ve kimler tarafından karşılanması gerekliliği kamu ekonomisinin yapısını belirleyen unsurlar olarak belirlenmiştir.

Yarı kamusal niteliğe sahip sağlık hizmetlerinin üretiminde, sunumunda ve tüketiminde oluşan, piyasa başarısızlıklarının ortaya çıkardığı olumsuzlukların giderilmesinin en önemli aracının kamu müdahalesi gerekliliği olduğunu savunmak yanlış olmayacaktır. Kamunun piyasa başarısızlıklarını gidermeye yönelik gerek aktif müdahalesi (üretimde rol oynayarak) gerekse de düzenleyici niteliğe sahip müdahalesinin, sağlık hizmetinden beklenen başta toplumsal faydanın en çoğa çıkması ve kaynak dağılımında etkinliğin sağlanması amaçları için öncelik arz ettiğini ileri

sürmek mümkündür. O halde, sağlık ve sağlık hizmetlerinin sunumu meselesi, tüm bireyleri ilgilendirmesi bakımından, her bir devletin de ilgi duyması gerektiği ve bu konuda araştırmalar yapması zorunlu olduğu bir konu olmaktadır. Ayrıca, bu tür hizmetlerin ifadesi olan ve devlet tarafından yapılan sağlık harcamaları önemli bir müdahale aracı olarak değerlendirilebilir.

Günümüzde, yaşanan dönüşüm ve gelişmeler çerçevesinde, kamu sektörünün ekonomik, mali ve sosyal yaşama yönelik uyguladığı politikaların karşılığı olarak değerlendirilen kamu hizmetlerinin ve bu hizmetlere karşılık gelen kamu harcamalarının etkinliğinin sağlanması en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. Kamu sektörünün yapmış olduğu harcamaların etkinliğinin gerçekleştirilmesi, kıt olan kaynakların en iyi biçimde kullanılarak, sunulması planlanan hizmetlerin yerinde ve yeterli düzeyde olmasını sağlamanın yanında toplumsal faydayı da arttırıcı bir unsur olmaktadır.

Devletin üstlenmiş olduğu sorumlulukların önemi kapsamında şekillenen çalışmanın amacı, 1995-2010 döneminde, Türkiye ve seçilen ülke örneklerinde uygulanan sağlık sistemlerinin etkinlik göstergeleri açısından karşılaştırılmasını yapabilmek ve örneklem içinde karar verici birimlerin(ülkelerin) sundukları sağlık hizmetlerinin ağırlıklı payını oluşturan kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin belirlenen yöntem açısından karşılaştırmalı olarak ölçümünü ve analizini gerçekleştirmektir. Böylece, elde edilen gerek sağlık sistemi gerekse de kamu sağlık harcama etkinliği karşılaştırmaları, geçmişte yapılmış çalışmalarda olduğu gibi, gelecekte yapılabilecek farklı nitelikte çalışmalara da ışık tutabilme görevini sağlayabilecektir.

“Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz” adı verilen çalışmanın birinci bölümünde; kamu ekonomisi açısından sağlık hizmetlerinin yeri ve önemine değinilmiştir. Bu kapsamda, öncelikle, sağlık ve sağlık hizmetlerinin kavramsal olarak açıklanmasına yer verilmiştir. Daha sonraki kısımda ise, sağlık hizmetleri açısından kamu hizmetlerinin kamu harcaması olarak değerlendirilmesine yönelik açıklamalara ve kamu harcamaları içerisinde sağlık harcamalarının yeri ve önemine değinilmiştir.

İkinci bölümde; Dünyada ve Türkiye’de sağlık sistem ve göstergelerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir. Birinci kısımda, sağlık sistemleri ve bileşenlerine yönelik kavramsal çerçeve oluşturulmuş ve çalışmada seçilen

sağlık sistem sınıflandırmasına kapsamlı bir biçimde yer verilmiştir. İkinci kısımda, belirlenen sınıflandırma kapsamında Türkiye ve seçilmiş olan 19 ülkenin(ABD, Almanya, Arjantin, Brezilya, Danimarka, Endonezya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, İngiltere, İspanya, İtalya, Küba, Meksika, Norveç, Portekiz, Ukrayna, Yeni Zelanda ve Yunanistan) sağlık sistemleri temel unsurları kapsamı açısından ele alınmıştır. Türkiye dâhil, toplam yirmi ülkenin seçilmesinin sebebi, çalışmanın üçüncü bölümünde kullanılan Veri Zarflama Analizi'ne göre seçilen girdi ve çıktı göstergelerinin toplam sayısının en az üç katı ülke(KVB) belirlenmesi gerekmektedir. Çalışma kapsamında belirlenen girdi ve çıktı gösterge sayısı beş olduğu için, VZA'nın daha anlamlı sonuçlar verebilmesi amacıyla toplam yirmi ülke ele alınmıştır. Ülkelerin belirlenmesindeki temel kıstas ise, gelişmişlik farkı gözetilmeksizin hemen hemen tüm kıtalardan seçilmiş olmalarıdır. Ayrıca, Avrupa kıtasından daha fazla ülke seçilmesinin gerekçesi ise, Türk Sağlık Sistemi ile Avrupa Birliği üyesi ülke sağlık sistemleri arasında karşılaştırmalar ve kamu sağlık harcamaları etkinlik analizinin yapılabilmesinin sağlanmasıdır. Son kısımda ise, literatürde genel kabul gören ve sıklıkla kullanılan etkinlik göstergeleri açısından 1995-2010 dönemi, Türk Sağlık Sistemi ve ele alınan diğer ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir.

Üçüncü ve son bölümde; örneklem içerisine dahil edilen ülkelerin kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin analizine yer verilmiştir. Birinci kısımda, etkinlik ve unsurlarına yönelik kavramsal çerçeve oluşturulmuş ve etkinlik ölçümünde kullanılan Veri Zarflama Analizi'nin teorik açıklamalarına değinilmiştir. Son kısımda ise, sağlık harcamaları açısından kamu harcamalarında etkinliğin anlamı ve önemi ile kamu sağlık harcamalarının etkinliğini ölçmeye yönelik çalışmalara yer verilmiştir. Daha sonra ise, 1995-2010 dönemi, Türkiye'de ve seçilen ülke örneklerinde kamu sağlık harcamalarının gelişimi karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş ve Veri Zarflama Analizi yöntemine göre kamu sağlık harcamalarının etkinlik analizi doğrultusunda sonuçların analizi ve genel değerlendirme yapılarak çalışma tamamlanmıştır.



## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAMU EKONOMİSİ İÇİNDEKİ YERİ VE ÖNEMİ

Bu bölümde, çalışma konusunun uygulamaya dönük anlatımları incelenmeden önce teorik altyapıyla ilgili temel oluşturacağı düşünülen genel açıklamalara yer verilmiştir.

Kamu ekonomisi açısından sağlık hizmetlerinin yeri ve öneminin ortaya konulmasına yönelik olarak başlangıçta, kavramsal çerçeveye yer verilmiştir. Kavramsal çerçeve kısmında; “Sağlık ve Sağlık Hizmet”lerine yönelik tanımlamalara, sınıflandırmalarına ve özelliklerine vurgu yapılmıştır.

Bölümün ikinci kısmında; sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğine değinilerek, sağlık hizmetleri ve kamu sağlık harcamaları arasındaki etkileşim ve ilişki ortaya konulmuştur. Son kısımda, mevcut açıklamalara uygun bir biçimde, kamu harcamaları içerisinde yer alan sağlık harcamalarının yeri ve önemi ile kamu ekonomisi açısından kavramsal tanımlamalara, sınıflandırmalara, faktörlere ve niteliklere yer verilmiştir.

#### I. KAVRAMSAL ÇERÇEVE: SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Temel insan hakları içerisinde yer alan sağlık ve sağlıklı bir yaşama sahip olma hali, geçmişte ve günümüzde olduğu gibi gelecekte de önemli bir hak olarak değerlendirilmesinin devamı kaçınılmaz bir olgudur. Dolayısıyla, sağlık tüm bireyleri ilgilendirmesi bakımından, her bir devletin de ilgi duyması gerektiği ve bu konuda araştırmalar yapması zorunlu olduğu bir konu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, öncelikle sağlık, sağlık hizmeti kavramlarına ve gerek birey ve toplum gerekse de devlet açısından öneminin ne olduğuna yer verilmesine yönelik kavramsal çerçeve oluşturulmuştur.

##### A. Sağlık Kavramı

##### 1. Sağlık Tanımı ve Önemi

Sağlık kavramı ile ilgili yapılmış birçok tanım bulunmaktadır. Geçmiş dönemde ve geleneksel anlayış çerçevesinde sağlık, hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanmıştır. Bireyler açısından hasta ya da sakat olmama durumları, sağlıklı

olduğunu gösterir bir tanımlama olarak değerlendirilmektedir<sup>1</sup>. Aynı şekilde, Fuchs(1993) sağlığı; hayat beklentisi, işgücü kapasitesi, sağlık hizmeti ihtiyacı ya da kişisel ve sosyal işlevlerini yapabilme yeteneğine sahip olup olmama durumu olarak nitelendirmektedir<sup>2</sup>. Baggott(1994) ise, bireyin mevcut kapasitesini koruyan pozitif yaklaşım ve hastalık ya da sakatlık durumunda oluşan negatif yaklaşım olarak iki farklı açıdan tanımlamaktadır<sup>3</sup>. Tokgöz(1979)'e göre sağlık; "...bireylerin fiziksel ve ruhsal bozukluklardan uzak olması ve bulunduğu toplumsal çevreye ilişkin vücut ve kafasının normal kabul edilen sınırlarda çalışması.." olarak tanımlanmaktadır<sup>4</sup>. Tanımlamalardan da hareketle, önceleri sağlık, bireylerin bedensel bakımdan iyi olmaları hali olarak tanımlanmaktaydı. Ancak, günümüzde genel kabul görmüş olan sağlık kavramı tanımı, Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından yapılan tanımlamadır. WHO'ye göre sağlık; "bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik" hali olarak tanımlanmaktadır. Tanımlamada yer verilen "sosyal yönden tam bir iyilik hali"nin sınırlarının değişken ve belirsiz olması gerek bireyler gerekse de sağlık sektörü açısından bireyleri mümkün olabilecek en üst düzeydeki iyilik haline ulaştırma fikri, bir hedef olarak oluşmaktadır<sup>5</sup>. WHO'ye göre, sağlığın anlamı acısız, ağrısız ve zamansız gelen ölümden özgür olmak ve bunun sonucunda ortaya çıkan fiziksel, ruhsal, sosyal verimlilik ve iyilik açısından optimal noktada bulunmaktır<sup>6</sup>.

WHO tarafından yapılan tanımda yer alan öğelerden hareket edilirse özellikle bireyin bedensel ve ruhsal yönden tam iyilik halinin yanında sosyal bakımdan da tam iyilik hali şartının var olması tesadüfi bir durum değildir. Şöyle ki, sağlık insan hayatının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulmasında, korunmasında ve artırılmasında önemli bir olgudur<sup>7</sup>.

Sağlığın önemi açısından değerlendirilmesi gereken bir diğer nokta, bir ülkenin en değerli sermayesinin insan oluşudur. Bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve

---

<sup>1</sup>Dilaver TENGİLİMOĞLU, Oğuz IŞIK & Mahmut AKBOLAT, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, 2. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara, 2009, s. 35.

<sup>2</sup>Victor R. FUCHS, **The Future of Health Policy**, Harvard University Press, London, 1993, s.28.

<sup>3</sup>Rob BAGGOTT, **Health and Health Care in Britain**, The MacMillan Press, London, 1994, s.1.

<sup>4</sup>Erdinç TOKGÖZ, "Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme", **Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.1979, C.1, S.2, s.3.

<sup>5</sup>Recep AKDUR, **Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**, İkinci Baskı, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi Yayını, Yayın No.25, Ankara, 2006, s.12.

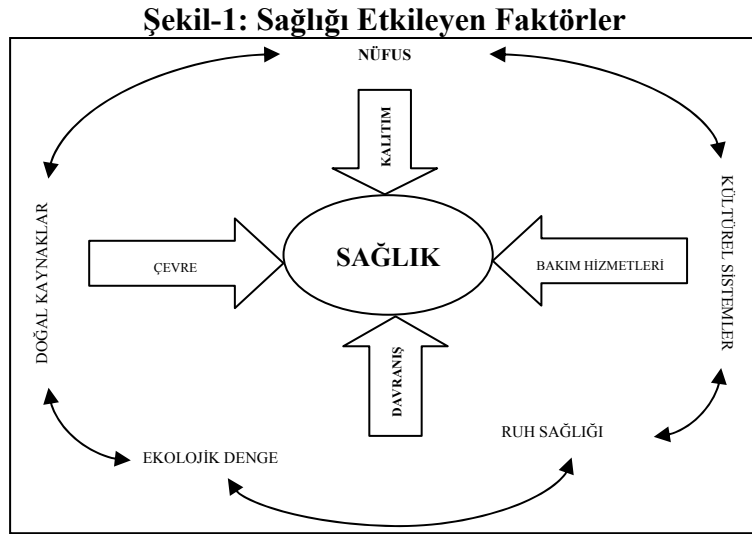
<sup>6</sup>Ayşegül MUTLU & A. Kadir IŞIK, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, 2. Baskı, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2005, s.13.

<sup>7</sup>Tuncer ASUNAKUTLU, "Kamu Hizmetlerinde Kalite", **Kamu Yönetiminde ve Kamu Hizmetlerinde Kalite** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), Hizmet-İş Sendikası Yayınları, Yayın No.36, Ankara, 2005, s.163.

sürdürülebilir hale getirilmesi, ülkelerin sosyal hedefleri içerisinde bulunmaktadır. Sağlıklı olma durumunun varlığı, bireyin ekonomik ve sosyal refahının önemli bir belirleyicisidir. Sağlıklı bir birey hem beşeri sermayenin gelişimine hem de milli ekonomiye katkıda bulunabilecek durumda olacaktır<sup>8</sup>. Dolayısıyla, sağlıklı bireylere sahip olmak, insan mutluluğunun önemli bir unsuru olduğu gibi ülkenin ekonomik kalkınmasında gerekli beşeri sermaye kaynağının oluşturulabilmesi içinde önemlilik arz etmektedir<sup>9</sup>.

## 2. Sağlığı Etkileyen Faktörler

Sağlık ile ilgili WHO'nun yapmış olduğu tanıma göre, sağlığın çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirilmesinin yanında birbiriyle ilişkili çok sayıda faktörün bireyin sağlık durumunun gidişatına da doğrudan ya da dolaylı biçimde etkileyebildiğini göstermektedir. Blum(1974), söz konusu ilişkiyi bir döngüsel şema yardımıyla geliştirmiştir. Blum, sağlık kavramını çevresel bir yaklaşım ile değerlendirmiş ve sağlık durumunu Şekil-1'de görüldüğü üzere, dört temel faktörün birbirleriyle etkileşim içerisinde olmasının belirlediğini ileri sürmüştür<sup>10</sup>.



KAYNAK: KAVUNCUBAŞI, a.g.e., s.19.

<sup>8</sup>Adnan KISA, Mustafa Z. YOUNIS & Sezer KISA, "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**, Y.2007, C.122, S.5, s.693 ; Sami TABAN, "Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme arasındaki Nedensellik İlişkisi", **Sosyo Ekonomi**, Y.2006, C.2, S.2, s.33.

<sup>9</sup> Thomas E. GETZEN, **Health Economics Fundamentals and Flow of Funds**, Second Edition, Wiley International Edition, New York, 2004, s.17-18 ; Sevgi KURTULMUŞ, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, 1. Baskı, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998, s.17.

<sup>10</sup>Akt. Şahin KAVUNCUBAŞI, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, s.18.

Şekil-1'e göre, çevre, davranış, sağlık bakım hizmetleri ve kalıtım, sağlık durumunu etkileyen faktörler olarak değerlendirilmektedir. Bu girdilerin birbirleri arasındaki etkileşimi ise doğal kaynaklar, ekolojik denge, ruh sağlığı, kültürel sistemler ve nüfus unsurları sayesinde gerçekleşmektedir.

Temel faktörlerin sağlık durumuna yönelik olarak ne tür etkilerinin olduğunu Kutu-1'de özetlemek mümkündür.

#### **Kutu-1: Birey ve Toplumun Sağlık Düzeyini Etkileyen Faktörler**

- |  |
|--|
| <p>a) <b>Çevre;</b> iklim gibi çevrenin doğal-fiziksel özellikleri, sosyal çevrenin özellikleri sağlığı doğrudan etkilerken, diğer faktörleri dolaylı bir biçimde etkilemektedir.</p> <p>b) <b>Davranış;</b> sigara, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı gibi faktörler, yetersiz beslenme ve beslenme alışkanlıklarındaki değişimler, kişisel bakım ihmal, yetersiz sağlık bakım bilgilerine sahip olma gibi faktörler sağlığı etkilemektedir.</p> <p>c) <b>Kalıtım;</b> bireyin genetik özellikleri ve içinde bulunduğu çevrenin etkileşimi sonucunda da sağlık düzeyi belirlenebilmektedir.</p> <p>d) <b>Sağlık Bakım Hizmeti;</b> koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır.</p> |
|--|

**KAYNAK:** Rockwell Schultz & Alton C. Johnson, **Management of Hospitals and Health Services: Strategic Issues and Performance**, Third Edition, BeardBooks, Washington, 2003, s.18-21.

Böylece birbirleri arasındaki doğrudan ve dolaylı etkiler bireyleri ve toplumun sağlık durumunu etkilemekle birlikte, sağlık düzeyinin nasıl iyileştirilebileceğine dair öngörülerde bulunulmasını da sağlamaktadır.

## **B. Sağlık Hizmeti ve Özellikleri**

### **1. Sağlık Hizmeti Kavramı**

Sağlık hizmeti, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi anlamına gelmekle birlikte, günümüzde çeşitli hastalıklarla ve mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve sağlığa uygunluk anlayışındaki değişimler, bulaşıcı hastalıkların yayılma süreci ve buna yönelik bilgilenmenin artması şeklinde sıralanabilen nedenlerden ötürü sağlık hizmetinin çeşitli alanlarda yoğunlaştığını değerlendirmek mümkündür<sup>11</sup>.

Yukarıda sözü edilen bakış açısı doğrultusunda, sağlık hizmetleri tanımlanırsa; insanların fiziki, ruhsal ve sosyal açıdan dengeli bir biçimde hayatlarını geçirmelerinin sürdürülebilmesi için yapılması gereken hizmetlerdir<sup>12</sup>. Sağlık hizmetleri ile ilgili kapsayıcı bir tanımlama yapıldığında; sağlığı korumak ve geliştirmek, ortaya çıkan hastalığı önlemek ve bu olumsuz durumdan etkilenenleri tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi ve sosyal gelişimlerini sağlamaya yönelik hizmet sunmak

<sup>11</sup>KAVUNCUBAŞI, a.g.e., s. 24 ; KURTULMUŞ, a.g.e., s.83.

<sup>12</sup>MUTLU & İŞİK, a.g.e., s.14.

ve bireylerin mutlu ve uzun bir hayat sürmelerini sağlayıcı tüm hizmetler olarak tanımlamak mümkündür<sup>13</sup>.

Sağlık hizmetleri ile ilgili genel ve kapsamlı tanımlarda yer alan tüm sağlık hizmetlerinin insana ve onun sağlığına yönelik hizmetler oluşuna ilave olarak, konunun iktisadi açıdan da ele alınması önemli bir olgudur. Ülkelerin ekonomik ve sosyal açıdan refah ve kalkınma seviyelerinin en önemli göstergelerinden bir tanesi de sağlık hizmetleridir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireylerin sağlığını geliştirmektir. Bu nedenle, bireylerin ve nüfusun nicel sağlık durumunu ölçmeye yönelik yöntemleri geliştirmek de bir zorunluluk haline gelmektedir<sup>14</sup>. Ayrıca, gerek bireysel gerekse toplumsal olarak ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini istenen kalitede, zamanda ve en düşük maliyetle sunma zorunluluğu da sağlık hizmetlerinin temel amacı içerisinde sayılması gereken bir tanımlama olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>15</sup>.

## 2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Bireylerin ve dolayısıyla toplumun sağlık durumunu etkileyen araçlar olarak da nitelendirilebilecek olan sağlık hizmetleri, diğer mal ve hizmet türlerinden farklı özellikleri bünyesinde barındırmaktadır. Bu özelliklerin büyük bir çoğunluğu, ilerleyen kısımlarda “sağlık hizmetinin kamusal niteliği” ile ilgili yapılan açıklamalara da dayanak olmuştur.

Yapılmış olan pek çok çalışmada karma mal niteliklerine sahip sağlık hizmetinin özelliklerine yer verilmiştir. Bu çalışmaların bazılarında hareketle, Kutu-2’de sağlık hizmetinin nitelikleri genel hatlarıyla özetlenmeye çalışılmıştır.

Kutu-2’de görüldüğü üzere, sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellikleri bulunmaktadır. Birinci bölümün ilerleyen kısımlarında yer verildiği üzere, sağlık mal ve hizmetlerinin, diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak üretimlerinin tamamıyla piyasa ekonomisi içinde sunumunu kısıtlayan özelliklere sahip olduğunu değerlendirmek mümkündür<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup>TENGİLİMOĞLU v.d., a.g.e., s.38.

<sup>14</sup>George W. TORRANCE, “Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal”, **Journal of Health Economics**, Y.1986, C.5, S.1, s.1.

<sup>15</sup>Filiz TUTAR & Nurcan KILINÇ, “Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.2007, C.9, S.1, s.32.

<sup>16</sup>AKTAN & IŞIK, a.g.m., 2007b, s.14.

## Kutu-2: Sağlık Hizmetinin Özellikleri

<p><b>a) Tüm nüfusu ilgilendirmektedir:</b> Sağlık hizmeti, toplumsal niteliğe sahip mal ve hizmet olarak değerlendirilmektedir. Buradan hareketle, sağlık hizmeti, temel insani haklar içerisinde yer almaktadır. Örneğin, toplum sağlığı hizmetlerinden dışlanamazlık söz konusudur.</p> <p><b>b) Tüketimi tesadüfi bir biçimde ortaya çıkmaktadır:</b> Sağlık hizmeti talebinin ne zaman, nerede ve nasıl ortaya çıkacağını bilmemesidir. Ayrıca, hastalığın maliyeti de belirsiz ve büyük boyutlarda gerçekleşebilmektedir.</p> <p><b>c) İkame edilebilirliği bulunmamaktadır:</b> Sağlık hizmeti kapsamında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin geçmesi söz konusu olmamaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmeti parasal değeri daha az olan bir mal ve hizmet ile ikame edilememektedir.</p> <p><b>ç) Ertelenemez hizmetler olarak değerlendirilmektedir:</b> Hizmetin kullanımının ertelenmesi bireyde kalıcı hastalık ya da sakatlıkların oluşmasında yüksek risk taşıyabilmektedir.</p>	<p><b>d) Hizmetin kapsam ve boyutunu hizmetten yararlanan yerine hekim belirlemektedir:</b> Asimetrik bilgilendirme olarak bilinen, hizmeti sunan (doktor) ile hizmeti alan (hasta) arasında gerçekleşen bir durumdur. Hizmeti alanın hizmet ile ilgili yeterli bilgiye ve tecrübeye sahip olamama halidir.</p> <p><b>e) Hizmetin bir bölümü toplumsal fayda ve dışsallık özelliği taşımaktadır:</b> Sağlık hizmetleri, genel olarak yarı kamusal mal ve hizmet olarak değerlendirilmektedir. Böyle bir özellik ise, sunulan hizmet dolayısıyla toplumsal fayda ve dışsallık durumlarından ötürü, gerçek maliyetlerin ortaya çıkmasını engellemektedir.</p> <p><b>f) Çıktısının doğrudan paraya çevrilememesi:</b> Sağlık hizmetleri aracılığıyla bireylerin ve dolaylı olarak toplumun sağlık düzeyi artmaktadır. Örneğin, ölümlerin azaltılması gerçekleştiğinde bu durumun (çıktının) parayla ifadesi kolay olmamaktadır.</p> <p><b>g) Erdemli mallar olması:</b> Sağlık hizmetinin piyasa tercihine bırakılması yetersiz miktarda üretim yapılmasına neden olacaktır. Bu durum etkin düzeyde üretim gerçekleştirilemeyeceğini ve gerek birey gerekse de toplum açısından refah kayıplarının yaşanabilmesi sorununu doğuracaktır.</p>
--	--

**KAYNAK:** Alexander S. PREKER & April HARDING, **The Economics of Public and Private Roles in Health Care Insights from Institutional Economics and Organizational Theory**, World Bank Health, Nutrition and Population Discussion Paper, No. 21875, 2000, < [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/03/26/000094946\\_0103200658248/Rendere d/PDF/multi0page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/03/26/000094946_0103200658248/Rendere d/PDF/multi0page.pdf)>, (15.07.2010), s.04-06 ; Antony J. CULYER, “The Nature of The Commodity ‘Health Care’ and Its Efficient Allocation”, **Oxford Economic Papers**, Y.1971, C.23, S.2, s.191-207 ; Coşkun Can AKTAN & A.Kadir IŞIK, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), 1. Basım, Aura Kitapları, İstanbul, 2007b, s.11-13 ; Hasan TÜRKAL & Mehmet CİHANGİR, “Sağlık Hizmetlerinin Kamu Maliyesi Açısından Analizi ve Değerlendirilmesi”, **İktisat Dergisi**, Y.2008, S.498, s.130-131 ; Philip MUSGROVE, **Public and Private Roles in Health Theory and Financing Patterns**, World Bank Health, Nutrition and Population Discussion Paper, 1996, < <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/240323/Public%20and%20private%20roles%20in%20health%20%20theory%20and%20financing%20patterns.pdf>>, (18.06.2009), s.09-10 ; William HSIAO, **What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer**, IMF Working Papers, WP. No. 00/136, 2000, < <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp00136.pdf>>, (25.01.2009), s.11-13 ; MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.47-58.

### C. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırması

Sağlık hizmetleri kavramında olduğu gibi herhangi bir kavramı sınıflandırma yoluna gitmek, ilgili kavramın var olan temel özelliklerinin ve fonksiyonlarının nasıl işlerlik kazanacağına dair öngörülerde bulunmak için önemlilik arz etmektedir.

Bireylerin ve oluşturdukları toplumların sağlık hallerinin iyi olması, mevcut halin sürdürülebilir kılınması amaçları ile sağlık ile ilgili mal ve hizmet üretilmesi

sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır<sup>17</sup>. 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlık hizmetleri kavramını şu biçimde tanımlamaktadır; "...insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir...(m.d.2/III)".

Sağlık hizmeti kavramı ile ilgili yapılan çeşitli tanımlamalar ve sağlık hizmetinin özellikleri kapsamında genel olarak sağlık hizmet türlerini sınıflandırmak mümkündür. Sağlık hizmet türleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üçlü bir ayrıma tabi tutulmaktadır.

### **1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Bireyin sağlık durumunu bozacak herhangi bir hastalık durumunun ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlemi ve mücadeleyi içeren çevreye ve insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri biçiminde ikili bir ayrıma tabi tutularak açıklanan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin tüketimi sonucu ortaya çıkacak fayda sadece bireyin elde ettiği fayda sayılmamakta aynı zamanda toplumun diğer üyelerine de fayda sağlamaktadır. Dolayısıyla, koruyucu sağlık hizmetlerinin sosyal faydası özel faydadan daha fazla olan bir sağlık hizmetidir<sup>18</sup>.

#### **a) Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

İnsan sağlığını bozucu çevresel unsurları(biyolojik, fiziksel ve kimyasal) yok etmek ya da bu unsurların etki alanlarını en aza indirmek için gerçekleştirilen koruyucu hizmetlerdir<sup>19</sup>. Sağlık sektörünün daha çok danışmanlık, denetim ve eğitmenlik yaptığı hizmetler olarak sınıflandırılmaktadır. Yeterli temiz su sağlanması, konut sağlığı, atıkların kontrollü imhası, hava kirliliğini önlemeye yönelik uygulamalar, gıda kontrolü ve besin güvenliği, haşere(vektör) kontrolü ve endüstri sağlığı gibi çalışma ve uygulamalar bu tür hizmetler içerisinde yer almaktadır<sup>20</sup>.

#### **b) İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Sağlık sektörü ve personeli tarafından yürütülmesi gerekli hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Bu tür hizmetler arasında; bulaşıcı hastalıklarla mücadele(aşılama ve

<sup>17</sup>Selahattin BEKMEZ & Seran EVKURAN, "Türkiye'de Eğitim ve Sağlık Hizmetlerinin Geleneksellik Endekslerinin Hesaplanması", **TİSK Akademi**, Y.2010, C.5, S.10, s.94.

<sup>18</sup>AKTAN & IŞIK, a.g.m., 2007b, s.14.

<sup>19</sup>Savaş YILDIRIM, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Uzmanlık Tezi, Yayın No.2350, Ankara, 1994, s.12.

<sup>20</sup>AKDUR, a.g.e., s.12.

bağışıklama), beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aile planlaması ve sağlık eğitimi gibi hizmetler bulunmaktadır<sup>21</sup>.

## **2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Bu tür hizmetler, sadece hasta olanlara dönük ve hasta bireylerin talepleri üzerine kamu ya da özel kesim tarafından sunulan hizmetler olduğu için koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri de kendi içerisinde; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri olarak üçlü ayrıma tabi tutulmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde amaç, alınacak sağlık önlemlerine rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis ve sonucunda tedavi yoluyla hastalığın ortadan kaldırılmasıdır<sup>22</sup>.

### **a) Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastaların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için oluşturulmuş hizmetlerdir. Bu niteliğe sahip hizmetlerin verildiği yerler; sağlık ocakları ve poliklinikler gibi kuruluşlar olmaktadır<sup>23</sup>.

### **b) İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalık geçiren ya da hasta olan bireylerin yeniden sağlık durumlarının iyileştirilmesi için hastanın genel bir hastaneye yatırılarak tedavi altına alınmasını sağlayan hizmetlerdir. Bu tür hizmetlerin verildiği kurumlar; genel hastanelerdir<sup>24</sup>.

### **c) Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Belirli hastalıklara ya da hasta yaş gruplarına göre uzmanlaşmış teknolojik imkânları ve personelin bilgisi ileri düzeyde olan yataklı tedavi kuruluşlarının vermiş oldukları hizmetlerdir. Bu tür hizmetleri veren kurumları; özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri ya da üniversite hastaneleri olarak sıralamak mümkündür<sup>25</sup>.

## **3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Sakat ve çalışma gücünde kayba uğrayan bireylere, işgücü ve çalışma olanaklarını yeniden sağlamak ve günlük yaşamlarına geri dönmelerine yardımcı olmak

---

<sup>21</sup>Kenan BULUTOĞLU, *Kamu Ekonomisine Giriş Demokraside Devletin Ekonomik Bir Kuramı*, Maliye ve Hukuk Yayınları, 7. Baskı, Ankara, 2008, s.270.

<sup>22</sup>Emine ORHANER, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Y.2006, C.9, S.1, s.4.

<sup>23</sup>İlker BELEK, *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, 2. Baskı, Sorun Yayınları, İstanbul, 2001, s.40-41.

<sup>24</sup>TENGİLİMOĞLU, a.g.e., s.48.

<sup>25</sup>AKDUR, a.g.e., s.14.



amacıyla verilen bu tür hizmetler; tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır<sup>26</sup>.

#### **a) Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri**

Bireyin hastalık, kaza ya da doğuştan gelen bedensel kalıcı hasar ve sakatlıklarının düzeltilmesi ve hayatını idame ettirmesini sağlamaya yönelik hizmetlerdir. Protez kullanımı, işitme, görme v.b. kusurların en aza indirilmesi çalışmaları bu tür hizmetler arasında bulunmaktadır<sup>27</sup>.

#### **b) Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri**

Bireyin geçirmiş olduğu hastalık ya da kaza sonucunda çalışamayacak duruma gelmesi halinde farklı alanlarda iş bulabilmesini ya da beceri kazanmasını sağlamaya yönelik hizmetlerdir<sup>28</sup>.

## **II. SAĞLIK HİZMETİNİN KAMUSAL NİTELİĞİ VE SUNUM YÖNTEMLERİ**

### **A. Sağlık Hizmetinin Kamusal Niteliği**

Sağlık hizmeti, daha önceki kısımlarda farklı açılardan tanımlandığı üzere, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan dengeli bir biçimde hayatlarını sürdürebilmeleri için yapılması gereken hizmetler olarak ifade edilebilir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda kamunun rolünün olup/olmadığının dolayısıyla sağlık hizmetinin kamusal niteliğinin irdelenmesi gerekmektedir.

Devletin faaliyet alanını belirleyen amaçlarında herhangi bir çatışma ya da sorun söz konusu olduğunda, kamunun müdahalesinin kaçınılmaz olduğu bir gerçektir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğini iki aşamada değerlendirmek gerekmektedir. Değerlendirmelerden ilki, tarihsel süreçte yaşanan dönüşümler olmaktadır. Sosyal refah devleti anlayışının ortaya çıkmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sağlanmasına yönelik taleplerin artışı bu türdeki hizmetlerin kamusal nitelik kazanmasına yol açmıştır<sup>29</sup>.

Sosyal Refah Devleti; sosyal refahın optimizasyonunun sağlanması için devletin ekonomiye fiili ve kapsamlı müdahalelerde bulunmasını öngören bir devlet anlayışı

---

<sup>26</sup>Nurcan TURAN, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No.1555, Eskişehir, 2004, s.14.

<sup>27</sup>Erdinç ÜNAL & Metin ATEŞ, **Sağlık ve Piyasa**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını, Yayın No.2, İstanbul, 2002, s.22.

<sup>28</sup>YILDIRIM, a.g.e., s.13.

<sup>29</sup>TÜRKAL & CİHANGİR, a.g.m., s.132.

olarak ifade edilebilir. Sosyal Refah Devleti anlayışı içerisindeki devlet; sosyal güvenlik, sağlık ve eğitim harcamalarının yanında tam istihdamın sağlanmasından özel kişi ve kuruluşların faaliyetlerinin insan hayatını iyileştirecek biçimde düzenlenmesine kadar farklı yelpazelerde görevler üstlenmektedir<sup>30</sup>.

Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğini ortaya çıkartan ve ilk açıklamayla da bağlantılı olan ikinci değerlendirme ise, sağlık hizmetlerinin özelliklerinden ötürü kaynak dağılımında etkinliğin sağlanamayacağıdır. Sağlık hizmetleri açısından kaynak dağılımında etkinliği bozan unsurlar ise; dışsal ekonomilerin varlığı, kamusal mallar, erdemli mallar ve monopol piyasaların varlığı olarak ileri sürülmektedir<sup>31</sup>. Bu etkenlere ilave olarak ayrıca, belirsizlik altında seçimin varlığı, asimetrik bilgilenme, hastalık risklerinin ve talebinin önceden belirlenememesinin güçlükleri biçiminde sıralanan talep taraflı ve hizmet sağlayıcıların azlığı ile piyasaya giriş-çıkış sınırlamalarının varlığı biçimindeki arz taraflı özelliklerinde varlığı, sağlık hizmetlerinin istenilen düzeyde sunulmasını engelleyici unsurlar olarak ileri sürülmektedir<sup>32</sup>.

İhtiyaçları en üst düzeyde karşılayarak toplumsal refahı gerçekleştiren kaynak dağılımına, optimal kaynak dağılımı adı verilmektedir. Liberal iktisadi doktrinin geçerli olduğu toplumlarda, optimal kaynak dağılımı belli koşullar altında piyasa mekanizması içerisinde gerçekleşmektedir<sup>33</sup>. Tüm toplumların öncelikli ekonomik amacı olarak nitelendirilen optimal kaynak dağılımının gerçekleşmesini engelleyen ve piyasa başarısızlığı olarak adlandırılan durumları, sağlık hizmetleri açısından değerlendirmek gerekmektedir. Pareto'nun geliştirdiği teori, Pareto optimumu olarak nitelendirilen sosyal refahın gerçekleştirilmesi için fiyat mekanizmasında hangi koşulların bulunması gerektiğini ve hangi ek hipotezlere ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer bir deyişle bu teori, bazı koşullar altında piyasa dengesinin Pareto optimumu olduğunu göstermektedir. Yani dengeye ulaşıldığında, her hangi bir bireyin refahını arttırmanın en az bir diğersinin refahını azaltmaksızın olanaksız olması söz konusudur<sup>34</sup>. Pareto

---

<sup>30</sup>Ramazan GÖKBUNAR & Birol KOVANCILAR, "Sosyal Refah Devleti ve Değişim", **Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.1998, S.3, s.252 ; Ramazan GÖKBUNAR, Harun ÖZDEMİR & Alparslan UĞUR, "Küreselleşme Kısacasındaki Refah Devletinde Sosyal Refah Harcamaları", **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, Y.2008, C.9, S.2, s.159.

<sup>31</sup>Güneri AKALIN, **Kamu Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi S.B.F. Yayınları, Yayın No.486, Ankara, 1981, s.207.

<sup>32</sup>Ayşegül MUTLU, "Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları", **Maliye Dergisi**, Y.2006, S.150, s.58.

<sup>33</sup>MUTER v.d., a.g.e., s.18.

<sup>34</sup>Alan WILLIAMS, "The Pervasive Role of Ideology in The Optimisation of The Public-Private Mix in Public Healthcare Systems", **The Public-Private Mix For Health**(Edt. Alan MAYNARD), Radcliffe Publishing, London, 2005, s.9 ; ÇELEBİ, a.g.e., s.38.

etkinliğini bozan ve piyasa başarısızlığına yol açan durumlar; doğal tekellerin varlığı, dışsallıkların varlığı, kamusal mallar, erdemli mallar ve hizmetin belirsizliği olarak sıralanabilir. Bu durumların varlığı Pareto etkinliğini bozmakta ve devletin müdahalesinin gerekliliğini ortaya çıkartmaktadır<sup>35</sup>.

Sağlık hizmetinin kamusal niteliğinin, piyasa başarısızlıkları açısından açıklanması, konunun daha etraflı bir biçimde anlaşılmasına yardımcı olabilecektir. Bu kapsamda, kamusal-yarı kamusal mallar ve dışsallıkların varlığı, piyasa aksaklıkları ve erdemli ve erdemsiz mallar ile ilgi açıklamalara yer verilmiştir.

### **1. Kamusal-Yarı Kamusal Mallar ve Dışsallıkların Varlığı**

Kamu ekonomisi ile özel ekonomi arasında bir ayırım oluşturan özellik, her iki ekonomi türünün tüketicilere sağladıkları mal ve hizmetlerin niteliğine göre belirlenmesiyle gerçekleştirilebilir<sup>36</sup>. Bu doğrultuda, gerçek anlamda öncüsü 1890'larda İtalyan İktisatçı Mazzola olarak anılmasına rağmen, tüketim özelliklerine göre mal ve hizmetleri özel ve kamusal mal ve hizmetler olarak teorik açıdan inceleyen ilk iktisatçı Samuelson olarak kabul edilmiştir<sup>37</sup>.

Samuelson'a göre, kamusal mallar; "...toplumdaki kişiler tarafından birlikte ve eşit olarak tüketilen mal ve hizmetlerdir. Bu hizmetlerin faydaları bölünemez ve bedel ödeyenler hizmetin tüketiminden ve dolayısıyla faydasından dışlanamazlar..." biçiminde tanımlanmıştır<sup>38</sup>. Samuelson'un yaptığı tanıma göre; bu tür mal ve hizmetler, bölünemez, pazarlanamaz(fiyatlandırılmaz), bedavacılık sorunu ve ortak tüketime konu olan mallardır<sup>39</sup>.

Pür kamu malları olarak da literatürde nitelendirilen bu malları, Musgrave, sosyal mal olarak ifade etmiştir. Musgrave(2004)'e göre, bu mal ve hizmetlerin özelliklerinden ötürü, demokratik toplum yapısına sahip ülkelerde kamu kuruluşları aracılığıyla sunulması gerekmektedir<sup>40</sup>. Akalın'a göre sosyal mallar, dışarıda tutulamama ve rakip olamama özelliklerinden ötürü, özel dışsal ekonomiler kümesi sağlayan mal ve hizmetler olarak değerlendirilmektedir<sup>41</sup>.

<sup>35</sup>Joseph E. STIGLITZ, *Economics of The Public Sector*, Third Edition, W.W. Norton & Company Inc., New York, 1999, s.77.

<sup>36</sup>NADAROĞLU, a.g.e., s.49.

<sup>37</sup>MUTER v.d., a.g.e., s.18.

<sup>38</sup>Akt. MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.46-47.

<sup>39</sup>GETZEN, a.g.e., s.305-306. ; SÖNMEZ, a.g.e., s.109. ; STIGLITZ, a.g.e., s.80.

<sup>40</sup>Richard A. MUSGRAVE, *Kamu Maliyesi Teorisi: Kamu Ekonomisi Alanında Bir İnceleme*(Çev. Orhan ŞENER ve Yaşar METHİBAY), ASİL Yayın Dağıtım, Ankara, 2004, s.55.

<sup>41</sup>AKALIN, a.g.e., s.210.

Yukarıda tanımlanan ve özellikleri sıralanan kamusal(sosyal) malların, piyasada optimal kaynak dağılımını sağlayacak biçimde üretilmelerinin mümkün olmadığı değerlendirilmektedir. Özel kesimde, bölünebilen, bireysel tüketime konu edilen ve pazarlanabilen(fiyatlandırılabilen) özel mal ve hizmetlerin üretimi söz konusu iken, kamusal malların üretimi için gerekli kaynağın kamu kesimi aracılığıyla sağlanmasının zorunlu olduğu değerlendirilmektedir<sup>42</sup>. Böylece, bireylerin toplum halinde yaşamının gereği olan kamusal niteliğe sahip ihtiyaçların karşılanamama sorunu ortadan kaldırılabilmüş olacaktır.

Bir takım hizmetlerin üretiminin piyasa ekonomisine bırakılması, eşitliğin ve etkinliğin sağlanmasını güçleştirebilecektir<sup>43</sup>. Kamusal mal ve hizmetler açısından sağlık hizmeti değerlendirildiğinde, salt kamusal mal niteliğine sahip olan sağlık hizmeti türü, koruyucu sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin, daha önce de değinildiği üzere, tüketimleri sonucu ortaya çıkacak fayda sadece bireyin sağladığı fayda sayılmaz aynı zamanda toplumun diğer üyelerine de fayda sağlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı bir toplum olmanın en önemli aracı olmasından kaynaklanan dışsallıkların varlığından ötürü, kamu otoritesince üretimi zorunlu bir kamusal mal niteliğindedir<sup>44</sup>.

Kamusal mal ve hizmetlerin dışında, faydaları bölünebilen, pazarlanabilen ve piyasada üretilbilmeleri de mümkün olan mal ve hizmetler bulunmaktadır. Bu tür niteliklere sahip olan mal ve hizmetlere yarı-kamusal mallar adı verilmektedir<sup>45</sup>. Bu tür mal ve hizmetlerin tüketimleri sonucunda kamusal mallardan farklı olarak, topluma dışsal fayda sağlanırken, hizmeti tüketen bireye de özel faydalar sağlamaktadır. Ayrıca, yarı-kamusal nitelikteki malların piyasaya sunulmasıyla, ilgili malların maliyetinin ve bireylerin elde ettikleri faydaların hesaplanmasının gerçekleştirilebilmesi fiyatlandırma ve etkinlik analizlerinin yapılmasına da katkı sağlamaktadır<sup>46</sup>.

Sağlık hizmet türleri arasında sayılan tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler, yarı-kamusal niteliğe sahip mal ve hizmetler biçiminde kabul edilmektedir<sup>47</sup>. Yarı-

---

<sup>42</sup>MUTER v.d., a.g.e., s.20.

<sup>43</sup>Emmanuel JIMENEZ, "The Public Subsidization of Education and Health in Developing Countries: A Review Equity and Efficiency", **The World Bank Research Observer**, Y.1986, C.1, S.1, s.112.

<sup>44</sup>Asuman ALTAY, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", **Sayıştay Dergisi**, Y.2007, C.19, S.64, s.36.

<sup>45</sup>NADAROĞLU, a.g.e., s.54.

<sup>46</sup>F. Rıfat ORTAÇ, "Kamu Harcamalarının Etkinlik ve Verimliliğinin Ölçülenmesinde Karşılaşılan Sorunlar", **İktisat İşletme ve Finans Dergisi**, Y.2001, C.16, S.182, s.61.

<sup>47</sup>MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.47.

kamusal mal olduğu için dışsal faydaya sahip olduğu kabul edilen sağlık hizmetlerinin üretiminin tek başına piyasaya bırakılması, toplumsal faydayı maksimize edecek düzeyde üretimin gerçekleşememe sorunu ile karşılaşılacağı öngörülmektedir<sup>48</sup>. Böyle bir sorunun ortaya çıkmasının başlıca nedeni, dışsal ekonomiler varlığı ile açıklanmaktadır<sup>49</sup>.

Optimal kaynak dağılımının bozulmasına ve piyasa başarısızlığın gerçekleşmesine yol açan dışsallık, herhangi bir ekonomik öznenin piyasa içindeki faaliyetinin diğer ekonomik özneleri olumlu ya da olumsuz yönde etkilemesi olarak tanımlanabilmektedir<sup>50</sup>. Üretim dışsallıkları(üreticiden üreticiye olumlu ya da olumsuz dışsallık, üreticiden tüketiciye olumlu ya da olumsuz dışsallık) ve tüketim dışsallıkları(tüketiciden tüketiciye olumlu ya da olumsuz dışsallık, tüketiciden üreticiye olumlu ya da olumsuz dışsallık) olarak ikiye ayrılan dışsallıkların varlığı, yarı-kamusal mal ve hizmet niteliğine sahip sağlık hizmetlerinin toplumsal açıdan ihtiyaç duyulan düzeyde üretilmesini engelleyici bir durum ortaya çıkartmaktadır<sup>51</sup>. Oysa ki, kamunun sağlık piyasalarıyla ilgili geleneksel görevleri içerisinde, tam ve yarı kamusal mal ve hizmetleri üretmek ve sağlık hizmetlerinden yararlanamayan bireylerin taleplerini karşılamak amacıyla üretim ve düzenleme yapmak bulunmaktadır<sup>52</sup>.

Kamusal ve yarı-kamusal mal ve hizmetlerin varlığı ve bu tür mal ve hizmetlerden ötürü ortaya çıkan dışsallık durumu, sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda kamunun en temel müdahale gerekçelerinin başında yer alan unsurlar olmaktadır. Sağlık hizmetinin kamusal niteliğinin açıklanmasında yer verilen diğer gerekçelerin temelinde de yukarıda yapılan değerlendirmeler yer almaktadır.

## 2. Piyasa Aksaklıkları

Kaynakların etkin dağılımının koşulu, piyasada tam rekabetin gerçekleştirilmesidir. Oysa rekabet edilebilirliği engelleyen ve kaynak dağılımında etkinliği ortadan kaldıran piyasa aksaklıkları tam rekabet dışında piyasa yapılarını oluşturmaktadır.

---

<sup>48</sup>MUTER v.d., a.g.e., s.23.

<sup>49</sup>Mark V. PAULY, "Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy", **Journal of Economic Literature**, Y.1986, C.24, S.2, s.630-631.

<sup>50</sup>STIGLITZ, a.g.e., s.80.

<sup>51</sup>Victor R. FUCHS, "The Economics of Health in a Post-Industrial Society", **The Public Interest**, Y.1979, S.56, s.12-13.

<sup>52</sup>Coşkun Can AKTAN & A.Kadir IŞIK, "Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü", **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), Aura Kitapları, 1. Basım, İstanbul, 2007a, s.2.

Eksik rekabet piyasaları olarak nitelendirilen bu tip piyasalar içerisinde yer alan tekeller, piyasa ekonomisini gerek kaynakların etkin dağılımı gerekse de gelir dağılımının sağlanması açısından olumsuz bir biçimde etkileyen piyasalardır<sup>53</sup>. Sağlık hizmetleri alanında karşılaşılan eksik rekabet piyasası türü ise, doğal tekel olarak değerlendirilmektedir. Doğal tekel durumunda, ilgili sektörde birden fazla işletme kurulmasına karşın en güçlü işletmenin ölçeğini büyütür(ölçek ekonomileri) piyasaya hakim olan firma halini alması söz konusudur<sup>54</sup>. Bu tür tekelleşme çabaları ya da uygulamaları ise, gerçek değer dışında oluşan fiyatların görülmesine yol açmakta ve tekellerin kârlarını aşırı kâr noktasına ulaşmasını sağlamaktadır<sup>55</sup>.

Piyasa aksaklıklarının ortaya çıkmasına yol açan bir diğer ilintili nokta ise, sağlık hizmetinin özellikleri içerisinde yer alan asimetrik bilgilenme durumunun varlığıdır. Asimetrik bilgilenme, piyasada bulunan alıcı ve satıcıların malların maliyet ve kâr durumları konusunda eşit düzeyde ve gerekli bilgiye ulaşma imkanının olmamasıdır. Bu özelliğe göre, hasta doktor arasındaki ilişki asimetrik bilgilenmeye dayanmaktadır. Bir başka ifadeyle, hasta çok az bilgi sahibi olmakta, temel belirleyici ise doktor olarak değerlendirilmektedir<sup>56</sup>. Bu durumda ise, tüketim miktarının ve zamanının doktor tarafından tespiti, üreticinin tekelleşmesi olarak değerlendirilmektedir. Toplumsal faydadan ziyade kendi çıkarı doğrultusunda hareket etmesi beklenen ve tekel gücüne sahip üreticinin varlığı, kamunun sağlık hizmetinin üretimine ve sunumuna müdahalesinin kaçınılmaz bir durum olduğunu gösteren piyasa aksaklıklarını gidermesi aracılığıyla gerçekleştirilebilir<sup>57</sup>.

### 3. Erdemli ve Erdemsiz Mallar

Bireylerin kendileri ile ilgili en doğru ve faydalı kararı vereceğini ileri süren tüketici egemenliği unsuruna karşılık bazı mal ve hizmetlerin tüketiminin bireylerin tercihine bırakılmaması gerektiği ileri sürülmektedir. Bu tip mal ve hizmetlere erdemli/erlemsiz mallar adı verilmektedir. Aynı zamanda, bedel karşılığı sunulması arzulanmayan bu tip malların sunulmasının kâr elde etme temel amacından hareketle,

<sup>53</sup>Charles NORMAND, "Economics, Health and The Economics of Health", **British Medical Journal**, Y.1991, C.303, S.6817, s.1572-1573. ; MUSGRAVE, a.g.e., s.55. ; STIGLITZ, a.g.e., s.77-78.

<sup>54</sup>Barbara McPAKE & Charles NORMAND, **Health Economics: An International Perspective**, Second Edition, Routledge, New York, 2008, s.64 ; MUTER v.d., a.g.e., s.28.

<sup>55</sup>BELEK, a.g.e., s.59.

<sup>56</sup>Mesut EROL, **Doğal Tekellerin Düzenlenmesi ve Telekomünikasyon Sektöründe Düzenleyici Kurum**, DPT Uzmanlık Tezi, DPT Yayını, Yayın No.2680, Ankara, 2003, s.6. ; MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.54.

<sup>57</sup>Milton I. ROEMER, "Market Failure and Health Care Policy", **Journal of Public Health Policy**, Y.1982, C.3, S.4, s.426-428 ; ENER & DEMİRCAN, a.g.m., s.66.

yeterli üretimin gerçekleştirilemeyeceğinden ötürü, bütünüyle piyasaya bırakılması söz konusu değildir<sup>58</sup>. Kişisel mal ve hizmet niteliğine sahip erdemli mal ve hizmetlerin piyasa mekanizmasının yanında kamu kesimi tarafından da üretiminin yapılması ve tüketiminin yönlendirilmesi gerekli görülmektedir<sup>59</sup>.

Toplumsal açıdan önem arz eden, piyasa ekonomisi tarafından yeterli düzeyde üretimi gerçekleştirilmeyen özellikle koruyucu niteliğe sahip sağlık hizmetleri(örneğin, süt dağıtımı, kamusal alanlarda tütün ve benzeri ürünlerin tüketiminin yasaklanması, HIV virüsüyle mücadele, organ bağışının yaygınlaştırılması gibi halk sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik uygulamalar), erdemli mal ve hizmet olarak değerlendirilmektedir<sup>60</sup>. Dolayısıyla kamu ekonomisinin bu hizmetlerin üretiminde ve tüketiminin yönlendirilmesinde rol oynaması gerekli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Böyle bir sorumluluğun gerekçesinin açıklanmasında aşağıda yer alan iki yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Bunlar<sup>61</sup>:

- Bireylerin sağlık hizmeti konusunda bilgi eksikliğinden ötürü, tercihte bulunma kapasitesinin yetersiz olması ve dolayısıyla yetersiz ya da hiç sağlık hizmeti tüketmemesi,
- Paternalist bir anlayış ile kamunun bireylerin yerine geçerek sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanması gerektiğine dair zorlamalara başvurusudur.

Musgrave, sağlık hizmeti gibi erdemli istekler(mallar) olumlu dışsallık yarattığı için bu tür mallara yönelik oluşan toplumsal faydaya karşı talebin bütünüyle karşılanamayacağını ve piyasa ekonomisinin sadece özel fayda oranında üretimi karşılayacak kaynak ayırabileceğini ileri sürmüştür<sup>62</sup>. Böylece, kamu otoritesi erdemli bir mal olarak değerlendirdiği sağlık hizmetinin toplumsal faydasını en çoğa çıkartabilmek için piyasa ekonomisinin içerisinde kendisini sorumlu hisseden bir davranış kalıbı sergileyebilecektir. Bu doğrultuda, toplumsal faydayı sağlamak için daha fazla kaynak tahsisinde bulunması da doğal bir durumdur.

---

<sup>58</sup>Coşkun Can AKTAN, **21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Devlet Modeline Doğru Optimal Devlet Kamu Ekonomisinin ve Yönetiminin Yeniden Yapılanması ve Küçültülmesine Yönelik Öneriler**, TÜSİAD Yayını, Yayın No.TÜSİAD-T/95, İstanbul, 1995, s.110.

<sup>59</sup>AKALIN, a.g.e., s.213.

<sup>60</sup>Jennifer P. RUGER, **Health and Social Justice**, Oxford University Press, New York, 2009, s.156-157.

<sup>61</sup>GETZEN, a.g.e., s.293-294. ; TENGİLİMOĞLU v.d., a.g.e., s.42-43.

<sup>62</sup>Akt. NADAROĞLU, a.g.e., s.105.

Sağlık hizmetinin genel özelliklerinden ve kaynak dağılımında optimaliteyi bozan nedenlerinden yola çıkılarak, kamu ekonomisi literatüründe yer alan neo-klasik yaklaşıma göre, ekonomide genel dengenin sağlanması için pareto optimalinin oluşması ve bunun gerçekleşmesi için de piyasada rekabetin kusursuz olması gerekmektedir<sup>63</sup>. Rekabeti kusurlu hale getiren piyasa başarısızlıklarının varlığından söz etmek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin üretiminde, sunumunda ve tüketiminde oluşan, piyasa başarısızlıklarının ortaya çıkardığı olumsuzlukların giderilmesinin en önemli aracının kamu müdahalesi gerekliliği olduğunu savunmak yanlış olmayacaktır. Kamunun piyasa başarısızlıklarının gidermeye yönelik gerek aktif müdahalesi (üretimde rol oynayarak) gerekse de düzenleyici niteliğe sahip müdahalesinin, sağlık hizmetinden beklenen başta toplumsal faydanın en çoğa çıkması ve kaynak dağılımında etkinliğin sağlanması koşulları için öncelik arz ettiğini ileri sürmek mümkündür. Dolayısıyla, bu tür hizmetlerin ifadesi olan ve devlet tarafından yapılan sağlık harcamaları önemli bir müdahale aracı olarak değerlendirilebilir.

### **B. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Yöntemleri**

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu kesimine ilave olarak, 1970'lerin ortalarından itibaren kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektöründe dahil olmasına yönelik ekonomik ve siyasi dönüşümler, sağlık hizmetinin sunumunun sadece kamu tarafından yapılması gereğine dair uygulamaların yeniden değerlendirilmesine ve değişmesine yol açmıştır<sup>64</sup>. Özellikle, teknoloji düzeyindeki gelişim sağlık sektöründe ortaya çıkan yeni ürün ve hizmetlerin ortaya çıkmasına ve teşhis ve tedavi yöntemlerinin iyileşmesine yol açmaktadır. Bu durum ise, yeni teknoloji taleplerinin artmasına ve tek başına kamu kesiminin ilgili gelişmeyi sağlayabilecek düzeyde maliyeti karşılayabilecek kaynak tahsisi sorununu ortaya çıkarabilecektir<sup>65</sup>.

Bu kapsamda, sağlık halinin korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak gerçekleştirilen sağlık hizmetleri, başta kamu ve daha sonra özel sektör ve her iki unsurun iç içe geçtiği sunum yöntemleri aracılığıyla yerine getirilmektedir.

---

<sup>63</sup>Hüseyin AKYILDIZ, "Refah Devletinin Dönüşüm Dinamiği ve Ortaya Çıkan Çelişkiler", *Siyasa Dergisi*, Y.2005, S.2, s.3.

<sup>64</sup>Koray KARASU, "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Sektör Ortaklığı", *Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi*, Y.2011, C.66, S.3, s.218.

<sup>65</sup>Z. Güldem ÖKEM, *Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon*, TÜSİAD Yayınları, Yayın No. TÜSİAD-T/2011/02/511, İstanbul, 2011, s.43.



## 1. Kamu Kesimi Tarafından Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında kaynak dağılımının etkinliğini bozan unsurların var olduğunu ifade etmek mümkündür. Özellikle dışsallıkların, piyasa aksaklıkların, kamusal malların ve erdemli/erdemli malların varlığı, devlet müdahalesini kaçınılmaz hale getirmektedir.

Bireylerin ve toplumun sağlık halinin korunmasına ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin sunumu, toplumsal faydanın sağlanabilmesi amacıyla önemli bir olgu olarak değerlendirilmektedir<sup>66</sup>. Bölünemeyen, pazarlanamayan ve ortak tüketime konu olan “koruyucu sağlık hizmetleri”nin sunumunu özel sektörün üstlenmesi(kâr maksimizasyonu açısından) mümkün gözükmemektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri içerisinde yer alan bu tip mal ve hizmetlerin üretiminin ve sunumunun kamu kesimi tarafından gerçekleştirilmesi, toplumsal faydanın sağlanabilmesi için önemli bir durumdur. Tam kamusal mal ve hizmet niteliğine sahip koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulmasının yanında, dışsallıkların ortaya çıktığı ve yarı kamusal mal ve hizmet olarak nitelendirilen tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde de kamu kesiminin rolü ve sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu kapsamındaki rol ve sorumluluğunu yerine getirirken, iki temel yöntem kamu kesimi tarafından kullanılmaktadır. Bunlardan ilki, tüm sağlık hizmetlerinin sunumunun genel bütçeden finanse edilerek merkezi idare tarafından yerine getirilmesi diğeri ise, hizmetlerin sunumunun yerel yönetimlere devredilmesidir. Kamu kesimi tarafından sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan yöntemleri aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>67</sup>:

- Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından elde edilen vergi gelirleriyle finanse edilerek sunulmasıdır. Kamu kesimine ait altyapı unsurları aracılığıyla sağlık hizmetleri sunumu gerçekleştirilmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin kamu kesiminin belirlemiş olduğu bir fiyat karşılığı sunulmasıdır. Hizmetten yararlananların karşılığını ödemekle yükümlü oldukları bir yöntemdir.
- Merkezi idarenin yetki devri kapsamında birtakım mal ve hizmetlerin yerel yönetimler tarafından sunulmasıdır. Yerel yönetimler, sağlık

<sup>66</sup>ALTAY, a.g.m., s.36.

<sup>67</sup>AKTAN & IŞIK, a.g.m., 2007b, s.16.

hizmetlerinin sunumu için finansman gelirlerini merkezi yönetimden ya da hizmetten yararlananlardan elde etmektedir.

## 2. Özel Kesim Tarafından Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumu için gerçekleştirilen sağlık harcamaları, toplam dünya gelirinin %8'ini aşmış bulunmaktadır. Bu durum ise, sağlık hizmetlerini küresel ekonomide en büyük endüstrilerden biri haline getirmiştir<sup>68</sup>.

1970'lerde yaşanan petrol şoklarıyla birlikte, ülkelerin sahip oldukları refah politikalarının finansmanında sıkıntılar yaşanmaya ve kamu harcamalarında bazı kısıntıların yapılmaya başlanmasına yol açmıştır<sup>69</sup>. Büyük bir endüstrinin harcamalarını tek başına devletin karşılaması, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve verimliliğinin tam anlamıyla sağlanmasını olumsuz biçimde etkileyebilir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel kesiminde faal olduğu bir sorumluluk bulunmaktadır. Özellikle, bölünebilen, pazarlanabilen ve ortak tüketime konu olmayan yarı-kamusal niteliğe sahip tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin piyasada alınıp satılması gerçekleştirilebilmektedir<sup>70</sup>. Sözü edilen niteliğe sahip sağlık hizmetlerinin sunumunda da özel kesimin rolü ve sorumluluğu bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bütünüyle özel sektör tarafından sunumunun yanında özelleştirme yöntemleri olarak da ifade edilen yöntemlerinin ağırlıklı olduğu diğer sağlık hizmeti sunum yöntemlerini aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>71</sup>:

- **İhale Yöntemi;** merkezi ya da yerel idarenin belirli bir para karşılığında, sağlık hizmetlerinin sunumu için özel bir firma ile sözleşme yapılması yöntemidir.
- **İmtiyaz Yöntemi;** sağlık hizmetinin sunumunda tek ya da birkaç firmaya tekel hakkının kamu tarafından tanınmasıdır. Merkezi idare, düzenleyici yetkilerini kullanarak imtiyaz elde eden firmanın faaliyetlerini denetleyebilmektedir.

<sup>68</sup>Philip MUSGROVE, "Public and Private Roles in Health", **Health Economics in Development**(Edt. Philip Musgrove), World Bank Publishing, Human Development Network:Health, Nutrition and Population Series, Washington, 2004, s.35.

<sup>69</sup>Heinz RORTHGANG, Mirella CACACE, Simone GRIMMEISEN & Claus WENDT, "The Changing Role of The State in Healthcare Systems", **European Review**, Y.2005, C.13, S.1, s.188.

<sup>70</sup>ALTAY, a.g.m., s.37.

<sup>71</sup>Sarah E. GOLLUST & Peter D. JACOBSON, "Privatization of Public Services: Organizational Reform Efforts in Public Education and Public Health", **American Journal of Public Health**, Y.2006, C.96, S.10, s.1735-1737 ; Hans MAARSE, "The Privatization of Health Care in Europe: An Eight Country Analysis", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Y.2006, C.31, S.5, s.984-988 ; AKTAN & IŞIK, a.g.m., 2007b, s.16-18 ; BELEK, a.g.e., s.145-150.

- **Sübvansiyon Yöntemi;** devlet tarafından özel sektöre sübvansiyon yapılarak, sağlık hizmetlerinin özel kesim tarafından sunumunun gerçekleştirildiği yöntemdir. Karşılıksız olarak düzenlenebileceği gibi, aynı sübvansiyonlar, vergi ve garanti sübvansiyonları da oluşturulabilmektedir.
- **Kupon Yöntemi;** devletin toplumun belli bir kesimine(genellikle gelir düzeyi düşük olan) kupon dağıtarak, özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için başvuru yöntemidir.
- **Yönetim Devri Yöntemi;** mülkiyetin kamuda olduğu ve fakat yönetimin özelleştiği hastanelerin ve işletmelerin bir sözleşme aracılığıyla özel kesime devredilmesidir.
- **Kiralama Yöntemi;** kamuya ait sağlık hizmeti sunumunda kullanılan altyapı unsurlarının belli bir dönem için özel kesime kiraya verilmesi yöntemidir.
- **Yap-İşlet-Devret Yöntemi;** kamunun kendisinin bir faaliyet üstlenmediği, sözleşme yoluyla özel kesimin, sağlık hizmeti sunumunda kullanacağı işletmelerin kurulduğu ve özellikle yabancı yatırımları ve yerli firmaları teşvik amacıyla kullanılan yöntemdir.
- **Kâr Amacı Gütmeyen Kuruluşlarca Sunum Yöntemi;** sağlık hizmetlerinin kâr amacı kapsamında örgütlenmeyen kuruluşlar tarafından sunulması yöntemidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunun özel kesim tarafından gerçekleştirilmesi seçeneği tercih edildiğinde devletin üstlenmesi gereken önemli niteliğe sahip sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumlulukları aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>72</sup>:

- **Bilgilendirme;** kamunun çeşitli sağlık risklerine(alkol, tütün v.b. kullanımı) ve bu risklerin ne tür sonuçlar doğurabileceğine yönelik gerek bireylere gerekse de tedaviden sorumlu sağlayıcıları bilgilendirmesi ve risklerin ortadan kaldırılmasına yönelik olarak ikna etmeye çalışmasıdır.

---

<sup>72</sup>MUSGROVE, a.g.m., s.36-38.

- *Düzenleme*; sağlık hizmetlerinin sunumunun özel kesim tarafından nasıl gerçekleştirilmesi gerektiğinin düzenlenmesidir. Örneğin, sağlık sistemi içindeki doktor ya da akredite olmuş hastanelerin standartlarının belirlenmesine yönelik düzenlemelerin devlet tarafından oluşturulması gerekmektedir.
- *Cebrilik*; devletin bireylerin, işverenlerin(çalışanların primini ödemelerinden dolayı) ve sağlık hizmeti sunucularının nasıl bir finansal yükümlülük altında olacaklarını kanuni cebre dayandırmasıdır.
- *Hizmet Sunumu*; kamuya ya da özel kesime ait hizmet sunumunun, tercihlere göre bireylerin ya da yararlanıcıların katlanmak zorunda olacakları maliyetlerin ayrıştırılmasıdır.

Günümüzde gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin özel kesim tarafından sunumu yoğun bir biçimde tercih edilmeye başlanmıştır<sup>73</sup>. Kamunun sağlık hizmetlerinin sunumunu, sübvansiyonunu ve düzenlenmesini kapsayan yöntemler aracılığıyla, rekabet koşullarının sağlanması, finansal ve yönetsel performansın geliştirilmesinde özel kesimden faydalanabileceğine, sözleşmeler aracılığıyla da risklerin özel kesimle paylaşımı da gerçekleştirilebileceğine ve sağlık hizmetlerine erişim, verimlilik ve sistemin gelecekteki sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesinde faydalı olabileceğine yönelik görüşler, özel kesimin sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alması gerektiğini destekleyici niteliktedir<sup>74</sup>.

### 3. Kamu-Özel Sektör Ortaklığı Tarafından Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Merkezi ve yerel yönetimlerin kamu hizmetlerini sunmada geleneksel modeli; hizmetlerin üretimi, hizmet sunumu için gerekli olan altyapının geliştirilmesi ve hizmetlerin karşılanması biçiminde sıralanan üç temel süreçten oluşmaktaydı<sup>75</sup>. 1970'lerin ortalarından itibaren yeni liberal doktrin perspektifinde geleneksel kamu hizmeti sunumunun piyasa ekonomisi aracılığıyla gerçekleştirilmesine yönelik alternatif

<sup>73</sup>April HARDING & Dominic MONTAGU, "The Private Sector In Health Care Provision, The Role of", **Health Systems Policy, Finance and Organization**(Edt. Guy Carrin, Kent Buse, H. Kristian Heggenhougen & Stella Quah), Academic Press, New York, 2008, s.305.

<sup>74</sup>Laura MORLOCK, Hugh WATERS, Alan LYLES, S. Haluk ÖZSARI & Gökselin AKTULAY, **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**, TÜSİAD Yayınları, Yayın No.TÜSİAD-T/2004-9/380, İstanbul, 2004, s.133 ; OECD, **OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri: Türkiye**, OECD ve The World Bank Yayını, Washington, 2008, s.112.

<sup>75</sup>Ieva MEIDUTE & Narimantas K. PALIULIS, "Feasibility Study of Public-Private Partnership", **International Journal of Strategic Property Management**, Y.2011, C.15, S.3, s.258.

yöntemler uygulanmaya başlanmıştır<sup>76</sup>. Devletin faaliyet alanının daraltılmasına yönelik uygulamalar arasında en fazla tercih edilen özelleştirme yönteminin yanında kamu hizmetlerinin sunumunda Kamu Özel Sektör Ortaklığı(KÖO) modeli de önemli bir uygulama haline gelmiştir<sup>77</sup>.

KÖO modeli; kamu sektörü ile özel kesimdeki kâr amacı güden ve gütmeyen örgütlenmeler arasında, topluma hizmetlerin sunulması, ekonomik büyümenin hızlanması ya da kamu kaynaklarının desteklenmesi amacıyla oluşturulan işbirliği antlaşmaları(ya da sözleşmeleri) olarak tanımlanmaktadır<sup>78</sup>.

Devletin KÖO modelini tercih etmesine yol açan etkenler; kamu kesiminin sınırlı düzeyde kaynaklarının ve mali elverişliliğinin olması, kamu hizmetlerini gerçekleştirecek altyapıya yönelik talebin artması, kamu hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve maliyetlerin düşürülmesi gereğinin ortaya çıkması olarak sıralanmaktadır<sup>79</sup>. KÖO modelini özelleştirme uygulamasından ayıran temel özellikleri aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>80</sup>:

- Modelin en az iki tarafı olmasıdır. Bir taraf kamu tüzel kişiliğini temsil ederken diğeri sivil bir örgütlenmeyi temsil etmektedir.
- İşbirliği, tespit edilen kamu malının sunumunun geliştirilmesine yönelik kaynak paylaşımını amaçlamaktadır.
- Her iki tarafta(kamu ve özel kesim) sunum sonrası ortaya çıkacak faydayı elde etmelerinin yanında maliyetlerden de sorumlu olmaktadır.
- Uzun dönemli sözleşmeye dayalı bir ortaklıktır.

Özelleştirme uygulamalarından farklı bir yöntem olarak değerlendirilmekte olan KÖO'nun dört tip ortaklık türü bulunmaktadır<sup>81</sup>:

- *Lider-Takipçi Ortaklığı*; karar alımında koordinasyon olmasına rağmen, ortaklıkta bir tarafın daha üstün olduğu uygulama türüdür.

---

<sup>76</sup>KARASU, a.g.m., s.218.

<sup>77</sup>Christopher R. KEANE & Manuj C. WEERASINGHE, "Publi/Private Mix in Health Systems", **Health Systems Policy, Finance and Organization**(Edt. Guy Carrin, Kent Buse, H. Kristian Heggenhougen & Stella Quah), Academic Press, New York, 2008, s.314.

<sup>78</sup>Fred BECKER & Valerie PATTERSON, "Public-Private Partnerships: Balancing Financial Returns, Risks and Roles of The Partners", **Public Performance & Management Review**, Y.2005, C.29, S.2, s.125.

<sup>79</sup>MEIDUTE & PALIULIS, a.g.m., s.258.

<sup>80</sup>BECKER & PATTERSON, a.g.m., s.126 ; KEANE & WEERASINGHE, a.g.m., s.316.

<sup>81</sup>BECKER & PATTERSON, a.g.m., s.129.

- *Mübadele Ortaklığı*; karar alımında koordinasyon olmasına rağmen, müzakere edilebilen ve rekabete dayanan bir uygulama türüdür.
- *Ortak Girişim*; projenin karmaşıklığına ve süresine(orta ve uzun vadeli) bağlı olan ortaklığın amacının sınırlanabildiği ya da açık uçlu bırakılabildiği, karar almada ortaklaşa hareket edilebilen bir uygulama türüdür.
- *Tam Ortaklık*; ortaklığın amacının yaygın, açık uçlu ve ortaklığın uzun dönemli olduğu karar almada ortaklaşa hareket edilen bir uygulama türüdür.

KÖO'nun özellikleri ve uygulama türleri bağlamında yararlı yönleri bulunmaktadır. KÖO'nun faydalarını aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>82</sup>:

- Devlet bütçesinden ilgili hizmetin tüm sunumu için ayrılan kaynağın azalması,
- Rekabete açık bir ortamın yaratılması,
- Özel sektörün yönetime ve uygulamaya yönelik deneyimlerine uyumun sağlanması,
- Geleneksel kamu hizmeti sunum yöntemlerinden daha fazla etkinliğin kamu hizmeti sunumunda sağlanmasıdır.

Günümüzde pek çok kamu hizmetinin sunumunda olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin sunumunda da kullanılan yöntemler arasında KÖO modeli bulunmaktadır. Son yirmi yıllık süreçte, sağlık hizmet sunumunda kamu kesiminin bütçe kısıtının ortadan kaldırılması, özel finansman desteğinin sağlanması, özel kesimin işletme kapasitesinden yararlanılması, risklerin paylaşım yoluyla azaltılması ve sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir biçimde sunumunun gerçekleştirilmesi için KÖO modeli uygulamalarına ağırlık verilmiştir<sup>83</sup>.

WHO'ya göre, sağlık hizmetlerinin sunumunda KÖO modelinin seçimini etkileyen(ya da belirleyen) faktörler; ülkenin ya da organizasyonun siyasi ideolojisi, örgütsel yapı, koruyucu ya da tedavi edici hizmet tercihlerine bağlı olan öncelikli hedef

<sup>82</sup>Hans W. ALFEN, Yu-Chien A. JAN, Satyanarayana N. KALADINDI & L. Boeing SINGH, "An Introduction To PPP Concept", **Public-Private Partnership in Infrastructure Development: Case Studies from Asia and Europe**(Edt. Hans W. Alfen), Bauhaus-Universität Weimar Publishing, Weimar, 2009, s.11 ; Katia D.P. CAMPOS, Cameron D. NORMAN & Alejandro R. JADAD, "Product Development Public-Private Partnerships For Public Health: A Systematic Review Using Qualitative Data", **Social Science & Medicine**, Y.2011, C.73, S.7, s.986.

<sup>83</sup>Avantika SINGH & Gyan PRAKASH, "Public-Private Partnership in Health Services Delivery: A Network Organizations Perspective", **Public Management Review**, Y.2010, C.12, S.6, s.831 ; KARASU, a.g.m., s.220.

ve işlev, finansman modeli, olası özel sektör ortaklarının potansiyel gücü ve uluslararası antlaşmalar olarak sıralanmaktadır<sup>84</sup>. Belirlenen faktörlerden en önemlisinin ülkenin ekonomik ve politik tercihi olduğu biçiminde değerlendirme yapmak mümkündür. Özellikle, liberal bir ekonomik sistem etrafında oluşturulmuş siyasi anlayış, KÖO modeli uygulamasına daha yakın bir anlayış olabilecektir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, KÖO modelinin tercih edilmesi, kısıtlı olan kamu kaynaklarının diğer hizmetlere de yönlendirilmesi, özel sektörle birlikte finansmanın ve risklerin paylaşılması, sağlık sisteminin ve hizmetlerinin etkinliğinin geliştirilmesi, üretilen ürünlerin kalitesinin artırılması ve sağlık göstergelerinde, özellikle düşük gelir düzeyine sahip ülkeler açısından, hızlı biçimde iyileşmelerin gerçekleştirilebileceğine yönelik öngörüler yapılmaktadır<sup>85</sup>. Ancak, unutulmaması gereken nokta, sözleşmeye dayalı KÖO modelinde devletin aktif olarak sağlık hizmet sunumunda yer almamasına karşın, düzenleyici ve denetleyici rolünü sağlayacak gerek altyapısal gerekse de mevzuata yönelik çerçevenin oluşturulması gereğidir. Aksi halde, KÖO modelinden beklenen faydaların tümüyle elde edilebileceğini ileri sürmek mümkün olmayacaktır.

### **III. KAMU HİZMETLERİNİN KAMU HARCAMASI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ: SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRNEĞİ**

Kamu ekonomisi açısından sağlık hizmetlerinin yeri ve önemine değinmeden önce, kamu ekonomisi kavramının hangi unsurları içerdiğinin bilinmesi önemli bir konudur. Dolayısıyla, kamu ekonomisinden bahsedildiğinde; gerçekleşme ve etki alanının sadece ekonomik boyutla sınırlandırılmaması gerektiği ayrıca, konunun sosyal ve siyasal boyutlarının da bulunduğunu bilmek gerekmektedir<sup>86</sup>.

Kamusal niteliğe sahip faaliyet, ekonomik, sosyal ve siyasal alanların ortaklaşa oluşturduğu alan içerisinde gerçekleşmektedir. Bu kesişme alanlarında devlet, toplumdaki en üstün egemen güç olarak sosyal hayatın her yönüyle ilgili kararlar almakta ve uygulamaktadır. Kamu hizmetlerinin kimler için ne miktarda üretileceği, hangi birimlerce nasıl üretileceği ve bu üretimin karşılığı olan maliyetin nasıl ve kimler

<sup>84</sup>KEANE & WEERANSINGHE, a.g.m., s.316.

<sup>85</sup>CAMPOS v.d., a.g.m., s.987; MEIDUTE & PALIULIS, a.g.m., s.269; OECD, a.g.r., 2008, s.112.

<sup>86</sup>Bknz.; A. Kemal ÇELEBİ, *Kamu Ekonomisi Analizi Kamu Ekonomisinin Büyüklüğü Sorunu*, 1. Baskı, Emek Matbaası, Manisa, 2000, s.1.

tarafından karşılanması gerekliliği kamu ekonomisinin yapısını belirleyen unsurlar olarak değerlendirilmektedir<sup>87</sup>.

Devlet, insanların çevre ve diğer toplumlar karşısında korunması ve savunulması işlevini üstlenmek ile görevli iken, medeniyet düzeyi oluştukça ve geliştikçe bu değişime bağlı olarak artan ve değişen ihtiyaçların ortaya çıkması devletin farklı niteliğe sahip yükümlülüklerini de yerine getirmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Bundan dolayıdır ki, kamu ekonomisi, devletin ekonomiye müdahale aracı niteliğinde ortaya çıkan çeşitli sorunlara çözüm oluşturma çabası olarak değerlendirilmektedir<sup>88</sup>.

Yukarıdaki genel açıklamalardan hareketle, devletin; kaynak dağılımına müdahale etmek, gelir dağılımında adaleti sağlamak, ekonomik istikrarsızlıkla mücadele etmek, ekonomik kalkınma ve büyümeyi sağlamak biçiminde sıralanabilecek faaliyet alanını belirleyen amaçları bulunmaktadır<sup>89</sup>.

Çalışmanın bundan sonraki kısmında, ele alınan konunun kapsamı doğrultusunda; devletin kaynak tahsisi işlevi içerisinde değerlendirilen sağlık hizmetleri devletin üstleneceği görevler bakımından önemlilik arz etmektedir. Kamu ekonomisi açısından sağlık hizmetlerinin öneminin ne olduğuna yönelik açıklamaları destekleyici ve açıklayıcı olması için kamu hizmeti kavramına ve niteliklerine değinilmesi daha sonra, kamu hizmetleri ile kamu harcamaları arasındaki etkileşime ve kamu harcamaları içerisinde yer alan sağlık harcamalarının yeri ve önemine yer verilmiştir.

## **A. Kamu Hizmetleri İle Kamu Harcamaları Arasındaki İlişki**

### **1. Kamu Hizmeti Kavramı ve Özellikleri**

Devlet, bireylerin topluluk halinde yaşamaktan doğan kamusal nitelikteki ihtiyaçlarını gidermek amacıyla oluşturulmuş organize bir örgüttür<sup>90</sup>. Devletin toplumsal niteliğe sahip ihtiyaçları karşılamasında yapmak zorunda olduğu işlerin ya da faaliyetlerin bütünü kamu hizmeti olarak değerlendirilmektedir. Bir başka ifade ile, kamusal nitelikteki ortak ihtiyaçların karşılanması bakımından, devletin yapmak zorunda olduğu hizmetler, kamu hizmetleri biçiminde tanımlanabilmektedir<sup>91</sup>.

---

<sup>87</sup>BULUTOĞLU, a.g.e., s.17.

<sup>88</sup>Ahmet EROL, "Devlet ve Devletin İşlevlerinin Gelişimi", **Mükellefin Dergisi**, Y.2003, S.114, s.111.

<sup>89</sup>Naci B. MUTER, A. Kemal ÇELEBİ & Süreyya SAKINÇ, **Kamu Maliyesi**, 3. Baskı, Emek Matbaası, Manisa, 2008, s.17.

<sup>90</sup>Engin KARABAŞ, **Bütçe Kapsamı ve Bütçe Kapsamı Dışında Kalan Kamusal Harcama Alanları**, T.C. Maliye Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Devlet Bütçe Uzmanlık Tezi, Ankara, 2005, s.1.

<sup>91</sup>Abdurrahman AKDOĞAN, **Kamu Maliyesi**, 7. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 1999, s.37.



Üretilen bir hizmetin kamu hizmeti olup olmadığı ve kamusal ihtiyaçların niteliği önemli bir konu haline gelmektedir. Bu doğrultuda, kamu hizmetlerinin özelliklerini sıralamak, kamusal ihtiyaç ile olan ilişkisinin yanında kamu harcamaları ile arasındaki bağlantıyı ortaya koymak açısından da gerekli bir durumdur. Kamu hizmetinin özelliklerini aşağıdaki biçimde özetlemek mümkündür<sup>92</sup>:

- Toplumun ortak ihtiyaçlarının giderilmesi ve toplumsal hayatın devamının sağlanması için kamu otoriteleri tarafından yürütülen hizmetlerdir.
- Siyasal talep, topluma sunulacak hizmetin niteliği ve düzenlenmesini belirleyen unsur olarak değerlendirilmektedir.
- Kamu yararına toplumsal faydayı en çoklayan hizmettir.
- Kamu hukuku kurallarına tabidir.
- Hizmetin bedeli, kamusal finansman yöntemi ile tüm toplumdan sağlanmaktadır.
- Süreklilik esası genel kabul görmüştür.

Yukarıda özetlenen temel unsurları doğrultusunda, kamu hizmetleri, zaman içerisinde değişen siyasal, sosyal ve tarihsel koşullara göre, devletin klasik görevleri ile birlikte ekonomide üstlendiği rollere göre farklılık da içermektedir<sup>93</sup>.

Özetlemek gerekirse, devletin varlığının dayanağı olan bireyler ve onların oluşturdukları toplumun ihtiyaçlarının karşılanması, kamu hizmeti aracılığıyla devlet tarafından yerine getirilmesi, kamu hizmetinin gerek devlet gerekse de kamu ekonomisi açısından önemini de ortaya çıkarmaktadır. Buradan hareketle, devletin kamu hizmetleri teşkilatının bütünü olarak değerlendirilmesi gerekmektedir<sup>94</sup>.

## **2. Kamu Hizmetinin Kamu Harcaması Olarak Değerlendirilmesi**

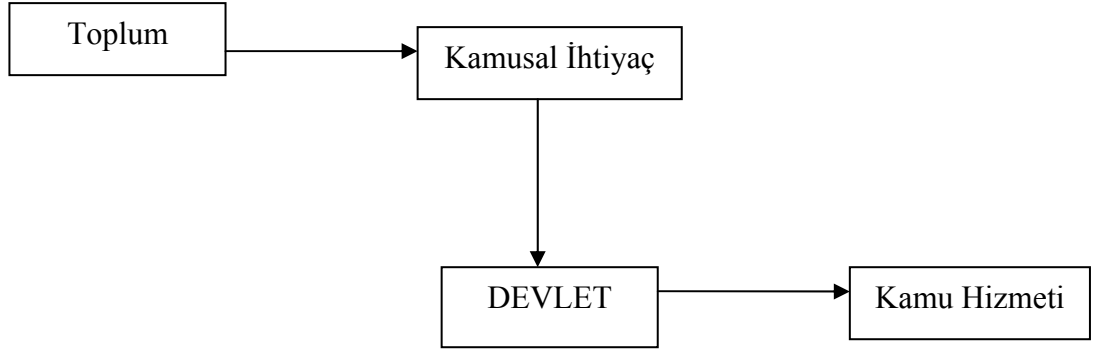
Kamu hizmeti, toplumun ortak ihtiyaçlarını karşılamak ve toplumsal yaşamı düzenlemek, toplumu yönetmek üzere yetki verilen kamu otoriteleri tarafından yürütülen görevler olarak değerlendirildikten sonra, Şekil-2’de açıklamayı şema ile göstermek mümkündür.

<sup>92</sup>Halil NADAROĞLU, **Kamu Maliyesi Teorisi**, 10. Baskı, Beta Basım Yayım, İstanbul, 1998, s.128 ; MUTER v.d., a.g.e., s.48-49.

<sup>93</sup>Meliha ENER & Esra DEMİRCAN, “Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.2008, C.13, S.1, s.62.

<sup>94</sup>Hasan CANPOLAT, “Anayasa Mahkemesi Kararlarında Kamu Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Kavramı”, **Hazine Dergisi**, Y.1998, S.11, s.5.

**Şekil-2: Devletin Kamu Hizmetini Yerine Getirme Süreci**



Şekil-2'ye göre, bireylerin bir araya gelmesiyle oluşan toplumun ortak ihtiyaçları(kamusal ihtiyaçları) ortaya çıktığında, bir örgütün bu ihtiyaçları gidermesi gerekli hale gelmektedir. Bu örgüt ise, devlet olarak değerlendirilmektedir. Unutulmaması gereken nokta, Hobbes'un da ileri sürdüğü üzere; devletin olmadığı durum anarşi durumudur. Anarşi ya da örgütlenmemiş bir toplumsal süreç sadece bir geçiş aşaması olacaktır<sup>95</sup>. Devlet, söz konusu ilişkide önemli bir örgütlenme aracı olarak ortaya çıkmaktadır. Devletin mevcut kamusal ihtiyaçlara yanıt verme aracı ise, kamu hizmetleri olarak değerlendirilmektedir.

Kamusal ihtiyacın kamu hizmetine dönüşmesiyle birlikte, kamu harcaması kavramına yer vermek gerekmektedir. Türk(1996), kamu harcamasını; "...Klasik maliye anlayışına göre, kamu harcaması; kamu otoritelerince, toplumsal ihtiyaçları karşılamak üzere belirli usullere tabi kalarak yapılan parasal harcamalar olarak tanımlanmakta iken modern maliye anlayışına göre, kamu harcaması; kamu otoritelerinin toplumsal ihtiyaçları karşılamak ve/veya ekonomik ve sosyal hayata müdahalede bulunmak üzere, belirli usullere uyarak yaptıkları harcamalardır..." biçiminde ikili ayırımı değerlendirmiştir<sup>96</sup>. Sönmez(1987) tarafından yapılan bir başka tanımlamaya göre ise; "...kamu kesiminde mal ve hizmet üreten tüm birimlerin yaptıkları harcamalar kamu harcamaları olarak tanımlanabilir. Yani devletin gerçekleştirdiği faaliyetler kamu harcamalarının kaynağını oluşturmaktadır..."<sup>97</sup>.

İktisadi görüşler kapsamında şekillenen kamu harcaması kavramı; kamu makamlarının kamusal ihtiyaçları karşılamak, sosyal ve ekonomik hayata

<sup>95</sup>ÇELEBİ, a.g.e., s.3.

<sup>96</sup>İsmail TÜRK, **Kamu Maliyesi**, 2. Bası, Turhan Kitabevi, Ankara, 1996, s.25 ve 27.

<sup>97</sup>Sinan SÖNMEZ, **Kamu Ekonomisi Teorisi: Kamu Harcamalarında Etkinlik Arayışı**, Birinci Baskı, Teori Yayınları, Ankara, 1987, s.5.

müdahalelerde bulunmak üzere belli kurallara göre yaptıkları harcamalar biçiminde tanımlanabilmektedir<sup>98</sup>.

Kamu harcaması kavramı ile ilgili yapılan belli başlı açıklamalardan hareketle, kamu hizmeti ve harcaması arasındaki ilişkiyi ve kamu hizmetinin kamu harcaması olarak değerlendirilmesini ortaya koymak gerekmektedir. Toplumsal ihtiyaçların giderilmesi amacıyla devlet tarafından mevcut ihtiyaçlara karşılık gelecek kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Kamu hizmetlerinin yerine getirilmesi, devlet ve onu temsil eden kamu tüzel kişiliklerinin bazı faaliyetler içerisine girmesini zorunlu kılmaktadır<sup>99</sup>. Söz konusu faaliyetlerin parasal ifadesi ise, kamu harcamaları kavramını ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla, kamu harcamaları hem devlet faaliyetlerinin bir fonksiyonu hem de bu faaliyetlerin mali alandaki parasal ifadesi olarak değerlendirilebilmektedir. Bireylerden oluşan toplumun bir arada yaşayabilmelerini sağlayacak ortaklaşa nitelikteki ihtiyaçlarının yerine getirilmesi için devletin yapmak zorunda olduğu hizmetler, kamu hizmeti olarak değerlendirilmekteyken, kamu hizmetlerinin karşılanmasına yönelik devletin kamu harcamalarını yapma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır<sup>100</sup>.

Kamu hizmetinin kamu harcaması olarak değerlendirilmesi ön kabulünden hareketle, çalışmanın bundan sonraki kısmında sağlık hizmetinin parasal ifadesi olarak kamu sağlık harcamalarına değinilmiştir.

### **B. Kamu Harcamaları İçerisinde Sağlık Harcamalarının Yeri ve Önemi**

Devletin yerine getirdiği faaliyetlerden kaynaklanan kamu harcamaları, kamunun ekonomik, sosyal ve kültürel yaşamdaki yerine, dolayısıyla ilgili alanlara yönelik müdahalenin yoğunluğuna ve kapsamına göre değişmektedir<sup>101</sup>. Devletin gerçekleştirdiği faaliyetler, kamu harcamalarının kaynağını oluşturduğuna göre, sağlık hizmetlerine yönelik kamu harcamalarını tanımlamak, niteliklerine değinmek, sağlık harcamalarının artışına yol açan faktörleri ele almak ve sağlık harcamalarının ülkeler ve bireyler açısından önemine değinmek gerekmektedir.

---

<sup>98</sup>İbrahim ARISOY, “Türkiye’de Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi (1950-2003)”, **Çukurova Üniversitesi S.B.E. Dergisi**, Y.2005, C.14, S.2, s.64.

<sup>99</sup>NADAROĞLU, a.g.e., s.129.

<sup>100</sup>KARABAŞ, a.g.e., s.20.

<sup>101</sup>SÖNMEZ, a.g.e., s.5.

## 1. Sağlık Harcaması Kavramı ve Önemi

Sağlık harcaması kavramsal olarak, sağlık durumunun iyileştirilmesi, korunması ve yükseltilmesi temel hedefleriyle ilgili kaynağın tüketimi biçiminde tanımlanabilmektedir. Toplumsal ihtiyaçların ortaya çıkmasıyla birlikte, devlet organizasyonu ortaya çıkmakta ve ihtiyaçları karşılamak kamu hizmeti unsurunu oluşturmaktadır. Daha önceki kısımlarda da değinildiği üzere, kamu hizmetlerinin karşılanmasına yönelik devletin kamu harcamalarını yapma gereği oluşmaktadır. Dolayısıyla, kamu sağlık harcamaları da sağlık hizmetinin yerine getirilmesi için kamunun yapmak zorunda olduğu harcamalardır.

Literatüre göre, kamu harcamalarının bilimsel sınıflandırması, cari ve yatırım ile transfer harcamalarından oluşmaktadır. Sağlık harcamaları bu sınıflandırma içerisinde cari harcamalar kategorisinde yer almasına karşın, kamu sağlık harcamalarındaki artışlar, tüketim malları üretimini teşvik ederek yatırım malları talebini artırabilmelerinden ötürü, bu tip beşeri sermayeyi destekleyen harcamalar kalkınma carileri olarak değerlendirilmektedir<sup>102</sup>.

Genel olarak, gerçek kamu harcamaları içerisinde yer alan ve kendi içerisinde cari, yatırım ve transfer harcaması olarak ekonomik anlamda da sınıflandırılabilen sağlık harcamaları aracılığıyla devlet, nihai ürünler satın alabildiği gibi, satın aldığı üretim faktörleri vasıtasıyla gerekli sağlık hizmetlerini de üretebilmekte ve topluma sunabilmektedir<sup>103</sup>. Böylece, yarı-kamusal niteliği daha ağır basan sağlık hizmetlerinin sadece piyasaya bırakılmayıp devletin yaptığı kalkınma carileri olarak nitelendirilen sağlık harcamaları, toplumsal faydayı en çoklamaya yönelik sürecin sağlanmasında önemli bir araç haline gelmektedir.

## 2. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Sosyal devlet anlayışı ile birlikte, kamu kesiminin faaliyet alanları ve görevleri genişlemiştir. Söz konusu durum aynı zamanda çağdaş devlet yaklaşımının bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla ekonomik ve sosyal alanlarda ortaya çıkan gelişmelere bağlı olarak, kamu harcamalarının Gayri Safi Milli

---

<sup>102</sup>Fatih SAVAŞAN & Hakan ÇETİNTAŞ, "Kamu Sağlık-Eğitim Harcamaları ve Büyüme", **Devletin Değişen Rolü Bağlamında Türkiye'de Kamu Harcamalarının Sektörel Analizi**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü 24. Türkiye Maliye Sempozyumu, 2009, Antalya, s.193 ; MUTER v.d., a.g.e., s.62.

<sup>103</sup>NADAROĞLU, a.g.e., s.157-158.

Hasıla(GSMH) içinde payı tüm ülkelerde artmıştır<sup>104</sup>. Özellikle, sağlık hizmetleri sosyal refahın gelişimine katkıda bulunan önemli bir unsurdur. Bundan dolayı, kamu harcamaları içerisinde sağlık harcamalarının önemli bir payı bulunmaktadır<sup>105</sup>.

Tanzi ve Schuknecht(2000) tarafından kamu harcamalarıyla ilgili hazırlanan çalışmada yer alan 1910-1994 dönemi sağlık harcamalarını inceledikleri bölümde ortaya konulan rakamlara göre, 1910'ların başında OECD ülkelerinde ortalama olarak sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla(GSYİH)'ya olan oranı %0,3'ler düzeyinde gerçekleşmekteyken, 1994'lere gelindiğinde bu oran ortalama %6,4'ler düzeyinde oluşmuştur<sup>106</sup>. Günümüzde, sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranının yaklaşık olarak % 10'ların üzerinde gerçekleşmekte olduğu hesaplanmaktadır<sup>107</sup>.

Dünya geneli incelendiğinde, gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan ülkeler açısından, sağlık harcamaları artış eğilimi içerisinde bulunmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan sağlık harcamaları artış nedenleri arasında farklılıklardan ziyade büyük benzerlikler bulunmaktadır. Yapılan araştırmalara ve çalışmalara göre, sağlık harcamalarının artış nedenleri; nüfus ve yaşlanma, kişi başına düşen gelirin artması, teknolojik ve tıbbi ilerleme, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi, kentleşme ve sosyal değer yargılarının değişmesi biçiminde sıralamak mümkündür<sup>108</sup>.

#### a) Nüfus ve Yaşlanma

OECD tarafından hazırlanan rapora göre, 1960'lı yıllarda ortalama doğumda yaşam beklentisi 68,2 yıl iken 2009 yılı itibariyle bu rakam, 79,5 yıl olarak gerçekleşmiştir. Yaşam standartlarının iyileştirilmesi, daha iyi bir eğitim ve daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişim, doğumda yaşam beklentisi yılının artmasına neden olan temel faktörler olarak değerlendirilmektedir<sup>109</sup>.

---

<sup>104</sup>A. Kemal ÇELEBİ, "Kamu Harcamaları Artışının Kurumsal Nedenleri", *Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi*, Y.1992, C.47, S.3, s.111.

<sup>105</sup>Marjin VERHOEVEN, Victoria GUNNARSSON & Stephane CARCILLO, **Education and Health in G7 Countries: Achieving Better Outcomes with Less Spending**, IMF Working Papers, WP. No. 07/263, 2007, < <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp07263.pdf>>, (08.10.2010), s.4.

<sup>106</sup>Vito TANZI & Ludger SCHUKNECHT, **Public Spending in the 20<sup>th</sup> Century A Global Perspective**, Cambridge University Press., UK, 2000, s.38.

<sup>107</sup>Gülşay A. YILMAZ, **OECD Ülkeleri ve Türkiye'de Sosyal Devlet ve Sosyal Harcamalar**, Arıkan Basım Yayım, İstanbul, 2006, s.43.

<sup>108</sup>Vasanthakumar N. BHAT, "Health Systems Performance: A Statewide Analysis", *Journal of Health Care Finance*, Y.2003, C.29, S.4, s.77.

<sup>109</sup>OECD, **Health at a Glance 2011: OECD Indicators**, OECD Publishing, 2011, < <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>>, (15.12.2011) s.24-25.

Yaşam beklentisinin son 50 yıllık dönemde artış içerisinde olması, nüfus yapısını değiştiren bir unsurdur. Bu değişim ise, dünya genelinde gelişmiş bölgelerde nüfusun yaşlanmaya başladığını göstermektedir. Özellikle 2000’li yılların başında 60 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa olan oranı % 18,7’ye karşılık gelirken 2025 yılında bu oranın % 25,3’lere çıkacağı tahmin edilmektedir<sup>110</sup>.

Nüfusun yaşlanması, doğum oranlarının azalması ve doğumda yaşam beklentisinin artması ile ilgili bir olgudur. Buradan hareketle, yaşlanan bireylerin, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları artacak ve yaşlılar için yapılması gerekli olan sağlık harcamalarının artması durumu ortaya çıkacaktır<sup>111</sup>.

Sonuç itibariyle, ortalama yaşam beklentisi artıkça, nüfusun yaşlanması artmakta ve sağlık harcamaları da bu dönüşüm vasıtasıyla artış eğilimi içerisine girmektedir.

### **b) GSYİH’deki Değişim ve Kişi Başına Düşen Gelirin Yükselmesi**

Sağlık harcamalarının miktarı ve artış hızının en önemli nedenlerinden bir tanesi GSYİH’deki değişim olarak değerlendirilmektedir. Bir ülkenin GSYİH’ndeki olumlu değişim, sağlığa ayrılacak kaynakların da artışına neden olmaktadır<sup>112</sup>. GSYİH’deki olumlu değişim ile birlikte, bireylerin gelir düzeylerindeki artış, tüketim kalıplarını da değiştirmektedir. Özellikle daha iyi ve rahat yaşam koşullarını sağlayacak hizmetlere yönelik bir talep artışı gerçekleşmektedir. Bu talep artışlarının içinde sağlık hizmetleri de bulunmaktadır. Bireylerin gelir artışları neticesinde daha iyi yaşam koşulları sağlamaya yönelik sağlık hizmetlerindeki talep artışı, gerek kamu gerekse de özel kesim tarafından verilen hizmetlerin artışına ve dolayısıyla da sağlık harcamalarının yükselmesine yol açmaktadır<sup>113</sup>.

Birçok ülkenin yer aldığı karşılaştırmalı çalışmalar göstermektedir ki, kişi başına düşen sağlık harcamalarının en önemli belirleyicisi, kişi başına düşen gelir düzeyidir. Sen(2005) tarafından yapılan çalışmaya göre, 15 OECD ülkesinde 1990-1998 yılları arasında sağlık harcamalarındaki artış eğiliminin, kişi başına düşen gelir aracılığıyla belirlendiği ortaya konulmuştur<sup>114</sup>. Ayrıca, Gbsemete ve Gardtham(1992)’in yaptığı çalışmada, 1984 yılı verileri kullanılarak 30 Afrika ülkesinde kişi başına düşen gelirin

<sup>110</sup>MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.215.

<sup>111</sup>Vasanthakumar N. BHAT, “Institutional Arrangements and Efficiency of Health Care Delivery Systems”, **European Journal Of Health Economics**, Y.2005, C.12, S.3, s.215. ; Getzen, a.g.e., s.243-244. ; Kurtulmuş, a.g.e., s.62.

<sup>112</sup>BELEK, a.g.e., s.121.

<sup>113</sup>MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.211-212.

<sup>114</sup>Anindya SEN, “Is Health Care a Luxury? New Evidence from OECD Data”, **International Journal of Health Care Finance and Economics**, Y.2005, C.5, S.2, s.148.

sağlık harcamaları üzerinde belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Hitiris ve Posnett(1992) tarafından yapılan çalışmada, 1960-1987 dönemini kapsayan verilerin incelenmesi ışığında, kişi başına düşen gelirin sağlık harcamaları üzerinde pozitif etkisi bulunduğu tespit edilmiştir<sup>115</sup>.

### **c) Teknolojik Değişim ve Tıbbi İlerleme**

Sağlık alanındaki teknolojik değişim ve Araştırma ve Geliştirme(AR-GE) faaliyetlerine ayrılan kaynakların artma eğiliminde olması, yeni araştırmaların ortaya çıkmasına, teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine yol açmaktadır<sup>116</sup>. Ancak, bu tip ileri teknoloji kullanımını sağlayan tekniklerden yararlanılması (örneğin, MR, Tomografi v.b. gibi), yüksek maliyet düzeyleriyle karşılaşılması sonucunu da doğurmaktadır. Gerek teknolojik araç-gereç tedariki gerekse de ilgili teknolojiyi kullanacak uzman personel yetiştirilmesi, maliyet artırıcı unsurlar içerisinde yer alması sonucunda, sağlık harcamaları süregelen teknolojik değişim ve tıbbi ilerleme aracılığıyla artmaya devam etmektedir<sup>117</sup>.

### **ç) Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi**

GSYİH'daki ve kişi başına düşen gelirdeki olumlu değişimlere paralel olarak, bireylerin daha iyi yaşam koşullarına sahip olmasını sağlayacak eğitim düzeylerini geliştirme talebi, aynı zamanda her açıdan bilinçlenmelerini sağlamaktadır. Sağlıklı olma bilinci eğitim düzeyi ile pekiştirildiğinde, toplumda ve bireylerde daha fazla sağlık hizmeti talebi ortaya çıkmakta ve bu durum sağlık harcamalarını artırmaktadır<sup>118</sup>. Eğitilmiş olmak ile sağlıklı olmak arasında doğru orantılı bir bağlantı bulunmaktadır. Eğitilmiş insanlar, sağlıklı yaşam koşulları için gerekli her türlü besinsel ve fiziksel faaliyetlerde bulunmaktadır<sup>119</sup>. Sağlık alanındaki gelişmeler ve mevcut hastalıklarla mücadelede farklı yöntemlerin bulunması, eğitim düzeyi yüksek bireylerin bu tip gelişmeleri yakından takip ve talep etmelerine yol açmaktadır. Bu durum ise, sağlık harcamalarının artış eğilimi içerisinde olmasını sağlamaktadır<sup>120</sup>.

---

<sup>115</sup>Akt. SEN, a.g.m., s.148-149.

<sup>116</sup>KURTULMUŞ, a.g.e., s.63.

<sup>117</sup>Şule ÇALIKOĞLU, **Influence of Partisan Politics on National Health Care Expenditures from Public and Private Sources of Finance in OECD Countries**, Johns Hopkins University, Basılmamış Doktora Tezi, ABD, 2008, s.21-22 ; MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.216.

<sup>118</sup>KURTULMUŞ, a.g.e., s.61.

<sup>119</sup>FUCHS, a.g.m., s.6.

<sup>120</sup>Joseph P. NEWHOUSE, **The Economics of Medical Care:A Policy Perspective**, Addison-Wesley Co., Massachusetts, 1978, s.83.

#### **d) Kentleşme**

Ekonomik gelişme ve sanayileşmenin getirdiği en önemli sonuçlar arasında yer alan unsurların başında kentleşme olgusu gelmektedir. Kırsal yaşamdan farklı özelliklere sahip kentleşme; teknolojik ve çevresel düzeni içeren fiziksel bir yapı, kurumlardan oluşan toplumsal bir örgüt ve farklı davranışların ve düşüncelerin oluşturduğu bir küme olarak değerlendirilebilir<sup>121</sup>.

Kentleşme olgusunun ortaya çıkmasıyla birlikte, kentleşmenin yoğun olduğu bölgelerde başta daha iyi bir sağlık hizmeti almak üzere eğitim, istihdam v.b. fırsatların sunumu kırsal bölgelere göre farklı olmaktadır<sup>122</sup>. Bu tür olanak ya da fırsatların olduğu kentlerin göç alması kaçınılmaz bir durum olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri açısından kentleşme ve göç olguları değerlendirildiğinde, ilgili yerleşim bölgelerinde sağlık hizmeti veren kurum sayısının yeterli düzeyde olması, uzman sağlık personeline ve donanımına erişilebilirliğin kolay olması, ilaç ve bakım malzemelerinin elde edilmesinin kolay olması ve tüm bunların yerine getirilmesine yönelik alt yapı çalışmalarının yeterli düzeyde olması gerekmektedir<sup>123</sup>. Dolayısıyla, tüm bu koşulların yerine getirilmeye çalışılması, sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır. Aksi takdirde, sağlık hizmetlerinden beklenen ve istenen sonuçları elde etmek mümkün olmayabilecektir.

#### **e) Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi**

Sosyal değer yargıları, diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da hızlı bir biçimde değişime uğramaktadır. Özellikle, sağlık harcamalarını artıran faktörler içerisinde daha önce yer verilen, yaşam beklentisinin artması, eğitim düzeyinin ve sağlık bilincinin yükselmesi faktörleriyle birlikte, ortaya çıkan yeni rahatsızlıklara/hastalıklara karşı bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebi artış içerisinde girmektedir<sup>124</sup>. Nüfusun artması sonucunda, gelecekleriyle ilgili kaygıları ortaya çıkan birey sayısının artması, aile yapısının ve ilişkilerinin değişmesi(özellikle, yaşlı aile bireylerinin dışlanması ve aile içinde bakımının yapılmaması) ve bağımlılığa yol açan çeşitli madde kullanımının artması gibi etkenler, sosyal değer yargılarının değişmesiyle

---

<sup>121</sup>Mithat A. KARASU, “Türkiye’de Kentleşme Dinamiklerinin Suça Etkisi”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Y.2008, C.57, S.4, s.257.

<sup>122</sup>Melinda MOORE, Philip GOULD & Barbara S. KEARY, “Global Urbanization and Impact on Health”, **International Journal of Hygiene and Environmental Health**, Y.2003, C.206, S.4-5, s.269.

<sup>123</sup>MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.214.

<sup>124</sup>MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.213.



oluşan unsurlardır. Bu unsurların tedavisine yönelik sağlık hizmeti talebi gereksinimi ise, doğrudan sağlık harcamalarını artırıcı bir niteliği ortaya çıkartmaktadır.

Belli özellikleri açısından özetlenen, sağlık harcamalarını etkileyen temel faktörlerin tümü göz önüne alındığında, Huber ve Orosz(2003) tarafından yapılan çalışma da bulunan sonuç dikkat çekicidir. OECD üyesi 30 ülkenin sağlık harcamalarını içeren çalışmaya göre, 1990-2001 yıllarını içeren süreçte, OECD verileri, sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik büyüme hızlarından daha fazla büyüdüğünü göstermektedir. Yine aynı çalışmaya göre, son 20 yıldır artan sağlık harcamalarından kaynaklanan kamu bütçeleri üzerindeki baskı, temel endişe noktası olarak değerlendirilmiş ve üzerinde önemle durulması gereken bir özellik olduğu ileri sürülmüştür<sup>125</sup>.

### **3. Sağlık Harcamalarının Ülke ve Bireyler Açısından Önemi**

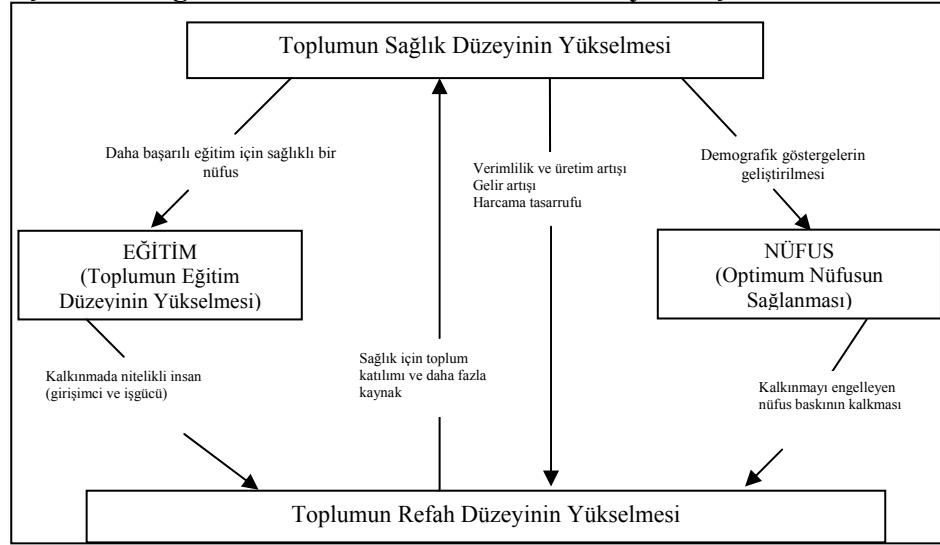
Sağlık hizmetlerinin tüm topluma yayılmasına yönelik olarak gerçekleştirilen ve toplumun sağlık düzeyinin yükselmesini amaçlayan sağlık harcamalarının belli açılardan ülke ve bireyler üzerinde etkileri bulunmaktadır. Söz konusu etkilerin tümü birbirleriyle ilintili olmasından dolayı ayrı ayrı incelemek yerine, resmin bütünü aynı anda değerlendirmek daha faydalı olacaktır. Bu değerlendirmeyi başlatan nokta ise, Mazgit(1998) tarafından ortaya konulan sağlık-ekonomik kalkınma arasındaki ilişkinin Şekil-3'teki gibi oluşturulmasıdır. Çalışma kapsamında, Şekil-3'te açıklanan ilişki, aynı zamanda, sağlık harcamalarının ülke ve bireyler üzerindeki etkilerinin bir arada verilmesi bakımından da önemlilik arz eden bir saptama olarak yeniden uyarlanmıştır. Şekil-3 incelendiğinde, sağlık harcamalarının toplumun sağlık düzeyini yükseltmesi, ekonomik büyüme ve kalkınma, istihdam ve gelir dağılımı açılarından gerek ülkeler gerekse de bireyler açısından önemlilik arz etmektedir. Kalkınma ekonomisi literatürü açısından beşeri sermayenin, işgücü ve fiziki sermayenin verimliliğini artırması ve yeniliklerin ortaya çıkması sonucunda bireylerin verimlilik artışını sağlaması aracılığıyla ekonomik sürece olumlu katkıları bulunmaktadır<sup>126</sup>.

---

<sup>125</sup>Manfred HUBER & Eva OROSZ, "Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001", **Health Care Financing Review**, Y.2003, C.25, S.1, s.1-2.

<sup>126</sup>Şevda GÜMÜŞ, **Beşeri Sermaye ve Ekonomik Kalkınma: Türkiye Üzerine Ekonometrik Bir Analiz(1960–2002)**, İktisadi Araştırmalar Vakfı Yayını, Ünal Aysal Tez Değerlendirme Yarışma Dizisi No.2005/4, İstanbul, 2005, s.24.

**Şekil-3: Sağlık Harcamalarının Ülke ve Bireyler Açısından Önemi**



**KAYNAK:** İsmail MAZGİT, **Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat AD, Basılmamış Doktora Tezi, İzmir, 1998, s.109.

İktisadi katkılar anlamında, beşeri sermaye yatırımlarının, bir toplumda nüfusun kalitesini yükseltmeye yönelik harcamalar açısından değerlendirildiğinde, toplumun sağlık düzeyinin artırılması amacıyla gerçekleştirilen sağlık harcamaları, sermaye teorisinin araçları içerisinde yer alan beşeri sermaye yatırımı biçiminde değerlendirilmektedir<sup>127</sup>. Ekonomik süreçte faal işgücünün sağlık durumunun muhafaza edilmesi, toplumsal sağlık düzeyinin artırılması amacıyla yapılan harcamalar açısından sağlık harcamalarının yatırım özelliğini vurgulamaktadır<sup>128</sup>. Sağlık harcamalarının beşeri sermaye yatırımı olarak değerlendirilmesi, bir bireyin yaşam süresi üzerinde sağlık harcamalarının etkili olabileceğine yönelik görüşlerin oluşturulmasını sağlamaktadır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisini ortaya koyan çalışmalar arasında bulunan ve Grossman(1972) tarafından yapılan araştırmaya göre, sağlığı sermaye stokunun bir parçası olarak değerlendiren bir model oluşturulmuştur. Bu modele göre, bireylerin sağlıklı olmasına yönelik her tür harcama ve faaliyet bireylerin gerek gelir elde etme gerekse de üretim yapabilme kapasitelerini ve çalışma zamanlarını artırıcı bir unsur olarak değerlendirilmiştir<sup>129</sup>. Bir diğer çalışma ise, Brempong ve Wilson(2003) tarafından yapılan ve 21 Afrika(1975-1994) ve 23 OECD(1961-1995) ülkesinin incelendiği çalışmada, panel veri yöntemi kullanılarak

<sup>127</sup>TABAN, a.g.m., s.33.

<sup>128</sup>GÜMÜŞ, a.g.e., s.31.

<sup>129</sup>Maureen L. CROPPER, “Health, Investment in Health and Occupational Choice”, **Journal of Political Economy**, Y.1977, C.85, S.6, s.1273 ; Michael GROSSMAN, “On The Concept of Health Capital and The Demand For Health”, **The Journal of Political Economy**, Y.1972, C.80, S.2, s.224 ve 247.

doğuşta yaşam beklentisi ve sağlık harcamaları göstergeleri aracılığıyla yapılan analizde, ele alınan ülkelerin ekonomik büyümelerinde her iki göstergenin etkisinin pozitif olduğu ispatlanmıştır<sup>130</sup>. Görüldüğü üzere, ekonomik kalkınma ve büyüme, ülkelerin konumu itibariyle sağlık düzeyleriyle özdeşleşmiş durumdadır. Dolayısıyla diğer sorunlarının(eğitim, istihdam, ekonomik istikrar v.b.) yanında sağlık sorunlarını çözebilmiş ülkeler, toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üretmek ve sunabilmek zorunda olmaktadır. Böylece, ekonomik kalkınma ve büyümelerinin olumlu etkilenmesini destekleyici bir durum ortaya çıkabilecektir<sup>131</sup>.

Beşeri sermayenin oluşumuna katkı sağlayan sağlık harcamaları aynı zamanda, bireylerin daha iyi eğitim almalarını sağlamaktayken, vasıf düzeyleri farklı da olsa emeğin üretkenlik düzeyini uzatmakta ve verimliliğine de katkıda bulunmaktadır<sup>132</sup>. Sağlık harcamaları, bireylerin üretime yaptıkları katkı itibariyle istihdam açısından da önemli niteliğe sahip sonuçlar ortaya koyabilmektedir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının büyümeyi ve verimliliği etkileyen harcamalar arasında yer aldığını ifade etmek mümkündür. Sağlık harcamalarının miktar ve kalite artışıyla birlikte, daha önce değinildiği üzere, yaşam süresi uzamakta ve bireylerin istihdamının ve verimliliklerinin uzun sürelerle yayılmasını sağlayabilmektedir<sup>133</sup>. Ayrıca, sağlık harcamaları aracılığıyla toplumun sağlık düzeyinin gelişmesi sağlanabilirse, ailelerin çocuklarının eğitim düzey ve kalitelerine yönelik algılamaları ve anlayışları artacaktır. Sağlık durumu yükselen çocukların eğitim alma zamanları artarak, eğitim düzeyleri de yükselmiş olacaktır. Bu durumun sonucunda ise, ekonomik kalkınma ve istihdam hacminde daha nitelikli insan gücünün elde edilmesine yol açacak daha sağlıklı bireylerin ortaya çıkabilmesini sağlayacak bir olgu gerçekleşebilecektir<sup>134</sup>.

Toplumunu oluşturan bireylerin hassas oldukları konulardan bir tanesi de adil gelir dağılımının sağlanmasıdır. Dolayısıyla bir ülkede belirli dönemler içinde üretilen gelirin bireyler, gruplar ya da üretim faktörleri arasında bölünmesinden elde edilen gelir

---

<sup>130</sup>Kwabena G. BREMPONG & Mark WILSON, "Health Human Capital and Economic Growth in Sub-Saharan African and OECD Countries", **The Quarterly Review of Economics and Finance**, Y.2004, C.44, S.2, s.304 ve 315.

<sup>131</sup>Mehmet TOKAT, "Dünya ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı", **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can AKTAN ve Ulvi SARAN), Aura Kitapları, 1. Basım, İstanbul, 2007, s.381.

<sup>132</sup>SAVAŞAN & ÇETİNTAŞ, a.g.m., s.195.

<sup>133</sup>Fehim BAKIRCI & Yusuf TEMÜR, "Sağlık Harcamalarında Performans Değerlemesi: Devlet Hastaneleri Üzerine Veri Zarflama Analizi", **Devletin Değişen Rolü Bağlamında Türkiye'de Kamu Harcamalarının Sektörel Analizi**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Maliye Bölümü 24. Türkiye Maliye Sempozyumu, 2009, Antalya, s.274.

<sup>134</sup>David E. BLOOM & David CANNING, "The Health and Poverty of Nations: From Theory to Practise", **Journal of Human Development**, Y.2003, C.4, S.1, s.53.

dağılımının adaletsiz olması durumunda, bireyler adaletsizliğin ortadan kaldırılması ile toplumsal düzenin devamının sağlanması için devlete yeni görev ve sorumluluklar yüklemişlerdir<sup>135</sup>. Bir toplumda tüm bireylerin sağlık hizmetlerinden ihtiyaç duyduğu kadar ve eşit olarak yararlanabilmesi sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu koşulun gerçekleşmesi ise, gelir dağılımında adaletin gerçekleştirilmesiyle olabilecektir<sup>136</sup>. Buradan hareketle, gelir dağılımında adaletsiz bir durumun varlığı, aynı zamanda sağlık hizmetine yönelik talebi olan ve fakat bu hizmeti alacak kadar geliri yüksek olmayan bireylerin yetersiz bir sağlık hizmeti almaları sonucunu doğurabilecektir<sup>137</sup>.

Bireylerin sağlık durumları ile gelir dağılımından aldıkları pay arasında doğru yönlü bir ilişki söz konusudur. Bir başka deyişle, gelir dağılımında adaletsizliğin giderilmesi, nüfusun sağlık durumunun da iyileştirilmesine yardımcı olabilecektir<sup>138</sup>. Gelir dağılımı ile sağlık arasındaki etkileşim açıkça göstermektedir ki, devletin maliye politikası uygulamasında kullandığı araçlarıyla gelir dağılımında adaleti sağlaması gerekli bir durumdur. Harcama politikaları içerisinde yer alan sağlık harcamaları da söz konusu maliye politikası uygulamaları kapsamında değerlendirilmektedir. Gelir dağılımında yaşanan adaletsizlik arttıkça, toplumsal huzursuzluk ve tepki aynı düzeyde çoğalabilecektir. Gelir dağılımındaki adaletsizliği sağlık harcamaları vasıtasıyla gidermenin önemi ise gelir dağılımındaki adaletsizlik ya da çarpıklık giderildikçe bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeylerinin olumlu yönde etkilenecek olmasıdır.

Sonuç itibarıyla, sağlık harcamaları, ekonomik büyüme ve kalkınma, istihdam ve gelir dağılımı unsurları açısından ülke ve bireyler için önemlilik arz etmektedir. Sağlık harcamaları yoluyla, toplumun sağlık düzeyi etkilenmekte ve yükselmektedir. Sağlık düzeyinin artması ise, bireylerin ve toplumun refah düzeylerinin artışına yol açtığını, yukarıda özetlenen ilişkiler bağlamında ileri sürmek mümkündür.

---

<sup>135</sup>MUSGRAVE, a.g.e., s.24 ; MUTER v.d., a.g.e., s.30.

<sup>136</sup>TÜRKAL & CİHANGİR, a.g.m., s.136.

<sup>137</sup>GETZEN, a.g.e., s.338.

<sup>138</sup>Paul CONTOYANNIS & Martin FORSTER, "The Distribution of Health and Income: A Theoretical Framework", **Journal of Health Economics**, Y.1999, C.18, S.5, s.606.

## İKİNCİ BÖLÜM

### DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN VE GÖSTERGELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının etkinliğini ve ele alınmış olan ülkeler açısından karşılaştırmalı bir analizi ortaya koyabilmek için hem Türkiye’de hem de ele alınan diğer ülke örneklerinde tercih edilen sağlık sistemlerine değinilmesi gerekli bir unsur olmaktadır.

Bu bölümde, öncelikle kavramsal çerçeve içerisinde, sağlık sistemi kavramına değinilmiştir. Daha sonra ise, sağlık sisteminin amaçlarına, fonksiyonlarına ve özelliklerine yer verilmiştir. Türkiye ve seçilen ülke örneklerini belli bir sınıflandırma kapsamında değerlendirebilmek için de sağlık sistemi sınıflandırmasında kullanılan yöntemlere değinilerek, kavramsal çerçeve tamamlanmıştır. Tercih edilen sağlık sistemi sınıflandırması doğrultusunda, ülke örnekleri gruplandırılmış ve bu ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerine temel unsurları bakımından değinilmiştir.

Bölümün üçüncü ve son kısmında ise, ortaya konulan sağlık sistem örnekleri doğrultusunda, gerek sağlık hizmeti gerekse de sistemi etkinliklerinin rakamsal olarak karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Böylece, çalışmanın son bölümünde bulunan kamu harcama etkinliği analizinden önce, uygulanan sağlık sistemlerinin etkinliği karşılaştırmalı bir biçimde ortaya konulmuştur.

#### I. KAVRAMSAL ÇERÇEVE: SAĞLIK SİSTEMİ

İnsan hayatının devamının sağlanmasında, yaşam kalitesinin oluşturulup yükseltilmesinde ve korunmasında sağlık ne kadar önemli bir olgu ise, bu olguyu ve bileşenlerini tam ve doğru bir biçimde yerine getirecek unsur olan sağlık sistemleri ve bileşenleri de o derece önemlilik arz etmektedir. Dolayısıyla, sağlık sistemi kavramının ifade ettiği anlam ile sağlık sistemi bileşenlerinin kavramsal çerçevesinin ortaya konulması gereği bulunmaktadır.

Kavramsal çerçeve içerisinde, sağlık sistemi ve bileşenlerine yer verilirken, sağlık sistemleri sınıflandırmasına yönelik çalışmalara da değinilmiştir. Sınıflandırmaya yönelik oluşturulan literatür doğrultusunda da çalışmada kullanılmış olan sınıflandırma tercihi ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

## A. Sağlık Sistemi ve Bileşenleri

### 1. Sağlık Sistemi Kavramı

#### a) Sağlık Sisteminin Tanımı

Sağlık sistemi kavramını tanımlayabilmenin ya da ifade edebilmenin en önemli sonucu, ülkede uygulanan sağlık sistemlerinin sınıflandırılabilmesini ve dolayısıyla karşılaştırılabilir hale getirilebilmesini sağlamasıdır.

Kelime anlamıyla sistem; ortak amaca yönelmiş birbirleriyle etkileşim içerisindeki parçalar(ya da alt sistemler) bütünü olarak ifade edilebilmektedir<sup>139</sup>. Birçok unsur tarafından etkilenen sağlık sistemi kavramı literatürde farklı açılardan tanımlanmıştır.

Sağlık sistemi ile hastalık halinin ilişkilendirildiği bir tanımlama yapılmıştır. Şöyle ki, Field(1993)'e göre, sağlık sistemi; ekonomik, kurumsal ve insan kaynakları ile hastalık halinin sonlandırılmasına yoğunlaşmış bir sistem biçiminde tanımlanmıştır<sup>140</sup>. Farklı bir diğer tanımlama ise, Roemer(1991) tarafından gerçekleştirilmiştir. Roemer'in yapmış olduğu tanımlamaya göre, toplumun tümünün sağlık hizmetinden faydalanabilmesini sağlayacak finansmanın, kaynakların, organizasyonun ve yönetimin birleşimi sağlık sistemini ifade etmektedir<sup>141</sup>. Lassey, Lassey ve Jink(1997) tarafından yapılan çalışmada, sağlık sistemi, hastalara yönelik sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu olan kurumlarının, insani hizmetlerin desteklenmesinin, finansman mekanizmalarının, bilgi sistemleri ve organizasyonel yapılarının birleşiminden oluşan bütün olarak tanımlanmıştır<sup>142</sup>. Santerne ve Neun(2010)'na göre sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin üretimi, tüketimi ve dağıtımına yönelik bir toplumun yapmış olduğu tercihler aracılığıyla örgütsel antlaşma ve süreçleri içeren bir bütündür<sup>143</sup>.

WHO tarafından 2000 yılında yayımlanmış olan "Sağlık Sistemleri: Performansı Artırmak" isimli Dünya Sağlık Raporu'na göre sağlık sistemi; öncelikli amacı sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her tür faaliyetleri içerisinde barındıran

---

<sup>139</sup>WORLD BANK, **Healthy Development: The World Bank Strategy For Health, Nutrition and Population Results**, World Bank Publishing, Washington, 2007, s.173 ; KAVUNCUBAŞI, a.g.e., s.25.

<sup>140</sup>Akt. Bart VERBELEN, **The Impact of Public Expenditures on Health Care on Total Health Expenditures: An Exploratory Analysis of Selected OECD Countries**, University of Southern California, Basılmamış Doktora Tezi, California, 2007, s.5.

<sup>141</sup>Milton I. ROEMER, **National Health Systems of The World Volume I: The Countries**, Oxford University Press, New York, 1991, s.31.

<sup>142</sup>Maria L. LASSEY, William R. LASSEY & Martin JINK, **Health Care Systems Around The World: Characteristics, Issues, Reforms**, Pearson, Washington, 1997, s.3.

<sup>143</sup>Rexford E. SANTERNE & Stephen P. NEUN, **Health Economics: Theory, Insights and Industry Studies**, 5th Edition, South-Western Cengage Learning, Ohio, 2010, s.92.

sistem ifadesiyle, en fazla kapsayıcı niteliğe sahip sağlık sistemi tanımı yapılmıştır<sup>144</sup>. WHO'nun yapmış olduğu genel tanımlama içerisinde sağlık halini geliştirmeye yönelik hizmet eden tüm unsurlar(hizmetten yararlananlar, hizmet sağlayıcılar, düzenleyici ve denetleyici kurum ve kuruluşlar) arasındaki ilişkiler bulunmaktadır<sup>145</sup>.

### **b) Sağlık Sisteminin Özellikleri**

Kavramsal olarak çeşitli açılardan tanımlanan sağlık sisteminin, uygulamada iyi bir sistem olmasını sağlayacak özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikleri aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>146</sup>:

- Bireylerin demografik, ekonomik ve diğer özelliklerini dikkate alarak, tüm toplumu kapsamalıdır,
- Sunulan sağlık hizmetleri geniş kapsamlı olmalıdır ve tüm teknolojik desteği içermelidir,
- Sağlık hizmetlerinin dağıtımında odak noktası önleyici hizmetler olmalıdır,
- Sağlık personeli yeterli sayıda olmalıdır,
- Tıp bilimiyle ilişkili eğitim veren birimler ve diğer kurumlar sağlık hizmeti ağıyla eşgüdüm içinde çalışmalıdır,
- Sağlık personelinin aldığı ücretler, yaptıkları işe göre değişmelidir,
- Sağlık sistemi, yeterli düzeyde finansal desteğe sahip olmalıdır.

Yukarıda sıralanan özelliklere sahip bir sağlık sisteminden beklenen nihai sonuçların; sistem içerisinde insan hayatının korunmasını ve geliştirilmesini, iyi yaşam koşullarının elde edilmesini ve sağlık halinin yükseltilmesini sağlayabilme biçiminde gerçekleşebilme olasılığı yüksek olabilecektir. Bu sonuçların yanında, bir önceki bölümde değinildiği üzere, gerek birey gerekse de ülke açısından sağlık durumunun yükselmesinin dışında ekonomik katkılar da ortaya çıkabilecektir.

## **2. Sağlık Sisteminin Bileşenleri**

### **a) Sağlık Sisteminin Amaçları**

Ülkelerin uygulamakta oldukları sağlık sistemlerinin yapılarının değerlendirilmesi, önemli bir konudur. Ayrıca, bir ülkeye ait olan sağlık sisteminin

---

<sup>144</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Report 2000: Health Systems:Improving Performance**, World Health Organization Publishing, Geneva, 2000, s.5.

<sup>145</sup>McPAKE & NORMAND, a.g.e., s.201.

<sup>146</sup>ROEMER, a.g.m., 1982, s.428-429.

yapısı, ortaya konulan amaçlarından ve değerlerinden büyük oranda etkilenmektedir<sup>147</sup>. Dolayısıyla, sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasına geçilmeden önce, başta WHO'nun yaptığı ve diğer çalışmalarda ortaya konulmuş sağlık sistemi amaçlarına değinilmelidir.

Sağlık sisteminin amaçları, Kutu-3'de yer verildiği üzere temel(esas) ve yardımcı(ikincil) amaçlar biçiminde ikili bir ayrıma tabi tutularak ortaya konulmuştur.

### Kutu-3: Sağlık Sisteminin Amaçları

TEMEL AMAÇLAR	YARDIMCI AMAÇLAR
<p><b>a) Sağlık Geliştirilmesi:</b> Herhangi bir ülkenin uyguladığı sağlık sisteminden beklenen ilk ve en önemli amaç, ülke nüfusunu oluşturan bireylerin mevcut sağlık düzeylerinin korunması ve geliştirilmesi olmaktadır. Böylece, gerek bireylerin gerekse de ülkenin sağlık durumuna bağlı olarak birçok değişim(ekonomik ve sosyal anlamda) etkilenebilecektir.</p> <p><b>b) Cevap Verebilirlik:</b> Bireylerin, sağlık dışındaki meşru beklentilerinin karşılanabilmesinin sağlanmasıdır. Bu beklentilerin karşılanmasını sağlayacak unsurlar; bireye saygı (gizlilik v.b.ne saygı) ve müşteri odaklılık(tüketici memnuniyeti) olarak tespit edilmiştir.</p> <p><b>c) Adil Finansman:</b> Sağlık sisteminin finansman ihtiyacının karşılanması sonucunda; bireylerin fakirleşmemesini, gelir düzeyi yüksek olanların düşük olanlardan daha fazla finansal destek sağlamasını ya da bireylerin gelirine göre finansal katkıda bulunmalarını öngörmektedir.</p>	<p><b>a) Sağlık Hizmetlerine Ulaşılma:</b> Sağlık sisteminden beklenen, sağlık hizmetine ulaşmada(ya da erişimde) bireylerin zorluklarla karşılaşmamasıdır.</p> <p><b>b) Toplum Katılımı:</b> Özellikle, koruyucu niteliğe sahip hizmetlerde toplumsal katılımı gerçekleştirmeye yönelik uygulamalara başvurulmasıdır.</p> <p><b>c) Sürdürülebilirlik:</b> Sağlık sisteminin içerisinde sunulan hizmetlerin sürekliliğinin sağlanmasıdır.</p> <p><b>d) Yenilik:</b> Toplumsal ve teknolojik gelişim ve değişim yaşandıkça, sağlık sisteminin de bu değişime yanıt verebilecek düzeyde olmasıdır.</p>

**KAYNAK:** Christopher J.L. MURRAY & Julio FRENK, "A Framework for Assessing The Performance of Health Systems", *Bulletin of The World Health Organization*, Y.2000, C.78, S.6, s.719-722 ; Fred C.J. STEVENS & Jouke Van Der ZEE, "Health System Organization Models(Including Targets and Goals For Health Systems)", *Health System Policy, Finance and Organization*(Edt. Guy Carin, Kent Buse, Harold K. Heggenhougen & Stella R. Quah), Academic Press, 2008, New York, s.275 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2000, s.23-25.

Sağlık sisteminin temel amaçları; bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin performansının ölçümünde değerlendirilmesi gereken amaçlar olarak tespit edilirken, yardımcı amaçları da bu değerlendirmenin anlamlı hale gelmesini sağlayıcı amaçlar olarak tanımlanabilmektedir<sup>148</sup>.

### b) Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Bir ülkenin uyguladığı sağlık sisteminden beklenen temel fayda, daha önceki kısımda özetlenen sağlık sisteminin amaçlarını tam ve etkin bir biçimde yerine

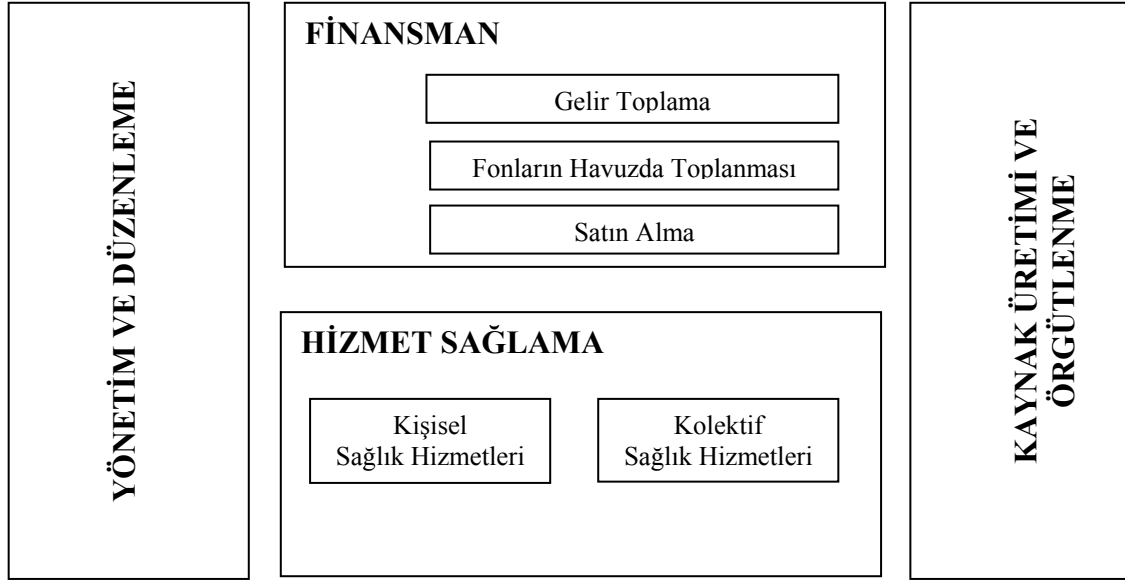
<sup>147</sup>BELEK, a.g.e., s.130.

<sup>148</sup>Hasan H. YILDIRIM & Türkan YILDIRIM, *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, 1. Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Yayın No.10, Ankara, 2011, s.371.



getirebilmesidir. Böylece, sağlık sisteminin amaçları ile etkileşim içerisinde olan ve sağlık sisteminin performans düzeyini belirleyecek olan sağlık sisteminin fonksiyonlarına değinilmesi gerekmektedir.

**Şekil-4: Sağlık Sisteminin Fonksiyonları**



**KAYNAK:** MURRAY & FRENK, a.g.m., s.724.

Sağlık sisteminin fonksiyonları, WHO tarafından yapılan sınıflandırma kapsamında; Şekil-4’de görüldüğü üzere, yönetim ve düzenleme, finansman, sağlık hizmetlerinin sunumu ile kaynakların sağlanması ve örgütlenme biçiminde sıralanmaktadır<sup>149</sup>.

#### **ba) Yönetim ve Düzenleme**

Uygulamalar incelendiğinde, genel olarak Sağlık Bakanlığı v.b. örgütlenmeler aracılığıyla kamunun yürütücülüğünde olmakla birlikte özel sektöründe yol gösterici olduğu yönetim ve düzenleme fonksiyonu, ülkede kabul edilen ve uygulanan sağlık sisteminin kapsadığı nüfusun sağlıklı olma durumlarının yönetimi biçiminde ifade edilmektedir<sup>150</sup>.

Bir sağlık sisteminin oluşturulması, uygulanması ve gözetiminin yapılması unsurlarını içeren “Yönetim ve Düzenleme” fonksiyonu, aşağıdaki gibi sıralanan alt fonksiyonları da kapsamaktadır<sup>151</sup>:

<sup>149</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2000, s.24-25.

<sup>150</sup>YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.378.

<sup>151</sup>Claus WENDT, Lorraine FRISINA & Heinz ROTHGANG, “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”, **Social Policy & Administration**, Y.2009, C.43, S.1, s.79-80 ; MURRAY & FRENK, a.g.m., s.726.

- *Bütün Sistemin Tasarlanması*; diğer tüm fonksiyonların bir araya getirilmesini sağlamaya yönelik stratejik politikaların oluşturulması,
- *Performans Değerlendirmesi*; özellikle stratejik yönetimin ve gelir toplamanın, satın almanın, hizmet sağlamanın ve kaynak gelişiminin sağlanmasına yönelik değerlendirmelerin yapılması,
- *Önceliklerin Saptanması*; siyasi ve teknik açıdan önceliklerin oluşturulması,
- *Sektörler Arasında Etkileşim*; diğer sosyal sistemlerin de sağlık sistemini geliştirmede yardımcı olması,
- *Regülasyon*; mal ve hizmetlerin hijyenik olmasını sağlayıcı regülasyonların(kuralların ve düzenlemelerin) oluşturulması ve sağlık hizmetlerine yönelik düzenlemelerin gerçekleştirilmesi,
- *Tüketicinin Korunması*; tüketici ile hizmeti sunan arasında oluşan asimetrik bilgilenmenin önüne geçilmesidir.

Yönetim ve düzenleme fonksiyonunun, diğer fonksiyonların gözetimini de gerçekleştirdiğinden ve sağlık çıktılarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemesinden kaynaklanan üstünlük ya da farklılığı bulunmaktadır<sup>152</sup>.

#### **bb) Finansman**

Sağlık sisteminin işlerliğinin ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasında, finansman fonksiyonu önemli bir unsurdur. Şöyle ki, finansman fonksiyonu tam anlamıyla geçerli olduğunda, sağlık sistemlerinin ihtiyacı olan destek oluşmakta ve sistemden beklenen sonuçların elde edilmesi kolay hale gelebilmektedir<sup>153</sup>.

Şekil-4'te görüldüğü üzere, finansman fonksiyonunun gerçekleştirilmesinde etkili ve yardımcı olan bileşenleri bulunmaktadır. Bu bileşenleri aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>154</sup>:

- *Gelir Toplama*; birincil(hanehalkı ve firmalar) ve ikincil(devlet ve bağlı kuruluşları) kaynaklardan gelen parasal hareketliliklerdir. Cepten ödemeler, gelire ve riske dayalı gönüllü sigorta, zorunlu sigorta, genel ve özel amaçlı vergiler, Sivil Toplum Kuruluşları'ndan(STK) ve bağlı

<sup>152</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2000, s.24.

<sup>153</sup>YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.373.

<sup>154</sup>Milton I. ROEMER, "National Health System Thoughtout The World", **Annual Review of Public Health**, Y.1993, C.14, S.1, s.336 ; MURRAY & FRENK, a.g.m., s.724 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2000, s.25.

kurumlarından gelen parasal transferlerden oluşan bir gelir toplama mekanizmasıdır.

- *Fonların Havuzda Toplanması*; ortak amaçlara sahip katılımcılardan elde edilen fonların havuzda biriktirilmesidir.
- *Satın Alma*; devlet bütçesinde olduğu gibi, kurumsal ya da bireysel sağlayıcıların verdikleri hizmetler karşılığında kaynak tahsis edilerek bir havuzda toplanmasıdır.

### **bc) Sağlık Hizmeti Sunumu**

Sağlık iktisadına göre, bireylerin ve toplumun sağlık hallerinin, korunması ve önlenmesi (temel sağlık bakımı ya da birinci basamak sağlık hizmetleri) ile geliştirilmesine (ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri) yönelik faaliyetlerin tümü sağlık hizmet sunumu ya da arzı olarak değerlendirilmektedir<sup>155</sup>.

Sağlık hizmeti sunum fonksiyonu, sağlık hizmetlerinin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin ortaya konulmasını sağlayan girdilerin bir arada oluşma sürecidir. Bu girdiler ise; insan kaynakları, ilaç kullanımı ve tıbbi araç-gereç (fiziksel sermaye) ve tüketimi yapılabılır unsurlardan oluşmaktadır<sup>156</sup>. Sağlık hizmeti sunumu, ikili bir ayrıma tabi tutulabilmektedir. Bu ayrım sırasıyla aşağıdaki biçimde oluşturulmaktadır<sup>157</sup>;

- *Bireysel Sağlık Hizmeti Sunumu*; bireye yönelik olarak yapılan tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin bütünüdür.
- *Kolektif Sağlık Hizmeti Sunumu*; koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde yer alan ve kolektif olarak uygulanan hizmetlerin bütünüdür.

### **bc) Kaynak Üretimi ve Örgütlenme**

Sağlık sisteminin işlerliğinin ve oluşumunun temel etkenlerinden bir tanesi de kaynakların varlığıdır. Sağlık sisteminin girdileri olarak da değerlendirilen kaynaklar; insan gücü (sağlık personeli ve yardımcıları) ve bilgi, sağlık hizmetinin arz edileceği yapılar (sağlık ocağı, hastane, klinik, laboratuvar v.b.) ve tıbbi her tür malzeme olarak sıralanmaktadır<sup>158</sup>. Bu tür kaynakların üretimi tek başına bir anlam ifade etmemektedir. Dolayısıyla sağlık sisteminin yürütülebilmesi için üretilen kaynakların, belli bir sistem içerisinde sunulmasının sağlanması gerekmektedir. Söz konusu süreç ise, aynı zamanda

<sup>155</sup>Milton I. ROEMER, "National Health Systems As Market Interventions", *Journal of Public Health Policy*, Y.1989, C.10, S.1, s.72 ; MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.95.

<sup>156</sup>WORLD BANK, a.g.e., 2007, s.175 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.375.

<sup>157</sup>MURRAY & FRENK, a.g.m., s.725 ; ROEMER, a.g.m., 1989, s.72-73.

<sup>158</sup>A. Erdal SARGUTAN, *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006, s.26.

örgütlenme fonksiyonu olarak ifade edilmektedir<sup>159</sup>. İlgili kaynakların üretiminde ve sağlanmasında, uygulanan sağlık sistemine bağlı olarak farklı düzeylerde, ulusal sağlık kuruluşları(genel olarak Sağlık Bakanlığı), sağlık sigorta programları, kamuya ait diğer örgütlenmeler(üniversiteler v.b.), kâr amacı olmayan kurum/kuruluşlar ve özel kesim, örgütlenme fonksiyonunu yerine getirebilmektedirler<sup>160</sup>.

## **B. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması**

Birincil ya da öncelikli amacı(hedefi), sağlık halinin korunması ve geliştirilmesi olarak değerlendirilen sağlık sistemlerinin, ait oldukları ülkenin tarihini, ekonomik ve sosyal gelişimini, kültürel ve dinsel etkileşimini ve siyasi ideolojisini temsil etme güçleri de bulunmaktadır<sup>161</sup>. Bu doğrultuda, sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında ülkeler arasında farklılık ortaya çıkmaktadır. Söz konusu sınıflandırma gayretlerine yönelik yapılan ve ülkelerin sağlık sistemlerine göre sınıflandırılmasında kullanılacak olan ayrıma yönelik açıklamaların yapılması gerekmektedir.

### **1. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmalarına Yönelik Yapılan Çalışmalar**

Geçmişten günümüze kadar geçen süreçte ve özellikle de 1990'lı yıllardan itibaren, sağlık sistemlerinin sınıflandırılmalarına yönelik gerek yurtdışında gerekse de yurtiçinde pek çok çalışma gerçekleştirilmiştir.

Değinilmesi gereken nokta, söz konusu çalışmalar kapsamında ortaya atılan sınıflandırmalar aracılığıyla tüm ülkelerin tam olarak kapsama dâhil edilemediğidir. Bu durumun nedeni olarak gösterilen husus ise, daha önce de değinildiği gibi, her ülkenin farklı tarihinin, ekonomik ve sosyal gelişmişliğinin, kültürel ve dinsel etkileşiminin ve siyasi ideolojisinin var olmasıdır. Ancak, mevcut sınıflandırmalar içerisinde tümünü kapsayıcı niteliğe sahip unsurlarında olduğu unutulmamalıdır. Sözü edilen literatür çalışmalarını Tablo-1'deki biçimde özetlemek mümkündür.

**Tablo-1: Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına Yönelik Yapılan Çalışmalar**

<b>Çalışmayı Gerçekleştiren</b>	<b>Çalışmanın Adı</b>	<b>Sağlık Sistem Sınıflandırma Tipi</b>
Karl EVANG (1960)	"Health Services, Society and Medicare", Oxford University Press.	Sağlık Sistemleri; <ul style="list-style-type: none"><li>• Batı Avrupa Tipi,</li><li>• Amerika Tipi,</li><li>• Sovyet Rusya Tipi,</li><li>• Gelişmemiş Ülkeler Tipi</li></ul> olarak ayrıştırılmıştır.

<sup>159</sup>AKDUR, a.g.e., s.20.

<sup>160</sup>YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.376.

<sup>161</sup>ROEMER, a.g.m., 1993, s.335.

Milton TERRIS (1978)	“The Three World System of Medical Care: Trends and Prospects”, American Journal of Public Health, C.68, S.11, ss.1125-1131.	Sağlık Sistemleri; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosyal Yardım Tipi,</li> <li>• Sağlık Sigortası Tipi,</li> <li>• Ulusal Sağlık Hizmetleri Tipi,</li> </ul> olarak ayrıştırılmıştır.
Mark G. FIELD (1989)	“Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach”, Routledge.	Sağlık Sistemleri; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Az gelişmiş Ülkeler Tipi,</li> <li>• Korumacı Piyasa Tipi,</li> <li>• Sigorta/Sosyal Güvenlik Tipi,</li> <li>• Ulusal Sağlık Hizmetleri Tipi,</li> <li>• Sosyalist Tip</li> </ul> olarak ayrıştırılmıştır.
Bülent KILIÇ & Çiğdem BUMİN (1993)	“Sağlık Sistemleri”, Toplum ve Hekim, C.8, S.53, ss.41-47.	Sağlık Sistemleri; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Özel Sigorta Ağırlıklı Tip,</li> <li>• Sosyal Sigorta Ağırlıklı Tip,</li> <li>• Ulusal Sağlık Sistemi Tipi,</li> <li>• Sosyalist Sağlık Sistemi Tipi,</li> <li>• Karmaşık Yapıda Sağlık Sistemi Tipi,</li> <li>• İlkel Yapıda Sağlık Sistemi Tipi</li> </ul> olarak ayrıştırılmıştır.
World Bank (1993)	“World Development Report 1993: Investing in Health”, Oxford University Press.	Sağlık Sistemleri; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Düşük-gelir Grubu,</li> <li>• Orta-gelir Grubu <ol style="list-style-type: none"> <li>Özel Sigorta,</li> <li>Sosyal Sigorta</li> </ol> </li> <li>• Avrupa'nın Eski Sosyalist Ülkeleri Grubu,</li> <li>• Yerleşmiş Pazar Ekonomisi Ülkeleri,</li> <li>• ABD</li> </ul> olarak ayrıştırılmıştır.
Milton I. ROEMER (1993)	“National Health Systems Throughout The World”, Annual Review of Public Health, C.14, S.1, ss.335-353.	Sağlık Sistemleri; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serbest/Girişimci Piyasa Tipi,</li> <li>• Refah Yönelimli Tipi,</li> <li>• Kapsayıcı Tipi,</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosyalist Tipi olarak ayrıştırılmıştır.</li> </ul>
Ray ELLING (1994)	“Theory and Method for Cross-National Study of Health Systems”, International Journal of Health Services, C.24, S.2, ss.285-309.	Sağlık Sistemleri; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tümüyle Kapitalist Ülkeler,</li> <li>• Sosyal Yönelimli Ülkeler,</li> <li>• Sanayileşmiş Sosyalist Ülkeler,</li> <li>• Kapitalizme Bağımlı Ülkeler,</li> <li>• Dünya Sistemlerinden Yarı Bağımsız Sosyalist Ülkeler</li> </ul>

**KAYNAK:** Mark G. FIELD, “Introduction”, **Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach**(Edt. Mark G. Field), Routledge, New York, 1989, s.7 ; Bülent KILIÇ & Çiğdem BUMİN, “Sağlık Sistemleri”, **Toplum ve Hekim**, Y.1993, C.8, S.53, s.44 ; Akt. Bülent KILIÇ & Gazanfer AKSAKOĞLU, “Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, **Toplum ve Hekim**, Y.1994, C.9, S.95, s.5-9 ; Milton TERRIS, “The Three World System of Medical Care: Trends and Prospects”, **American Journal of Public Health**, Y.1978, C.68, S.11, s.1125-1127 ; WORLD BANK, **World Development Report 1993: Investing in Health**, Oxford University Press, New York, 1993, s.111 ; ROEMER, a.g.m., 1993, s.336 ; Akt. SARGUTAN, a.g.e., s.16-40.

Özet olarak ülkelerin sağlık sistemlerine göre sınıflandırılmasını gösteren Tablo-1’deki çalışmalara ek olarak günümüzde özellikle OECD ve WHO tarafından gerçekleştirilen sınıflandırmalar bulunmasına rağmen, ilgili çalışmalarda Tablo-1’de yer alan özellikle Roemer ve Dünya Bankası(WB) tarafından gerçekleştirilen sınıflandırmalara yakınsamalar yapılmaktadır.

Ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasına yönelik yapılan birçok çalışmada, kapsamı en geniş olan ve Roemer(1993) tarafından gerçekleştirilen sınıflandırmadan yararlanılmaktadır. Bu doğrultuda, bir sonraki kısımda yer verilen “ülkelere ait sağlık sistemleri” Roemer’in sınıflandırma yöntemine göre değerlendirilmiştir.

## 2. Milton I. Roemer’in Sınıflandırmasına Göre Ülke Sağlık Sistemleri

Ülkeler tarafından uygulanan sağlık sistemlerine yönelik olarak, sırasıyla 1956, 1960, 1984 ve 1991 yıllarında geliştirdiği sınıflandırma modellerinin daha fazla ülkeyi kapsayan(165 ülke) nihai ve genel kabul gören sınıflandırması, Roemer tarafından, 1993 yılındaki çalışmasında ortaya konmuştur. Roemer(1993)’e göre, ülke sağlık sistemleri devlet müdahalesinin(ya da devletin üstlendiği sorumluluğun) en az olduğu sistemden en merkeziyetçi sisteme göre<sup>162</sup>:

<sup>162</sup>ROEMER, a.g.m., 1993, s.336.

- *Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri,*
- *Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri,*
- *Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri,*
- *Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri*

biçiminde sınıflandırılmıştır.

Yapılan çalışma kapsamında, seçilen ülke örneklerindeki ve Türkiye’deki sağlık sistemlerine değinilmeden önce, Roemer’in oluşturduğu sınıflandırmada yer alan sağlık sistemlerinin genel özelliklerine değinilmesi gereğinden hareketle, dört tip sağlık sistemi teorik olarak ele alınmıştır.

#### **a) Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri**

Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi uygulanan ülkelerde, liberal bir bakış açısıyla, özel sektör üstünlüğünün yanında regülasyon politikalarıyla da rekabetçi bir ortam yaratılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu piyasa koşullarına bırakılmıştır. Girişimci Sağlık Sistemi olarak da ifade edilen sistemde, kişisel doğrudan ödeme ya da isteğe bağlı sigorta ağırlıklı olarak tasarlanmış finansman yöntemidir. Ayrıca, kamu tarafından yapılan harcamalar da vergiler aracılığıyla finanse edilmektedir<sup>163</sup>.

Sistemde, sigorta satın alma zorunluluğu bulunmamakla birlikte, sigorta şirketlerinin tüm başvuruları da kabul etme zorunluluğu bulunmamaktadır. Dolayısıyla, isteğe bağlı sigorta yoluyla sistemde oluşabilecek riskler en aza indirilmektedir. Sağlık hizmeti, özel girişimin sermaye hareketliliğine dayalı bir endüstri olarak değerlendirilmektedir<sup>164</sup>.

#### **b) Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri**

Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri’nin temelini oluşturan sosyal sigortacılık anlayışı aynı zamanda “Bismarck Modeli” olarak da ifade edilmektedir.

1883 yılında Otto von Bismarck tarafından ortaya atılan işçilere yönelik sosyal koruma sistemi, Almanya’da benimsenmiştir. Günümüzde de geçerliliğini koruyan sistem, belli paylara göre çalışanlar, işverenler ve devlet tarafından fonlanan kamu

<sup>163</sup>Nicolas ODIER, “The US Health-Care System: A Proposal for Reform”, *Journal of Medical Marketing*, Y.2010, C.10, S.4, s.283.

<sup>164</sup>Achim SCHMID, Mirella CACACE, Ralf GÖTZE & Heinz ROTHGANG, “Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and The Emergence of “Hybrid” Health Care Systems”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Y.2010, C.35, S.4, s.471-472.

sağlık sigortasına dayanmaktadır. Buradan hareketle, Bismarck Modeli'nin prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta temelli bir model olduğunu ifade etmek mümkündür<sup>165</sup>.

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğunun devlet tarafından yerine getirildiği ve kamu harcamalarının önemli bir kısmının zorunlu sigorta fonlarından(hastalık, kaza, yaşlılık, sakatlık sigortası v.b.) karşılandığı sistemde, hem kamu hem de özel sektör bulunmakla birlikte özel sektörün payı kamu sektörüne göre düşük ve rolü ise tamamlayıcı niteliğe sahiptir<sup>166</sup>.

Sosyal Sigorta Modeli, Sosyal Hastalık Fonu ya da Sosyal Güvenlik Sistemi olarak da ifade edilen sistemin kapsadığı alan tüm vatandaşlardan ziyade aktif işgücü nüfusu içerisindeki çalışanlardan oluşmaktadır. Emekliler ve bağımlılar, çalışan nüfus üzerinden kapsama dahil edilebilmektedirler<sup>167</sup>.

### **c) Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri**

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, İngiltere'de uygulanmaya başlanan ve "Beveridge Modeli" olarak ifade edilen sistem, finansmanının ve sunumunun devletin elinde olmasından ötürü de harcamaların büyük çoğunluğunun genel vergilerle karşılandığı, ulusal sağlık hizmetleri sistemidir<sup>168</sup>.

Kapsayıcı Tip Sağlık Sisteminin sahip olduğu ve diğer sistemlerden ayırıcı ilkeleri bulunmaktadır. Bu ilkeler:

- *Evrensellik*; tüm vatandaşların, ister istihdam edilsin isterse de edilmesin, sosyal risklerin tümüne karşı korunması,
- *Birlik*; tek bir çatı altında tüm sosyal risklere karşı yönetimin toplanması,
- *Benzerlik*; gelir düzeyleri ne olursa olsun tüm bireylerin ihtiyaçlarına göre bireysel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi

biçiminde sıralanmaktadır<sup>169</sup>.

Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi'nde, kapsam konusu sadece çalışanlardan ziyade tüm vatandaşlar olarak değerlendirilmektedir. Söz konusu sistemin eşitlik ilkesine dayandığının göstergesi olarak, genel vergilerle finanse edilmesi gösterilmektedir.

<sup>165</sup>ROEMER, a.g.m., 1993, s.344-345 ; STEVENS & VAN DER ZEE, a.g.m., s.279.

<sup>166</sup>BELEK, a.g.e., s.137 ; ODIER, a.g.m., s.281.

<sup>167</sup>MCPAKE & NORMAND, a.g.e., s.203 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.385.

<sup>168</sup>SCHMID v.d., a.g.m., s.465.

<sup>169</sup>ODIER, a.g.m., s.282.



Ayrıca, daha önce de değinildiği üzere, sağlık hizmetlerinin genellikle kamu tarafından yerine getirilmesi ve yönetilmesi de önemli bir özellik olarak değerlendirilmektedir<sup>170</sup>.

### ç) Sosyalist Tıp Sağlık Sistemleri

Sosyalist Tıp Sağlık Sistemi, 1920'lerin başında, devrim sonrası, Shemasko tarafından oluşturulan ve Sovyet Sosyalist Modeli(Shemasko Sağlık Modeli) olarak da ifade edilen en fazla merkeziyetçi niteliğe sahip sistemdir<sup>171</sup>.

Bu tür bir sağlık sisteminin, sosyalist özellik kazanmasına yardımcı olan unsurlar ise; tüm sağlık personelinin ve yapılarının devlet kontrolünde olması ve tüm hizmetlerin devlet tarafından finanse edilmesi olarak sıralanmaktadır<sup>172</sup>. Sistemde, farklı niteliklere sahip uzmanların çalıştığı halk poliklinikleri bulunmaktadır. Ayrıca, merkezi devlet bütçesi, mevcut ise yerel hükümetlerin bütçesi ile poliklinik ve hastaneler bütçesinden toplanan vergiler aracılığıyla finansman gerçekleştirilmektedir<sup>173</sup>.

## II. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK SİSTEMLERİ

Roemer tarafından gerçekleştirilen ve genel kabul gören uygulamaya göre, çalışma kapsamına alınan ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerinin sınıflandırılarak özet bir biçimde incelenmesi bu bölümde gerçekleştirilmiştir.

### A. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri

Devlet müdahalesinin en az olduğu sağlık sistemi sınıflandırma tipi olarak daha önce de değerlendirilen, Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi'ni uygulayan Amerika Birleşik Devletleri(ABD), Brezilya ve Endonezya ülkeleri örnek olarak çalışma kapsamına alınmıştır.

#### 1. Amerika Birleşik Devletleri

Uygulanan sağlık sistemi diğer ülkelerden çok farklı ve karmaşık olan ABD'de, özellikle karmaşık yapıdan dolayı koordinasyon, planlama ve yönetim eksikliği ortaya çıktığı ileri sürülmektedir<sup>174</sup>. ABD'de uygulanan sağlık sisteminin dayandığı temel prensipler; sağlık hizmetlerinin fiyatı piyasada belirlenen bir ticari emtia olması, organizasyon ve sağlık hizmetlerinin sağlanması arasındaki gücün tıbbi uzmanlığa

<sup>170</sup>Javier ELOLA, Antonio DAPONTE & Vicente NAVARRO, "Health Indicators and The Organization of Health Care Systems in Western Europe", *American Journal of Public Health*, Y.1995, C.85, S.10, s.1397.

<sup>171</sup>STEVENS & VAN DER ZEE, a.g.m., s.280.

<sup>172</sup>BELEK, a.g.e., s.138 ; ROEMER, a.g.m., 1993, s.347.

<sup>173</sup>Peter P. GROENEWEGEN, "Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu", *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*(Der. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan ve Çağrı Yoltar), İletişim Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2007, s.128.

<sup>174</sup>Michael E. BELCON, Nasar U. AHMED, Mustafa Z. YOUNIS & Moye BONGYU, "Analysis of National Healthcare Systems: Searching For A Model For Developing Countries- Trinidad and Tobago As A Test Case", *Public Administration & Management*, Y.2009, C.14, S.1, s.47.

dayanması, hizmetin standart bir biçimi olmaması ve hizmetin kalitesini belirleyen unsurun ödeme gücü olması ile devletin sağlık sisteminin yönetimindeki rolünün kısıtlı olması biçiminde sıralanmaktadır<sup>175</sup>.

Temel ilkeler çerçevesinde oluşturulan sağlık sistemi, sağlık sigortası satın alınmasına dayanmaktadır. Sağlık sistemi içerisindeki sağlık sigortaları, ağırlıklı olarak piyasadan satın alınan isteğe bağlı ya da belirli gruplara devlet tarafından sağlanan zorunlu sağlık sigortaları biçiminde ayrılmaktadır<sup>176</sup>.

Finansman açısından sağlık sistemi değerlendirildiğinde, 2010 yılı itibariyle, yaklaşık olarak toplam nüfusun %84'ü (%68'lik kısmı özel ve %26'lık kısmı devlet olmak üzere) sağlık sigortası kapsamında bulunmaktadır. Sağlık sistemi içerisinde gerek özel gerekse de kamu sağlık sigortası içerisinde yer almayan ve yaklaşık olarak nüfusun %16'sını oluşturan kesim bulunmaktadır. Kamuya ait klinik ve hastanelerden, eyalet ve yerel sağlık programlarından ya da finansmanını başkalarından sağlayan özel hizmet sunucularından hizmet alabilmelerine karşılık yine de bu gruptakilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasının basit olmadığı ileri sürülmektedir<sup>177</sup>. Kamu ve özel kesimin bir arada katkı sağladığı ve bu katkının da çalışanlardan elde edilen primlerle desteklendiği karma bir finansman sistemi bulunmaktadır<sup>178</sup>. Devlet sağlık sigortası, kapsam açısından ikili bir ayrıma tabi tutulmuştur<sup>179</sup>:

- *Tıbbi Yardım Sigortası(Medicaid)*; nüfusun yaklaşık olarak %13'ünü oluşturan ekonomik olarak elverişsiz koşullara sahip grupları(yaşlılar, görme ve bedensel engelliler ile gelir düzeyi belli bir sınırın altındaki küçük çocuklu aileler) kapsayan sağlık sigortası programı, federal ve eyalet hükümetleri tarafından desteklenmektedir. Yönetimleri eyaletlere bırakılmıştır. Federal hükümet eyaletteki kişi başına düşen gelire göre sigortaya %50-83 oranları arasında katkı sağlarken geriye kalan kısım eyaletlerce karşılanmaktadır.

<sup>175</sup>Donald A. BARR, Introduction to U.S. Health Policy: The Organization, Financing and Delivery of Health Care in America, Benjamin Cummings, New York, 2002, s.27.

<sup>176</sup>SANTERNE & NEUN, a.g.e., s.104.

<sup>177</sup>BELCON v.d., a.g.m., s.48 ; SANTERNE & NEUN, a.g.e., s.105.

<sup>178</sup>MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.309.

<sup>179</sup>Carroll L. ESTES & Karen W. LINKINS, "Critical Perspectives on Health and Aging", **Handbook of Social Studies In Health and Medicine**(Edt. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick & Susan C. Scrimsham), SAGE Publications, London, 2000, s.160-161 ; BARR, a.g.e., s.89-116 ; MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.312-313 ; SANTERNE & NEUN, a.g.e., s.104-105.

- *Tıbbi Bakım ve Yaşlılık Sigortası(Medicare)*; tek tip olarak getirilen sigorta, nüfusun yaklaşık olarak %14'ünü oluşturan kesimini kapsamaktadır. Federal hükümet tarafından yönetilen, yaşlılara ve malullere yönelik olarak oluşturulan ulusal kamu sağlık sigortasıdır. İki kısımdan(A ve B) oluşan sigortanın; A kısmında, zorunluluk esastır ve yataklı tedavi, sınırlı düzeyde hemşirelik ev hizmetleri karşılanmaktadır. B kısmında ise, sağlık personeli, ayakta tedavi hizmetleri, laboratuvar ve röntgen hizmetleri karşılanmaktadır.

ABD sağlık sisteminde ağırlıklı paya sahip olan özel sağlık sigorta şirketleri de kendi içinde ikili bir ayrıma tabi tutulmaktadırlar. Buna göre özel sigorta şirketleri<sup>180</sup>:

- *Kâr Amacı Güden Sigorta Şirketleri*; işverene bağlı olarak istihdam edilenlerin, prim ödemek şartıyla finansmanına katıldıkları şirketlerdir. Grup ve bireysel sigorta biçiminde gerçekleştirilen uygulamalar bulunmaktadır.
- *Kâr Amacı Gütmeyen Sigorta Şirketleri*; ikili bir ayırım yapılmaktadır. İlki, Maviler grubu olarak nitelendirilen ve birbirine rakip olmayan; Mavi Haç(Blue Cross) ve Mavi Kalkan(Blue Shield) şirketleridir. Mavi Haç, hastane masraflarını Mavi Kalkan ise doktor giderlerini karşılamaktadır. İkincisi, Sağlığa Destek, Tercihli Hizmet ve Bağımsız Pratisyenler Organizasyonlarından oluşturulmuş sağlık organizasyonlarıdır.

Uygulanmakta olan sağlık sisteminde, tüm ülkeyi kapsayıcı bir özellik olmamasından ötürü, hem finansman hem de hizmet üretimi ve sunumu açısından bir birlik bulunmamaktadır. Dolayısıyla, sistem içerisinde bireylerin aldıkları hizmetlerin standardı ve karşılığı olan fiyatı, gerek yerleşim yerleri(eyaletler, kır-kent ayrımı) gerekse de bireylerin yaş, cinsiyet v.b. özelliklerine göre değişmektedir<sup>181</sup>.

---

<sup>180</sup>MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.310-311.

<sup>181</sup>BELEK, a.g.e., s.158.

## 2. Brezilya

Federatif bir cumhuriyet sistemine sahip olan Brezilya’da uygulanmakta olan sağlık sisteminin temeli, 1988 yılına dayanmaktadır. Sağlık reformu kapsamında, 1986 yılında gerçekleştirilen 8. Ulusal Sağlık Konferansı’nda oluşturulan sonuç raporuna göre; sağlık hizmetlerinin tek bir çatı altında Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülmesi kararlaştırılmıştır<sup>182</sup>. Alınan karar doğrultusunda, federal yönetim 1988 yılında “Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi(Sistema Unificado de Saude-SUS)ni oluşturmuştur<sup>183</sup>.

Brezilya sağlık sistemi, dinamik ve karma özellikleri bünyesinde barındırmaktadır. Sağlık sisteminin temel ilkeleri, vatandaşlık hakkı ve eyalet sorumluluğu olarak belirlenmiştir. Bu ilkeler doğrultusunda, SUS’un amacı; sağlık hizmetlerinin sunumunun yerelleştirilmesi aracılığıyla kapsamlı önleyici ve tedavi edici hizmetleri sağlamak ve tüm yönetim düzeylerinde toplumsal katılımı artırmaktır<sup>184</sup>.

Sağlık sistemi iki alt sisteme ayrılmaktadır. Bunlar<sup>185</sup>:

- *Kamu Sağlık Hizmetleri Alt Sistemi(SUS)*; askeri sağlık hizmetleri dahil olmak üzere federal, eyalet ve yerel idareler düzeyinde finanse edilen ve sağlanan hizmetlerdir. SUS kapsamında, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, Federal Hükümet Sağlık Bakanlığı, Eyalet ve Yerel İdare (Belediye) Sağlık Sekreterliği’nin temsilcilerinden oluşan komisyon tarafından yürütülmektedir.
- *Özel Sağlık Hizmetleri Alt Sistemi*; sağlık planları ile sigortalardan oluşan ve gönüllülük esasının geçerli olduğu, işveren ve işçilerden yapılan kesintilerle ya da ailelerin katkılarıyla finanse edilen bir sistemdir. Ayrıca, bireylerin sağlık hizmeti aldıkları anda ödeme yapmalarını sağlayan doğrudan katılım biçiminde de işletilebilen bir sistemdir.

Sağlık sistemi içerisinde yer alan gerek kamu gerekse de özel sağlık hizmetleri alt sistemleri birbirinden ayrılmış görünmesine karşın, birbirleriyle etkileşim içerisinde

<sup>182</sup>Lenaura LOBATO & Luciene BURLANDY, “The Context and Process of Health Care Reform in Brazil”, **Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico**(Edt. Sonia Fleury, Susana Belmortino & Enis Bariş), International Development Research Centre Publishing, Ottawa, 2000, s.89.

<sup>183</sup>Joao P. D. ALBUQUERQUE, Edmir P.V. PRADO & Gabriel R. MACHADO, “Ambivalent Implications of Health Care Information Systems: A Study in The Brazilian Public Health Care System”, **Revista de Administração de Empresas**, Y.2011, C.51, S.1, s.60.

<sup>184</sup>Jairnilson PAIM, Claudia TRAVASSOS, Celia ALMEIDA, Ligia BAHIA & James MACINKO, “The Brazilian Health System: History, Advances and Challenges”, **The Lancet**, Y.2011, C.377, S.9779, s.1778.

<sup>185</sup>PAIM v.d., a.g.m., s.1786-1787 ; SARGUTAN, a.g.e., s.122-123.

bulunmaktadırlar. Bireyler, sisteme giriş kolaylığı ve ödeme güçlerine göre her iki alt sistemden de yararlanmaktadırlar<sup>186</sup>. Sağlık sistemi içerisinde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri(özellikle birinci basamak tedavi edici hizmetler) kamu tarafından yerine getirilmekteyken geriye kalan ve ağırlıklı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, özel sektör aracılığıyla gerçekleştirilmektedir<sup>187</sup>.

Finansman açısından sağlık sistemi değerlendirildiğinde; kamu sağlık hizmetleri alt sistemi, vergiler ve katkı paylarıyla finanse edilirken, özel sağlık hizmetleri alt sistemi ise, şirketler ve aileler aracılığıyla finanse edilmektedir. Nüfusun %75'inin kamu sistemine ulaşımı sağlanmasının yanında özel sigorta şirketlerinin kullanımı daha sade olduğu için tercih edilmektedir<sup>188</sup>.

### 3. Endonezya

Endonezya sağlık sisteminin mevcut genel özelliklerinin oluşturulmasında etki eden unsur, 2001 yılında tüm alanlarda(mali, politik, yönetsel v.b.) gerçekleştirilen adem-i merkezileşme olmuştur<sup>189</sup>.

Endonezya'da Sağlık Bakanlığı, ulusal sağlık politikalarının geliştirilmesine yönelik her türlü sorumluluğu üstlenmektedir. Başlangıçta, tüm ulusu kapsamını öngören birinci basamak sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulmasına yönelik düzenlemeler yer almaktaydı. 1970'lerden itibaren, taşra düzeyinde "Puskesmas" adı verilen sağlık merkezlerinde ilgili hizmetler sunulmaktayken, bölge ve şehir düzeyinde bulunan hastaneler ise, tedavi edici hizmet veren en önemli yapıları<sup>190</sup>. Diğer sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi süreci esnasında fon yetersizliğinden dolayı kamu ve özel sektör destekli sağlık sigorta sistemi uygulaması tercih edilmekteydi<sup>191</sup>.

Yerleşmeye yönelik düzenlemeler ile birlikte, Endonezya'da sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlerin sağlanmasında etkili olan unsurların(araç-gereç, personel ve binalar), bölgesel düzeyde yerel idarelere tümüyle devri

<sup>186</sup>PAIM, a.g.m, s.1785.

<sup>187</sup>Lenaura LOBATO, "Reorganizing The Health Care System in Brazil", **Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico**(Edt. Sonia Fleury, Susana Belmontino & Enis Barış), International Development Research Centre Publishing, Ottawa, 2000, s.112.

<sup>188</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Health Systems and Services Profile Brazil**, Health Systems and Services Area of Pan American Health Organization/World Health Organization Publishing, 2008, <[http://http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health\\_System\\_Profile-Brazil\\_2008.pdf](http://http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Brazil_2008.pdf)>, (17.10.2011), s.21 ve 33.

<sup>189</sup>Peter HEYWOOD & Yoonjoung CHOI, "Health System Performance at The District Level in Indonesia After Decentralization", **BMC International Health & Human Rights**, Y.2010, C.10, S.3, s.2.

<sup>190</sup>Claudia ROKX, George SCHIEBER, Pandu HORIMURTI, Ajay TANDON & Aparnaa SOMANATHAN, **Health Financing in Indonesia: A Reform Road Map**, The World Bank Publishing, Washington, 2009, s.15.

<sup>191</sup>OECD, **OECD Economic Surveys: Indonesia 2010**, OECD Publishing, 2010, <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264000000-en>>, (23.08.2011), s.140.

gerçekleştirilmiştir<sup>192</sup>. Yerel idarelerin, koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmek amacıyla, fiyat ve kullanıcı ücreti belirleme yetkileri bulunmaktadır. Ayrıca, merkezi idareden de finansal destek sağlamaktadırlar. Merkezi idare, tıbbi personel istihdamını sağlama ve bu personele ücret ödeme koşullarını belirlerken aynı zamanda yoksullara yönelik sağlık sigortası da düzenlemektedir<sup>193</sup>.

Endonezya sağlık sistemi içerisinde yer alan sağlık sigortası uygulamaları değerlendirildiğinde, kamu ve özel finansman destekli programlar biçiminde ikiye ayırtırmak mümkündür<sup>194</sup>:

- *Kamu Finansman Destekli Programlar*; 1998 yılında yaşanan krizin ardından yoksullaşan bireyleri, sağlık risklerinden korumayı amaçlayan Askeskin, JPS Sağlık Kartı ve JPK Gakin(Sağlık Sigortası Programı) programlarına dayalı olarak 2008 yılında, Jamkesmas adı ile oluşturulan Sağlık Sigortası Programı, yoksul kimselerin karşılaşacağı yıkıcı sağlık risklerine yönelik oluşturulmuştur. Program, kamu sağlık kliniklerindeki tüm ayakta tedavi ve üçüncü sınıf hastanede hasta bakımı hizmetlerini kapsamaktadır.
- *Özel Finansman Destekli Programlar*; toplu sağlık ve özel finanse edilen sağlık sigortalarına ek olarak, siviller(Askes), polis ve silahlı kuvvetler(Asabri) ve özel sektör çalışanlarına(Jamsostek) yönelik gönüllülük esasına dayalı sağlık sigorta sistemleri bulunmaktadır. Toplam nüfusun yaklaşık olarak, %50'sine yakını bu tür programlara dahil olmaktadır.

1980'li yılların sonundan itibaren, Endonezya'da gelişen özel sektör girişimleri günümüze kadar sürekli artış içerisinde olmuş ve sistem içerisinde ağırlıklı etki ve role sahip bir konuma gelmişlerdir<sup>195</sup>.

---

<sup>192</sup>ROKX v.d., a.g.e., s.14.

<sup>193</sup>OECD, a.g.r., 2010, s.140.

<sup>194</sup>Peter LANJOUW, Menno PRADHAN, Fadia SAADAH, Hanen SAYED & Robert SPARROW, "Poverty, Education and Health in Indonesia: Who Benefits from Public Spending", **Education and Health Expenditure and Development: The Cases of Indonesia and Peru**(Edt. Christian Morrison), OECD Publishing, Paris, 2002, s.40 ; OECD, a.g.r., 2010, s.142-143.

<sup>195</sup>BELEK, a.g.e., s.126 ; HEYWOOD & CHOI, a.g.m., s.9.

## B. Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri

Bismarck Modeli olarak da ifade edilen Refah Yönelim Tipi Sağlık Sistemleri uygulayan; Almanya, Arjantin, Fransa, Güney Kore, Meksika, Portekiz ve Yunanistan bu bölümde ele alınmıştır.

### 1. Almanya

Alman yönetim sistemi, federal tarzda bir yönetim biçimidir. Dolayısıyla karar alma süreçleri, federal hükümet, eyaletler(Lander) ve yasal STK'lar arasında paylaşılmaktadır<sup>196</sup>.

Alman sağlık sisteminin temeli, 1883 yılında oluşturulan ve Bismarck Modeli olarak tanımlanan, zorunlu sağlık sigortası uygulamasının hakim olduğu bir sistem olarak değerlendirilmektedir<sup>197</sup>. Federal yönetim sistemine paralel olarak, sağlık sistemindeki temel aktörler de korporatist tarzda yapılanmış kuruluşlardan oluşmaktadır. Federal, eyalet ve korporatist düzey olarak üçlü bir yapılanma sistemde bulunmaktadır<sup>198</sup>.

Federal düzeyde, Sağlık Bakanlığı'nın ve Parlamento'nun sorumluluğu, zorunlu sağlık sigortası ve uzun süreli bakım hizmetlerine yönelik yasal ve kurumsal denetim ve gözetim olarak belirlenmiştir<sup>199</sup>. Eyalet düzeyinde, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ile halk sağlığı hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Ayrıca hastalık fonlarının denetimi, eyalet hastanelerinin yönetimi ve sermaye yatırımlarının planlanması ile ilgili sorumlulukları bulunmaktadır<sup>200</sup>. Korporatist düzeyde, hizmet sağlayıcıların temsilcilerinin(doktor ve diş doktorlarının) yasal birliklerinin temsilcileri, bölgesel ya da federal düzeyde hastalık fonlarını satın alanların birlik temsilcileri, diğer zorunlu sigorta fonlarının(kaza, emeklilik ve uzun süreli bakım hizmetlerini içeren) temsilcileri ile zorunlu sağlık sigortası dışında kalan ve yasal olarak kurulan meslek odaları temsilcilerinden oluşmuş yapının sorumluluğu, finansman, düzenleme ve yönetim açısından olmaktadır<sup>201</sup>.

<sup>196</sup>Reinhard BUSSE & Annette RIESBERG, **Health Care Systems in Transition: Germany**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2000, s.29.

<sup>197</sup>Markus WÖRZ & Reinhard BUSSE, "Germany", **Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison**(Edt. John Rapoport, Philip Jacobs & Egon Jonsson), Wiley-VCH, Weinheim, 2009, s.97.

<sup>198</sup>YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.415.

<sup>199</sup>WÖRZ & BUSSE, a.g.m., s.98.

<sup>200</sup>BELEK, a.g.e., s.194 ; BUSSE & RIESBERG, a.g.e., s.33.

<sup>201</sup>BELEK, a.g.e., s.194.

Alman sağlık sistemine göre, temel bakım ve poliklinik hizmetleri, özerk yönetimli Bölgesel Hekim Birliği'ne bağlı hekimlerce sağlanırken, hastane hizmetleri, kamu, kâr amacı güden ve gütmeyen hastaneler tarafından karşılanmaktadır<sup>202</sup>.

Almanya'da uygulanan sağlık sigortasında, risk yerine gelir temelli prim ödeme esasına göre(çalışan, işveren ve devlet katkısı) 242 hastalık fonundan, vergi ve diğer gelirlerden oluşan bir finansman yapısı bulunmaktadır. Prim ödeme esasına dayalı zorunlu sağlık sigortasına dâhil olmanın koşulu elde edilen gelirin belli bir düzeyin üstünde olmasıdır. Ayrıca gönüllü katılım unsuru da bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası içinde cepten ödeme yönünde finansman kaynakları bulunmaktadır<sup>203</sup>.

2009 yılı itibariyle, Alman nüfusunun yaklaşık olarak, %88-90'ı zorunlu sağlık sigortası kapsamında bulunmaktadır. Nüfusun geriye kalan yaklaşık olarak %10'luk kısmı, özel sağlık sigortası kapsamında iken, nüfusun %0,3'lük kısmının herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır<sup>204</sup>.

## 2. Arjantin

Arjantin'de uygulanan sağlık sistemi, Sosyal Sigorta Modeli'ne dayanan sistem olarak biçimlendirilmiştir. Bu kapsamda, Arjantin sağlık sisteminde sunulan hizmetler; kamu, özel ve sosyal sağlık sigorta fonları alt sistemlerine ayrılmış durumda bulunmaktadır. Sağlık sistemi, şahsi bakım hizmetlerine sahip olmak ile ödeyenlerin ve sağlayıcıların oluşturduğu mekanizma aracılığıyla sağlanan finansmana dayanmaktadır<sup>205</sup>.

Arjantin'de, Sağlık Bakanlığı, sağlık sisteminin örgütsel yapısının başında bulunmaktadır. Sağlık sistemi içerisinde alt sistemler olarak üç farklı model yer almaktadır. Modellerden ilki; farklı devlet idari kademelerine(merkezi, eyalet ve belediye) dayalı olan kurumların, finans ve sunulan hizmetleri yerine getirme görevleri bulunmaktadır<sup>206</sup>. Zorunlu Sağlık Sigortası Modeli; yaklaşık olarak 300 adet hastalık fonunun bulunduğu ve Obras Sociales(OS) olarak tanımlanan modelde, fonlar ulusal (Obras Sociales Nacionales-OSN)ve eyalet(Obras Sociales Provinciales-OSP) düzeyine

<sup>202</sup>YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.418.

<sup>203</sup>Reinhard BUSSE, "The Health System in Germany", **Eurohealth**, Y.2008, C.14, S.1, s.5 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.417.

<sup>204</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Snapshots of Health Systems**(Edt. Susanne G. Tebbe & Josep Figera), The European Observatory on Health Systems and Policies Publishing, Copenhagen, 2005, s.21 ; WÖRZ & BUSSE, a.g.m., s.97.

<sup>205</sup>Susana BELMARTINO, "Reorganizing The Health Care System in Argentina", **Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico**(Edt. Sonia Fleury, Susana Belmontino & Enis Barış), International Development Research Centre Publishing, Ottawa, 2000, s.51.

<sup>206</sup>BELMARTINO, a.g.m., s.51.



göre faaliyette bulunmaktadır. Birçok OSN, belirli sanayi sektörleriyle ilişkili bütünleşik yönetilen fonlardan oluşturulmuştur<sup>207</sup>. Gönüllü Sağlık Sigortası Modeli, 1990'lı yıllar boyunca, piyasa ekonomisine geçiş çalışmaları ile birlikte hızlanan bu modelde, hizmet ücreti temeline dayalı olarak karşılıklı sözleşmeler imzalanarak doğrudan ödeme yapılması öngörülmüştür<sup>208</sup>.

Arjantin'de 1993-2002 yılları arasında, sağlık sistemine yönelik olarak gerçekleştirilen reform çalışmaları sonucunda, OSN'nin tekelci gücünü ortadan kaldırmak ve rekabetçi bir ortam yaratmak için çalışanlara OSN içindeki fonlar arasında seçim yapma hakkı getirilmiştir. Ayrıca kamu hastane yönetimlerine ve özel sağlık sigortacılığının gelişmesine yönelik düzenlemelere de yer verilmiştir<sup>209</sup>.

Sağlık sistemi içerisinde verilen sağlık hizmetlerinin sunumu değerlendirildiğinde; ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri, kamuya, zorunlu ve özel sağlık sigorta modellerine ait hastaneler ve klinikler aracılığıyla sunulmaktadır. Özellikle son dönemde, ilgili hizmetlerin sunumunda, özel sektörün rolü artmıştır<sup>210</sup>. Kamu hastaneleri, hem OS hem de özel sigortalananlara yönelik hizmet vermelerinin yanında sigortası olmayan bireylere de ücretini ödemek karşılığında hizmet sunmaktadırlar<sup>211</sup>.

Arjantin sağlık sisteminin finansman kaynakları; genel vergi gelirlerinden(sağlık harcamalarının %20-25'ini karşılamaktadır), zorunlu sağlık sigortası katkı paylarından(sağlık harcamalarının %30-35'ini karşılamaktadır), gönüllü özel sağlık sigortası katkı paylarından, cepten ödemelerden ve bağışlardan(sağlık harcamalarının %44-48'ini karşılamaktadır) oluşmaktadır<sup>212</sup>.

Diğer Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi, Arjantin'de uygulanan sağlık sisteminin, parçalı ve bölümlenmiş bir yapısının var olduğu değerlendirilmektedir. Bu nitelik ise, nüfusun tümünün seçilen sisteme uygun olarak kapsam içerisine alınamamasına neden olmaktadır<sup>213</sup>.

---

<sup>207</sup> Eleonora CAVAGNERO, "Health Sector Reforms in Argentina and The Performance of The Health Financing System", **Health Policy**, Y.2008, C.88, S.1, s.88-89.

<sup>208</sup> Peter L. SHERLOCK, "Health Sector Reform in Argentina: A Cautionary Tale", **Social Science & Medicine**, Y.2005, C.60, S.8, s.1895.

<sup>209</sup> CAVAGNERO, a.g.m., s.90.

<sup>210</sup> BELMARTINO, a.g.m., s.57.

<sup>211</sup> SHERLOCK, a.g.m., 2005, s.1895.

<sup>212</sup> Eleonora CAVAGNERO & Marcel BILGER, "Equity During An Economic Crisis: Financing of The Argentina Health System", **Journal of Health Economics**, Y.2010, C.29, S.4, s.480.

<sup>213</sup> BELMARTINO, a.g.m., s.50-51 ; SARGUTAN, a.g.e., s.142 ; SHERLOCK, a.g.m., s.1894.

### 3. Fransa

Üniter bir yönetim sisteminin hâkim olduğu Fransa’da sağlık sistemi, Bismarck Modeli’ne dayanan karma bir model olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda, ülkede oturma iznine sahip tüm bireyleri kapsayan zorunlu sağlık sigortası merkezi rolü üstlenirken, özel sağlık sigortaları da tamamlayıcı nitelikte bir rol üstlenmişlerdir<sup>214</sup>.

Sağlık sisteminin yapısını, devlet(parlamento, hükümet ve ilgili bakanlıklar), zorunlu sağlık sigortası fonları ve ağırlığı az da olsa bölgesel düzeydeki örgütlenmeler oluşturmaktadır. 1945 yılından beri gerçekleştirilen reform programlarıyla, zorunlu sağlık sigortası yasal ya da yasal olmayan tüm nüfusun kapsanmasını sağlamıştır<sup>215</sup>.

Fransa sağlık sisteminin temelini oluşturan zorunlu sağlık sigortasına giriş yapmak bireyin mesleki ya da sosyal durumuna göre farklı kategorideki programlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Zorunlu sağlık sigortası, kendi içerisinde üç temel programa göre sınıflandırılmıştır<sup>216</sup>:

- *Genel Program*; ticaret ve sanayi kollarında çalışanlar ve onların ailelerinin kapsandığı programdır. Yaklaşık olarak, nüfusun %87’sini genel programa dahildir.
- *Tarımsal Program*; çiftçi, tarımda istihdam edilenler ve onların ailelerinin kapsandığı programdır. Nüfusun yaklaşık olarak, %6’sı programa dahildir.
- *Serbest Meslek Erbabı Programı*; esnaf ve çiftçiler dışındaki serbest meslek erbabının dahil olduğu program, nüfusun yaklaşık olarak, %5’ini kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, üçte ikisi kamunun geriye kalanı ise özel kesimin olan hastaneler, merkezi bir konuma sahip bulunmaktadırlar. Hastanelerin dışında, ücret karşılığı çalışan doktorlar da hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir<sup>217</sup>. Devlet kontrolü altındaki hastaneler, önleyici, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini vermekle yükümlü kılınmışlardır<sup>218</sup>.

<sup>214</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.e., 2005, s.18.

<sup>215</sup>Karine CHEVREUL, Isabelle D. ZALESKI, Stephane BAHROMI, Cristina H. QUEVEDO & Philipa MLADOVSKY, **France: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2010, s.17.

<sup>216</sup>CHEVREUL v.d., a.g.e., s.28 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.442.

<sup>217</sup>Isabelle D. ZALESKI, “The Health System in France”, **Eurohealth**, Y.2010, C.14, S.1, s.4 ; CHEVRUL v.d., a.g.e., s.17.

<sup>218</sup>YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.445.

Sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynakları, genel vergi gelirleri ile çalışan ve işveren primlerinden oluşan zorunlu sağlık sigortası(yaklaşık %75,5'ini), destekleyici niteliğe sahip gönüllü sağlık sigortası(yaklaşık %12,4'ünü) ve cepten ödemeler(yaklaşık %11,1'ini) olarak sıralanmaktadır<sup>219</sup>.

1946 yılından günümüze kadar olan sürede, istihdam koşuluna bağlı zorunlu sağlık sigortası sistemi esasına göre işleyen Fransa sağlık sisteminin kapsamı hemen hemen nüfusun tümü olmuştur. Buna ek olarak, 1997 yılında gerçekleştirilen “Yıllık Sosyal Güvenlik Finansman Yasası” aracılığıyla, parlamentonun sağlık sistemi üzerindeki gözetim ve yönlendirmesi güçlendirilmiştir<sup>220</sup>.

#### 4. Güney Kore

Güney Kore sağlık sistemine yönelik olarak yapılan köklü değişikliğin temeli, 1977 yılında gerçekleştirilen Ulusal Sağlık Sigortası(USS) düzenlemesidir<sup>221</sup>. Başlangıç döneminde, USS, büyük işletmelerde çalışan sanayi işçilerini kapsamakta iken 1989 yılında gerçekleştirilen yeni düzenlemelerle birlikte, tüm nüfusu sistem içerisine dâhil eden Ulusal Sağlık Sigorta Kuruluşu(USSK) aracılığıyla, sosyal sigorta sistemi haline dönüştürülmüştür<sup>222</sup>. 2000 yılından önce, USS'de yarı kamusal sigorta toplulukları(grupları) arasında farklı gruplandırmalar bulunmaktaydı. Sanayi işçilerine, kamu çalışanlarına, özel öğretmenlere ve serbest meslek erbabına yönelik topluluk sigortası oluşturulmuştu. 2000 yılında, “Bütünleştirme Reformu” adı altında tüm topluluk sigortaları, USSK çatısı altında birleştirilmiştir<sup>223</sup>. Böylece, kamu sözleşme modeli ve hastaların sağlayıcılara doğrudan ödeme gerçekleştirdikleri kamu ve özel sektör karması olan ve Bismarck Modeli'nin özelliklerini taşıyan bir sağlık sistemi oluşturulmuştur<sup>224</sup>.

Sağlık sisteminin örgüt yapısındaki en üst organı, Sağlık ve Refah Bakanlığı olarak belirlenmiştir. Sistemin sunduğu hizmetler ile sağlık sigortasına ilişkin her tür

<sup>219</sup>Sara ALLIN, Elias MOSSIALOS, Martin MCKEE & Walter HOLLAND, **Making Decisions on Public Health: A Review of Eight Countries**, The European Observatory on Health Systems and Policies Publishing, Brussels, 2004, s.74.

<sup>220</sup>YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.443-444.

<sup>221</sup>OECD, **OECD Reviews of Health Care Systems: Korea**, OECD Publishing, Paris, 2003, s.16.

<sup>222</sup>Chang B. CHUN, Soon Y. KIM, Jun Y. LEE & Sang Y. LEE, **Republic of Korea: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2009, s.17 ; Soonman KWON, “The Fiscal Crisis of National Health Insurance in The Republic of Korea: In Search of A New Paradigm”, **Social Policy & Administration**, Y.2007, C.41, S.2, s.162.

<sup>223</sup>Soonman KWON, “Health Care Financing Reform and The New Single Payer System in The Republic of Korea: Social Solidarity or Efficiency?”, **International Social Security Review**, Y.2003, C.56, S.1, s.76 ; OECD, a.g.ç., 2003, s.68.

<sup>224</sup>OECD, a.g.ç., 2003, s.16.

faaliyetler bakanlık bünyesinde yürütülmektedir<sup>225</sup>. Sağlık ve Refah Bakanlığı'nın yanında, Strateji ve Finans Bakanlığı, USSK, Sağlık Sigortası Denetleme ve Değerlendirme Birimi, sendikalar ve STK'ları da sağlık sistemi içerisinde bulunan yapılanmalar olarak sıralanmaktadır<sup>226</sup>.

Güney Kore'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin %90'ından fazlası özel sektör sağlayıcıları(doktorlar) tarafından klinikler, hastaneler ve alternatif tıp hastanelerinde hastanın tercihinine göre gerçekleştirilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, genel hastanelerde, özel ihtisas ve üniversite hastanelerinde sunulmaktadır. Ayrıca USS'na ilave olarak, yaşam standartları çok düşük olan yoksulların, yaşlıların, hamilelerin ve engellilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için Tıbbi Yardım Programı(Medical Aid Program) da oluşturulmuştur<sup>227</sup>.

Kamu ve özel finansmana dayalı olan sağlık sistemindeki kaynaklar ağırlık sırasına göre, zorunlu sağlık sigortası katkı payları ve cepten ödemeler ile özel sağlık sigortası olarak gerçekleşmektedir<sup>228</sup>.

## 5. Meksika

Meksika'da uygulanan sağlık sistemi, farklı sosyal güvenlik fonları ve sağlayıcıları aracılığıyla, parçalı bir sistem görüntüsü vermektedir<sup>229</sup>. 2000 yılına kadar olan dönemde, Meksika nüfusu, sigortalı ve sigortasız olarak ikiye ayrılmaktaydı. Sigortalıların toplam nüfusa oranı ise %50'ler civarında gerçekleşmekteydi. Sigortalı nüfusun sağlık hizmetlerini elde etmesini sağlayan başlıca örgütsel unsurlar ise; Kamu Sağlığı ve Yardımı Bakanlığı, özel sektör çalışanları ve ailelerini kapsayan Meksika Sosyal Güvenlik Kurumu(Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS), kamu çalışanları ve ailelerini kapsayan Kamu Çalışanları Sosyal Güvenlik ve Hizmet Kurumu(Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado- ISSSTE), petrol şirketlerinde çalışanları ve ailelerini kapsayan Petrol İşçileri İçin Sosyal Güvenlik Kurumu(Petroleos Mexicanos-PEMEX), ayrı sınıflara sahip(deniz, hava ve kara) ordu mensupları ve yakınlarını kapsayan Sosyal Güvenlik Kurumu, polis teşkilatının, federal bölge yönetimlerinin ve metro çalışanlarının ve ailelerinin dahil

<sup>225</sup>SARGUTAN, a.g.e., s.148.

<sup>226</sup>CHUN v.d., a.g.e., s.17.

<sup>227</sup>CHUN v.d., a.g.e., s.113-114 ; OECD, a.g.ç., 2003, s.18-22.

<sup>228</sup>CHUN v.d., a.g.e., s.43-44 ; KWON, a.g.m., 2007, s.164-165.

<sup>229</sup>Jason M. LAKIN, "The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001-2007", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Y.2010, C.35, S.3, s.5.

olduğu sigorta kurumları, sigortasız ve yoksul nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesine yönelik olarak federal ve eyalet düzeyinde sağlık bakanlıklarının yerine getirdiği kamu hizmetleri ve genellikle cepten ödeme ile özel sağlık sigortaları aracılığıyla finanse edilen özel kesim olarak sıralanmaktadır<sup>230</sup>.

2000’li yıllarda, nüfusun %50’den fazlası herhangi bir sigorta kapsamında(kamu ya da özel) yer almamaktaydı. Özellikle, kırsal bölgelerde yaşıyan ve yoksul kesimi oluşturan grupların sigorta kapsamında olmaması ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini cepten ödeme biçiminde karşılamalarına ve dolayısıyla ilgili kesimin sağlık harcamalarının artışına yol açmıştır<sup>231</sup>. 1995 yılında, sigortasız ailelerin IMSS sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi amacıyla yıllık ortalama 100-250 dolarlık ödenti karşılığında Aile Sağlık Sigortası uygulamaya konmuştur. Aile Sağlık Sigortası’ndan 2000 yılına kadar yaklaşık 2,5 milyon birey yararlanmıştır<sup>232</sup>. 2003 yılında, Meksika Sağlık Sistemi’ne yönelik yapısal reform düzenlemeleri ile Sağlıkta Sosyal Koruma İçin Yeni Sistem olarak ifade edilen ve Yaygın Sağlık Sigortası(Segular Popular-SP) olarak tanımlanan sisteme geçiş gerçekleştirilmiştir<sup>233</sup>. SP’nin finansmanında, federal hükümet, federal ve eyalet yönetimleri ortak finansmanı ve SP’ye dahil olan ailelerin yıllık harcanabilir gelirlerinin %5’ine kadar ödeyebildikleri katkı payları kullanılmaktadır<sup>234</sup>.

1980 ve 1990 yılları boyunca gerçekleştirilen yerelleşme süreci sonucunda, Meksika sağlık sistemi içerisindeki kuruluşların her birine ait sağlık tesislerinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Artık, Sağlık ve Yardım Bakanlığı’nın, kamu sağlık girişimleri olarak nitelendirilen eyalet yönetimlerinin ve sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan kurumların sağlık hizmetlerini yerine getirirken düzenleyici rolü bulunmaktadır. Meksika özel sağlık sektörü ise heterojen bir

---

<sup>230</sup>Maria F.M. JUAREZ, Maluin G.A. GOMEZ & Rafael L. ASCENCIO, **SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries Country Studies-Mexico National Health Accounts 2001**, OECD Health Technical Papers, Papers No.8, 2004, < <http://www.oecd.org/dataoecd/33/15/33733586.pdf>>, (27.08.2011), s.7-8 ; OECD, **OECD Reviews of Health Systems: Mexico**, OECD Publishing, Paris, 2005a, s.28-31.

<sup>231</sup>Rocio G. DIAZ & Sandra G.S. RUB, “Analysis of The Distributional Impact of Out-of-Pocket Health Payments: Evidence from A Public Health Insurance Program for The Poor in Mexico”, **Journal of Health Economics**, Y.2011, C.30, S.4, s.708.

<sup>232</sup>Peter L. SHERLOCK, “When Social Health Insurance Goes Wrong: Lessons from Argentina and Mexico”, **Social Policy and Administration**, Y.2006, C.40, S.4, s.363.

<sup>233</sup>Felicia M. KNAUL, Hector A. ORNELAS, Oscar M. CARNIADO, Chloe B. CAHN, Jeremy BAROFSKY, Rachel MAGUIRE, Martha MIRANDA & Sergio SESMA, “Evidence is Good For Your Health System: Policy Reform to Remedy Catastrophic and Impoverishing Health Spending in Mexico”, **The Lancet**, Y.2006, C.368, S.9549, s.1830.

<sup>234</sup>SHERLOCK, a.g.m., 2006, s.363.

yapı gösterdiği için(kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan) regülasyona açık bir konumda bulunmamaktadır<sup>235</sup>.

Meksika sağlık sisteminin finansman kaynakları, federal ve yerel yönetim bütçeleri, sosyal güvenlik kurumlarına ödenen primler ve özel sektörün elde ettiği kaynaklarıdır<sup>236</sup>.

## 6. Portekiz

Portekiz sağlık sistemi, birbiriyle örtüşen ve destekleyen Ulusal Sağlık Sistemi (USS), belli mesleklere yönelik kamu ve özel sigorta programları(sağlık alt sistemleri) ve gönüllü sağlık sigortası programlarından oluşmaktadır<sup>237</sup>. Nüfusun tümünü kapsayan ve yararlanma anında ücretsiz olan USS'nde 1997 yılında gerçekleştirilen düzenlemelerle, kamu sözleşme modeline(özel sektörle yapılan işbirliği sözleşmeleriyle, hizmetlerin belli bir kısmının özel sektör tarafından gerçekleştirilmesini sağlayan sözleşme) geçilmiştir. Ayrıca sağlık sistemi içerisinde özel sektörün ağırlığı artmaya başlamıştır<sup>238</sup>.

USS'nin yönetilmesine ilave olarak, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık sisteminin sorumlusudur. Portekiz sağlık sisteminin yerelleştirilmesini sağlamaya yönelik, beş adet sağlık bölgelerine(North, Centre, Lisbon, Alentejo ve Algarve) ayrılan ülkede, her biri özerk olan "Bölgesel Sağlık İdareleri" tarafından, ulusal sağlık politikası hedefleri ve sağlık hizmetlerinin sunumunun gerçekleştirilmesine özgü tüm faaliyetler yerine getirilmektedir<sup>239</sup>.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, USS kapsamında bulunan sağlık merkezleri tarafından gerçekleştirilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise hastaneler aracılığıyla sunulmaktadır. Hastanelerin %80'inden fazlası, USS bünyesinde bulunmaktadır<sup>240</sup>.

Sağlık sisteminin temel finans kaynağı genel vergi gelirleri olmakla birlikte, işverenler(devlet dâhil) ve çalışanlar tarafından ödenen katkı payları, özel sağlık

<sup>235</sup>Julio FRENK, Eduardo G. PIER, Octavia G. DANTES, Miguel A. LEZANA & Felicia M. KNAUL, "Comprehensive reform to Improve Health System Performance in Mexico", *The Lancet*, Y.2006, C.368, S.9546, s.1527 ; OECD, a.g.ç., 2005a, s.40 .

<sup>236</sup>OECD, a.g.ç., 2005a, s.115-116.

<sup>237</sup>Pedro P. BARROS & Jorge D.A. SIMOES, **Portugal: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2007, s.13.

<sup>238</sup>Stephanie GUICHARD, **The Reform of The Health Care System in Portugal**, OECD Economics Department Working Papers, W.P. No.405, 2004, <[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2004\)28&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2004)28&docLanguage=En)>, (25.09.2011), s.5 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.481.

<sup>239</sup>BARROS & SIMOES, a.g.e., s.24 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.e., 2005, s.41.

<sup>240</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.e., 2005, s.42 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.483.

sigortası ile hastalar tarafından doğrudan gerçekleştirilen ödemeler diğer finans kaynakları olarak belirlenmiştir<sup>241</sup>.

Portekiz’de USS, evrensel bir kapsama fonksiyonu sağlayarak, nüfusun yaklaşık %75’ini sisteme dâhil etmiştir. Geriye kalan %25’lik kesim ise kamu ve özel sağlık sigortası programları ile gönüllü sağlık sigortası programları kapsamında bulunmaktadır<sup>242</sup>.

## 7. Yunanistan

Yunanistan sağlık sisteminin mevcut işleyişinin temelini, 1983 yılında yapılan reform niteliğindeki düzenlemeler oluşturmaktadır. 1983 yılında gerçekleştirilen düzenlemeler sonucunda, Yunan Ulusal Sağlık Sistemi(USS) oluşturulmuştur. Bu sistemde, ağırlıklı olarak zorunlu sağlık sigortası ve gönüllü özel sağlık sigortası bir arada işlemektedir. USS’nin yürütülmesi, finansmanı, kaynakların tahsisi ve sağlık politikalarının oluşturulması konularında en fazla sorumlu örgütlenme, Sağlık ve Sosyal Dayanışma Bakanlığı’dır<sup>243</sup>. Ayrıca yerelleşme çalışmaları kapsamında, bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin yönetilmesinden ve ulusal sağlık politikalarının uygulanmasından sorumlu 17 Bölgesel Sağlık İdaresi oluşturulmuştur<sup>244</sup>.

Sağlık sistemi içerisinde ağırlığı en fazla(yaklaşık olarak nüfusun %95’ini kapsamaktadır) olan zorunlu sağlık sigortası, yaklaşık 30 adet hastalık fonundan oluşmasına karşın, dört adet fon kapsadıkları nüfus açısından daha fazla öneme sahip bulunmaktadır. Bu fonları aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>245</sup>:

- *IKA*; özel sektördeki işverenler ve çalışanların dâhil olduğu Sosyal Sigorta Enstitüsü, yaklaşık olarak nüfusun %50’sini kapsamaktadır.
- *OGA*; tarımsal faaliyet içerisinde olan toplam nüfusun yaklaşık olarak %20’sini kapsayan fondur.
- *OAEE*; serbest meslek erbabının dâhil olduğu sigorta fonudur. Toplam nüfusun yaklaşık olarak %13’ü OAEE kapsamında bulunmaktadır.
- *OPAD*; kamu kesiminde çalışanların dâhil olduğu ve toplam nüfusun %12’sini kapsayan sigorta fonudur.

<sup>241</sup>BARROS & SIMOES, a.g.e., s.35.

<sup>242</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.e., 2005, s.41 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.482.

<sup>243</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.e., 2005, s.24.

<sup>244</sup>Evin ARAS & Hakan TÜZÜN, “Komşu Ülke Yunanistan’da da Reçete Aynı: Sağlıkta Reform”, **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, s.389.

<sup>245</sup>Charalambos ECONOMOU, **Greece: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2010, s.31 ; SARGUTAN, a.g.e., s.163.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda USS, sosyal sigorta fonları, yerel idareler ve özel sektör rol almaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ağırlıklı olarak devlete ait hastaneler ve özel kliniklerde karşılanmaktadır<sup>246</sup>. Sağlık sisteminin finansman kaynakları, genel vergi gelirleri, zorunlu sağlık sigorta katkı payları(çalışan ve işveren primleri) ve özel sağlık sigortasına yapılan ödemelerden oluşmaktadır<sup>247</sup>.

### C. Kapsayıcı Tıp Sağlık Sistemleri

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğunun genel vergilerle karşılandığı ve Ulusal Sağlık Hizmeti Sistemi(USHS) olarak da adlandırılan “Beveridge Modeli”ni uygulayan; Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İspanya, İtalya, Norveç, Ukrayna ve Yeni Zelanda ülkelerine ait sağlık sistemlerinin genel nitelikleri bu kısımda ele alınmıştır.

#### 1. Danimarka

Danimarka’da uygulanan sağlık sistemi, ülkede ikamet eden tüm bireyleri kapsayan vergi tabanlı ve yerelleştirilmiş niteliğe sahip bir ulusal sağlık hizmet sistemi olarak değerlendirilmektedir. Ülke içerisinde en az altı hafta ikamet etmek koşuluyla, herhangi bir ücret ya da karşılık ödemedenden sistemden yararlanmak mümkündür<sup>248</sup>.

1973 yılında gerçekleştirilen dönüşüm ile birlikte, sağlık sistemi tamamıyla yerelleştirilmiş ve merkezi hükümetin Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sahip olduğu sağlık sistemi üzerindeki sorumluluğu, gözetim ve koordinasyonla sınırlandırılarak, sağlık hizmetlerinin biçimine ve kapsamına ilişkin tüm kararlar, iller ve belediyeler düzeyinde gerçekleştirilmeye başlanmıştır<sup>249</sup>.

Danimarka sağlık sistemine göre, birinci basamak sağlık hizmetleri, serbest çalışan doktorlar, uzmanlar ve belediyeye ait hizmet örgütlenmeleri tarafından gerçekleştirilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, ağırlıklı olarak bölgeler aracılığıyla işletilen genel hastaneler ve düşük bir oranda da olsa, özel hastaneler tarafından sunulmaktadır<sup>250</sup>.

<sup>246</sup>Elke JAKUBOWSKI & Reinhard BUSSE, **Health Care Systems in The EU: A Comparative Study**, European Parliament Directorate General For Research Working Papers, W.P. No.101, 1998, < [http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf)>, (15.09.2010), s.73-74 ; SARGUTAN, a.g.e., s.163.

<sup>247</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.e., 2005, s.24.

<sup>248</sup>Martin S. LORSEN, Mikkel B. NIELSEN, Signild VALLGARDA, Allan KRASNİK & Karsten VRANGBACK, **Denmark: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2007, s.29.

<sup>249</sup>Aysun ÖZŞAHİN & Melih K. SÖZMEN, “Danimarka Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, s.415 ; VERBELEN, a.g.ç., s.12 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.431.

<sup>250</sup>LORSEN v.d., a.g.e., s.100-105 ; SARGUTAN, a.g.e., s.170-171.



Sağlık hizmetlerinin finansmanının yaklaşık olarak %82'si merkezi ve ağırlıklı olarak yerel vergi gelirlerinden oluşmaktayken, yaklaşık olarak %16'sı cepten ödemeler ve geriye kalanı ise gönüllü sağlık sigortasından karşılanmaktadır<sup>251</sup>.

## 2. Finlandiya

Finlandiya'da uygulanan sağlık sistemi, ağırlıklı olarak kamu tarafından finansmanı sağlanan(vergiler yoluyla) ve evrensel kapsama özelliğini sahip bir sistem olarak nitelendirilmektedir<sup>252</sup>.

1993 yılında merkezi hükümetin etkisini azaltmaya ve hizmetlerin yerine getirilmesinde yerel yönetimlerin sorumluluğunu artırmaya yönelik reform çalışmaları sonucunda, sağlık sisteminin örgütsel yapısı; merkezi, il ve yerel yönetimler biçiminde oluşturulmuştur. Ancak merkezi ve yerel yönetimler, sağlık sistemi içindeki en önemli yapılarıdır<sup>253</sup>. Merkezi yönetim, Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı aracılığıyla, sağlık sistemine yönelik yasal düzenlemeler ile gözetim fonksiyonunu yerine getirirken, yerel yönetimler(400 adet belediye) önceliklerin belirlenmesinde ve bu önceliklere göre, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında aktif sorumluluğu olan örgütlenmelerdir<sup>254</sup>.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, önleyici ve kamu sağlık hizmetleri, yerel yönetimlere bağlı sağlık merkezi ve istasyonu olarak ifade edilen sağlık ocaklarına benzeyen kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, yerel idarelerin sınırları içerisinde yer alan 21 adet hastane bölgesinde sunulmaktadır. Hastane bölgelerine ek olarak, üniversite hastaneleri ve özel poliklinik ya da hastaneler de bulunmaktadır<sup>255</sup>.

Finlandiya sağlık sisteminin finansman kaynakları; yerel idarelerin elde ettikleri vergi gelirlerinden(yaklaşık olarak %43'lük pay), belediyeler tarafından toplanan federal vergilerden(yaklaşık olarak %18'lik pay), iş sağlığı hizmetlerinin kapsadığı ve işveren tarafından finanse edilmesi gereken ulusal sağlık sigortasından(yaklaşık olarak

<sup>251</sup>Sarah THOMSON, Thomas FOUBISTER & Elias MOSSIALOS, **Financing Health Care in The European Union**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2009, s.34 ; ALLIN v.d., a.g.e., s.67.

<sup>252</sup>Jeremy HURST, **Effective Ways to Realise Policy Reform in Health Systems**, OECD Health Working Papers, W.P. No.51, OECD Publishing, 2010, < <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5kmh37714n9x.pdf?expires=1331853842&id=id&accname=guest&checksum=35D55E0FC5EED95E5F5F7F18F260E4F9>>, (04.10.2011), s.17 ; OECD, **OECD Reviews of Health Systems: Finland**, OECD Publishing, Paris, 2005b, s.24.

<sup>253</sup>Yasin ŞENOL, "Finlandiya Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, s.360 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.e., 2005, s.16.

<sup>254</sup>Unto HAKKINEN, "Finland", **Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison**(Edt. John Rapoport, Philip Jacobs & Egon Jonsson), Wiley-VCH, Weinheim, 2009, s.64 ; ALLIN v.d., a.g.e., s.66.

<sup>255</sup>ŞENOL, a.g.m., s.361 ; OECD, a.g.e., 2005b, s.27.

%15'lik pay), özel sağlık sigortasından(yaklaşık olarak %2,5'lik pay) ve cepten ödemelerden(yaklaşık olarak %20,5'lik pay) oluşmaktadır<sup>256</sup>.

Finlandiya sağlık sistemi, benzerlerinde olduğu gibi tüm vatandaşlarını bütünleyen, pek çok hizmetin kamu tarafından sunulduğu ve dolayısıyla da genel vergilerle finanse edilen “Beveridge Modeli’ne uygun bir sistem olmasının yanında birtakım zorunlu ulusal ve özel sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin geri ödenmesi uygulaması açısından da Bismarck Modeli’ne de benzetilebilmektedir<sup>257</sup>.

### 3. İngiltere

İngiltere’de mevcut sağlık sisteminin temeli, 1911 yılına kadar dayanmasına karşın, 1946 yılında Kanunu çıkartılarak, 1948 yılında uygulamaya başlanan ve Ulusal Sağlık Hizmetleri(USH) olarak bilinen, kamusal niteliği ağırlıklı olan sağlık sistemi bulunmaktadır<sup>258</sup>. Kamusal özelliğini ortaya çıkartan etkenler arasındaki en önemli unsur, sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlıklı role sahip USH içerisinde gerçekleştirilen harcamaların yaklaşık olarak %90’nın kamu tarafından yapılmakta olduğudur<sup>259</sup>.

İngiltere’de Sağlık Bakanlığı, USH içerisinde yer alan tüm hizmetlerin gerçekleştirilmesine, denetlenmesine ve gözetimine yönelik Parlamento’ya karşı sorumluluğu bulunan en üst örgütlenmedir<sup>260</sup>. Sağlık Bakanlığı’nın altında, Bölge Sağlık İdareleri, bir alt kademede 90 adet Yerel Sağlık İdaresi ve tabanda 200 adet Alt Bölge Sağlık İdaresi, emir komuta zincirine göre işleyen bir yapı oluşturmaktadırlar<sup>261</sup>.

İngiliz sağlık sisteminde, birinci basamak sağlık hizmetleri, USH ile sözleşme yapan ve kendi hesabına çalışan genel pratisyenler tarafından gerçekleştirilmektedir. Aynı zamanda nüfusun tümünün kayıtlı olduğu genel pratisyenler, ikinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmede, kapı doktoru(gate keeping) işlevide görmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise 1990’larda yarı bağımsız

<sup>256</sup> ALLIN v.d., a.g.e., s.66 ; HAKKINEN, a.g.m., s.66-68.

<sup>257</sup>Unto HAKKINEN & Jukasi LEHTO, “Reform, Change and Continuity in Finnish Health Care”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Y.2005, C.30, S.1-2, s.79-80.

<sup>258</sup>BELEK, a.g.e., s.172 ; MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.313.

<sup>259</sup>Adam OLIVER, “England”, **Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison**(Edt. John Rapoport, Philip Jacobs & Egon Jonsson), Wiley-VCH, Weinheim, 2009, s.41.

<sup>260</sup>Sean BOYLE, **United Kingdom(England): Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2011, s.22.

<sup>261</sup>YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.451.

hale getirilerek USH Trust'a dönüştürülen USH'ne ait hastanelerde ve özel hastanelerde gerçekleştirilmektedir<sup>262</sup>.

İngiltere'de uygulanan sağlık sisteminin finansman kaynakları sırasıyla; ulusal ve yerel düzeyde elde edilen vergi gelirlerinden(yaklaşık olarak %76'lık pay), ulusal sigorta katkı paylarından(yaklaşık olarak %19'luk pay), cepten ödemelerden ve gönüllü özel sağlık sigortalarından(yaklaşık olarak %13'lük pay) oluşmaktadır<sup>263</sup>.

Kapsayıcı sağlık sisteminin uygulandığı en tipik örnek olan İngiltere'de, bireyler ayrıma tabi tutulmaksızın yasal olarak ülkede ikamet eden herkesi çevreleyen ve ağırlıklı olarak vergiler yoluyla finanse edilen bir sistemin uygulandığı değerlendirilmektedir<sup>264</sup>.

#### 4. İspanya

1983 yılına kadar, zorunlu sağlık sigortası sistemine dayalı olarak işleyen İspanyol sağlık sisteminde, yapılan reform çalışmaları ve yasal düzenlemelerle(1983 yılında, Anayasa'nın değiştirilmesiyle ve 1986 yılında sağlık hizmetlerin düzenleyen Genel Sağlık Kanunu'nda yapılan değişikliklerle), ulusal sağlık hizmeti modeli olarak değerlendirilen Beveridge Modeli'ne geçiş gerçekleştirilmiştir. Böylece, İspanya sağlık sistemi, tüm nüfusun dâhil olduğu, vergi tabanlı finansman ve kamunun sağladığı hizmetin ağırlıkta olduğu bir sisteme dönüştürülmüştür<sup>265</sup>.

İspanya sağlık sistemi, merkezi ve yerel yönetim düzeyinde örgütlenmiş bir yapıya sahiptir. Merkezi yönetim, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla, genel sağlık politikalarına, sağlık hizmet sunum standartlarına ve finansmana yönelik yükümlülükleri üstlenmiş bulunmaktadır. 2002 yılında gerçekleştirilen düzenleme sonrasında, merkezi yönetim kısıtlı sorumlu hale getirilirken, örgütsel yapı bakımından 17 adet otonom yönetimin daha fazla sorumluluk sahibi olduğu bir sistem oluşturulmuştur<sup>266</sup>.

İspanya'da birinci basamak sağlık hizmetleri, ağırlıklı olarak ücretleri devlet tarafından karşılanan genel pratisyenlerce ve kapı doktorlarınca sunulmaktadır. İkinci ve

<sup>262</sup>Stephen HARRISON & Ruth MCDONALD, *The Politics of Health Care in Britain*, First Publication, SAGE Publications, London, 2008, s.88 ve 92 ; JAKUBOWSKI & BUSSE, a.g.e., s.123.

<sup>263</sup>BELEK, a.g.e., s.182-183 ; BOYLE, a.g.e., s.71 ; HARRISON & MCDONALD, a.g.e., s.13-14.

<sup>264</sup>SARGUTAN, a.g.e., s.170.

<sup>265</sup>Gemma A. ROIG, "Population Ageing and The Sustainability of The Spanish National Health Systems: Some Financial Policy Alternatives", *Genava Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, Y.2006, C.31, S.4, s.559 ; SARGUTAN, a.g.e., s.175 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.459.

<sup>266</sup>Sandra G. ARMESTO, Maria B.A. TAIRA, Antonio DURAN, Cristina H. QUEDO & Enrique B. DELGADO, *Spain: Health System Review*, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2010, s.37 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.e., 2005, s.44.

üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise hastaneler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Mevcut hastanelerin büyük bir çoğunluğu kamunun elinde bulunmaktadır<sup>267</sup>.

Sağlık sisteminin finansmanında başvuru kaynaklarının %80'ini vergi gelirlerinden(yapılan kamu sağlık harcamalarının %98'i vergiler aracılığıyla finanse edilmektedir) ve geriye kalan kısım ise diğer kaynaklardan(cepten ödeme, reçete katkı payları, diş ve göz bakım katkı payları ve gönüllü sağlık sigortası katkı payları) oluşmaktadır<sup>268</sup>.

## 5. İtalya

II. Dünya Savaşı'ndan 1978 yılına kadar geçen sürede, sağlık sigortası uygulamasıyla, nüfusun büyük bir kısmını kapsam içerisine alan İtalya'da, aynı yıl içerisinde gerçekleştirilen reformlarla 1979 yılında itibaren, parasal miktarı ne olursa olsun tüm sağlık risklerini içeren ve tüm nüfusu kapsayan Ulusal Sağlık Hizmeti (Servizio Sanitario Nazionale) Sistemi oluşturulmuştur<sup>269</sup>.

İtalyan sağlık sisteminin organizasyon yapısı, ulusal, bölgesel ve yerel düzey olarak ayrıma tabi tutulmuştur. Ulusal düzeyde, Sağlık Bakanlığı'nın; ulusal sağlık sisteminin genel hedeflerini sağlamaya yönelik sorumluluğu bulunmaktadır<sup>270</sup>. Bölgesel düzeyde, 1992 yılında gerçekleştirilen yerelleşme reformuyla birlikte sağlık hizmetleri sorumluluğu, bölgesel yönetimlere devredilmiştir. 21 adet Bölgesel Sağlık İdaresi, kamu finansmanına dayalı sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyonundan sorumlu tutulmuştur<sup>271</sup>. Yerel düzeyde 320 adet Yerel Sağlık Birimi, nüfusa dayalı yerel sağlık girişimleri ile akredite olmamış kamu ve özel hastaneler ağı aracılığıyla sağlık hizmetlerinin dağıtımını gerçekleştirmektedir<sup>272</sup>.

İtalyan sağlık sisteminde, birinci basamak sağlık hizmetleri, yerel sağlık birimleri tarafından ve kamuyla sözleşme karşılığı serbest çalışan genel pratisyen hekimler aracılığıyla sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ağırlıklı olarak kamu hastaneleri(yaklaşık olarak 669 adet) ve sözleşme yapılmış özel

<sup>267</sup> ARMESTO v.d., a.g.e., s.202 ; JAKUBOWSKI & BUSSE, a.g.e., s.111-112.

<sup>268</sup> ROIG, a.g.m., s.559 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.461.

<sup>269</sup> Mine KAYA, "Seksenli Yıllardan Günümüze İtalyan Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, s.380-381 ; THOMSON v.d.,a.g.e., s.44.

<sup>270</sup> KAYA, a.g.m., s.381.

<sup>271</sup> Tullio JAPPELLI, Luigi P. FERRI & Guglielma WEBER, "Health Care Quality, Economic Inequality and Precautionary Saving", **Health Economics**, Y.2007, C.16, S.4, s.332 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.474.

<sup>272</sup> Alessandra L. SCALZO, Andrea DONATINI, Letizia ORZELLA, Americo CICCETTI, Silvia PROFILI & Anna MARESSO, **Italy: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2009, s.29.

hastaneler(yaklaşık olarak 553 adet ve özellikle kâr amacı gütmeyen) aracılığıyla sağlanmaktadır<sup>273</sup>.

İtalya’da uygulanan sağlık sisteminin finansman kaynakları; sistemin temel kaynağı olan ve ulusal ve yerel düzeyde toplanan vergilerden(yaklaşık olarak %76’lık pay), cepten ödemelerden(yaklaşık %19’luk pay) ve gönüllü sağlık sigortasından(yaklaşık olarak %5’lik pay) oluşmaktadır<sup>274</sup>.

## 6. Norveç

Norveç’te uygulanan sağlık sisteminin temel ilkesi, ülke içerisinde yaşayanların geliri, sosyal durumu ve coğrafi konumu ne olursa olsun aynı koşullarda sağlık hizmetlerinden yararlanmak olarak belirlenmiştir<sup>275</sup>. Söz konusu temel ilke doğrultusunda, sağlık sistemi, tüm bireyleri kapsayan zorunlu ulusal sağlık sigortasına dayanan bir özellik taşımaktadır<sup>276</sup>.

Sağlık sisteminin örgütsel yapısı, ulusal düzeyde, Sağlık Bakanlığı tüm sağlık sisteminin sorumlu üst örgütüdür. Bölgesel düzeyde, 19 eyalet beş adet bölgeye(Helse-Nord, Helse-Midt, Helse-Vest, Helse-Sør ve Helse-Øst) ayrılmıştır. Yerel düzeyde ise, 431 adet belediye, sağlık hizmetlerinin sunumunda yetkilendirilerek, merkezileşmeden ziyade yerelleşmenin daha fazla rol üstlendiği bir sistem oluşturulmuştur<sup>277</sup>.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetleri genel pratisyen doktorlar tarafından belediye düzeyinde yerine getirilmektedir<sup>278</sup>. 2002 yılında gerçekleştirilen Norveç Hastane Reformu ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, eyaletleri beşe ayıran sağlık bölgelerine verilmiştir. Söz konusu hizmetlerin tümü, bölgelerdeki hastaneler tarafından(ağırlıklı olarak kamuya ait) yerine getirilmektedir<sup>279</sup>.

Sağlık sisteminin finansman kaynakları; kamu finansmanının ağırlıklı olduğu sistemde merkezi ve yerel hükümetlerden elde edilen vergi gelirleri ile işveren ve çalışanlardan elde edilen katkı paylarından(yaklaşık olarak toplam %85’lik pay) ile

<sup>273</sup>JAKUBOWSKI & BUSSE, a.g.e., s.87 ; SCALZO v.d., a.g.e., s.116.

<sup>274</sup>Elias MOSSIALOS & Anna DIXON, “Funding Health Care: An Introduction”, **Funding Health Care: Options For Europe** (Edt. Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras & Joe Kutzin), First Published, Open University Press, Buckingham, 2002, s.14 ; SCALZO, a.g.e., s.39-40.

<sup>275</sup>Galip EKUKLU, “Norveç Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, s.372.

<sup>276</sup>Jan R. JOHNSEN, **Health Systems in Transition: Norway**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2006, s.1.

<sup>277</sup>JOHNSEN, a.g.e., s.20 ; SARGUTAN, a.g.e., s.181.

<sup>278</sup>Paul V.D. NORD, Terje HAGEN & Tor IVERSEN, **The Nowegian Health Care System**, OECD Economic Departmen Working Papers, W.P. No.98, OECD Publishing, 1998, <<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/51gshvj85g3.pdf?expires=1331902484&id=id&accname=guest&checksum=22981C9403E8C04D3DD38024DEF949E9>>, (25.04.2011), s.7-8.

<sup>279</sup>JOHNSEN, a.g.e., s.91-95.

cepten ödemelerden ve özel sağlık sigortalarından(yaklaşık olarak toplam %15'lik pay) oluşmaktadır<sup>280</sup>. Norveç sağlık sistemi, kapsayıcı niteliğe sahip hizmetleri sayesinde tüm vatandaşlarının sisteme dâhil edilmesini sağlamış bir sağlık sistemi halini almıştır.

## 7. Ukrayna

1991 yılında bağımsızlığına kavuşan Ukrayna, gerek ekonomik ve gerekse de sosyal ve siyasi açıdan başlattığı dönüşümü sağlık sisteminde de gerçekleştirmiştir.

Bireylerin talep ettiği sağlık hizmetlerini sağlayacak sağlık sisteminin oluşturulmasında devletin birincil görevli olma esnasından hareketle, Ukrayna sağlık sistemine tüm nüfusu kapsayıcı düzeyde olma özelliği kazandırılmıştır<sup>281</sup>.

Sağlık sisteminin örgütsel yapısı, ulusal, bölgesel ve yerel düzey olmak üzere üçlü bir ayrıma gidilerek oluşturulmuştur. Ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı, ulusal sağlık politikalarının oluşturulması ve uzmanlaşmış sağlık hizmetleri kuruluşlarının yönetilmesi ve finansmanlarının sağlanması görevlerini üstlenmiştir. Bölgesel düzeyde, 27 bölgeye ayrılan ülkedeki her bölgenin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık idareleri oluşturulmuştur. Yerel düzeyde ise, yerel idareler(belediye, şehir yönetimi ve kırsal alanlardaki yönetimler) sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan birimler olarak belirlenmiştir<sup>282</sup>.

Ukrayna'da bir takım değişikliklerin yapılmasına karşın, sağlık sistemi, Shemasko Sağlık Modeli tipinin belli özelliklerini hala taşımaya devam etmektedir. Özellikle, sağlık hizmetlerinin sunumunda, ağırlıklı payın kamuda olması, söz konusu durum için örnek teşkil etmektedir. Ancak mevcut sağlık hizmetlerinin sunumunda, kamuya göre ağırlığı daha az olsa bile özel girişimin payı bulunmaktadır<sup>283</sup>. Birinci basamak sağlık hizmetleri, yerel düzeyde ücretsiz bir biçimde karşılanmaktayken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri bölgesel düzeyde kurulu olan hastaneler ve özel poliklinikler ya da hastaneler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir<sup>284</sup>.

Sağlık sistemi içerisinde sunulan sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğunu yerel idareler yüklenmesine paralel olarak, finansman kaynakları; %70'lik bir pay ile ulusal ve yerel bütçe vergi gelirlerinden(%80'si yerel idareler bütçesinden karşılanırken

<sup>280</sup>JOHNSEN, a.g.e., s.41-42 ; NORD, a.g.ç., s.10.

<sup>281</sup>Stepan VOVKANYCH & Olga LEVYTSKA, "Human-Resource Potential in The Health-Care System of Ukraine", **Problems of Economic Transition**, Y.2010, C.52, S.12, s.71-72.

<sup>282</sup>Valeria LEKHAN, Volodomyr RUDIY & Ellen NOLTE, **Health Care Systems in Transition: Ukraine**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2004, s.17-19 ; VOVKANYCH & LEVYTSKA, a.g.m., s.72-73.

<sup>283</sup>LEKHAN v.d., a.g.e., s.55.

<sup>284</sup>Anatoly PILYAVSKY & Matthias STAAT, "Health Care in The CIS Countries: The Case of Hospitals in Ukraine", **The European Journal of Health Economics**, Y.2006, C.7, S.3, s.190.

%20'sine yakını merkezi bütçeden karşılanmaktadır), halen %30'luk pay ise, hastalık fonlarından, cepten ödemelerden, isteğe bağlı ve özel sağlık sigortasından oluşmaktadır<sup>285</sup>.

## 8. Yeni Zelanda

Bütün nüfusu zorunlu sağlık sigortası aracılığıyla kapsayan ve vergi tabanlı niteliğinden ötürü, Beveridge Modeli olarak da değerlendirilen Yeni Zelanda sağlık sisteminde, sağlık hizmetlerinin gördürülmesinde başta kamu daha sonra ise özel ve gönüllü sektör kaynakları işlev üstlenmektedir<sup>286</sup>.

Yeni Zelanda'da 2001 yılında gerçekleştirilen düzenlemeler sonucunda, sağlık sisteminin organizasyonel yapısı, merkezi ve bölgesel düzey olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığı, ülke sağlık politikalarını belirlemek, hizmet sunumlarının gözetimini gerçekleştirmek, sağlık bilgi ağını geliştirmek ve sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak biçiminde görevler üstlenmiştir<sup>287</sup>. Bölgesel düzeyde ise 21 bölgeye ayrılan ülkede, her bir bölgedeki nüfustan sorumlu ve sağlık hizmetlerinin sunumunda yetkili Bölgesel Sağlık İdareleri kurulmuştur. Bölgesel sağlık İdareleri, ya hizmeti kendileri sunmakta ya da hükümet dışı organizasyonlarla sözleşme yaparak hizmeti karşılamaktadır<sup>288</sup>.

Sağlık sistemi içerisinde yer alan sağlık hizmetleri; birinci basamak, halk sağlığı, tedavi edici ve engellilere yönelik sağlık hizmetleri biçiminde dörde ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, tam ya da kısmi zamanlı çalışan genel pratisyenler aracılığıyla sunulmaktadır. Halk sağlığı hizmetleri ise Bölge Sağlık İdareleri ve gönüllü kuruluşlar tarafından yerine getirilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, kamu ve özel sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirilmektedir. Engellilere yönelik sunulan sağlık hizmetleri ise kamu, özel ve kâr amacı gütmeyen kurumlar tarafından yerine getirilmektedir<sup>289</sup>.

<sup>285</sup>Patrick M. BERNET, Michael D. ROSKO, Vivian G. VALDMANIS, Anatoly PILYAVSKY, William E. AARONSEN, "Productivity Efficiencies in Ukrainian Polyclinics: Lessons for Health System Transitions from Differential Responses to Market Changes", *Journal of Productivity Analysis*, Y.2008, C.29, S.2, s.104 ; LEKHAN v.d., a.g.e., s.33-34 ve 40-47.

<sup>286</sup>Sian FRENCH, Andrew OLD & Judith HEALY, *Health Care Systems in Transition: New Zealand*, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2001, s.41.

<sup>287</sup>Binali ÇATAK & M. Kaan SÖZMEN, "Yeni Zelanda Sağlık Sistemi'nin Organizasyonu ve Finansmanı", *Toplum ve Hekim*, Y.2006, C.21, S.5-6, s.408.

<sup>288</sup>Toni ASHTON, "New Zealand", *Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison*(Edt. John Rapoport, Philip Jacobs & Egon Jonsson), Wiley-VCH, Weinheim, 2009, s.186 ; Geoff FOUGERE, "Transforming Health Sectors: New Logics of Organizing in The New Zealand Health System", *Social Science & Medicine*, Y.2001, C.52, S.8, s.1236.

<sup>289</sup>ÇATAK & SÖZMEN, a.g.m., s.409-411 ; FRENCH v.d., a.g.e., s.68,73, 81 ve 90.

Beveridge Modeli'ne uygun olarak, Yeni Zelanda sağlık sisteminin finansman kaynakları içerisinde en fazla ağırlığı olan kaynak, %70'ler civarındaki genel vergi gelirleri olmaktadır. Tamamlayıcı niteliğe sahip olan kaynaklar ise cepten ödemeler(yaklaşık olarak %7'lik pay), özel sağlık sigortası (yaklaşık olarak %1'lik pay), kaza sigortaları(yaklaşık olarak %7'lik pay) ve gönüllü kuruluşlardan gelen katkılar olarak sıralanabilmektedir<sup>290</sup>.

### **Ç. Sosyalist Tıp Sağlık Sistemleri**

Sistem içerisindeki tüm sağlık hizmetlerinin ve yapılarının devlet kontrolünde olduğu Shemasko Sağlık Modeli olarak da ifade edilen sağlık sistemini uygulayan Küba ülkesi örnek olarak çalışmada değerlendirilmiştir.

#### **1. Küba**

1959 yılında gerçekleştirilen devrim sonrasında, Küba'da uygulanan sağlık sistemi, Karayipler bölgesindeki diğer ülkelerden farklı bir sistem haline gelmiştir<sup>291</sup>. Küba'daki sağlık sisteminin temel prensibi, bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili sorumluluğun devlet tekelinde olması gereğinden hareketle, sunulan sağlık hizmetlerinin tüm bireyler tarafından elde edilebilmesi, toplumun sağlık programlarının oluşturulmasında faal rol üstlenmesi ve sağlık hizmetlerinin önleyici ve tedavi edici fonksiyonları kapsamı gerekliliği olarak değerlendirilmektedir<sup>292</sup>.

Küba sağlık sistemi, temel ilke doğrultusunda, merkezden planlanan, tek parçalı, tümüyle kamu tarafından finanse edilen ve yönetilen, istisnai bir biçimde toplumla güçlü etkileşim içerisinde olan kamu sağlık sistemi olarak değerlendirilmektedir<sup>293</sup>. Küba sağlık sisteminin örgütsel yapılanmasında merkez, il ve belediye düzeylerinden oluşan üçlü bir organizasyon bulunmaktadır. Merkezi düzeyde, sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, denetim ve gözetimine yönelik görev ve işlevlerin tümü Sağlık Bakanlığı aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. İl ve belediye düzeyinde, il yönetim komisyonlarının doğrudan finansman ve yönetim otoritesi altında işleyen il ve belediye kamu sağlık birimleri bulunmaktadır<sup>294</sup>.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, 1983 yılından itibaren aile hekimliği sistemi aracılığıyla karşılanmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ise,

<sup>290</sup> ASHTON, a.g.m., s.186.

<sup>291</sup> BELCON v.d., a.g.m., s.49.

<sup>292</sup> TERRIS, a.g.m., s.1129.

<sup>293</sup> Pol DE VOS, Pedro O. GARCIA, Moises S. PENA & Patrick VAN DER STUYFT, "Public Hospital Management in Times of Crisis: Lessons Learned From Cienfuegos, Cuba (1996-2008)", *Health Policy*, Y.2010, C.96, S.1, s.65

<sup>294</sup> BELCON v.d., a.g.m., s.49 ; SARGUTAN, a.g.e., s.193.



belediyeler tarafından oluşturulmuş sağlık poliklinikleri görevlendirilmiştir. Poliklinikler, aynı zamanda kapıda bakım görevi de üstlenerek hastalık risklerinin de hafifletilmesini sağlamaktadırlar. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, kamuya ait hastaneler tarafından gerçekleştirilmektedir<sup>295</sup>.

Shemaskho Modeli'ne paralel olarak, Küba'da tüm sağlık yapıları kamunun tekeline ve sağlık hizmetlerine ulaşım ücretsizdir. Dolayısıyla, finansman kaynağı tümüyle devlet olmaktadır<sup>296</sup>.

#### **D. Türkiye'de Uygulanan Sağlık Sistemi**

Türkiye'de uygulanan ve Refah Yönelim Tipi Sağlık Sistemi'nin özelliklerini içeren sağlık sisteminin temel esaslarına yer verilmeden önce, bu kısımda başlangıç olarak, Türkiye'deki sağlık politikalarının ve sisteminin tarihsel gelişimine kısaca değinilmiştir. Daha sonra, yapılan son reform çalışmaları ve düzenlemelerle uygulanmakta olan sağlık sisteminin örgütsel yapısı, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık sektörünün altyapı düzeyi ve insan gücü ile sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarına yer verilmiştir.

##### **1. Türkiye'de Sağlık Politikalarının ve Sisteminin Tarihsel Açından Gelişimi**

Türkiye'de sağlık politikalarının ve bu politikalar paralelinde oluşan sağlık sisteminin gelişimi, cumhuriyetin kurulmasından önceki dönem ve kurulmasından sonraki dönem biçiminde ayrıma tabi tutularak incelenmiştir.

##### **a) Cumhuriyet Öncesi Dönem**

Cumhuriyet'in kurulmasından önceki dönem değerlendirildiğinde; bireylerin sağlık durumlarına yönelik önem düzeyi bugün olduğu gibi, geçmiş dönemde de temel unsurlar arasında kendisine yer bulmuştur. Örf ve adetler içerisinde, yardımlaşma duygusu, hasta olan bireylerin tedavisinde de etkili olmuştur<sup>297</sup>. Bu anlayış doğrultusunda, Selçuklular döneminde; ilk hastaneler olarak değerlendirilen ve aynı zamanda tıp eğitim ve öğretimi de veren, Bimarhane, Darüşşifa ve Maristan adı verilen vakfiye kuruluşları bulunmaktaydı<sup>298</sup>. Osmanlı Devleti Dönemi'nde, monarşik yönetim tarzının sağlık politikalarına ve sistemine yansıdığı değerlendirilmektedir. Bu durumu destekleyen ise, devlet eliyle yürütülen büyük çoğunluktaki sağlık hizmetlerinin saraya

<sup>295</sup>Melike ERKOÇ & Çiğdem ÇAĞLAYAN, "Küba Sağlık Sistemi Paradoks mu, Sosyaliz mi?", **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, s.464-465 ; BELCON v.d., a.g.e., s.49.

<sup>296</sup>SARGUTAN, a.g.e., s.193.

<sup>297</sup>YILDIRIM, a.g.e., s.17.

<sup>298</sup>Ayşe Y. ŞAKAR, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye AD, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999, s.43-44.

ve ordu mensuplarına yönelik olması ve sağlık işlerinin düzenlenmesinin Reisu'l Etibba(Hekim Başı) tarafından gerçekleştirilmesi<sup>299</sup>. Saray ve ordu mensupları dışında kalan büyük bir kitle ise, sağlık hizmetlerinden ücret karşılığı yararlanmakta iken, yoksul ve kimsesizler ise padişah ve yakınlarının hayır amaçlı kurduğu hastane ve şifa evlerinden faydalanmaktaydı<sup>300</sup>. 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, batılılaşma hareketleri, sağlık politikalarının ve sisteminin yeniden değerlendirilmesine ve yeni düzenlemelerin oluşturulmasına yol açmıştır. 1850 yılında, Hekim Başı'lık müessesinin yerine, Tıbbiye Nezareti, 1871 yılında Sıhhiye Müfettişleri ve Memleket Tabiplikleri oluşturularak, başta salgın hastalıkların artmasından ötürü koruyucu sağlık hizmetleri ve diğer hizmet türlerinin tümü, ülke içerisinde yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır<sup>301</sup>. Osmanlı Devleti döneminde de Selçuklu Devleti'nden devralınan vakfiyelerin muhafaza edilmesi ve hastanesi bulunmayan yerlerde vakfiyelerin kurularak, sağlık sisteminin; vakfiye müessesesine dayandırıldığına yönelik değerlendirmeler yapmak mümkündür<sup>302</sup>.

#### **b) Cumhuriyet Sonrası Dönem**

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasının ardından, 3 Mayıs 1920'de, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı(Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti)nin kurulmasıyla birlikte, devletin temel görevi olarak sağlık politikalarının ve sisteminin oluşturulması ile gözetim ve yönetimin gerçekleştirilmesinin yasal bir düzenleme altına alınması gerçekleştirilmiştir<sup>303</sup>.

Türkiye'de gerçekleştirilen iktisadi, siyasi ve sosyal dönüşümler sağlık politikalarının ve sisteminin kronolojik olarak sınıflandırılmasını sağlamaktadır. Bu bakış açısı doğrultusunda, belli dönemler itibarıyla günümüze kadar sınıflandırma yapmak mümkündür. 1960 yılına kadar geçen döneme, kronolojik ve özet olarak Kutu-4'de yer verilmiştir.

---

<sup>299</sup>AKDUR, a.g.e., s.23.

<sup>300</sup>AKDUR, a.g.e., s.23.

<sup>301</sup>Şaban ERTEKİN, **1980 Sonrası Dönemde Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman Sorunu**, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye AD, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2000, s.56.

<sup>302</sup>YILDIRIM, a.g.e., s.18.

<sup>303</sup>AKDUR, a.g.e., s.25.

#### **Kutu-4: Türkiye’de Sağlık Politikalarının ve Sisteminin Tarihsel Gelişimi: 1923-1960 Dönemi**

##### **Refik Saydam Dönemi(1923-1945):**

Mevcut sağlık sisteminin ve örgüt yapısının temeli bu dönemde atılmıştır. Sağlık Bakanlığı görevini gerçekleştiren Refik Saydam, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri üzerinde önemle durmuştur. Ayrıca ülke sınırları içerisinde yaşayan tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanabilmelerine yönelik olarak, illerde Sağlık Müdürlükleri ve ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurulmasını da sağlamıştır ve dikey örgütlenme modeli oluşturarak her hastalık için bir örgüt oluşturmuştur. Yataklı tedavi hizmetlerinin kamu gözetimi altında yerel yönetimler tarafından sunulmasına yönelik düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Yerel idarelere öncülük etmesi amacıyla, Numune Hastaneleri(büyük illerde) kurulmuştur.

Bu dönemde gerçekleştirilen yasal düzenlemeler ise, 1925 yılında, 981 Sayılı Trahomla Savaş Kanunu, 2313 Sayılı Uyuşturucu Maddesi Murakabesine Ait Kanun ile Sıtma Savaş Kanunu yürürlüğe konmuştur. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinde alt düzey politikaların ya da uygulamaların esaslarını ve Sağlık Bakanlığı’nın görevlerini belirleyen 1593 Sayılı Umumi Hıfzı Sıhha Kanunu çıkartılmıştır. 1945 yılında, 4792 Sayılı İşçi sigortaları Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur.

##### **Behçet Uz Dönemi(1946-1950):**

1946 yılında, Sağlık Bakanı olan Behçet Uz döneminde, Milli Sağlık Politikası çalışmalarına paralel olarak, ülke yedi bölgeye ayrılmış ve hizmetlerin tüm ülkeye yayılmasına yönelik düzenlemelere gidilmiştir. Bu dönemde, koruyucu ve tedavi edici hizmetler birleştirilerek, nüfus esasına göre hizmet birimleri kurulması öngörülmüştür. İlk defa, Sağlık Planı hazırlanmış ve fakat tam olarak uygulanamamıştır.

##### **Demokrat Parti Dönemi(1951-1959):**

Merkezileşme eğilimlerinin arttığı bu dönemde, 1954 tarih ve 6134 Sayılı Özel İdare Hastanelerinin Muvazene-i Umumiyeye Devri Kanunu ile yerel idare ve vakıflara bağlı tüm hastaneler, Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılması amacıyla, sağlık ocakları kurulmaya başlanmıştır. 1952 yılından itibaren, sigortalı işçilere yönelik sağlık hizmeti sunmakla yükümlü kurum Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK) adını almış ve SSK’ya bağlı hastaneler açılmaya başlanmıştır. 1950 tarih ve 5434 Sayılı Emekli Sandığı Kanunu yürürlüğe girmiş ve kamu çalışanlarının ve yakınlarının kapsama alındığı sosyal güvenlik kurumu olan Emekli Sandığı Kurumu(ESK) oluşturulmuştur.

**KAYNAK:** Seher N. SÜLKÜ, *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını, Yayın No. 2011/414, Ankara, 2011, s.3-4 ; Mehtap TATAR, “Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış”, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), Aura Kitapları, 1. Basım, İstanbul, 2007, s.419-431 ; AKDUR, a.g.e., s.25-33 ; ALTAY, a.g.m., s.42-44 ; ERTEKİN, a.g.t., s.57-58 ; OECD, a.g.r., s.32-34 ; YILDIRIM, a.g.e., s.18-19.

1960-1980 dönemi itibariyle, planlı kalkınmacılık anlayışının başladığı bir sürece girilmiştir. 1961 tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlık politikalarına ve sistemine yönelik en önemli düzenlemedir<sup>304</sup>. Bu Kanun’un temel özelliği, sağlıklı yaşam ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir hak anlamına geldiği ve bu hakkın da devlet aracılığıyla sağlanmasına yönelik politika ve uygulamaların oluşturulması gereğini içeren düzenlemelere sahip olmasıdır<sup>305</sup>. Kanun aracılığıyla, ulusal düzeyde kademeli olarak sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirecek bir yapı oluşturulmuştur. Böylece, il kapsamında bütünleşik bir anlayış ile sağlık evlerinden, ocaklarından, ilçe ve il hastanelerinden oluşan yapısal dönüşüm

<sup>304</sup>OECD, a.g.r., 2008, s.32.

<sup>305</sup>AKDUR, a.g.e., s.30 ; TURAN, a.g.e., s.6-7.

sağlanmıştır<sup>306</sup>. 1963 yılında, ilk defa, sağlık ile ilgili hedefler Devlet Planlama Teşkilatı(DPT) tarafından hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda(BBYKP) yer almıştır. BBYKP'da sağlık ile ilgili hedefler; koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, halk sağlığı hizmetlerinin artırılması, Genel Sağlık Sigortası(GSS)'nın oluşturulması, toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi biçiminde sıralanmıştır. Tüm bu hedeflerin temel amacı ise, sağlık seviyesini yükseltmek olarak belirlenmiştir<sup>307</sup>. 224 sayılı Kanun'un getirdiği bir diğer yenilik, sağlık sektöründe özel teşebbüsün de serbestçe faaliyette bulunmasına izin vermiş olmasıdır<sup>308</sup>. Uygulanmaya ancak 2008 yılında başlanan GSS ile ilgili ilk kez, 1967 yılında kanun taslağı hazırlanmasına karşılık, uygulamaya dönüştürülmesi gerçekleştirilememiştir<sup>309</sup>. 1971 yılında, esnaf ve sanatkarlar ile diğer serbest çalışanların sosyal güvenlik kapsamı içerisine dâhil edilmesini sağlayan ve 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile Bağ-Kur kurulmuştur<sup>310</sup>.

1980-2003 dönemi değerlendirildiğinde, bu dönem içerisinde gerçekleştirilen düzenlemelerin başında, 1982 Anayasası gelmektedir. Anayasa'nın 56. maddesinde, GSS'nin oluşturulabileceğine yönelik hüküm bulunmaktayken, 60. maddesinde, bireylerin sosyal güvenlik haklarının korunması ile denetiminde, gözetilmesinde ve sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devletin temel sorumlu organ olduğu vurgulanmaktadır<sup>311</sup>. Sağlık sektörünün ve sisteminin yeniden yapılandırılmasına yönelik olarak, 1986 tarih ve 3235 sayılı Bağ-Kur Kanunu'na Ek Kanun ile Bağ-Kur kapsamındaki sigortalıların sağlık yardımlarını aşamalı olarak elde etmeleri için düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yürürlüğe konmuştur. 3359 sayılı Kanun ile, hakkaniyete ve sağlık hizmetlerine erişime dikkat çekilerek, sağlık hizmetindeki entegrasyon eksikliğinin giderilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, sağlık sisteminin var olan kaynak sıkıntısının giderilmesi amacıyla, finansmanının artırılması amaçlanmış olsa da sistemin gerek duyduğu kapsamlı reformların gerçekleştirilememesi sağlık sisteminin gelişmesini sağlayacak beklenen hedeflere ulaşmayı engellemiştir<sup>312</sup>. 1990'lı yılların başında, DPT tarafından

---

<sup>306</sup>ŞÜLKÜ, a.g.e., s.4.

<sup>307</sup>DPT, **Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963-67**, T.C. Başbakanlık DPT Yayını, Ankara, 1963, s.39.

<sup>308</sup>ŞAKAR, a.g.t., s.50.

<sup>309</sup>MORLOCK v.d., a.g.e., s.45.

<sup>310</sup>TURAN, a.g.e., s.7.

<sup>311</sup>OECD, a.g.r., 2008, s.33.

<sup>312</sup>SARGUTAN, a.g.e., s.31-33 ; ŞÜLKÜ, a.g.e., s.5 ; YILDIRIM, a.g.e., s.22.

başlatılan sağlık sistemine yönelik sektörel reformları içeren Master Plan hazırlanmıştır. Bu plan çerçevesinde gerçekleştirilen I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri aracılığıyla, reform çalışmalarına hız verilmiştir. Bu dönem boyunca gerçekleştirilen sağlık hizmetleri reform çalışmalarının temel hedeflerini aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>313</sup>:

- Toplumun tümünü sosyal sağlık sigortasına dahil etmeye yönelik olarak, GSS'nin kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması,
- Sağlık sistemi içerisindeki hizmetlerin hakkaniyetinin sağlanması,
- Koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik önemin artırılması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ve sağlık sisteminin geliştirilmesi,
- Hizmetlerin sunumunda, verimlilik esasına geçilmesi ve teknoloji kullanımının artırılması,
- Sağlık sektörü içerisinde hizmet sunuculararası rekabetin gerçekleştirilmesi,
- Sektörlerarası eşgüdüm ve koordinasyonun geliştirilmesi,
- Bilgiye dayalı karar verme süreçlerinin geliştirilmesi,
- İnsan kaynaklarının geliştirilmesi,
- Karar vermenin hizmeti sunan birimlere devredilmesi.

Ele alınan dönemde, sağlık sistemi ile ilgili bir diğer önemli uygulama ise, 1992 tarih ve 3836 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun'un yürürlüğe girmesidir. Böyle bir düzenleme ile GSS uygulanıncaya kadar, hiçbir sağlık güvencesi olmayan düşük gelirli bireylerin sistem içerisine dahil edilmesi amaçlanmıştır<sup>314</sup>. 1990-2002 yılları arasında yaşanan ekonomik, siyasi ve sosyal istikrarsızlıklar ve sonucunda oluşan krizler, söz konusu reform çalışmalarının tam anlamıyla uygulanmasına engel

---

<sup>313</sup>DPT, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı(1996-2000)**, T.C. Başbakanlık DPT Yayını, Ankara, 1995, s.45-48 ; Mehtap TATAR, Salih MOLLAHALİLOĞLU, Bayram ŞAHİN, Sabahattin AYDIN, Anna MARESSO & Cristina H. QUEVEDO, **Turkey: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2011, s.19 ; MORLOCK v.d., a.g.e., s.46.

<sup>314</sup>ERTEKİN, a.g.t., s.62.

olmuştur. Dolayısıyla, sağlık politikalarından ve sisteminden beklenen ve tasarlanan hedeflerin gerçekleştirilemediği bir dönem ortaya çıkmıştır<sup>315</sup>.

2003 yılı ve sonrası dönem değerlendirildiğinde, dönem başı itibariyle sağlık sisteminin genel görünüşü, ülke sınırları içerisinde yaşayan bireylere sınırlı ücretsiz sağlık hizmetleri sunabilen ulusal sağlık hizmetleri ve kayıt altında olan nüfusun farklı kesimlerini farklı niteliklere göre, kapsayan sosyal sigorta modeli(Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK) ile dar gelirlilere yönelik sosyal destek programının(Yeşil Kart) var olduğu karma(ya da parçalı) ve karmaşık bir sistem bulunmaktaydı<sup>316</sup>. Sağlık sisteminin sahip olduğu karmaşık yapısını sadeleştirmek için, 2002 yılı Kasım ayında gerçekleştirilen genel seçimlerin ardından, hükümet tarafından hazırlanan Acil Eylem Planı'nda "Herkesin Sağlık" başlığı altında, geçmiş dönemlerde sağlık sisteminin karşılaştığı temel eksikliklerin giderilmesine yönelik reform çalışmalarını kapsayan ve dünyadaki örneklerden esinlenen Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP), 2003 yılından itibaren uygulamaya konulmuştur<sup>317</sup>.

## **2. Türk Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı**

Türkiye'de mevcut sağlık sisteminin örgütsel yapısına, sağlık hizmetlerinin sunumuna, altyapı düzeyine, finansmanına ve sağlık insan gücü düzeyine yön veren ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2003-2013 yıllarını kapsayan reform programı, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" olarak ifade edilmektedir. Bu kısımda, başlangıçta, SDP'nin nitelikleri ve 2003-2010 yılları arasında, SDP kapsamında gerçekleştirilen reformlar, daha sonra ise Türk Sağlık Sistemi'nin, günümüzdeki görünümünü ele alınmıştır.

### **a) Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Genel Değerlendirmesi**

Türkiye'de, SDP'na geçiş nedenleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır<sup>318</sup>:

- Sağlık hizmetleri sunumundaki maliyet artışları,
- Bireysel beklentilerin farklılaşması ve artması,
- Kamunun finansman kapasitesinin sınırlı olması,
- Kamu yönetimi anlayışının vatandaşlar tarafından sorgulanmasıdır.

<sup>315</sup>OECD, a.g.ç., 2008, s.34.

<sup>316</sup>TATAR v.d., a.g.e., s.21-22 ; OECD, a.g.ç., s.34.

<sup>317</sup>SAĞLIK BAKANLIĞI, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Yayın No.770, Ankara, 2008, s.21.

<sup>318</sup>SAĞLIK BAKANLIĞI, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu: 2003-2010**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2011a, s.29-30.

Sağlık Bakanlığı tarafından; yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirmek, sağlık sistemini daha etkili ve etkin hale getirmek amaçlarıyla, SDP hazırlanmıştır. SDP'nin temel ilkelerini Kutu-5'deki gibi oluşturmak mümkündür.

#### **Kutu-5: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Temel İlkeleri**

- Hasta Hakları Kanunu'nun uluslararası standartlara uygun hale getirilmesi,
- Ulusal bir izleme sistemini sağlayacak sağlık bilgi sistemlerinin otomasyon dönüşümünün sağlanması,
- Ülke içerisindeki tüm vatandaşları kapsayacak GSS sistemi kurulması,
- Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK olmak üzere, kamu ve sosyal güvenlik sigorta programlarının aktüeryal yapılarının ve finansal durumlarının güçlendirilmesi,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık sistemi içinde merkezi planlayıcı ve düzenleyici rolünü üstlenmesi,
- Sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sunucular tarafından yerine getirilmesi,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk yapıya kavuşturulması,
- Sosyal güvenlik programları içerisinde yer alan emeklilik ve sağlık sigortalarının ayrıştırılması,
- Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesinin sağlanması,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasını özendirmeye yönelik özel sağlık ve hayat sigorta şirketleri için teşviklerin sağlanması,
- En iyi ve yeni uygulamaları gerçekleştirmeye yönelik, çıktı ve göstergelerin ölçümünde kullanılan sistemlerin oluşturulması için ulusal bir kalite ve akreditasyon kurumunun kurulması,
- İlaç sektörünün regülasyonu için bağımsız "Ulusal İlaç Kurumu"nun ve "Ulusal Tıbbi Gereç Kurumu"nun kurulması.

**KAYNAK:** MORLOCK v.d., a.g.e., s.47 ; SAĞLIK BAKANLIĞI, a.g.ç., 2008, s.21.

SDP kapsamında belirlenmiş ilkeler doğrultusunda reform çalışmaları, 2003 yılından beri devam etmektedir. 2003-2010 yıllar arasında sağlık sistemi içerisinde değişim ve dönüşümlere yol açan reform niteliğindeki düzenlemeler ile politika değişimlerini, Tablo-2'deki biçimde özetlemek mümkündür.

**Tablo-2: Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Gerçekleştirilen Düzenlemeler**

<b>YILLAR</b>	<b>DÜZENLEMELER</b>
<b>2003</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toplam Kalite Yönetiminin Sağlık Bakanlığı'nda Uygulanması,</li> <li>• Ambulans Hizmetlerinin Ücretsiz Yapılması,</li> <li>• Ödeme Yapamayan Hastaların Hastanede Rehin Kalmasını Engelleyecek Mekanizmanın Uygulanması,</li> <li>• Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin Pilot Olarak Sağlık Bakanlığı'na Bağlı 10 Hastanede Uygulanması,</li> <li>• Kızamığa Karşı Ulusal Bağışıklama Kampanyası Bağlamında Aşılama Günlerinin Organize Edilmesi,</li> <li>• Hasta Hakları Birimlerinin Hastanelerde Kurulmasına Yönelik Yasal Düzenlemelerin Gerçekleştirilmesi,</li> <li>• Aktif ve Emekli Devlet Memurlarının Özel Hastanelerde Bakınabilmesinin Sağlanması,</li> <li>• Kırsal ve Az Gelişmiş Bölgelerde İstihdam Edilmek Üzere Sözleşmeli Sağlık Personelinin Alınması.</li> </ul>

2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bireysel Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin Sağlık Bakanlığı Kuruluşlarında Uygulamaya Geçilmesi,</li> <li>• Yeşil Kart Sahiplerinin Ayakta Tedavi Kapsamına Alınması,</li> <li>• Maliye Bakanlığı Kararnamesi Uyarınca Geri Ödeme Kararlarından Sorumlu Geri Ödeme Komisyonu'nun Kurulması,</li> <li>• Hekim Seçme Hakkının Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Uygulanması,</li> <li>• Ülke Genelinde Hamilelere Demir Desteği Sağlanması,</li> <li>• İlaçlar Üzerinden Alınan Katma Değer Vergisi'nin %18'den %8'e İndirilmesi,</li> <li>• 25665 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Aracılığıyla Düzce'de Pilot Aile Hekimliği Uygulamasına Gidilmesi.</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeşil Kart Sahiplerinin Ayakta Tedavide Verilen Reçeteli İlaçlarının Kapsama Alınması,</li> <li>• Kurumsal ve Kalite Kriterlerinin Sağlık Bakanlığı Kuruluşlarındaki Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Eklenmesi,</li> <li>• SSK Eczanelerinin Kapatılması ve Üyelerinin Özel Kuruluşlara Erişimine İzin Verilmesi,</li> <li>• SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesi,</li> <li>• İlaçlar İçin Yeşil Kartlılara Yönelik Katkı Payı Koşulu Getirilmesi,</li> <li>• İlaçlar İçin Ruhsatlandırma Yönetmeliğinin Kabul Edilmesi,</li> <li>• Sağlık Meslek Liselerinin Milli Eğitim Bakanlığı'na Devredilmesi.</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastaneler İçin Global Bütçe Uygulamasına Başlanması,</li> <li>• 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun Yürürlüğe Girmesiyle; Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK'nın Tek Çatı Altında SGK olarak Toplanması,</li> <li>• Aile Hekimliği Uygulamasının Adıyaman, Denizli, Edirne, Eskişehir ve Gümüşhane'de Uygulamaya Konulması,</li> <li>• SGK'da İlaç Harcaması Takip Sisteminin Kurulması ve SGK için MEDULA'nın başlatılması,</li> <li>• Sağlık İçin Kamu Özel Ortaklığı Kanunu'nun TBMM'nde Kabul Edilmesi,</li> <li>• Kızamık, Kabakulak ve Kızamıkçık Aşılarının Rutin Aşılama Programlarına Dahil Edilmesi.</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosyal Güvence Kapsamında Olmayan Bireylerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Ücretsiz Yararlanmalarının Sağlanması,</li> <li>• SGK'nın Yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği'nin(SUT) Uygulamaya Konması. SUT'a göre; Bağ-Kur ve SSK için Sağlık Bakanlığı Hastanesinden Üniversite Hastanelerine Sevk Zorunluluğu kaldırılmış, Kronik rahatsızlığı olan hastaların önce hekim onayı olmadan eczanede tekrar reçete yaptırılması sağlanmış, SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde CPT ve ICD-10'a dayalı ayakta ve yatan hasta prosedürlerine yönelik toplu ödemenin getirilmiş, SGK ile sözleşmeli hastanelerin yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemeleri ücretsiz hale getirilmiş ve hastadan ücret alındığında ceza hükümlerinin getirilmiş olması ve SGK ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerin talepleri MEDULA üzerinden bildirme zorunlu hale getirilmiştir.</li> <li>• Ambulans Hizmetlerinin Kış Döneminde Ulaşımı Daha Zor Olan Bölgelerde Erişilebilir Hale Getirilmesi,</li> <li>• Aile Hekimliği Uygulamasının Elazığ, Isparta, İzmir ve Samsun'da Başlatılması</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GSS Uygulamasının Başlaması,</li> <li>• Yeşil Kart Programının GSS Kapsamına alınması ve Yeşil Kart Sahiplerinin GSS Kapsamındaki Diğer sağlık Sigortası Sistemindekilerle Aynı Teminatlardan Yararlanması,</li> <li>• Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu Değişikliklerinin TBMM tarafından kabulü ve Cumhurbaşkanı tarafından onaylanması,</li> <li>• Açık ve Kapalı Kamu Alanlarında Sigara İçilmesini Yasaklayan Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunun Kabul Edilmesi,</li> <li>• Özel Ayakta Tanı ve Tedavi Merkezleri Konulu Yeni Sağlık Bakanlığı Yönetmeliğinin kabul edilmesi ve "İhtiyaç Ruhsatı" Koşulunun Konulması ve Yeni Ruhsatlandırma Prosedürlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmesi,</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Petavalan(Difteri, Tetanos, Asalüer Boğmaca, Çocuk Felci ve Hib enfeksiyonlarına karşı) aşuların rutin bağışıklama programına alınması.</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık Bakanlığı tarafından 2010-2014 Sağlık Hizmetleri Strateji Planı'nın oluşturulması,</li> <li>• Sağlık Sistemi Performans Ölçüm Çalışmalarına başlanması,</li> <li>• Ayakta Tedavi Sağlık Hizmetlerinde Kesinti uygulamasının başlaması,</li> <li>• Kamu Personelinin 15.01.2010 tarihi itibariyle, GSS Kapsamına Alınmasına Dair Tebliğın Yayınlanması.</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kamu Çalışanlarının ve Yakınlarının Sağlık Prim Ödemelerinin, GSS'ye Devredilmesi,</li> <li>• Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasını Öngören "Tam Gün" olarak ifade edilen Kanun'un, TBMM tarafından Kabul Edilmesi,</li> <li>• 19.06.2010 tarih ve 5997 sayılı Bazı Kanunlarda ve 190 Sayılı KHK'de Değişiklik Yapılmasını Öngören Kanun ile, Yeşil Kart Uygulamasının 01.01.2012 tarihine kadar Yürürlükten Kaldırılmasının Öngörülmesi,</li> <li>• Aile Hekimliği Uygulamasının tüm Yurda Yayılarak Uygulanması.</li> </ul>

KAYNAK: OECD, a.g.r., 2008, s. 37 ; SAĞLIK BAKANLIĞI, a.g.r., 2011a, s.25-26 ; TATAR v.d., a.g.e., s.148-149.

SDP ile Türk Sağlık Sistemi'nde gerçekleştirilen en köklü değişimlerin başında, 16.06.2006 tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun kabulü gelmektedir. Uygulamasına 2008 yılında başlanan 5510 sayılı Kanun ile, Anayasa'nın 56. maddesinde yer alan; "...vatandaşların ödeme güçleri oranında katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları oranında kullanabilecekleri", GSS modeli oluşturulmuştur<sup>319</sup>.

GSS sistemiyle belirlenen amaç ve hedefleri aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür<sup>320</sup>:

- Kalite farkı olmaksızın tüm nüfusa sağlık sigortası sunulması,
- Katılımının zorunlu olacağı, primlerin bireylerin gelirine göre hesaplanarak, hizmetlerin gerçekçi ihtiyaçlara karşılık vereceği bir sağlık sisteminin oluşturulması,
- Gelir düzeyi düşük yoksul bireylerin ödemekle yükümlü olacağı primlerin devlet tarafından ödenmesi,
- Koruyucu hekimlik uygulamasının sağlık politika ve sisteminin odak noktasında olmasının sağlanması,

<sup>319</sup>Ulvi SARAN, "Türk Sağlık Sisteminde Değişim, Yeniden Yapılanma Gereği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı", **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), Aura Kitapları, 1. Basım, İstanbul, 2007, s.671.

<sup>320</sup>Hüseyin ÖZBAY, Halil E. ERİŞTİ, Hasan G. ÖNCÜL, Hakan O. ARI, Bekir L. ÇELEPÇİKAY, Mecit GÖKÇİMEN & Salih MOLLAHALILOĞLU, "Sağlık Hizmetleri Sistemi", **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**(Edt. Salih Mollahaliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Kemal Çağlayan, Necdet Ünüvar & Sabahattin Aydın), Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2007, s.114.

- Kontrol ve izleme sisteminin geliştirilerek, kamu kaynaklarının daha verimli kullanımının sağlanmasıdır.

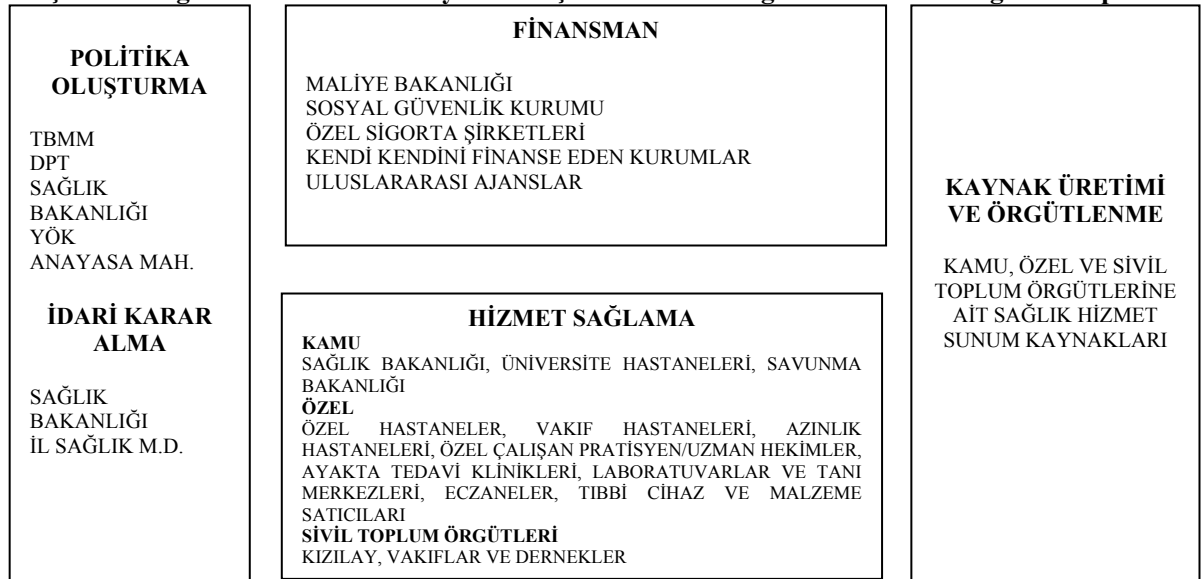
GSS ile ödeme gücüne bakılmaksızın tüm bireyler sağlık sistemine dâhil edilerek, sağlık sisteminin kapsadığı nüfusun genişletilmesinin yolu açılmıştır. 2003 yılında başlanan ve devam edilen reform çalışmaları ve düzenlemeleri, Türk Sağlık Sistemi'nin organizasyonel yapısı içerisinde de değişimlere yol açmıştır.

### b) Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Türkiye'de, sağlık sistemine yönelik olarak gerçekleştirilen SDP'ndan önce, örgütsel ve finansal yapı açısından çok karmaşık bir sistemin var olduğunu ileri sürmek mümkündür<sup>321</sup>. 2003 yılından sonra uygulanmasına başlanan SDP kapsamında özellikle sağlık sisteminin finansmanı ve hizmet sunumunun birbirinden ayrı örgütlenmeler aracılığıyla yerine getirilmesine başlanması, daha önceki dönemlerdeki karmaşık yapıyı belli ölçülerde hafifletici bir unsur olmuştur<sup>322</sup>.

Bir ülke sağlık sisteminin amaçlarını tam anlamıyla yerine getirebilmesinin temel şartının, daha önceki kısımlarda da değinildiği üzere, sağlık sisteminin performans düzeyini belirleyen sağlık sistemi fonksiyonlarının amaçlar ile etkileşim içerisinde olmasıdır. Bu doğrultuda, yönetim ve düzenleme, finansman, hizmet sağlama ile kaynak sağlanması ve örgütlenme fonksiyonları açısından, Türk Sağlık Sistemi'nin örgütsel yapısını Şekil-5'deki gibi düzenlemek mümkündür.

**Şekil-5: Sağlık Sisteminin Fonksiyonları Açısından Türk Sağlık Sistemi'nin Örgütsel Yapısı**



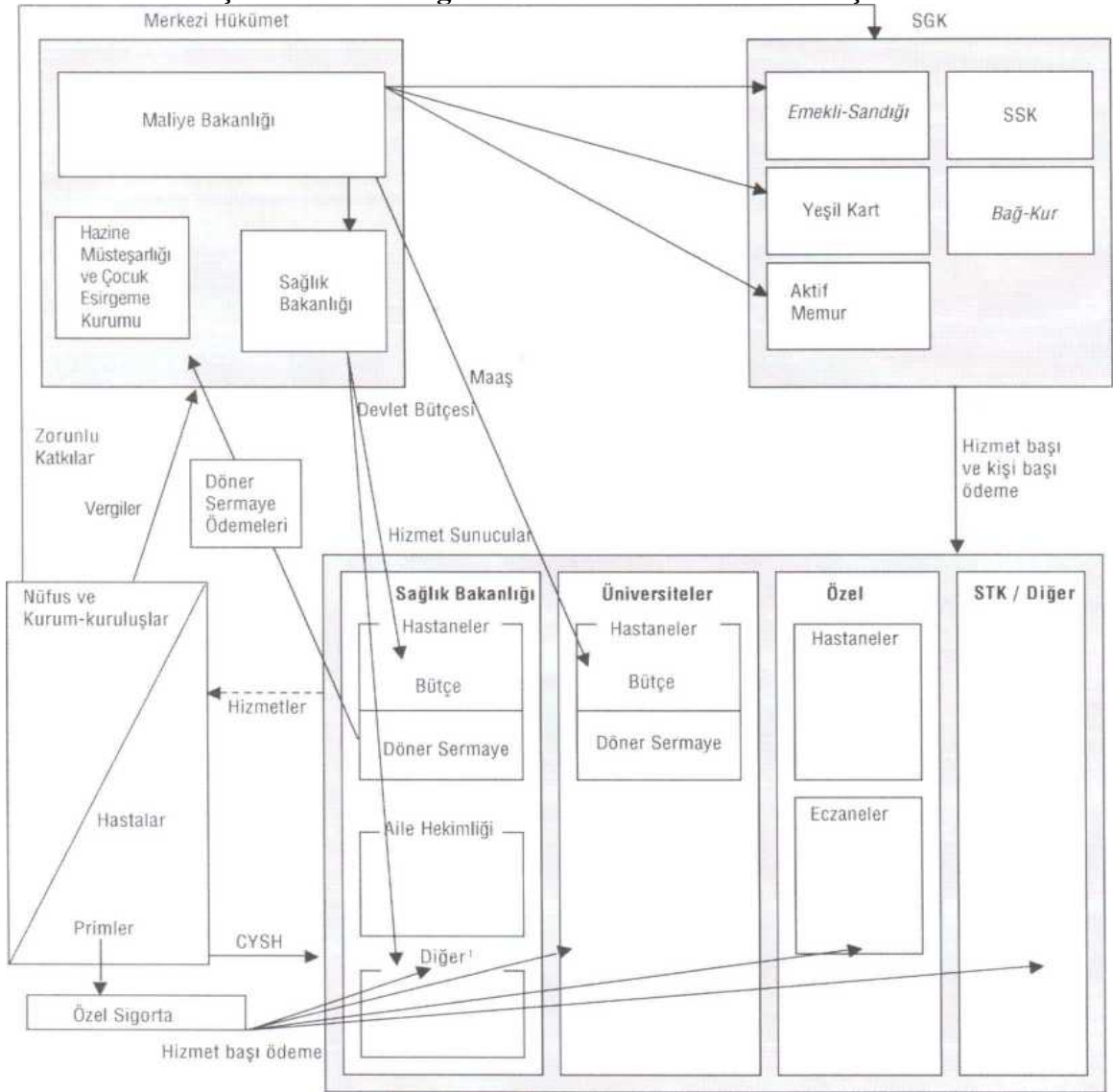
**KAYNAK:** ÖZBAY v.d., a.g.m., s.102 ; TATAR v.d., a.g.e., s.20.

<sup>321</sup>AKDUR, a.g.e., s.35 ; TATAR v.d., s.20.

<sup>322</sup>OECD, a.g.e., 2008, s.40 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.545.

SDP kapsamında, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı bir biçimde kullanılması ve atıl kapasitenin yaratılmaması amaçlarıyla, coğrafi yapı, nüfus, nüfusun sağlık merkezlerine uzaklığı, bölgelerin ulaşım kriterleri ve var olan sağlık araç-gereç envanterine göre bölgesel planlama çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda, Türkiye’de 29 Sağlık Hizmet Bölgesi oluşturulmuştur<sup>323</sup>. Şekil-5 ve 6 incelendiğinde, Türkiye’de uygulanan sağlık sisteminin işleyişinde, kamu, yarı-kamu, özel kurumlar ile dernek ve vakıflara ait kurumlar aktif rol sahibi olan unsurlardır<sup>324</sup>.

**Şekil-6: Türk Sağlık Sisteminde Temel Mali Akışlar**



**KAYNAK:** OECD, a.g.r, 2008, s.48.

<sup>323</sup>SAĞLIK BAKANLIĞI, **Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri:2011-2023**, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2011b, s.15.

<sup>324</sup>ÖZBAY v.d., a.g.m., s.102.

Türkiye’de sağlık sisteminin yönetim ve düzenleme fonksiyonu açısından, en başta gelen kurum, Türkiye Büyük Millet Meclisi(TBMM)dir. TBMM, sağlık dahil olmak üzere, ülkedeki tüm sektörlerle ya da taraflara yönelik en büyük karar alıcı olan yasama organıdır. Yönetim ve düzenleme fonksiyonunun yerine getirmek üzere, SDP’na göre, DPT, Yüksek Öğretim Kurumu(YÖK), Anayasa Mahkemesi’nin de etkileri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, diğer unsurlardan farklı olarak, parlamento adına sağlık hizmetlerine yönelik alınacak kararları belirleyen, bu kararlara yönelik politikalar oluşturan ve sağlık hizmetlerinin sunumunda doğrudan sorumlu olan en önemli karar alma organıdır. Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı’na bağlı İl Sağlık Müdürlükleri de sağlık hizmetlerinin iller temelinde tam olarak yerine getirilmesine yönelik yönetsel sorumlulukları bulunmaktadır<sup>325</sup>.

Finansman fonksiyonu açısından, sistemin karma yapısına uygun bir biçimde, kamu ve özel sektör örgütlenmeleri tarafından gerçekleştirilen bir finansman yapısı bulunmaktadır. Kamu tarafında, Maliye Bakanlığı ve SGK yetkili iken özel kesim açısından, özel sigorta şirketleri, kendi kendini finanse eden kurumlar ve uluslararası ajanslar rol üstlenmektedir.

Hizmet sunum fonksiyonu ile kaynak üretimi ve örgütlenme bakımlarından, SDP aracılığıyla gerçekleştirilen reformlar sonrasında, Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda en fazla ağırlığı olan kurum niteliğini kazanmıştır. Kamu kurumları içerisinde, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunan unsurlarına ilave olarak, üniversitelere ve Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumlarının da hizmet sunumuyla ilgili sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, özel girişimcinin ve STK’ların sahip oldukları kurumlar da sorumluluk üstlenmişlerdir. Kamu ve özel sektöre ait tüm unsurlar(sağlık personeli, araç-gereç, tesis v.b.) sağlık hizmetlerine yönelik kaynak üretimi ve örgütlenme içerisinde değerlendirilmektedir<sup>326</sup>.

### **c) Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Altyapı Düzeyi**

Türkiye’de uygulanmakta olan sağlık sistemi içerisinde, gerek kamu gerekse de özel sektör aracılığıyla sunulan sağlık hizmetlerinin; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri biçiminde üçlü bir ayrıma tabi tutularak incelenmesi mümkündür. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aktif rol alan kurumların yerine getirdiği hizmet

<sup>325</sup>ŞAKAR, a.g.t., s.53-55 ; TATAR v.d., a.g.e., s.21.

<sup>326</sup>TATAR v.d., a.g.e., s.22.

türleri ile Türkiye'nin sahip olduğu sağlık altyapı düzeyi(sağlık hizmeti veren tesisler ile personelin rakamsal düzeyi) bu kısımda birlikte ele alınmıştır.

### **ca) Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve insana yönelik yapılan sağlık hizmetleri biçiminde ikiye ayrılmaktadır. Sağlık Bakanlığı her iki tür sağlık hizmetinin sunulmasında, en fazla sorumluluk sahibi olan örgütlenmedir.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Orman ve Su İşleri Bakanlığı ve Belediyeler tarafından gerçekleştirilmektedir. İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tek tedarikçisi ise, Sağlık Bakanlığı'dır. İlgili hizmetlerin büyük bir çoğunluğu, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan İl Sağlık Müdürlüklerinin birimleri tarafından yürütülmektedir. Müdürlüklere bağlı, Verem Savaş Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserleri, Sağlık Evleri, Bölge Tüberküloz Laboratuvarı, Sıtma Enstitüsü ve Laboratuvarı biçiminde oluşturulan unsurların tümü, koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmektedirler. Ayrıca GSS'na geçiş ile birlikte bu türden sağlık hizmetleri ilk defa sağlık sigortası kapsamına alınarak, SGK tarafından da karşılanmaya başlanmıştır<sup>327</sup>.

### **cb) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak biçiminde ayrıma tabi tutulan hizmetlere, çalışmanın birinci bölümünde de değinildiği üzere, tedavi edici sağlık hizmetleri adı verilmektedir. Bu tür hizmetlerden beklenen amaç ise, alınmış olan sağlık önlemlerine karşın hastalık ortaya çıkması halinde erken teşhis ve sonucunda tedavi yoluyla hastalık halinin sonlandırılması olarak ifade edilmiştir.

SDP sonrası dönemde, sağlık hizmetleri sunumu fonksiyonunda, önemli ve köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bunlardan ilki, SSK hastaneleri olmak üzere, diğer kamu kurumlarının(Milli Eğitim, Savunma ve Ulaştırma Bakanlıkları ile Belediyelerin) sağlık hizmeti sunmakla yükümlü unsurlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilmesidir. İkincisi ise, finansman ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması sağlanırken, Sağlık Bakanlığı'nın tedavi edici sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesindeki görevinin ve sorumlğunun arttırılmış olmasıdır<sup>328</sup>.

<sup>327</sup>OECD, a.g.r., 2008, s.47 ; ÖZBAY v.d., a.g.m., s.102-103.

<sup>328</sup>SÜLKÜ, a.g.e., s.15 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.548.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri; 2010 yılından itibaren, tüm ülkede, Sağlık Bakanlığı sorumluluğu altında Aile Hekimliği uygulaması kapsamında değerlendirilmeye başlanmıştır. Aile Hekimliği uygulamasıyla, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında birinci basamak sağlık hizmetlerindeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde gereksiz yığılmaların engellenmesi, sağlık hizmetlerinde israfın önlenmesi ve hasta mağduriyetinin giderilmesi biçiminde sıralanan hedefler belirlenmiştir<sup>329</sup>. 2010 yılı sonu itibariyle, 6.367 Aile Sağlığı Merkezinde 20.185, 961 Toplum Sağlığı Merkezinde 2.167 hekim olmak üzere toplam 22.352 hekim görev yapmaya başlamıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı aracılığıyla, kamunun ağırlıklı olduğu bir hizmet sunumu gerçekleştirilmesinin yanında isteyen bireyler, cepten ödemeler aracılığıyla (ya anlaşmalı özel kurumlara katkı payı ya da tümünü kendileri karşılamak yoluyla) özel muayenehanesi olan doktorlara ya da kliniklere de başvurabilmektedirler<sup>330</sup>.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin kontrolü, ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir. SDP kapsamında, 2005 yılından itibaren, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyetlerin azaltılmasının sağlanması ve aynı kaynakla daha fazla hizmetin gerçekleştirilmesi amacıyla kamuya ait hastanelerin entegrasyonu gerçekleştirilmiştir. Bu düzenleme sayesinde, önceden kamu hastaneleri içerisinde, Bağ-Kur’a, Emekli Sandığı’na, SSK’na tabi, emekli ya da Yeşil Kart sahipleri ayırımından dolayı oluşan dengesiz yük ve hizmet sunumu ortadan kaldırılmıştır. SGK kapsamında ve Yeşil Kart sahibi olan tüm vatandaşlar, ayırım yapılmaksızın, Sağlık Bakanlığı’na devredilen kamu hastanelerinden yararlanma hakkı elde etmişlerdir<sup>331</sup>. Kamuya ait hastanelerin yanında, Milli Savunma Bakanlığı’na ve Üniversitelere bağlı hastanelerde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti vermektedirler. Kamu ve diğer kurumlara ait hastanelere ilave olarak, GSS kapsamında, SGK, ayakta ve yatan hasta tedavi hizmetlerinin sunulmasına yönelik olarak özel kuruluşlarla da, hizmetlerin gördürülmesi amacıyla sözleşme yapılmaktadır. Ayrıca cepten ödemeler yoluyla da özel sağlık kuruluşlarından faydalanma söz konusu olmaktadır<sup>332</sup>.

---

<sup>329</sup>SAĞLIK BAKANLIĞI, a.g.r., 2011a, s.79.

<sup>330</sup>SAĞLIK BAKANLIĞI, a.g.r., 2011a, s.80 ; TATAR v.d., a.g.e., s.124-125.

<sup>331</sup>SAĞLIK BAKANLIĞI, a.g.r., 2011a, s.149.

<sup>332</sup>OECD, a.g.r., 2008, s.44.

Türkiye’de tedavi edici sağlık hizmetlerini yerine getiren kurumlar açısından, rakamsal dağılımı gösteren Tablo-3 oluşturulmuştur. Başlangıç döneminin 1967 yılı olarak belirlenmesinin temel nedenleri, karşılaştırılabilir verilerin tam olarak elde edilebildiği dönem olması ve kalkınmacı devlet yaklaşımının ardından yaşanan gelişmelerin daha net değerlendirilebilmesidir.

**Tablo-3: Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Veren Kurumların Dağılımı (1967-2010)**

	Yataklı Sağlık Kurumları													Yataksız Sağlık Kur.**	Genel Topl.
	Sağ. Bak.	Pay (%)	Diğ. Bak. Ve Resmi Kur.	Pay (%)	Ünv.	Pay (%)	Belediye	Pay (%)	SSK	Pay (%)	Özel	Pay (%)	Toplam*		
1967	510	76,8	26	3,9	5	0,7	9	1,3	38	5,7	76	11,4	664	2.627	3.291
1975	593	74,3	34	4,2	5	0,6	6	0,7	68	8,5	92	11,5	798	6.161	6.959
1980	604	73,0	33	3,9	17	2,0	10	1,2	73	8,8	90	10,8	827	9.644	10.471
1985	481	66,6	19	2,6	23	3,1	7	0,9	77	10,6	115	15,9	722	11.633	12.335
1990	593	69,1	18	2,1	23	2,6	5	0,5	93	10,8	125	14,5	857	15.253	16.110
1995	677	67,0	13	1,6	33	3,2	5	0,4	115	11,3	166	16,4	1.009	17.668	18.677
2000	743	62,8	10	0,8	42	3,5	9	0,7	118	9,9	261	22,0	1.183	18.338	19.521
2003	668	59,0	10	0,8	50	4,4	9	0,7	121	10,6	274	24,2	1.132	18.607	19.739
2010	843	60,3	1	0,1	62	4,4	2	0,1	---	---	489	35,0	1.397	15.254	16.651

\*: Askeri hastaneler dışında, her türlü tedavi hizmetini yapmakla yükümlü olan hastaneler, doğum ve çocuk bakımevleri, ruh ve sinir hastaneleri, göğüs hastaneleri, onkoloji hastaneleri ve sağlık merkezlerini kapsamaktadır.

\*\* : Sağlık Merkezlerinin tamamı Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne devredildiği için yataksız sağlık kurumları içinde gösterilmektedir.

**KAYNAK:** TÜİK.

Tablo-3 değerlendirildiğinde; 1967-2010 yılı itibariyle, tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda, en önemli rol Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı sağlık kurumlarının olduğu görülmektedir. 1967 yılında 510 adet Sağlık Bakanlığı’na ait yataklı sağlık kurumu, %76,8’lik bir pay almakta iken, özel hastanelerin payı %11,4 olarak gerçekleşmiştir. SSK hastaneleri ise, %5,7’lük payla üçüncü önemli yataklı hizmet sunucu halini almıştır. Dönemler itibariye gerçekleştirmeler incelendiğinde, özellikle, SDP kapsamında, SSK hastanelerin devri sonrasında Sağlık Bakanlığı payı, dönem başına göre daha az olan %60,3 pay olarak gerçekleşmesine karşın, bünyesinde bulunan sağlık kurum sayısı 2010 yılı itibariyle 843’e yükselmiştir. Türk Sağlık Sistemi içerisinde, hizmet sunumunda ağırlıklı payın kamuya ait olmasına karşılık, 1995 yılından itibaren özel sağlık kurumlarının aldıkları pay, artış eğilimi içerisine girmiştir. 1995 yılında, söz konusu pay 166 hastane ile %16,4 iken 2010 yılı sonu itibariyle, 489 hastane ile %35’lik bir paya ulaşmıştır. Özel sektörün payındaki artışta etkili olan temel unsurlar arasında, kamunun sağlık sektörü içerisinde özel sağlık kuruluşlarının payını arttırmaya yönelik teşvik ve yönlendirmeleri ile kamu-özel sektör sözleşme modeline dayalı hizmet sunum işbirliğini sıralamak mümkündür. Tablo-3’e göre, askeri hastaneler hariç diğer kamu kurumlarına ve belediyelere ait sağlık kurumlarının aldıkları pay

giderek azalmaktadır. Üniversitelere ait sağlık kurumlarında dönem başına oranla yüksek bir gelişim eğilimi yakalanmış olsa da sistem içerisinde hizmet sunumu açısından, ağırlıklı bir rolü olduğunu ileri sürmek mümkün görünmemektedir.

Ayakta tedavi hizmeti ve birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar, yataksız sağlık kurumları olarak nitelendirilmektedirler. Bu kuruluşlar gerek kamuya ait(aile hekimliği, sağlık merkezleri, ana ve çocuk sağlığı merkezleri, aile planlaması merkezleri, halk sağlığı laboratuvarı, acil sağlık hizmetleri, sağlık evi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Sahil Sağlık Denetleme Merkezi ve Havaalanı Sağlık Denetleme Merkezleri) gerekse de özel kesime ait sağlık kurumlarından oluşmaktadır. 1967 yılında, toplam sayısı 2.627 olan bu kurumların 2010 yılı sonu itibariyle sayıları 15.254'e yükselmiştir. İlgili kurumlardaki sayısal artış özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm ülke çapında sunulmasının gerçekleştirilmesinde önemli bir paya sahip olduklarının göstergesi biçiminde değerlendirmek mümkündür.

### **cc) Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri**

Türkiye'de rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunumunda, ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı etkilidir. 2010 yılı sonu itibariyle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 21 adet fizyoterapi ve rehabilitasyon hastanesinin yanında genel hastanelerin içerisinde rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik olarak servisler bulunmaktadır<sup>333</sup>.

Sosyal hizmetler olarak da değerlendirilen bu tür hizmetler, yaşlılara, engellilere ve çocuklara yönelik rehabilitasyon hizmetleridir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü(SHÇEK) tarafından bu tür hizmetler yerine getirilmekteydi. Başbakanlığa doğrudan bağlı olan SHÇEK, özellikle de yaşlı ve ömür boyu bakım gereksinimi olan yaşlılara yönelik, huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ile yatılı bakım hizmeti ve yaşlı bakım merkezleri aracılığıyla da gündüzlü bakım hizmeti sunmakla yükümlüydü<sup>334</sup>. 31.12.2011 tarihi itibariyle SHÇEK, kapatılarak kurumun tüm sorumluluğu, Genel Müdürlükler(Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü)

<sup>333</sup>TATAR v.d., a.g.e., s.138.

<sup>334</sup>Abdurrahman ÇOHAZ, "Türkiye'de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri", **Ülkemizde Yaşlılık Politikaları**, Akademik Geriatri Kongresi 2010, Gazimağusa, 2010, s.122



halinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nda yeniden oluşturulmuştur. Bakanlığa bağlı, 2010 yılı itibariyle, 72 adet rehabilitasyon merkezi ve 97 adet huzurevi bulunmaktadır<sup>335</sup>.

### ç) Sağlık İnsan Gücü ve Altyapı Düzeyi

Sağlık sistemlerinden beklenen performans ve bu performansın daha da yükselmesini sağlayan en temel unsur, sağlık insan gücünün durumu, bilgisi, becerisi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda gösterdiği motivasyon olarak değerlendirilmektedir<sup>336</sup>. Teknolojik ilerleme devam ettikçe, sağlık hizmeti sunmakla yükümlü olan insan gücü; hekimlerin yanında, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe ve sağlık memuru biçiminde sıralanan unsurların tümü artık sağlık insan gücü düzeyini belirleyen unsurlar olarak ifade edilmektedir<sup>337</sup>.

Herhangi bir ülkenin ekonomik ve sosyal kalkınmasındaki en önemli etkenlerin başında, insan ve insan gücü planlaması gelmektedir. Sağlık insan gücü planlaması ise, toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini karşılayacak düzeyde donanıma sahip insan gücünün planlanması anlamına gelmektedir<sup>338</sup>.

Özetle, sağlık sektöründe de etkin hizmet sunmanın en önemli koşulu, yeterli bilgi, araç-gereç kullanımı ve uygulama donanımlarına sahip insan gücü düzeyine erişebilmek olarak ileri sürülmektedir<sup>339</sup>.

Sağlık sisteminin performans düzeylerini belirlemede önemli bir unsur olarak değerlendirilen sağlık insan gücü düzeyi bakımından Türkiye'deki geçmiş ve mevcut durumu rakamsal olarak ifade eden Tablo-4 oluşturulmuştur.

---

<sup>335</sup>TATAR v.d., a.g.e., s.138.

<sup>336</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2000, s.77.

<sup>337</sup>ERTEKİN, a.g.t., s.65.

<sup>338</sup>Salih MOLLAHALİLOĞU, Ünal HÜLÜR, Ayşegül GENÇOĞLU, Emel ALKAN, Şirin ÖZHAN, Ümmühan EKİNCİ & Eda PINAR, "Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Planlaması", **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**(Edt. Salih Mollahaliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Kemal Çağlayan, Necdet Ünüvar & Sabahattin Aydın), Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2007, s.210.

<sup>339</sup>YILDIRIM, a.g.t., s.31.

**Tablo-4: Türkiye’de Toplam Sağlık İnsan Gücü Düzeyi (1960-2010)**

	1960	1970	1980	1990	2000	2010
<b>Hekim*</b>	8.214	13.843	27.241	50.639	85.117	123.447
<b>Diş Hekimi</b>	1.367	3.245	7.077	10.514	16.002	21.432
<b>Eczacı</b>	1.406	3.011	12.039	15.792	21.266	26.506
<b>Hemşire</b>	2.420	8.796	26.880	44.984	71.600	114.772
<b>Ebe</b>	3.126	11.321	15.872	30.415	41.590	50.343
<b>Sağlık Memuru**</b>	3.550	9.954	11.664	21.547	46.528	94.443
<b>Toplam</b>	20.083	50.170	100.773	173.891	282.103	430.943
<b>Başlangıç Dönemine Göre Değişim(%)</b>	---	149,9	501,7	865,8	1404,6	2145,8
<b>Nüfus Başına Düşen Sağlık Personeli</b>	1.382	709	443	324	227	171

\*: Uzman, Pratisyen ve Asistan Hekim toplamıdır.

\*\* : İlk Acil Yardım(Acil Tıp), Sağlık, Anestezi, Çevre Sağlığı, Diş Protez, Laboratuvar, Ortopedi, Röntgen, Diş, Fizik Tedavi, Kalp Akciğer Pompa, Patolojik Anatomi, Odyometri, Protez ve Toplum Sağlığı branşlarında çalışan tekniker ve teknisyenleri içermektedir.

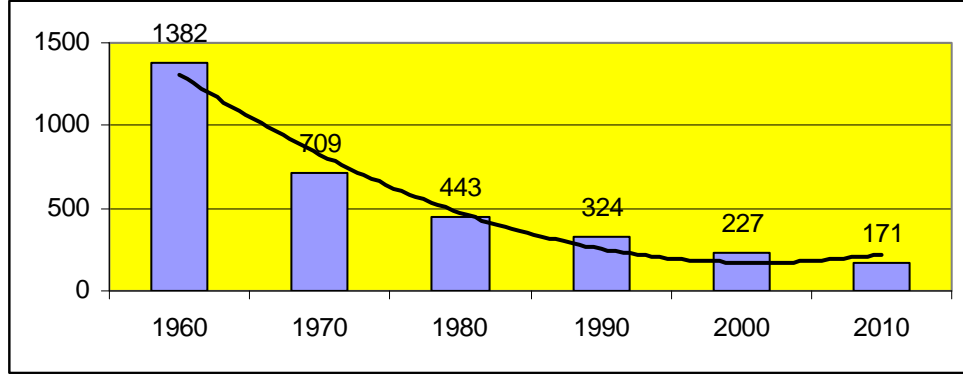
**KAYNAK:** KALKINMA BAKANLIĞI, “Sosyal Sektördeki Gelişmeler 1950-2010”, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler 1950-2010**, <<http://www.dpt.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FC5A73E5CFAD2D9676>>, 2011, (19.09.2011) ; SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Yayın No.832, Ankara, 2011c, s.77; SAĞLIK BAKANLIĞI, **80. Yılda Tedavi Hizmetleri 1923-2003**, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2004, s.38.

Tablo-4 değerlendirildiğinde; 1960 yılında, toplam sağlık personel sayısı 20.083 ve nüfus başına düşen sağlık personel sayısı ise, 1.382 kişi olarak hesaplanmıştır. 1960 yılından 2010 yılı sonuna kadar, sağlık personeli içerisindeki ağırlığı en fazla olan grup hekimler olarak gerçekleşmiştir. 1960 yılında 8.214 olan hekim sayısı, dönem sonu itibariyle, toplam sağlık personelinin yaklaşık olarak %28,6’sına karşılık gelen 123.447’ye yükselmiştir. Sağlık personeli içerisinde rakamsal olarak ikinci en fazla grubu ise, hemşireler oluşturmaktadır. 1960-1980 dönemi dışında, kalan tüm dönemlerde hemşirelerin sayısı diğer gruplardan (hekimler hariç) fazla olmuştur. Dönem başında 2.420 olan sayı, 2010 yılı sonunda, toplam sağlık personelinin yaklaşık olarak %26,6’sını oluşturan 114.772’ye ulaşmıştır. 1960-1990 arası dönemin aksine, 2000 yılından sonra, sağlık memurları sayısında dikkat çekici bir artış, hekimler ve hemşirelerde de olduğu gibi, gözlemlenmektedir. Sağlık insan gücü içerisinde, sağlık memurlarının payı 2010 yılı sonu itibariyle, %21,9’luk paya karşılık gelen 94.443 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık personeli dağılımında, en çok ağırlığı olan dördüncü sıradaki grup ebelerden oluşmaktadır. Ebe sayısını(50.343) takip eden, son yıl itibariyle, eczacı(26.506) ve diş hekimleri(21.432) olarak gerçekleşen bir dağılım oluşmuştur. Rakamsal olarak, sağlık insan gücü artıka, nüfus başına düşen sağlık personel sayısı da ters orantılı bir biçimde azalma eğilimi göstermiştir. 2010 yılı sonunda, nüfus başına düşen sağlık personel sayısı, 171’e gerilemiştir.

Türkiye’de 1960 yılından günümüze kadar geçen süre itibariyle son dönemlerdeki artış eğiliminin başlangıç dönemine göre değişim oranı, yaklaşık olarak

%2.145,8 olmuştur. 2000 ve 2010 yıllarını ifade eden göstergelerdeki artış eğiliminin diğer dönemlerden daha fazla olmasının nedenleri arasında; sağlık sektörüne yönelik istihdam anlayışının değişmesi, son dönem itibariyle SDP kapsamında, özellikle sağlık insan gücünü yetiştiren fakültelerin, yüksekokul ve meslek yüksekokullarının ilgili bölümlerinin sahip olduğu kontenjanların hükümet ve YÖK arasında yapılan anlaşma sonrası artırılması, Tam Gün Çalışma Kanunu'nun kabulü, 2004 yılından itibaren başlanan ve 2005 yılında tüm Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde(devredilen SSK hastaneleri de dahil) uygulanan, kamuda sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmek amacıyla düzenli maaşlarına ek olarak her ay verilen ek ödeneği içeren Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin geliştirilmesi olarak sıralanmaktadır<sup>340</sup>.

**Grafik-1: Nüfus Başına Düşen Sağlık Personeli (1960-2010)**



Grafik-1'de de görüldüğü üzere, yıllar itibariyle sağlık insan gücündeki rakamsal artışlar neticesinde nüfus başına düşen sağlık personel sayısında azalma eğilimi oluşmuştur. Söz konusu olumlu eğilim, sağlık sisteminin insan gücü yapısı içerisinde, iyileştirmelere devam edildiğini göstermektedir. Ancak personel açığının devam etmesi, coğrafi dağılımın yeterli düzeyde hakkaniyete uygun bir biçimde tam olarak sağlanamaması ve dengesizliklerin var olması ile sağlık insan gücü dağılımında en çoktan en aza, sağlık memuru, ebe, hemşire ve doktor olması gerektiği anlayışına rağmen, Tablo-4'de de görüldüğü üzere, Türkiye'de doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru biçiminde sıralamanın var olması, insan gücünden beklenen sonuçların tam olarak alınmasını engelleyen nedenler olarak ileri sürülmektedir<sup>341</sup>. Hemşire ve ebelerin

<sup>340</sup>OECD, a.g.r., 2008, s.41-42 ; SÜLKÜ, a.g.e., s.73-77.

<sup>341</sup>SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Yayın no.720, Ankara, 2007, s.34-39 ; ERTEKİN, a.g.t., s.67 ; SÜLKÜ, a.g.e., s.77.

sayısının hekimlerle aynı düzeyde olması, maliyet etkin sağlık hizmet sunumu bakımından uygun görülmeyen bir dağılım olduğu da değerlendirilmektedir<sup>342</sup>

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve tüm topluma yayılmasında insan gücü düzeyinin yanında etkili olan bir diğer unsur ise, sağlık hizmetlerinin sağlandığı altyapı düzeyi olarak değerlendirilen, hastane yatak sayısı, yatak başına düşen nüfus, sağlık ocağı sayısı şeklinde sıralanan göstergelerdir. Söz konusu göstergeler aynı zamanda, daha önce de değinildiği üzere, herhangi bir sağlık sisteminin sunmakla yükümlü olduğu hizmetlerin gördürülmesinde kullanılan girdiler olarak da değerlendirilen kaynaklar biçiminde ifade edilmektedir.

Sağlık alt yapı düzeyi ile ilgili göstergelerin bir arada yer aldığı Tablo-5 oluşturulmuştur.

**Tablo-5: Türkiye’de Toplam Sağlık Altyapı Düzeyi (1960-2010)**

	1960	1970	1980	1990	2000	2010
<b>Hastane Yatağı Sayısı*</b>	45.807	87.134	114.217	137.662	150.855	199.950
<b>Yatak Başına Düşen Nüfus</b>	600	409	389	408	426	369
<b>Sağlık Ocağı Sayısı **</b>	---	851	1.827	3.454	5.700	6.367

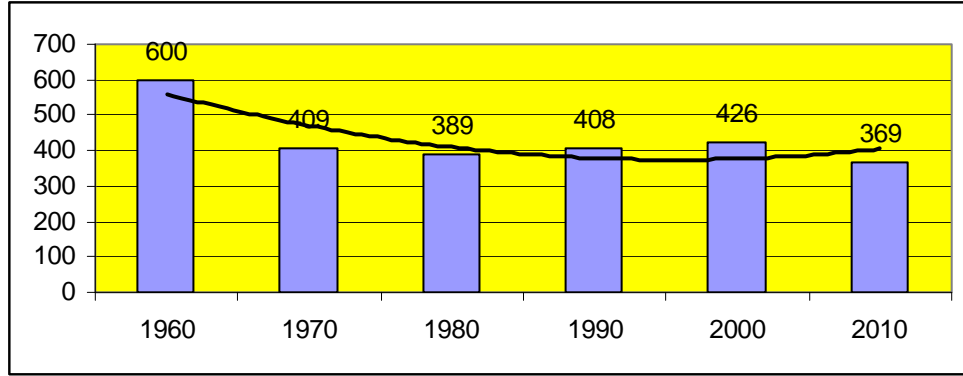
\*: Genel Hastaneler, Acil Yardım ve Travmatoloji Hastaneleri, Çocuk Hastalıkları Hastaneleri, Diş Hastaneleri, Diyabet Hastaneleri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri, Göğüs Hastalıkları Hastaneleri, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Merkezleri, Göz Hastalıkları Hastaneleri, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastaneleri, Kardiyoloji Hastaneleri, Kemik Hastalıkları Hastaneleri, Lepra(Cüzam) Hastaneleri, Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Psikiyatri Hastaneleri ve Zührevi Hastalıklar Hastaneleri toplamıdır.

\*\* : 2007 yılından itibaren Aile ve Toplum Sağlığı Merkezleri sağlık ocağı sayısına dahil edilmiştir. Aile Hekimliği uygulamasıyla birlikte, 31.12.2010 tarihi itibarıyla tüm sağlık ocakları kapatılarak Aile Sağlığı Merkezi haline almıştır.

**KAYNAK:** KALKINMA BAKANLIĞI, a.g.ç. ; SAĞLIK BAKANLIĞI, a.g.ç., 2011c, s.58 ; SAĞLIK BAKANLIĞI, a.g.ç., 2004, s.35.

Tablo-5’e göre, 1960 yılında, hastane yatak sayısı 45.807 ve yatak başına düşen nüfus 600 kişi olarak gerçekleşmiştir. Hastane yatak sayısı, 2010 yılına kadar olan süreçte, her bir dönem kendisinden önceki döneme göre yüksek düzeylerde seyretmesine karşın, özellikle, 1990 ve 2000 yıllarında, yatak başına düşen nüfus sayıları sırasıyla 408 ve 426 olarak gerçekleşmiştir. Grafik-2’de de görüldüğü üzere, ilgili dönemdeki gerileme açısından, nüfus artışını karşılayacak düzeyde bir altyapı planlamasının ve yaşanan ekonomik krizlerden ötürü finansmanının gerçekleştirilememiş olduğunu ileri sürmek mümkündür. 2010 yılı itibarıyla, toplam 199.950 yatak sayısına ulaşılmış ve yatak başına düşen nüfus ise azalarak 369 olmuştur. Yatak ve yatak başına düşen nüfus göstergelerindeki iyileşmelerin temel unsuru, 2003 yılından sonra gerçekleştirilen SDP ve bu kapsamda yapılan düzenlemeler ve yatırımlardır.

<sup>342</sup>MORLOCK v.d., a.g.e., s.69.

**Grafik-2: Yatak Başına Düşen Nüfus****(1960-2010)**

Tüm bu olumlu sürece karşın, bir sonraki kısımda değerlendirileceği üzere, sağlık sistemlerinin etkinlik göstergeleri açısından uluslararası karşılaştırmaların değerlendirilmesi yapıldığında hala alınması gereken önlemlerin var olduğunu ifade etmek mümkündür. Bir başka altyapı düzeyiyle ilgili gösterge ise, Türkiye'deki sağlık ocağı sayısındaki gelişimdir. 1970 yılından itibaren sağlık ocaklarıyla ilgili veriler toplanmaya başlanmıştır. Dolayısıyla başlangıç dönemi itibariyle, sağlık ocağı sayısı 851 iken her geçen dönem sağlık ocağı sayısında gözle görülür artışlar gerçekleşmiştir. 2000 yılında 5.700'e ulaşan sayı, 2003 yılından sonra uygulamaya konulan SDP kapsamında oluşturulan ve tüm ülkeyi kapsamına 2010 yılından itibaren başlanan Aile Hekimliği Uygulaması ile sağlık ocakları kapatılarak, Aile Sağlığı Merkezleri yerini almıştır. Böylece, Aile Hekimliği uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla kapatılan ve adı değiştirilen sağlık ocakları vasıtasıyla tüm ülkeye yayılması sağlanmıştır.

SDP kapsamında hedeflenen ve yukarıda bahsedilen insan gücü planlamasına yönelik düzenlemeler ile altyapıyı geliştirmeye yönelik uygulamalar devam ettiği sürece, mevcut olan ve fakat azalan sorunların iyileştirileceği sonucunu da göz önünde bulundurarak, sağlık sisteminin etkinliğinin artırılmasında, insan gücü ve altyapı unsurlarının ihmal edilmemesi gereken bir durum olduğunu değerlendirmek gerekmektedir.

### **III. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ VE ELE ALINAN ÜLKE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN ETKİNLİK GÖSTERGELERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Ülkelerin sahip olduğu farklı niteliklerin etkileri, diğer sistemlerde olduğu gibi sağlık sistemlerine de yansıyan bir durumdur. Böyle bir özelliğin varlığı ise, her bir

ülkenin sağlık sistemi açısından birbirlerinden farklılaşmasını ortaya çıkartmaktadır. Önceki kısımda da değinildiği üzere, sağlık sistemlerinin farklılık oluşturmalarına karşın, belli ortak noktalar etrafında ülkeler sınıflandırmaya tabi tutulabilmektedir. Çalışma kapsamında da bu yöntem takip edilerek, Türkiye dâhil 20 ülke, Roemer tarafından geliştirilen; Serbest Piyasa Tipi, Refah Yönelim Tipi, Kapsayıcı Tipi ve Sosyalist Tipi Sağlık Sistemlerine göre değerlendirmeye alınmıştır.

1970’li yıllara kadar olan dönemde, sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında eşitlik kriteri, temel olarak alınmaktaydı. 1980’li yıllardan itibaren harcama düzeyleri yönetim maliyetleri, yatak sayıları ve tedavi maliyeti gibi yeni ekonomik içerikli endekslemeler oluşturulmaya başlanmıştır. Bu durum ise, girdilerle karşılaştırma esasının hâkim olmasına yol açan bir etkidir. 1990’lı yıllardan itibaren ise, sağlık sistemlerinin etkinliğini ölçmeye yönelik kapsamlı göstergeler oluşturulmaya başlanmıştır<sup>343</sup>.

Ülkelerin sağlık sistem ve hizmetlerini etkileyen göstergeler bakımından karşılaştırılabilir bir analiz yapılabilmesinin bir takım nedenleri bulunmaktadır. Araştırmacıların bu tip karşılaştırmalı analiz yapmasının nedenleri, aynı zamanda sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizinin önemine de vurgu yapan unsurları içermektedir. Söz konusu nedenleri aşağıdaki biçimde özetlemek mümkündür<sup>344</sup>:

- Ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerini incelemek ve karşılaştırmalı analizi gerçekleştirmek, ele alınan sistemlerin uygulamalarından ne tür sonuçlar alındığının tespitini sağlaması,
- Sağlıkta eşitliği ve hakkaniyeti sağlamaya yönelik uygulamaların akılcı bir biçimde oluşturulmasına yardımcı olması,
- Uluslararası karşılaştırmalar yoluyla her bir ülkenin sağlık sistemi performansının ortaya konulabilmesi,
- Bireylerin sağlık halleriyle ilgili üstünlük ve zayıflıklarının ortaya konulmasıdır.

---

<sup>343</sup>Linda M. WHITEFORD & Lois L. NIXON, “Comparative Health Systems: Emerging Convergences and Globalization”, **Handbook of Social Studies in Health and Medicine**(Edt. Garry L. Albrecht, Ray Fitzpatrick & Susan C. Scrimshaw), Sage Publications, London, 2000, s.440.

<sup>344</sup>Martin BAILY & Alan M. GARBER, “Health Care Productivity”, **Brookings Papers on Economic Activity Microeconomic:1997**(Edt. Clifford Winston, Martin N. Baily & Peter C. Reiss), Brookings Institution Pres, 1998, Washington, s.143 ; SARGUTAN, a.g.e., s.7-8 ; YILDIRIM & YILDIRIM, a.g.e., s.377-379.

Her ülkenin sağlık sistemi, benimsemiş olduğu ekonomik, siyasi ve sosyal mekanizma ile örtüştüğünden, ülkeler arasında sağlık sistemleri açısından gözle görülür farklar bulunmaktadır. Ancak, ülkeler arası karşılaştırmalar aracılığıyla bu farklar ortaya konularak, gerek uluslararası gerekse de ülkeler arası etkileşimler sağlanabilecek ve ülkelerdeki sağlık durumunun gelişimi de olumlu yönde etkilenebilecektir<sup>345</sup>.

Sağlık sistemleri açısından ülkeler arasında karşılaştırmalarda bulunmak, yukarıda da değinildiği üzere, önemli bir husus olmasına karşın, dikkat edilmesi gereken bir analiz yöntemidir. Özellikle, bulunan sonuçların yanlılılığının yüksek olması, göstergelerde standardizasyonun olmaması, sosyo-politik değişkenlerin belirlenmesinin zor olması ve her ülkenin kendine özgü özelliklerinin sağlık sistemini belirlemesi gibi etkenler, ülkeler arası karşılaştırmaların gerçekleştirilmesini zorlaştırıcı unsurlar olarak değerlendirilmektedir<sup>346</sup>. Bu tür kısıtların var olmasına rağmen, ülke sağlık sistemleri üzerinde ortak noktaları ve etkileri bulunan birden fazla temel göstergeler aracılığıyla karşılaştırmalar yapmak mümkündür. Karşılaştırmayı gerçekleştirmeye yönelik seçilen göstergelerin, uluslararası anlamda güvenilirliği ve standardizasyonu olan kurumların verilerine dayandırılarak gerçekleştirilmesi, var olan kısıtları hafifleterek, değerlendirme yapılmasını mümkün hale getirebilmektedir.

Çalışmanın bu kısmında, OECD, WB ve WHO tarafından yayınlanan verilerden yararlanılarak seçilen göstergeler aracılığıyla ülkeler karşılaştırmalı bir analize tabi tutulmuşlardır. Elde edilen göstergelerde tek düzeliğin sağlanması için değinilmesi gereken bir diğer husus ise, OECD'nin ve WHO'nun sağlık ile ilgili sürekli veriler oluşturmakta ve yayınlamakta olduğudur. WHO, sağlık sistem performanslarını ölçmeye yarayan ve sağlık durumunun geliştirilmesi, birey beklentilerinin karşılanması ile sağlık hizmetlerinin finansal yükünün adil dağıtılmasını sağlama hedeflerinin başarısı açısından 191 ülkeyi sıralamaya tabi tutmaktadır<sup>347</sup>.

Sağlık sistemi içerisinde yer alan sağlık hizmetleri ve harcamaları, ekonomik ve sosyal olgulardan etkilenen türde unsurlardır(Bknz. Şekil-3). Dolayısıyla sağlık sisteminin uluslararası düzeyde bir değerlendirmesinin yapılabilmesinde, sağlıkla ilintili

---

<sup>345</sup>Milton I. ROEMER & Ruth ROEMER, "Global Health, National Development and the Role of Government", **American Journal of Public Health**, Y.1990, C.80, S.10, s.1189.

<sup>346</sup>David MECHANIC & David A. ROCHEFORT, "Comparative Medical Systems", **Annual Review Sociology**, Y.1996, C.22, s.241-242 ve 265-266 ; Rudolf KLEIN, "Risks and Benefits of Comparative Studies: Notes From Another Share", **The Milbank Quarterly**, Y.1991, C.67, S.2, s.282-283.

<sup>347</sup>Gerard ANDERSON & Peter S. HUSSEY, "Comparing Health System Performance In OECD Countries", **Health Affairs**, Y.2001, C.20, S.3, s.219.

olan demografik, ekonomik ve altyapı gösterileri kullanılabilirliktedir<sup>348</sup>. Sağlık hizmetleri etkinlik göstergeleri olarak da ifade edilen unsurlar, aynı zamanda sağlık düzeylerini de belirleyici niteliğe sahip oldukları için sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında da kullanılan göstergeler olarak kabul edilmiştir<sup>349</sup>.

### **A. Demografik Göstergeler Açısından Ülkelerin Değerlendirilmesi**

Bir ülkenin sağlık politikalarının nasıl şekillenmesi gerektiğine ışık tutan en önemli göstergeler, nüfus ve yaşam göstergeleri olarak bilinen, demografik göstergelerdir<sup>350</sup>.

Herhangi bir ülke açısından, gelir ile birlikte nüfus, ekonomik yaşamda mal ve hizmetlere yönelik talebin bileşimini ve miktarını belirlemesi ile üretim sisteminin ihtiyaç duyduğu temel girdiyi oluşturması bakımlarından önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir<sup>351</sup>. Nüfus göstergelerinin sağlık ile olan ilişkisi ise, sağlık hizmetlerinin ve sağlayıcılarının planlanmasına katkıda bulunması, ülke sağlık düzeyinin oluşturulması, sağlık hizmetleri ile nüfus artışı arasında doğrudan bir bağın olması biçiminde sıralanabilmektedir<sup>352</sup>. Bu doğrultuda, ele alınan ülkelere ait olan nüfus göstergelerinin bir arada olduğu Tablo-6'da oluşturulmuştur. Tablo-6'da, gerek nüfus gerekse de nüfusun büyüklüğünün değişimini; var olan nüfusun hangi oranda arttığını ölçen nüfus artış hızı göstergeleri kullanılmıştır<sup>353</sup>. Her iki gösterge açısından değerlendirildiğinde, 1995-2010 yılları itibariyle, Ukrayna hariç tüm ülkelerde ortalama %1 civarında nüfus artış hızı ile ülke nüfusları artış eğilimi içerisinde olmuştur. 1995-2010 döneminde, en fazla nüfus artış hızına sahip olan ülkeler, Brezilya, Endonezya, Meksika, Türkiye ve Yeni Zelanda olurken, ele alınan diğer ülkelerdeki değişim %1'in altında gerçekleşmiştir. Ukrayna'da ise, 1995 yılından itibaren son dönem %0,4 oranında küçülen bir nüfus ortaya çıkmıştır. Bilinmesi gereken önemli bir unsur ise, bir ülkede nüfus artışı aynı zamanda nüfusun sağlık hizmet talebini ve dolayısıyla da sağlık harcamalarının ve sağlık altyapı düzeylerinin artmasını gerektiren bir durum ortaya çıkmasına neden olabilmesidir. Nüfus artışı sonrasında, oluşan daha fazla sağlık hizmeti

<sup>348</sup>Şenay ÜÇDOĞRUK, “‘Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonometrik Analizi: Eşbütünlük Testi”, **Ekonomik Yaklaşım Dergisi**, Y.1996, C.7, S.21, s.102.

<sup>349</sup>E. Yasemin YEĞİNBOY & A. Emin YEĞİNBOY, **Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin Türkiye Açısından İrdelenmesi**, Doğruluk Matbaacılık, İzmir, 1993, s.7-9.

<sup>350</sup>YEĞİNBOY & YEĞİNBOY, a.g.e., s.11.

<sup>351</sup>KALKINMA BAKANLIĞI, **Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyon Raporu**, KALKINMA BAKANLIĞI Yayını, Yayın No. ÖİK.572, Ankara, 2001, s.3.

<sup>352</sup>ÜÇDOĞRUK, a.g.m., s.102.

<sup>353</sup>Turgay ÜNALAN, **Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri: Ulusal ve Uluslararası Uygulamaları**, Türkiye Bilimler Akademisi Raporları, Sayı.2, Ankara, 2003, s.41.



talebinin ya da gereksiniminin karşılanamaması, sağlık hizmetlerinin istenilen düzeyde sunulamamasına ve bireylerin de yeterli sağlık koşullarına ulaşamamasına yol açabilecektir. Dolayısıyla, böyle bir değerlendirmeyi tamamlayabilecek ilave(ekonomik ve altyapı) göstergelere de ihtiyaç duyulmaktadır.

**Tablo-6: Ülkelerin Nüfus Göstergeleri**

**(1995-2010)**

ÜLKELER	NÜFUS (1.000.000 kişi)				NÜFUS ARTIŞ HIZI (%)				SAĞLIK SİSTEMİ
	1995	2000	2005	2010	1995	2000	2005	2010	
A.B.D.	266.2	282.1	295.7	309	1,2	1,1	0,9	0,7	Serbest Piyasa Tipi
BREZİLYA	161.8	174.4	185.9	194.9	1,5	1,4	1,1	0,9	
ENDONEZYA	199.4	213.3	227.3	239.8	1,5	1,3	1,2	1,0	
ALMANYA	81.6	82.2	82.4	81.7	0,2	0,1	-0,1	-0,2	Refah Yönelim Tipi
ARJANTİN	34.8	36.9	38.6	40.4	1,3	1,1	0,9	0,9	
FRANSA	59.4	60.7	63	64.8	0,4	0,7	0,7	0,5	
G.KORE	45	47	48.1	48.8	1,4	0,8	0,2	0,3	
PORTEKİZ	10	10.2	10.5	10.6	0,3	0,5	0,5	0,1	
MEKSİKA	92.2	99.9	106.4	113.4	1,7	1,5	1,2	1,2	
TÜRKİYE	58.8	63.6	68.1	72.7	1,6	1,5	1,3	1,3	
YUNANİSTAN	10.6	10.9	11.1	11.3	0,8	0,3	0,4	0,3	Kapsayıcı Tip
DANİMARKA	5.2	5.3	5.4	5.5	0,4	0,3	0,3	0,4	
FİNLANDİYA	5.1	5.1	5.2	5.3	0,4	0,2	0,3	0,5	
İNGİLTERE	58	58.8	60.2	62.2	0,3	0,4	0,6	0,7	
İSPANYA	39.3	40.2	43.3	46	0,2	0,8	1,7	0,4	
İTALYA	56.8	56.9	58.6	60.4	0,0	0,0	0,7	0,5	
NORVEÇ	4.3	4.4	4.6	4.8	0,5	0,7	0,7	1,2	
UKRAYNA	51.5	49.1	47.1	45.8	-0,8	-1,0	-0,7	-0,4	
Y.ZELANDA	3.6	3.8	4.1	4.3	1,5	0,6	1,1	1,2	
KÜBA	10.9	11.1	11.2	11.2	0,5	0,3	0,2	0,0	

**KAYNAK:** WORLD BANK, *World Development Reports 2012: Gender Equality and Development*, The World Bank Publishing, Washington, 2011, s.392-393 ; WORLD BANK, *World Development Reports 2007: Development and The Next Generation*, The World Bank Publishing, Washington, 2006, s.288-289 ; WORLD BANK, *World Development Reports 2002: Building Institutions for Markets*, The World Bank Publishing, Washington, 2001, s.232-233 ; WORLD BANK, *World Development Reports 1997: The State In A Changing World*, The World Bank Publishing, Washington, 1997, s.215-216 ; WORLD BANK, *DATA:HEALTH*, <http://data.worldbank.org/topic/health>, (05.12.2011).

Sağlık sistemi içerisinde yer alan sağlık hizmetlerinin ve harcamalarının artışına yol açan en önemli faktörler arasında nüfusun yaş dağılım ağırlığı gelmektedir. Türkiye ve seçilen ülke örneklerinin 1995-2010 yılları arasında gerçekleşen nüfusun yaş dağılımlarını içeren Tablo-7 oluşturulmuştur.

1995 yılından 2010 yılına kadar geçen dönemde, refah yönelim ve kapsayıcı tip sağlık sistemlerine sahip başta Almanya, Danimarka, Finlandiya, Fransa, İngiltere, İspanya ve İtalya 65 ve üstü yaş nüfus açısından 2010 yılı itibariyle %13,8 olan ortalamanın oldukça üzerinde yaşlanan bir nüfusa sahip oldukları görülmektedir. Yaşlanan nüfusa sahip bu ülkelerin gelecekte beklediği en büyük öngörü(ya da sorun), sağlık hizmetlerinin sunum maliyetlerinin ve miktarlarının artışı olmaktadır. Aksi halde, artan yaşlı nüfusun ihtiyaçlarının karşılanamaması etkinlikten uzaklaşan bir sağlık durumunun ve sisteminin varlığına yol açabilecektir. Tüm ülkeler açısından, 0-15 yaş

arası nüfusun azalma eğilimi içerisinde olduğu gözlemlenmektedir. Tüm dönem boyunca, Türkiye, Brezilya, Endonezya ve Meksika'daki yaşlı nüfusun yoğunluğu artış içerisinde olmasına karşın, ortalamalara göre daha genç nüfusa sahip oldukları ortaya çıkmaktadır.

**Tablo-7: Yaş Dağılımlarına Göre Ülkelerin Nüfusları (1995-2010)**

ÜLKELER	1995			2000			2005			2010		
	0-15 Yaş Arası	15-65 Yaş Arası	65 ve Üstü Yaş Arası	0-15 Yaş Arası	15-65 Yaş Arası	65 ve Üstü Yaş Arası	0-15 Yaş Arası	15-65 Yaş Arası	65 ve Üstü Yaş Arası	0-15 Yaş Arası	15-65 Yaş Arası	65 ve Üstü Yaş Arası
A.B.D.	22	65	13	21	67	12	21	67	12	20	67	13
BREZİLYA	32	63	5	30	64	6	28	66	6	25	68	7
ENDONEZYA	34	62	4	31	64	5	29	66	5	27	67	6
ALMANYA	16	69	15	16	68	16	14	67	19	13	67	20
ARJANTİN	29	62	9	28	62	10	26	64	10	25	64	11
FRANSA	20	65	15	19	65	16	18	66	16	18	65	17
G.KORE	23	71	6	21	72	7	19	72	9	16	73	11
PORTEKİZ	18	67	15	16	68	16	16	67	17	15	67	18
MEKSİKA	36	59	5	33	62	5	31	63	6	29	65	6
TÜRKİYE	34	62	4	31	64	5	28	66	6	26	68	6
YUNANİSTAN	17	68	15	15	68	17	14	68	18	15	66	19
DANİMARKA	17	68	15	19	66	15	19	66	15	18	66	16
FİNLANDİYA	19	67	14	18	67	15	17	67	16	17	66	17
İNGİLTERE	19	65	16	19	65	16	18	66	16	17	66	17
İSPANYA	17	68	15	15	68	17	14	69	17	15	68	17
İTALYA	15	68	17	14	68	18	14	66	20	14	66	20
NORVEÇ	19	65	16	20	65	15	20	65	15	19	66	15
UKRAYNA	20	66	14	18	68	14	15	69	16	14	71	15
Y.ZELANDA	23	65	12	23	65	12	22	66	12	20	67	13
KÜBA	23	68	9	22	68	10	19	70	11	17	71	12
<b>ORTALAMA</b>	<b>22,6</b>	<b>65,6</b>	<b>11,7</b>	<b>21,4</b>	<b>66,2</b>	<b>12,35</b>	<b>20,1</b>	<b>66,8</b>	<b>13,1</b>	<b>19</b>	<b>67,2</b>	<b>13,8</b>

KAYNAK: WORLD BANK, DATA:HEALTH.

Nüfus göstergelerinin yanında sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında kullanılan bir diğer önemli demografik gösterge grubu ise, yaşam göstergeleridir. Yaşam göstergeleri, bir ülkede benimsenen sağlık politikalarının uygulama etkinliğini belirlemede kullanılan temel gösterge olarak değerlendirilmelerinin yanında sağlık ile ilgili analizlerde sıklıkla kullanılmasının altında yatan nedenler; ülkenin koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, mevcut sağlık ve refah düzeylerinin tespit edilmesi ve geleceğe dair öngörülerde bulunulması, nüfusun sağlık durumunun hangi koşullar altında olduğunun tespit edilmesi, ülkelerin çevre ve yaşam tarzlarına yönelik durumlarının değerlendirilmesi biçiminde sıralanmaktadır<sup>354</sup>.

Çalışma kapsamında tercih edilen ve Tablo-8'de bir arada değerlendirilen yaşam göstergeleri, bebek ve anne ölüm hızları, doğurganlık oranları ve doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi göstergeleridir. Seçilen göstergelerin özetle önemine değinmek

<sup>354</sup>ELOLA v.d., a.g.m., s.1387 ; YEĞİNBOY & YEĞİNBOY, a.g.e., s.14 ; ÜÇDOĞRUK, a.g.m., s.102.

gerekirse, 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 oranı olarak ifade edilmektedir<sup>355</sup>. Bebek ölüm hızı, ülkelerin sağlık sistemlerinin içinde sunduğu sağlık hizmetleri arasındaki farklılıkların yanı sıra hane halklarının ekonomik güçleri, bebeklerin beklenen ağırlıklarının altında doğdukları, doğum öncesi bakımın ve ana sağlığı hizmetlerinin yetersizliği ve hamilelerin yetersiz beslendiği gibi unsurların bir arada değerlendirilmesini de sağlayabilmektedir<sup>356</sup>. Anne ölüm hızı ise, belirli bir dönemde, gebeliğe, doğuma ya da loğusalığa bağlı nedenlerle meydana gelen ve anne sağlık programlarının dolayısıyla da koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ölçümünde kullanılan bir gösterge olarak değerlendirilmektedir<sup>357</sup>.

**Tablo-8: Ülkelerin Yaşam Göstergeleri (1995-2010)**

ÜLKELER	BEBEK ÖLÜM HIZI*				ANNE ÖLÜM HIZI**				DOĞURGANLIK ORANI***				DOĞUMDAN İTİBAREN BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ			
	1995	2000	2005	2010	1995	2000	2005	2010	1995	2000	2005	2010	1995	2000	2005	2010
A.B.D.	8	7	7	7	12	14	18	21	2	2,1	2,1	2	76	77	77	78
BREZİLYA	41	31	23	17	96	81	67	56	2,5	2,4	2,1	2	68	70	72	73
ENDONEZYA	46	38	32	27	420	340	270	220	2,7	2,5	2,3	2	64	66	67	69
ALMANYA	5	4	4	3	9	7	7	7	1,3	1,4	1,3	1	76	78	79	80
ARJANTİN	20	18	15	12	60	63	69	77	2,8	2,5	2,3	2	73	74	75	76
FRANSA	5	4	4	4	13	10	8	8	1,7	1,9	1,9	2	78	79	80	81
G.KORE	5	5	5	4	18	19	17	16	1,7	1,5	1,1	1	73	76	78	81
PORTEKİZ	8	6	4	3	10	8	8	8	1,4	1,6	1,4	1	75	76	78	79
MEKSİKA	31	24	19	14	85	82	54	50	2,9	2,6	2,5	2	73	74	75	77
TÜRKİYE	51	34	22	14	51	39	28	20	2,7	2,4	2,2	2	66	69	72	74
YUNANİSTAN	9	7	5	3	2	5	3	3	1,3	1,3	1,3	1	78	78	79	80
DANİMARKA	5	5	4	3	19	8	7	12	1,8	1,8	1,8	2	75	77	78	79
FİNLANDIYA	4	4	3	3	5	5	6	5	1,8	1,7	1,8	2	76	77	79	80
İNGİLTERE	6	6	5	5	10	12	13	12	1,7	1,6	1,8	2	77	78	79	80
İSPANYA	7	5	5	4	4	5	6	6	1,2	1,2	1,4	1	78	79	80	82
İTALYA	6	5	4	3	6	4	5	4	1,2	1,3	1,3	1	78	79	81	82
NORVEÇ	5	4	3	3	4	8	9	7	1,9	1,9	1,8	2	78	79	80	81
UKRAYNA	17	15	13	11	45	35	25	32	1,4	1,1	1,2	1	67	68	68	70
Y.ZELANDA	7	6	5	5	13	12	15	15	2	2	2	2	77	79	80	81
KÜBA	8	7	5	5	61	63	67	73	1,6	1,6	1,6	1	75	76	78	79
<b>ORTALAMA</b>	<b>14,7</b>	<b>11,7</b>	<b>9,3</b>	<b>7,5</b>	<b>47</b>	<b>41</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>1,88</b>	<b>1,82</b>	<b>1,76</b>	<b>2</b>	<b>74</b>	<b>75,4</b>	<b>76,7</b>	<b>78</b>
Dünya Ort.	58	52	46	41	360	320	260	210	3	2,6	3	2	66	67	68	70

\*: Her 1.000 doğumda, bir yaşına gelmeden ölen bebek sayısı, \*\*: Gebelikte her 100.000 annede ölüm sayısı, \*\*\*: Her kadın başına bebek sayısı.

**KAYNAK:** WORLD BANK, **World Development Reports 2008: Agriculture For Development**, The World Bank Publishing, Washington, 2007, s.335 ; WORLD BANK, **World Development Reports 2003: Sustainable Development In A Dynamic World Transforming Institutions, Growth And Quality of Life**, The World Bank Publishing, Washington, 2003, s.235 ; WORLD BANK, a.g.r., 1997, s.215 ; WORLD BANK, DATA:HEALTH ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Statistics 2012**, World Health Organization Publishing, Geneva, 2012, s.52-61 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Statistics 2008**, World Health Organization Publishing, Geneva, 2008, s.36-45 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Statistics 2007**, World Health Organization Publishing, Geneva, 2007, s.30 ve 76-85 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope**, World Health Organization Publishing, Geneva, 2001, s.136-143.

<sup>355</sup>OECD, a.g.ç., 2011, s.36.

<sup>356</sup>KISA v.d., a.g.m., s.694.

<sup>357</sup>ÜNALAN, a.g.e., s.101.

Doğurganlık oranı ise, belirli bir dönemde bir kadının doğurganlık dönemi boyunca farklı yaş grupları için tahmin edilen orandır. Aşırı doğurganlığın var olduğu durumlarda, kadın ve çocuk sağlığının olumsuz etkileneceği ileri sürülmektedir. Yapılan araştırmalara göre, aile içerisinde çocuk sayısı arttıkça ve doğum aralığı azaldıkça anne, bebek ve çocuk ölümleri de artış içerisine girmektedir. Ayrıca, beslenme ve yaşam koşulları kötüleşen çocukların zekâ gelişimlerinin de gerilediği ileri sürülmektedir<sup>358</sup>. Yaşlı nüfusu artan ve doğurganlık oranı azalan bir ülke için ise, geleceğe yönelik demografik değişikliklerin nasıl olacağına dair öngörülerin de elde edilmesi olanaklıdır. Bu tür bir durumla karşılaşan ülkelerde doğurganlığı teşvik etmeye yönelik önlemlere de başvurulabilmektedir. Doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi göstergesi ise, yeni doğmuş bir bireyin hayat boyunca belirli dönemdeki yaşına özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısını ifade eden göstergedir. Aynı zamanda ölümlülük ve yaşam kalitesi açısından ülkelerarası karşılaştırmalarda da kullanılmaktadır<sup>359</sup>. Beşeri kalkınma endeksinin ölçülmesinde de yararlanılan ilgili gösterge ile sağlık ve beslenme koşullarının geliştikçe iyi yaşamın oluşacağına da göstergesi olarak değerlendirilmektedir<sup>360</sup>.

Tablo-8 değerlendirildiğinde; dönemler itibariyle ülkeler arasında farklılıklar olmasına karşın, bebek ölüm hızlarının azalma eğilimi içerisinde olduğu değerlendirilebilir. 1995 yılından 2010 yılına kadar geçen dönemde, dünya ve genel ortalamaların altında bebek ölüm hızına sahip ülkeler; AB üyesi ülkeler, Norveç, Yeni Zelanda ile Küba ve Güney Kore olarak sıralanmakta iken, Türkiye, Arjantin ve Meksika başlangıç döneminde sırasıyla, her 1.000 doğumda 51, 20 ve 31 olan rakam, 2010 yılına gelindiğinde genel ortalamanın üstünde ve fakat dünya ortalamasının altında, 12-17 arasında gerçekleşmiştir. Başlangıç dönemine göre, en zayıf durumda olan ülke Türkiye olarak değerlendirilebilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem arttıkça ortalamanın üstünde kendisine yer bulan Türkiye ve benzeri ülkelerin, bebek ölüm hızı rakamlarındaki düşme eğilimi açıkça görülmektedir. Bebek ölüm hızlarında olduğu gibi anne ölüm hızı sıralaması açısından da ülkelerin etkinlik dağılımı aynı biçimde gerçekleşmekle birlikte, en çarpıcı örnek Endonezya olmaktadır. Yüksek oranlı nüfusun da etkisinin yanında ülke sağlık ve yaşam koşullarının elverişsiz

<sup>358</sup>KALKINMA BAKANLIĞI, a.g.r., 2001, s.9.

<sup>359</sup>ÜNALAN, a.g.e., s.31.

<sup>360</sup>Asuman ALTAY, **Türkiye’de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi**, TUGİAD Ekonomi Ödülleri Kitapları, Yayın No.5, İstanbul, 2005, s.29.

olduğu iyileştirmelerin olmasına rağmen yüksek anne ölüm hızı rakamından(Gebelikte her 100.000 anne için 1995 yılında 420 ve 2010 yılında 220) anlaşılmaktadır. Türkiye'deki durum değerlendirildiğinde, başlangıç dönemine göre 2010 yılı sonu itibariyle 20'ye inen rakamın sağlık koşullarının, özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştiğini ve ortalamanın altına indiğini gösterse de sıralama açısından konumunun iyi olduğunu ileri sürmek mümkün değildir. Genel olarak tüm ülkelerde sürekli bir iyileşme gözlemlenmesine karşılık, ABD'nin, Küba'nın ve Ukrayna'nın 2005 yılından itibaren etkili ve yerinde uygulamalar gerçekleştiremediklerine dair değerlendirme yapmak da mümkündür.

Ülkelerdeki yaşam koşullarının değişmesi, yaşlı nüfusun artış içerisinde olmasına paralel olarak, doğurganlık oranlarının azaldığı da gözlemlenmektedir. Aşırı doğurganlığın azalması elbette ki, anne ve çocuk sağlığının olumsuz etkilenmesini engelleyebilir bir durum olarak değerlendirilmektedir. Ancak geleceğe dönük projeksiyonlar çerçevesinde doğurganlık oranları azalan ve dolayısıyla nüfusu azalan ve yaşlanan ülkelerin nüfus ve sağlık stratejilerini yeniden gözden geçirmeleri gerektiğini gösteren bir durumun varlığı da yadsınamaz bir gerçektir. Bu bakış açısı doğrultusunda, özellikle son dönemde, Tablo-7'ye göre, yaşlanan nüfusun oranı artan ülkelerin(Almanya, Fransa ve İspanya gibi) doğurganlık oranlarını arttırmaya çalıştığı gözlenmektedir. Türkiye'de bu oran, genel ortalamanın üstünde seyretmesine karşılık, 1995 yılında %2,7 iken istikrarlı bir biçimde azalarak 2010 yılında %2'ye gerilemiştir. Yaşam göstergeleri içinde seçilen doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi açısından Tablo-8 değerlendirildiğinde, diğer yaşam göstergeleri açısından ortalamaların altında yer alan ve etkin olarak değerlendirilen ülkelerdeki bireylerin doğumdaki yaşam süreleri de en üst yıllar olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de bu oran, dönem başı itibariyle, 66 yıl olarak hesaplanmakta iken, 15 yıllık dönem sonunda 74 yıla yükselmiştir. Genel ortalamanın altında fakat dünya ortalamasının üstünde kalan bir rakam olmasına karşın, bir önceki döneme göre sürekli bir artış içerisinde olunması, ülke içindeki sağlık koşullarının ve yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. En zayıf durumda olan ülkeler ise, dönem sonu itibariyle dünya ortalamasını tutturana Endonezya (69 yıl) ve Ukrayna (70 yıl) olarak gerçekleşmiştir.

## B. Ekonomik Göstergeler Açısından Ülkelerin Değerlendirilmesi

Toplum ve dolayısıyla bireylerin sağlık düzeylerinin artmasında ve yaşam koşullarının iyileşmesinde ekonomik göstergeler önemli bir yer tutmaktadır<sup>361</sup>. Bu kapsamda, kişi başına düşen GSYİH ve GSYİH büyüme hızı önemli ekonomik göstergeler olarak değerlendirilirken, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranı ile kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları göstergeleri de ekonomik etkinlik düzeyinin ne kadarının sağlığa yansıdığına ortaya konulması ve sağlık hizmetlerinin kalitesindeki artışla refah düzeyi artışı arasındaki bağlantıyı ortaya çıkarması amacıyla seçilmiş olan göstergelerdir.

Ülkeler açısından seçilen ekonomik göstergelerin bir arada olduğu Tablo-9'a göre, kişi başına düşen GSYİH açısından en etkin durumda olan ülkeler, dönem boyunca genel ortalamanın üstünde kalan, Norveç ve daha sonra gelen Danimarka, ABD ve Finlandiya olarak gerçekleşmiştir. İlgili gösterge açısından en zayıf durumda olan ülkeler, 2010 yılı sonu itibariyle, 2.946 dolar ile Endonezya ve 3.007 dolar ile Ukrayna olmuştur. 1995-2010 dönemi içerisinde, özellikle 1990'lı yılların sonu ve 2000'li yılların başlarında yaşanan ekonomik krizlerle birlikte dalgalanmalara rağmen, Türkiye'de kişi başına düşen GSYİH sürekli artmış ve dönem sonu itibariyle dünya ortalamasının üstünde 10.094 dolara ulaşmıştır. Ancak sıralama anlamında genel ortalamanın altında kalmasından ötürü, düşük bir düzey olarak değerlendirilmesi mümkündür. GSYİH büyüme hızları açısından en fazla gelişen ülkeler değerlendirildiğinde, başta Türkiye, Arjantin, Brezilya Endonezya ve Meksika, 2010 yılına kadar hızlı bir ivme kazanmışlardır. ABD ve Avrupa Bölgesi'nde 2008 yılının ikinci yarısından itibaren yaşanmaya başlanan ve 2009 yılında da çoğunlukla gelişmiş ülkeleri olumsuz etkileyen küresel krizin yansımaları gerek kişi başına düşen GSYİH'da, gerekse de GSYİH büyüme hızlarında kendisini hissettirmiştir. Dolayısıyla kişi başına düşen GSYİH açısından ortalamaların üstünde yer alan diğer ülkelerde ise, genellikle GSYİH'daki geniş çaplı ekonomik ve sosyal daralmalar 2009 yılında yaşanmıştır. 2010 yılı sonu itibariyle, ilgili ülkelerde düşük oranlarda toparlanmaların gerçekleştiğini ifade etmek mümkündür.

---

<sup>361</sup>YEĞİNBOY & YEĞİNBOY, a.g.e., s.18.

**Tablo-9: Seçilmiş Ekonomik Göstergeler Açısından Ülkeler****(1995-2010)**

ÜLKELER	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN GSYİH (Cari Fiyatlarla, ABD Doları)				GSYİH BÜYÜME HIZI (Yıllık ABD Doları Bazında %)				TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARININ GSYİH'YA ORANI* (%)				KİŞİ BAŞINA DÜŞEN TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI* (Cari Fiyatlarla, ABD Doları)			
	1995	2000	2005	2010	1995	2000	2005	2010	1995	2000	2005	2010	1995	2000	2005	2010
A.B.D.	27.559	35.081	42.534	47.199	2,5	4,2	3,1	3	13,6	13,4	14,7	17,9	3.748	4.703	6.259	8.362
BREZİLYA	4.751	3.696	4.743	10.710	4,4	4,3	3,2	7,5	6,7	7,2	8,2	9	316	265	387	990
ENDONEZYA	1.014	773	1.258	2.946	8,4	4,9	5,7	6,1	1,8	2	2,1	2,6	21	16	27	77
ALMANYA	30.902	22.946	33.543	40.116	1,7	3,1	0,7	3,7	10,1	10,3	10,7	11,6	3.123	2.366	3.635	4.668
ARJANTİN	7.403	7.696	4.736	9.124	-2,8	-0,8	9,2	9,2	8,3	9	8,5	8,1	617	689	400	742
FRANSA	26.451	21.828	33.913	39.448	2	3,7	1,8	1,5	10,4	10,1	11,1	11,9	2.738	2.184	3.802	4.691
G.KORE	11.468	11.347	17.551	20.757	9,2	8,5	4	6,2	3,9	4,8	5,7	6,9	470	543	1.005	1.439
PORTEKİZ	11.611	11.443	18.122	21.486	4,3	3,9	0,8	1,4	7,8	8,8	10,2	11	877	967	1.793	2.367
MEKSİKA	3.107	5.817	7.973	9.133	-6,2	6,6	3,2	5,5	5,1	5,1	5,9	6,3	176	324	472	604
TÜRKİYE	2.879	4.189	7.088	10.094	7,9	6,8	8,4	9	3	5	5	7	84	204	382	678
YUNANİSTAN	12.274	11.396	21.621	26.607	2,1	4,5	2,3	-3,5	8,6	7,9	9,6	10,2	1.060	918	2.096	2.729
DANİMARKA	34.809	29.993	47.577	56.245	3,1	3,5	2,4	1,3	8,1	8,3	9,5	11,4	2.817	2.474	4.504	6.422
FİNLANDİYA	25.608	23.530	37.319	44.378	4	5,3	2,9	3,7	7,9	7,2	8,4	9	2.022	1.692	3.158	3.984
İNGİLTERE	19.944	25.089	37.860	36.343	3,1	4,5	2,1	2,1	6,8	7	8,3	9,6	1.368	1.767	3.116	3.503
İSPANYA	15.151	14.422	26.042	30.549	2,8	5	3,6	-0,1	7,4	7,2	8,3	9,5	1.126	1.030	2.151	2.883
İTALYA	19.809	19.269	30.332	34.075	2,9	3,7	0,9	1,5	7,3	8,1	8,6	9,5	1.440	1.547	2.613	3.248
NORVEÇ	34.156	37.472	65.324	85.389	4,2	3,3	2,6	0,7	9,1	8,4	9,1	9,5	3.109	3.146	5.920	8.091
UKRAYNA	936	636	1.829	3.007	-12,2	5,9	2,7	4,2	6,7	5,6	6,9	7,7	49	36	127	234
Y.ZELANDA	17.095	13.375	26.846	29.352 <sup>a</sup>	4,3	2,6	3,3	-0,5	7,2	7,7	8,9	10,1	1.198	1.055	2.380	3.279
KÜBA	2.791	2.753	3.789	5.397 <sup>b</sup>	2,5	5,9	11,2	2,1	5,7	6,7	9,3	10,6	124	184	355	607
<b>ORTALAMA</b>	<b>15.486</b>	<b>15.138</b>	<b>23.500</b>	<b>28.118</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>1.324</b>	<b>1.306</b>	<b>2.229</b>	<b>2.980</b>
<b>DÜNYA ORT.</b>	<b>5.225</b>	<b>5.303</b>	<b>7.070</b>	<b>9.175</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>457</b>	<b>486</b>	<b>686</b>	<b>949</b>

\*: Aile Planlaması Faaliyet, Beslenme Faaliyet, Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmeti ile Tıbbi Acil Yardım halinde gerçekleştirilen harcamaları içermektedir.

a: 2009 yılı itibarıyla b: 2008 yılı itibarıyla

KAYNAK: WORLD BANK, DATA:ECONOMIC POLICY & EXTERNAL DEBT:GDP(Current US\$) & GDP Growth(annual%), <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>>, (05.05.2012) ; WORLD BANK, DATA:HEALTH:Health Expenditure, total(% of GDP) & Health Expenditure Per Capita(Current US\$) , <<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>>, (05.05.2012).

1995-2010 yılları arasında gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının, GSYİH'ya olan oranı açısından ülkeler incelendiğinde, kişi başına düşen GSYİH'daki sıralamaya ve demografik göstergelerdeki etkinlik dağılımına benzer bir biçimde aynı ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar, bir önceki dönemlere göre artış içerisinde olmuştur. Söz konusu gerçekleşmenin tek istisnası, 2010 yılı itibariyle sağlığa %17,9'luk oranla en fazla pay ayıran ABD olmasına karşılık bebek ve anne ölüm hızlarının gerçekleşen ortalamalara yakın olması da dikkat çekici bir durumdur. Türkiye'nin sağlığa ayırdığı payın(kamu ve özel harcamalar bir arada) GSYİH'ya olan oranı, 1995 yılı itibariyle %3 iken 2010 yılı sonu itibariyle bu oran %7'ye yükselmiştir. Benzer bir durum Arjantin'de ve Meksika'da gerçekleşmiştir. Özellikle, nüfus dağılımı içerisinde yaşlı nüfusun payının arttığı ülkelerde(Almanya, Fransa ve Yunanistan gibi), 2010 yılı sonu itibariyle ortalamaların üstünde gerçekleşen %10-12 arası oranlar mevcuttur. Ele alınan ülkeler içerisinde yer alan Küba'daki sıçrama ise, göz ardı edilemeyecek düzeyde gerçekleşmiştir. 1995 yılı itibariyle, Küba'da %5,7'lik pay alan sağlık harcamaları, 2010 yılı sonuna gelindiğinde, %10,6'ya yükselmiştir. Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması açısından Tablo-9 değerlendirildiğinde, Türkiye'de başlangıç dönemi itibariyle, 84 dolar olarak gerçekleşen rakam, 2010 yılı sonuna gelindiğinde 678 dolar olara yükselmiştir. Türkiye'deki kişi başına düşen sağlık harcamalarının miktarı genel ortalamanın(2.980 dolar) çok altında bir rakam olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları açısından, ortalamanın üstünde yer alan ülkeler, genellikle toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranı %10'ların üzerinde gerçekleşen ülkelerdir. En zayıf olan ülke ise, 2010 yılı sonu itibariyle 77 dolarlık kişi başı harcama düzeyine sahip olan Endonezya olmuştur. Toplam sağlık harcamalarında ve kişi başına düşen sağlık harcamalarında dönem başından dönem sonunu kadar geçen sürede, istikrarlı bir biçimde artış eğiliminin olduğu gözlemlenmiştir.

### **C. Sağlık İnsan Gücü ve Hastane Göstergeleri Açısından Ülkelerin**

#### **Değerlendirilmesi**

Bir ülke sağlık sisteminin yerine getirmesi beklenen sağlık hizmetlerini tam ve yeterli düzeylerde sağlaması, mali imkânların yanında sağlık sektöründe çalışan işgücü göstergeleri ve altyapı unsuru olarak değerlendirilen hastane göstergelerine de bağlı olmaktadır. Ülkelerin sağlık insan gücü ve hastane göstergelerinin bir arada



değerlendirildiği Tablo-10 oluşturulmuştur. 2000-2006 ve 2000-2010 yıllarını içeren dönem ortalamalarıyla elde edilen ve ortak karşılaştırma yapabilmek amacıyla, toplam sağlık insan gücü sayısının; doktor, ebe, hemşire ve eczacılardan oluşan bir dağılıma göre, her iki dönem itibariyle de Türkiye, ortalamaların çok altında bir yere sahip bulunmaktadır. Toplam sağlık insan gücü sayıları ve her 10.000 kişiye düşen sağlık insan gücü sayısı itibariyle, Endonezya ve Türkiye, etkin göstergelere sahip olamayan ülkeler olarak değerlendirilebilmektedir. Böyle bir durum ise, Türkiye açısından, SDP çerçevesinde yaşanan dönüşümün, sağlık sisteminde yadsınamayacak düzeyde iyileştirmelere yol açmasına karşın, henüz yeterli düzeye de ulaşamadığını, özellikle de sağlık insan gücü sayısı ve dağılımı açısından ortaya koymaktadır. Her iki gösterge açısından en iyi durumda olan ülkelerin başında, sağlık insan gücü sayısı açısından ABD ve her 10.000 kişiye düşen sağlık insan gücü sayısı açısından ise, 2000-2010 ortalaması, 270 olan Yeni Zelanda gelmektedir. Her 10.000 kişiye düşen doktor sayısı açısından, en zayıf durumdaki ülke, üç doktor ile Endonezya, en iyi durumdaki ülke ise, 64 doktor ile Küba olmuştur. Türkiye açısından durum değerlendirildiğinde, bir önceki dönem ortalamasına göre sayının 15 olarak gerçekleşmesi olumlu bir durum olarak değerlendirilmekle birlikte, genel ortalamanın çok altında bir konuma sahip olması ve nüfusuna göre yetersiz düzeyde kalınması, göze çarpan bir gerçeklik olarak ileri sürülebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında etkinlik göstergesi olarak hastane yatak sayısı açısından durum değerlendirildiğinde; en etkin durumda olan 123 yatak kapasitesi ile Güney Kore'dir. Daha sonra ise, gerek demografik gerekse de ekonomik göstergeler açısından etkinlik gücü düşük olan Ukrayna(84 yatak) ve 82 yatak kapasite ile Almanya diğer iki ülkeyi takip etmektedir. Türkiye ise, 2000-2009 dönem ortalaması 24 olarak gerçekleşen ve genel ortalamanın çok altında yer alan bir ülke konumunda bulunmaktadır. En zayıf durumda bulunan ülke ise 6 yatak kapasitesi ile Endonezya olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo-10: Seçilmiş Sağlık İnsan Gücü ve Hastane Göstergeleri Açısından Ülkeler (2000-2010)**

ÜLKELER	TOPLAM SAĞLIK İNSANGÜCÜ SAYISI*		HER 10.000 KİŞİYE DÜŞEN SAĞLIK İNSANGÜCÜ SAYISI		HER 10.000 KİŞİYE DÜŞEN DOKTOR SAYISI		HER 10.000 KİŞİYE DÜŞEN HASTANE YATAK SAYISI	
	2000-2006	2000-2010	2000-2006	2000-2010	2000-2006	2000-2010	2000-2007	2000-2009
A.B.D.	4.113.709	4.433.953	147	150	26	27	32	31
BREZİLYA	1.099.029	1.896.770	64	99	12	17	26	24
ENDONEZYA	224.131	576.335	11	25	1	3	--	6
ALMANYA	1.059.063	1.300.518	128	157	34	35	83	82
ARJANTİN	182.000	196.410	50	51	30	32	41	29
FRANSA	804.088	879.481	132	144	34	35	73	71
G.KORE	233.762	432.690	49	90	16	20	86	123
PORTEKİZ	101.586	110.828	97	104	34	38	37	34
MEKSİKA	366.045	949.565	38	91	20	29	10	16
TÜRKİYE	382.237	297.452	51	39	16	15	27	24
YUNANİSTAN	117.971	133.095	106	120	50	60	47	48
DANİMARKA	81.454	105.260	152	193	36	34	38	36
FINLANDİYA	74.606	106.080	142	201	33	27	70	65
İNGİLTERE	962.827	857.932	166	142	23	27	39	34
İSPANYA	527.391	461.397	123	105	33	37	34	32
İTALYA	715.523	714.193	123	123	37	42	40	37
NORVEÇ	100.021	96.047	216	205	38	41	41	35
UKRAYNA	573.598	551.341	125	125	31	31	87	87
Y.ZELANDA	99.964	107.014	260	270	21	24	60	62
KÜBA	160.308	197.421	142	174	59	64	49	59
ORTALAMA	598.966	720.189	116	130	29	32	46	47

\*: Doktor, Ebe, Hemşire ve Eczacı sayılarını içermektedir.

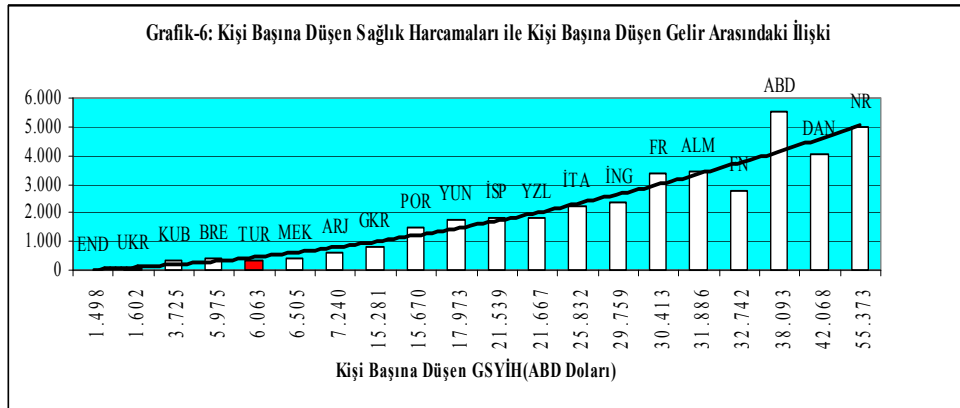
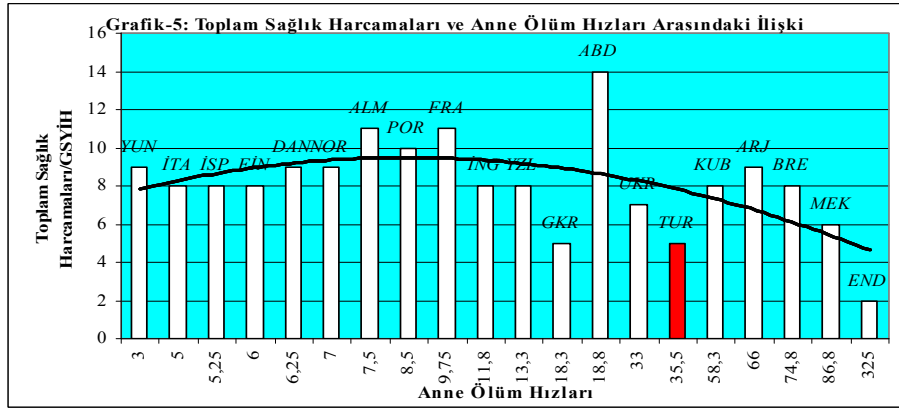
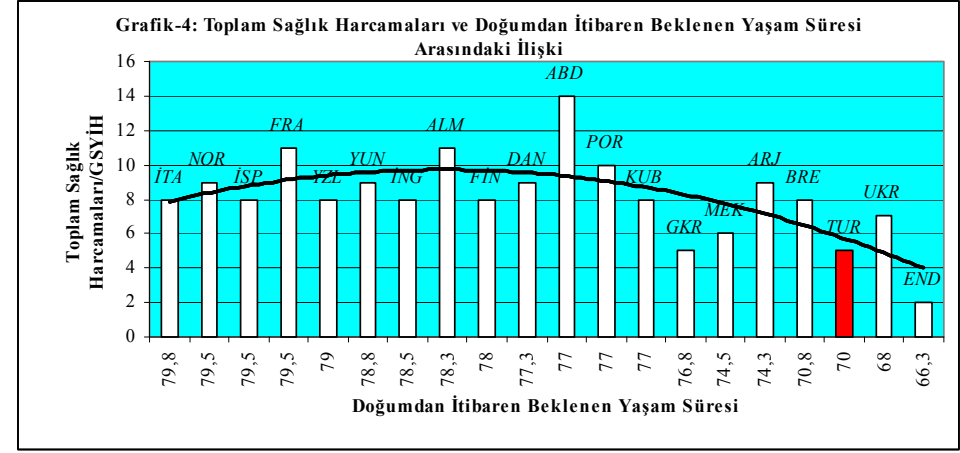
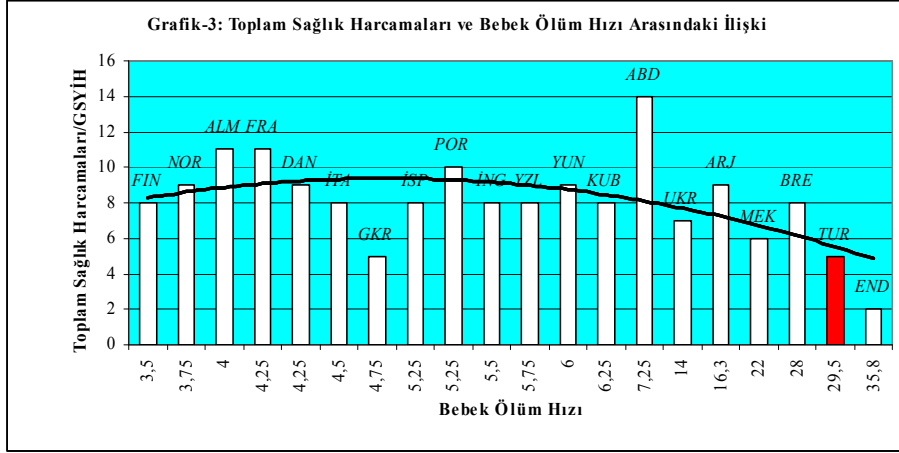
**KAYNAK:** WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Statistics 2011**, The World Health Organization Publishing, Geneva, 2011, s.116-125 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2008, s.76-83.

Sağlık sistem ve hizmetlerinin demografik, ekonomik, insan gücü ve hastane unsurlarından seçilen etkinlik göstergeleri değerlendirildiğinde, her bir ülkenin ekonomik, kültürel, siyasi ve sosyal bakımdan farklılık içeren yapılarının var olduğu görülmektedir. Özellikle, ülkeler arasındaki kişi başına düşen gelir arasındaki farklılık, gelişmişlik düzeylerinin belirleyici unsurları arasında yer almaktadır. Dolayısıyla, gelir düzeyi artışı, ülkelerin yapmakta olduğu toplam sağlık harcama miktarının yükselmesine yol açan etkenlerin(nüfus ve yaşlanma, teknolojik değişim ve tıbbi ilerleme, eğitim seviyesinin ve sağlık bilincinin gelişmesi, kentleşme ve sosyal değer yargılarının değişmesi) başında gelmektedir.

Ele alınan göstergeler değerlendirildiğinde, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranı ile anne ve bebek ölüm hızları ile doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi arasında etkileşimin olduğu da ortaya çıkmaktadır. Etkinlik göstergelerinin birbirleri arasındaki etkileşimin ortaya konulması amacıyla, Tablo-11'de 1995-2010 döneminde, kişi başına düşen GSYİH, gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranı, kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, anne ve bebek ölüm hızları ile doğumdan itibaren beklenen yaşam süreleri göstergelerinin ortalamalarından elde edilmiş veriler ışığında, grafikler hazırlanmıştır.

**Tablo-11: Etkinlik Göstergelerinin Birbirleri Arasındaki İlişki**

(1995-2010)



ABD: Amerika Birleşik Devletleri, ALM: Almanya, ARJ: Arjantin, BRE: Brezilya, DAN: Danimarka, END: Endonezya, FİN: Finlandiya, FRA: Fransa, GKR: Güney Kore, İNG: İngiltere, İSP: İspanya, İTA: İtalya, KUB: Küba, MEK: Meksika, NR: Norveç, POR: Portekiz, TÜR: Türkiye, UKR: Ukrayna, YZL: Yeni Zelanda, YUN: Yunanistan

Tablo-11’de hazırlanan grafikler göstermektedir ki; seçilen ülkelerdeki dönem ortalamaları itibariyle, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya olan oranı artıkça, diğer etkinlik göstergelerinde de istisnalar hariç genel itibariyle olumlu yönde değişimin olduğu bir eğilim elde edilmiştir. Bu durum ise, 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.

Özet olarak, unutulmaması gereken nokta ise, günümüzde altyapı, demografik ve ekonomik göstergelerdeki dönüşüm, sağlık sistemlerinin ve bu sistemlerin parçası olan alt sistemlerinin(sosyal güvenlik sistemleri, sağlık sunum sistemleri v.b.) yaşadığı ya da yaşayacağı mali krizlerin sorumlusu olarak değerlendirilmekte olduklarıdır. Doğurganlık oranlarındaki azalışlar ve doğumdan itibaren beklenen yaşam sürelerindeki artışlar, gelecek dönemlerde, ele alınan ülkeler açısından, başta Avrupa’daki ülkeler ve Türkiye dâhil diğer ülkelerin, sağlık, emeklilik ve eğitim düzeylerini de olumsuz bir biçimde etkileyebileceği öngörülmektedir<sup>362</sup>. Dolayısıyla göstergeler itibariyle gözlemlenen iyileşmelerin eğer doğru strateji belirlenmez ise, yüksek maliyetlerinin ortaya çıkacağı da tahmin edilmektedir. Bu stratejilerin başında da sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için gerçekleştirilen harcamalarda etkinliğin sağlanması gelmektedir. Bu doğrultuda, bir sonraki bölümde etkinlik kavramına, kamu sağlık harcamalarında etkinliğin yeri ve önemine, Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının gelişimi ile ele alınan ülkeler temelinde, gerçekleştirilen kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin ölçülmesi ve karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

---

<sup>362</sup> Reinhard, BUSSE, Gregory WURZBURG & Mario, ZAPPACOSTA, “Shaping the Societal Bill: Past and Future Trends in Education, Pensions and Healthcare Expenditure”, **Futures**, Y.2003, C.35, S.1, s.8.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

Sağlık harcamalarının artmasına neden olan ve birinci bölümde yer verilen unsurların tümü gerek kamu gerekse de özel sağlık harcamalarının, günümüzde, artış içerisinde olmasını sağlamaktadır. Sağlık harcamalarındaki artış eğilimini destekleyen göstergelere de Tablo-9'da yer verilmiştir. Tablo-9'da da yer aldığı üzere, seçilen ülkeler ve dünya ortalamaları bakımından bir önceki dönemlere göre sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranı yükselmiştir. Sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyüme hızlarının üzerinde gerçekleştiği ve özellikle kamu sağlık harcamalarındaki yükselişin başta OECD ülkeleri olmak üzere diğer tüm ülkeler açısından kamu bütçeleri üzerindeki baskıyı artırdığına yönelik öngörü de yapılmaktadır<sup>363</sup>. Düzenli bir biçimde kamu sağlık harcamalarındaki artış, birçok ülke açısından harcamaların etkinliğini geliştirmeye yönelik uygulamalara gidilmesine yol açmaktadır<sup>364</sup>. Çalışmanın son bölümünde, etkinlik kavramına ve önemine, kamu harcamalarının etkinliği kavramına, önemine literatür çalışmalarına ve çalışmada kullanılan Veri Zarflama Analizi(VZA)nin teorik çerçevesine yer verilmiştir. İkinci kısımda, sağlık harcamaları açısından kamu harcamalarında etkinliğin önemine ve ölçümüne değinilmiştir. Türkiye ve seçilen ülke örnekleri açısından dünyada kamu sağlık harcamalarının gelişimine değinildikten sonra, VZA kullanılarak karşılaştırmalı bir biçimde kamu sağlık harcamalarının etkinlik analizi ve sonuçları değerlendirilmiştir.

#### I. ETKİNLİK KAVRAMI VE UNSURLARI

Etkinlik kavramı, günümüzde gerek kamu gerekse de özel sektör açısından kıt olan kaynakların en iyi biçimde nasıl değerlendirildiği ya da değerlendirilmesi gerektiğine yönelik önemli bir unsurdur. Dolayısıyla etkinlik ve belirleyenleri ile çalışma kapsamında kullanılacak analiz tekniğinin kavramsal ve teorik çerçevesine yer verilmesi gerekli bir durumdur.

---

<sup>363</sup>HUBER & OROSZ, a.g.m., s.1.

<sup>364</sup>Sam MIRMIRANI, H.C. LI & Joseph A. ILACQUA, "Health Care Efficiency In Transition Economies: An Application of Data Envelopment Analysis", *International Business & Economics Research Journal*, Y.2008, C.7, S.2, s.47.

## A. Etkinlik Kavramı ve Önemi

Toplumun en fazla önemle üzerinde durduğu ortak amaç, sosyal refah olarak değerlendirilmektedir. Sosyal refah kapsamının ortaya konulmasında, Refah Ekonomisi içerisinde hangi tür mal ve hizmetlerin ne miktarda ve kimler için üretileceğine yönelik sorulara etkinlik ve eşitlik kriterleri yanıt vermeye çalışılmaktadır<sup>365</sup>. Etkinlik, herhangi bir işletme ya da kurumun belirlemiş olduğu amaçlarını ve hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik faaliyetlerin, ne ölçüde yerine getirilebildiğini belirleyen bir performans ölçütü olarak ifade edilebilmektedir<sup>366</sup>. Bir başka deyişle, etkinlik, hedeflere ulaşılma düzeyini ve istenilen ile gerçekleşen etki arasındaki ilişki olarak da tanımlanabilmektedir<sup>367</sup>.

Performans değerlendirme ve ölçme ile ilgili olarak kullanılan etkinlik kavramı aynı zamanda, girdi ve çıktı arasındaki bağlantıyı da sağlayan unsur olarak değerlendirilmektedir<sup>368</sup>. Bu doğrultuda, etkinlik, herhangi bir hizmet üretiminde mümkün olan en az girdi ile en çok çıktının(ürünün) sağlanması olarak da ifade edilebilmektedir. Dolayısıyla, veri bir girdi düzeyinde en fazla çıktı üreten faaliyet ya da belli bir miktar çıktı ne kadar az girdiyle elde edilirse iktisadi faaliyet o derece etkin olarak değerlendirilebilecektir<sup>369</sup>. Aynı biçimde, etkinlik, girdiler ve çıktılar arasında olduğu gibi maliyetler ve faydalar arasında da karşılaştırma yapabilmeyi sağlayıcı bir öneme de sahip bulunmaktadır<sup>370</sup>. Böylece, ele alınan gerek kamu gerekse de özel sektördeki bir organizasyonun planlamış olduğu amaçlarının ve hedeflerinin nasıl ve ne derecede gerçekleştirildiğinin tespiti sağlanabilecektir. Bu tespit ise, karar verici birimlerin(kamu ve özel sektördeki organizasyonel birimleri kapsar) idari, ekonomik ve

<sup>365</sup>CELEBİ, a.g.e., s.35 ; STIGLITZ, a.g.e., s.264-265.

<sup>366</sup>Gülnur KECEK, **Veri Zarflama Analizi Teori ve Uygulama Örneği**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010, s.31 ; Ahmet ÖZEN, **Performans Esaslı Bütçeleme Sistemi ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını, Yayın No. 2008/382, Ankara, 2008, s.71.

<sup>367</sup>Recep KAPLAN, **Türk Kamu Harcama Yönetiminde Hesap Verme Sorumluluğu**, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını, Yayın No. 2012/419, Ankara, 2012, s.46.

<sup>368</sup>Coşkun Can AKTAN & Özlem ÖZKIVRAK, “Devlet mi? Piyasa mı?: Kamu Ekonomisi ve Piyasa Ekonomisinin Etkinlik Yönünden Karşılaştırılması”, **Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası**(Edt. Coşkun Can Aktan, Dilek Dileyici ve İstiklal Y. Vural), Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, 2006, s.138 ; Besim Bülent BALI & Mustafa ÇELEN, “Kamu Eğitim Harcamalarında Etkinlik ve Etkinlik Analizi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Uygulama”, **Devletin Değişen Rolü Bağlamında Türkiye’de Kamu Harcamalarının Sektörel Analizi**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü 24. Türkiye Maliye Sempozyumu, Antalya, 2009, s.18.

<sup>369</sup>Birol KOVANCILAR & Mustafa MİYNAT, **Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Kamu Kesimi**, Birinci Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2008, s.71 ; Süreyya SAKINÇ, **Yerel Yönetimler Ekonomisi**, 2. Baskı, Emek Matbaası, Manisa, 2007, s.150.

<sup>370</sup>Antonio, AFONSO, Ludger, SCHUKNECHT & Vito, TANZI, **Public Sector Efficiency: Evidence For New EU Member States and Emerging Markets**, European Central Bank Working Papers, WP No.581, 2006, <<http://www.ecb.int/pub/scientific/wps/author/html/author256.en.html>>, (15.03.2010), s.9.

mali açılardan akılcı, başarılı ve yerinde bir faaliyet içerisinde olup olmadıklarına yönelik analiz yapılmasını da sağlayabilecektir.

## B. Etkinlik Türleri ve Ölçümü

Etkinlik, doğru olan işleri gerçekleştirmek olarak da ifade edilmekle birlikte, değişik nitelikler içerecek biçimde de sınıflandırılabilir. Farklı etkinlik kavramları olarak da ifade edilen etkinlik türlerini Kutu-6'daki gibi özetlemek mümkündür.

**Kutu-6: Etkinlik Türleri**

<b><u>Teknik Etkinlik:</u></b>	Üretim faktörleri(girdiler) ile hangi miktarda katma değer(çıktı) yaratıldığını ifade etmektedir. Dolayısıyla, girdilerin çıktılara dönüştürülmesinin gerçekleştiği bir süreç olarak da ifade edilebilmektedir. Teknik etkinlik, karar verici birimlerin üretim faaliyetleri esnasında atıl harcama yapmadığını göstermektedir. Bir başka ifadeyle, karar verici birimler tarafından seçilen girdi bileşimlerinin en iyi ve verimli bir biçimde kullanılarak mümkün olan en fazla çıktıyı üretme başarısı ya da halidir.
<b><u>Tahsis Etkinliği:</u></b>	Fayda ve maliyetler dikkate alınarak, en uygun girdi bileşimleri sonucunda elde edilen çıktı arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır. Ayrıca, kıt kaynaklarla üretilmesi gerekli olan ürünlerin bireylerin sahip olmak istedikleri ile gelir düzeyleri açısından sahip olabilecekleri ürünlerden farksız olduğu durumun oluşmasıdır. İktisadi ve tüketim etkinliğinin yanında marjinal sosyal fayda ve maliyet eşitliğinin de gerçekleşmesi koşullarının oluşumunun zorunlu olduğu etkinlik türüdür.
<b><u>Kaynak Kullanımında Etkinlik:</u></b>	Herhangi bir hizmetin üretilmesinde kullanılan üretim kaynaklarının israf edilmeksizin ne ölçüde kullanıldığını ifade eden etkinlik türüdür.
<b><u>Hizmet Etkinliği:</u></b>	Verilen hizmetin miktarından ziyade kalitesinin önemli olduğu ve dolayısıyla hizmet kalitesinin ölçülmesinin sağlandığı etkinlik türüdür. Hizmet etkinliği ölçülürken, hizmetten yararlanan bireylerin(müşterilerin) memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi gerekli bir durum olarak değerlendirilmektedir.
<b><u>X- Etkin(siz)lik:</u></b>	İşletme düzeyinde bireylerce gerçekleştirilen karar alma süreçlerinde oluşabilecek etkinsizliklerin, ekonomide daha önemli aksamalara yol açacağı dolayısıyla iktisadi etkinliğin temel belirleyicisinin birey olduğunu ileri süren yaklaşımdan hareketle oluşturulan etkinlik türüdür. X-Etkinsizlik, belirli bir girdi miktarının, firma içindeki bireylerden kaynaklanan nedenlerden ötürü en yüksek çıktıya ulaşamaması hali olarak ifade edilmektedir. Özellikle, rekabetçi piyasada X-Etkinlik, tek el piyasasında ise X-Etkinsizlik durumları ortaya çıkabilmektedir.
<b><u>Maliyet Etkinliği:</u></b>	Kullanılan kaynak miktarı ile ilgili ne kadarlık bir faaliyet(iş) başarıldığını göstermek ve birim maliyet oranına göre belirlenmekte olan etkinlik türüdür. Aynı zamanda maliyet etkinliği, veri bir bütçe altında en uygun teknik ya da uygulamayı tespit etmekte kullanılan etkinlik ölçütüdür.
<b><u>Teknolojik Etkinlik:</u></b>	Bilgi ve iletişim teknik ve teknolojilerinin kullanılması sonucunda maliyetlerde elde edilen tasarruf ve üretim artışlarının ortaya konulmasında kullanılan performans değerlendirme türü olarak ifade edilmektedir.
<b><u>Ölçek Etkinliği:</u></b>	Bazı üretim dallarında, firma ölçeklerinin büyümesi sonucunda, birim başına ortalama maliyetlerdeki artışı(ya da azalışı) tespit etmek amacıyla kullanılmakta olan performans ölçütüdür.

**KAYNAK:** Tamer ÇETİN, "İktisadi Etkinlik Üzerine Bir Deneme: X Etkinlik Yaklaşımı", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Y.2010, C.11, S.2, s.183-184 ve 188 ; Santiago HERRERA & Gaobo PANG, *Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach*, World Bank Policy Research Working Paper, WP. No.3645, 2005, < [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/1W3P/IB/2005/06/15/000016406\\_20050615105929/Rendered/PDF/wps3645.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/1W3P/IB/2005/06/15/000016406_20050615105929/Rendered/PDF/wps3645.pdf)>, (15.07.2010), s.2 ; James R. SELDON, "Efficacy, Effectiveness and Efficiency in Human Resource Use: A Primer on The Three E's", *International Journal of Public Administration*, Y.1993, C.16, S.7, s.924-928 ; Armağan TARIM, *Veri Zarflama Analizi: Matematiksel Programlama Tabanlı Görel Etkinlik Ölçüm Yaklaşımı*, Sayıştay Yayınları, Yayın No.15, Ankara, 2001, s.14-33 ; AKTAN & ÖZKIVRAK, a.g.m., s.138-139 ; BALI & ÇELEN, a.g.m., s.18 ; ÇELEBİ, a.g.e., s.53 ; KECEK, a.g.e., s.46-50 ; MUTLU & IŞIK, a.g.e., s.151 ; ÖZEN, a.g.e., s.72.

Girdilerin hangi düzeyde tam ve doğru kullanıldığının ölçülmesini ifade eden etkinlik ve etkinliğin ölçümü tartışmasını, Farrell(1957) ilk olarak başlatmıştır.

Ekonomi bilimi ve teorisyenleri açısından, Farrell tarafından gerçekleştirilen çalışma sonrasında etkinliği ölçmek önemli bir konu haline gelmiştir. Farrell'e göre; "...etkinlik, herhangi bir endüstri/organizasyon açısından önemli olan, kaynak artışına(girdi) gitmeksizin etkinliğin artırılması yoluyla çıktı miktarının yükseltilmesidir..."<sup>371</sup>. Etkinlik ölçümü gerçekleştirilebilmesi için maliyetlerin(girdilerin) ve çıktılarının tahmini ile ikisi arasında karşılaştırmalara başvurulması gerekmektedir<sup>372</sup>. Bu kapsamda, başta özel kesim ve son dönemlerde kamu kesiminde etkinlik ölçümlerine yönelik birbirinden farklı teknikler geliştirilmiştir.

### **C. Etkinlik Ölçümünde Kullanılan Yöntemler**

Matematiksel ve istatistiksel yöntemler aracılığıyla gerçekleştirilebilen etkinlik ölçümlerinde kullanılan teknikler; oran analizi ve sınır etkinliği(parametrik ve parametrik olmayan) olarak sıralanmaktadır.

#### **1. Oran Analizi**

İşletmelerin mali durumlarının tespitinde kullanılan, tek girdi ve çıktının oranı biçiminde tanımlanan rasyoların gelişiminin incelendiği bir yöntemdir<sup>373</sup>.

Karar birimlerine ait birden fazla girdi ve çıktının olması halinde, tek bir oran üzerinden etkinlik ölçümünün yanıltıcı sonuçlar verebileceği ileri sürülmektedir<sup>374</sup>. Girdi ve çıktı sayısının arttığı durumlarda ise incelenmesi zorunlu olan oranların sayısının da artışı ortaya çıkabilecektir. Bu durumda, hedeflenen ağırlıklandırmanın gerçekleştirilmesini olanaksız hale getirebileceği ve statik bir analiz olmasından ötürü işletmenin ele alınan dönemdeki performansını ölçmeye imkan tanımayabileceğine dair eleştiriler de yapılmaktadır<sup>375</sup>.

#### **2. Parametrik Yöntemler**

Girdi ve çıktı arasında belirli fonksiyonel bir biçimi tahmin etmeye çalışan yöntemdir. Etkinlik ölçümünde, regresyon yöntemi kullanılarak tahmin sürecinde üretim fonksiyonu tek çıktı ile birçok girdi ilişkilendirilerek tanımlanmaktadır<sup>376</sup>.

---

<sup>371</sup>Michael J. FARRELL, "The Measurement of Productive Efficiency", *Journal of The Royal Statistical Society Series A(General)*, Y.1957, C.120, S.3, s.253.

<sup>372</sup>AFONSO v.d., a.g.ç., 2006, s.9.

<sup>373</sup>Yasemin T. KAYA & Ela DOĞAN, *Dezenflasyon Sürecinde Türk Bankacılık Sektöründe Etkinliğin Gelişimi*, BDDK ARD Çalışma Raporları, Rapor No.2005/10, Ankara, 2005, s.3.

<sup>374</sup>KECEK, a.g.e., s.51.

<sup>375</sup>Hasan K. GÜLEŞ, Adem ÖGÜT & Musa ÖZATA, "Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Etkinliğin Artırılmasına Yönelik Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama", *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Y.2007, C.11, S.1, s.73.

<sup>376</sup>HERRERA & PANG, a.g.m., s.3 ; KECEK, a.g.e., s.51.



Parametrik(değişkene bağlı) yöntemde, rassal hatanın varlığı kabul edilerek, gerektiği durumlarda model tekrardan düzeltilebilmektedir<sup>377</sup>.

Parametrik yöntem:

- Stokastik Sınır Yaklaşımı(SSY); maliyet, kâr ve üretim sınırları için fonksiyonel bir ilişki kurulmakta, hata terimi, etkinsizlikler ve rassal hatanın varlığına izin veren yaklaşımdır.
- Serbest Dağılım Yaklaşımı(SDY); belirli kısıtlar altında SSY'deki varsayımları(hata terimi, etkinsizlikler ve rassal hata) kaldıran yaklaşım türüdür. Her bir karar biriminin uzun dönemde etkinliği sabittir ya da istikrarlıdır. Ölçüm hataları olmadığı varsayımına dayanmaktadır.
- Kalın Sınır Yaklaşımı(KSY); rassal hata ve etkinsizliğin dağılımlarına yönelik bir kısıtlamanın olmadığı yaklaşımdır. Belirlenen fonksiyonel biçimde, rassal hata tahmin edilen performans değerlerinin en yüksek ve düşük performans gösteren çeyreklerinden oluşmaktadır. Genel etkinlik düzeyinin hesaplanmasında kullanılmaktadır.

biçiminde üç farklı yaklaşımı içermektedir<sup>378</sup>. Yöntemle ilgili, davranışsal varsayımlarda hatalı tahminler yapılma olasılığı ve çıktıların çok fazla olduğu alanlarda uygulanmasının daha zor olabileceğine yönelik eleştiriler yapılmaktadır<sup>379</sup>.

### 3. Parametrik Olmayan Yöntemler

Belirli bir fonksiyonel sınırlamaları içermeksizin elde edilen verilerden matematiksel programlama aracılığıyla etkinlik sınırı ölçümü gerçekleştirilen yöntemdir. Veri Zarflama Analizi(VZA) ve Serbest Atılabilir Zarf(SAZ) yaklaşımını içeren yöntem, matematiksel etkinlik sınırının oluşturulmasına yardımcı olan doğrusal

---

<sup>377</sup>Igbekele A. AJIBEFUN, "An Evaluation of Parametric and Non-Parametric Methods of Technical Efficiency Measurement: Application to Small Scale Food Crop Production in Nigeria", **Journal of Agriculture & Social Sciences**, Y.2008, C.4, S.3, s.95.

<sup>378</sup>Tai-Hsin HUANG & Mei-Hui WANG, "Comparison of Economic Efficiency Estimation Methods: Parametric and Non-Parametric Techniques", **The Manchester School**, Y.2002, C.70, S.5, s.686-687 ; KECEK, a.g.e., s.52 ; KAYA & DOĞAN, a.g.r., s.3 ve 4.

<sup>379</sup>KECEK, a.g.e., s.52.

programlama kullanımı aracılığıyla etkinlik ölçümlerinde daha fazla esnekliğe sahip olduğu için tercih edilen analiz türü olarak değerlendirilmektedir<sup>380</sup>.

## II. VERİ ZARFLAMA ANALİZİNİN TEORİK ÇERÇEVESİ

Çalışmanın amaçları arasında yer alan kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin karşılaştırmalı olarak analizinde VZA yöntemi tercih edilmiştir. VZA'nin tercih edilmesinin nedenleri, değerlendirme yapanlar açısından kamu hizmetlerinin parasal olarak ifadesinde parametrik yöntemle göre daha esnek bir yapıya sahip olması, göreceli etkinlik ölçümlerinde sonuçların elde edilmesi açısından başarı düzeyi daha fazla olan önemli bir yöntem olması ve literatürde kamu harcama türlerine göre etkinlik analizlerinde başvurulan en önemli analiz tekniği olmasıdır. Sözü edilen etkenler doğrultusunda kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin analizinde VZA'nin kullanımı hem çalışma hem de bundan sonraki yapılacak çalışmalara ışık tutabilmesi için yararlı olacağı değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, analize geçilmeden önceki son kısımda VZA ile ilgili teorik temellere ve açıklamalara yer verilmiştir.

### A. Veri Zarflama Analizi Kavramı ve Özellikleri

Etkinlik ve etkinlik ölçümüyle ilgili tartışmanın başlamasına yol açan Farrell(1957)'in çalışması aynı zamanda, VZA'nın başlangıcı olarak da kabul görmektedir. Farrell(1957), ilk defa doğrusal programlamadan yararlanarak birden fazla girdi ve tek çıktısı olan birimlerin etkinliklerini incelemiştir<sup>381</sup>. VZA'ne yönelik ilk model çalışması ise, Charnes, Cooper ve Rhodes(1978) tarafından gerçekleştirilmiştir. Planlamalarının ve faaliyetlerinin kontrolü açısından Karar Verme Birimlerinin(KVB) etkinliğinin ölçülmesine yönelik birçok yöntem olduğu yapılan çalışmayla ortaya konulmuştur<sup>382</sup>.

Parametrik olmayan bir yöntem olarak sınıflandırılan VZA, farklı ölçeklerde bulunan birden fazla girdilerin ve çıktıların karşılaştırılmasına olanak veren ve KVB'lerinin nispi performanslarının ölçümünü gerçekleştiren doğrusal ve matematiksel programlama tabanına dayalı etkinlik ölçüm tekniği olarak ifade edilmektedir<sup>383</sup>.

---

<sup>380</sup>Bruce HOLLINGSWORT, Philip J. DAWSON & MANIADAKIS, Nikos, "Efficiency Measurement of Health Care: A Review of Non-Parametric Methods and Applications", *Health Care Management Science*, Y.1999, C.2, S.3, s.163.

<sup>381</sup>KECEK, a.g.e., s.56.

<sup>382</sup>Abraham CHARNES, William W. COOPER & Eduardo RHODES, "Measuring The Efficiency of Decision Making Units", *European Journal of Operational Research*, Y.1978, C.2, S.6, s.443.

<sup>383</sup>Nesrin ASLANKARAOĞLU, *Veri Zarflama Analizi ve Temel Bileşenler Analizi İle Avrupa Birliği Ülkelerinin Sıralanması*, Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstatistik AD, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi,

Zarflama teriminin ortaya çıkışının nedeni ise, belirlenen girdi-çıkıtı göstergelerinin doğrusal kombinasyonlarının etkin olduğu varsayılarak, gözlenen girdi-çıkıtı kombinasyonları etrafında bir zarf şeklini alan üretim olanakları eğrisi oluşturmalarıdır<sup>384</sup>.

VZA'ni diğer etkinlik ölçümünde kullanılan tekniklerden ayıran özelliklerini:

- Ortak niteliklere sahip KVB'leri arasında gözlenen girdilere ve çıktılara göre nispi teknik etkinliklerin değerlendirilebilmesi,
- Girdiler-çıkıtılar arasındaki fonksiyonun belirlenmiş bir analitik yapısının olmaması ve hata teriminin kullanılmaması,
- Birden fazla girdi ve çıkıtı ile analizin gerçekleştirilebilmesi,
- KVB'lerinde yaşanan etkinsizlik miktarını ve bu miktarın nereden kaynaklandığı hakkında bilgi vermesi,
- Matematiksel bir programlamaya dayalı olması

biçiminde sıralamak mümkündür<sup>385</sup>.

Etkinlik ölçümünde VZA'ne başvurulmasının bir takım faydalarının yanında zayıf yönlerinin de bulunduğu ifade edilmektedir. Güçlü yönler olarak; çok sayıda girdinin ve çıkıtının bir arada değerlendirilme imkânı, homojen birimlerin birbirleriyle karşılaştırılabilirliği ile kullanılan girdi ve çıkıtıların aynı birimlerle ifade edilme zorunluluğunun olmaması olarak sıralanmaktadır. VZA yapılırken dikkat edilmesi gereken zayıf yönleri ise; önemli bir girdi ya da çıkıtının kullanılmasının ihmalinin doğru sonuçlar elde edilmesini engellemesi, aşırı derecede büyük ya da küçük girdi-çıkıtı göstergelerinin varlığının etkinlik sınırının belirlenmesini olumsuz etkilemesi, statik ya da karşılaştırmalı statik bir analiz yapabilmesi ile kalitatif ölçülerin kullanılması halinde sonuçların inandırıcılığının zedelenmesi olarak sıralanmaktadır<sup>386</sup>.

1980'li yılların başından itibaren özel sektörde faaliyet gösteren işletmelerin performans ölçümlerinde ve kamu harcamalarının etkinliğinin ölçülmesine yönelik VZA yöntemi sıklıkla başvurulmuş bir yöntem haline almıştır.

---

Ankara, 2006, s.4 ; Donna RETZLAFF-ROBERTS, Cyril F. CHANG & Rose, M. RUBIN, "Technical Efficiency in The Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries", **Health Policy**, Y.2004, C.69, S.1, s.60.

<sup>384</sup>Antonio AFONSO & Miguel ST. AUBYN, "Non-Parametric Approaches to Education and Health Efficiency in OECD Countries", **Journal of Applied Economics**, Y.2005, C.8, S.2, s.233.

<sup>385</sup>BALİ & ÇELEN, a.g.m., s.23-24 ; BHAT, a.g.m., s.78 ; RETZLAFF-ROBERTS v.d., a.g.m., s.61.

<sup>386</sup>İrfan ERTUĞRUL & Ayşegül T. IŞIK, "İşletmelerin VZA İle Mali Tablolarına Dayalı Etkinlik Ölçümü: Metal Ana Sanayiinde Bir Uygulama", **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.2008, C.10, S.1, s.203-205 ; BAKIRCI & TEMÜR, a.g.m., s. 277-278 ; KECEK, a.g.e., s.80-81.

## B. Veri Zarflama Analizinin Uygulama Aşamaları ve Matematiksel İfadesi

VZA ile etkinlik ölçümü uygulamasının gerçekleştirilmesi için yerine getirilmesi gereken aşamaları bulunmaktadır. Bu aşamaların incelenmesi, VZA'nın amaçlanan çalışmaya uygun olup olmadığının değerlendirilmesi açısından önemli bir durumdur.

Uygulama aşamalarına sırasıyla yer verildiği Kutu-7 aşağıdaki biçimde oluşturulmuştur.

### Kutu-7: VZA Uygulama Aşamaları

#### **Karar Verme Birimlerinin Seçimi Aşaması:**

Etkinlik değerlerinin yorumlanabilir hale getirilmesi için girdi ve çıktı göstergelerine sahip KVB'lerin benzer amaçlar taşıyan birimler olması gerekmektedir. Ayrıca, etkinlik sınırı tahmin etme sonucunun anlamlı olabilmesi için örnekleme yer alan karar birimi sayısı yeterli düzeyde büyük olması gerekmektedir.

#### **Girdilerin ve Çıktıların Seçilmesi Aşaması:**

Seçilmesi düşünülen girdi ve çıktı bileşimleri arasında fonksiyonel bir varsayım olmamasına karşın, nedensellik ilişkisi kurulabilir düzeyde ilintili olması gerekmektedir. VZA'nde kullanılacak girdi ve çıktı bileşimlerine ait ölçü birimlerinin birbirinden farklı olması, herhangi bir sorun oluşturmamaktadır.

#### **Verilerin Elde Edilme Aşaması:**

VZA için girdi ve çıktı göstergelerinin oluşturulması aşamasından sonra, tüm KVB'leri için göstergelerin elde edilmesi ve güvenilir olması gerekmektedir. Gerekli, güvenilir ve standardizasyonun sağlanmasını engelleyecek düzeyde veri elde edilememesi, ilgili KVB'in analize dahil edilmemesi gereğini ortaya çıkartmaktadır.

#### **VZA Modelinin Seçimi ve Nispi Etkinliğin Ölçülmesi Aşaması:**

KVB'lere en uygun model seçiminin yapılması, etkinlik ölçümünden beklenen sonucun elde edilmesi için önemli bir aşamadır. Doğrusal programlamaya yönelik paket ve VZA'ne özgü programlar aracılığıyla bilgisayarda etkinlik ölçümü gerçekleştirilmektedir. KVB'lerinin her biri için 0 ile 1 arasında etkinlik değerleri doğrusal programlama tekniği ile çözümlenmektedir. Etkinlik değeri 1(% 100) olan KVB, etkin olarak değerlendirilmektedir.

#### **Sonuçların Değerlendirilmesi Aşaması:**

VZA sonrasında elde edilen nispi etkinlik sonuçlarına göre etkin olmayan KVB'lerin etkin hale getirilmesine yönelik önlemlerin belirlenmesi ve KVB'lerin ait oldukları alan kapsamında yorumların yapılması aşamasıdır.

**KAYNAK:** Ram RAMANATHAN, *An Introduction to Data Envelopment Analysis: A Tool For Performance Measurement*, SAGE Publications Ltd., London, 2003, s.173-177 ; KECEK, a.g.e., s.78-80 ; TARIM, a.g.e., s.45-48.

Etkinlik ölçümlerinde seçilen KVB'nin girdileri(x) çıktıları(y) olarak tespit edildiğinde;

$$\text{Fiili Girdi} = \sum_{i=1}^I u_i x_i$$

fiili girdi, girdilerin ağırlıklı toplamı olarak ifade edilmekte ve  $u_i$  ;  $x_i$  girdisine atanan bir ağırlık olarak değerlendirilmektedir.

KVB'nin fiili çıktısı ise;

$$\text{Fiili Çıktı} = \sum_{j=1}^J v_j y_j$$

fiili çıktı, mevcut olan tüm çıktıların doğrusal ağırlıklı toplamı ile edilmekte ve  $v_j$  ;  $y_j$  çıktısına atanan ağırlık olarak değerlendirilmektedir<sup>387</sup>.

VZA'nde, etkinlik karşılaştırması yapılacak K adet karar birimi olduğunda ve m inci karar biriminin etkinliğinin maksimum yapılması istendiğinde fiili çıktının girdiye oranlanması sonucunda etkinlik ölçüsünün matematiksel programlama modeli<sup>388</sup>,

$$\max E_m = \frac{\sum_{j=1}^J v_{jm} y_{jm}}{\sum_{i=1}^I u_{im} x_{im}}$$

$E_m$ ; m. inci birimin etkinliği

$y_{jm}$ ; m. inci karar biriminin j. inci çıktısı

$v_{jm}$ ; ilgili çıktının ağırlığı

$x_{im}$ ; m. inci karar biriminin i. inci girdisi

$u_{im}$ ; ilgili girdinin ağırlığı

olarak ifade edilmektedir. KVB, m ağırlıklarını diğer karar birimleri de seçilen ağırlıkları kullandığı zaman, etkinlik 1'in üzerinde oluşmayacak biçimde tespit edilmelidir. Ayrıca, karar birimi m tarafından kullanılacak girdi ve çıktı ağırlıklarının negatif olması da gerekmektedir. Dolayısıyla söz konusu kısıtların yer aldığı koşulun ifadesi;

$$0 \leq \frac{\sum_{j=1}^J v_{jm} y_{jn}}{\sum_{i=1}^I u_{im} x_{in}} \leq 1 \quad n=1,2,K,N \quad \text{ve} \quad v_{jm}, u_{im} \geq 0 \quad i=1,2,K,I ; j=1,2,K,J$$

$x_{in}$ ; n. İnci karar biriminin i.inci girdisi  $y_{jn}$ ; n.inci karar biriminin j.inci çıktısı olarak gösterilmektedir<sup>389</sup>.

### C. Veri Zarflama Analizinde Kullanılan Modeller

VZA'nde kullanılan birbiriyle iç içe geçmiş birçok model ve teknik bulunmaktadır. Çalışma kapsamında, girdi ya da çıktı odaklı teknik etkinliği ölçen VZA'nde yararlanılan iki temel model değerlendirilmiştir.

Girdi-yönelimli yöntemin amacı, çıktı miktarı değiştirilmeksizin oransal olarak ne kadar girdi miktarının azaltılabileceğinin hesap edilmesidir. Çıktı-yönelimli

<sup>387</sup> RAMANATHAN, a.g.e., s.39.

<sup>388</sup> KECEK, a.g.e., s.58-59.

<sup>389</sup> RAMANATHAN, a.g.e., s.40.

yöntemin amacı ise, kullanılan girdi miktarı değiştirilmeden çıktı miktarının ne kadarının arttırılabileceğinin hesap etmektir<sup>390</sup>.

### 1. Charnes-Cooper-Rhodes(CCR) Modeli

Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından 1978 yılında geliştirilen ilk VZA modelidir. CCR, ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altında toplam etkinliği ölçmeyi amaçlayan bir tekniktir<sup>391</sup>. CCR modeli, karşılaştırma yapılacak n adet KVB'nin olduğu ve m adet girdi kullanılarak s adet çıktı üretildiği varsayımından hareketle, karar biriminin etkinliğinin elde edilmesinde aşağıdaki biçimde formüle edilen kesirli programlama modeline ihtiyaç duymaktadır<sup>392</sup>.

$$\text{Max}h_o = \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{ro}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{io}} \quad \text{ve kısıtlayıcılar} \quad \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \leq 1 ; j=1, \dots, n$$

$$u_r, v_i \geq 0 ; r=1, \dots, s ; i=1, \dots, m \text{ olarak ifade edilmektedir.}$$

Modelde,  $x_{ij}$ ,  $y_{rj}$ ; j.inci karar biriminin bilinen girdi ve çıktıları temsil etmektedir. KVB'lerinin sahip olduğu verilerden hareket edilerek denklemin çözümü ile  $u_r$  ve  $v_i$  ağırlıklarının tespiti gerçekleştirilebilmektedir. KVB'lerinin yer aldığı referans kümesinde herhangi bir karar biriminin etkinliği, diğer karar birimlerine bağlı olarak değerlendirilmektedir. Modelin optimizasyonu, ilgili karar birimine yönelik kısıtların sağlanabildiği en iyi ağırlıklandırmayı temsil etmektedir<sup>393</sup>. CCR modelinde, karar birimlerinin etkinlik düzeylerinin kısıtlayıcılara göre üst sınırlarının bulunması ilgili karar biriminin etkinliğini maksimize etmektedir. Etkin olan karar biriminin etkinliği 1 iken diğer karar birimlerinin etkinlik düzeyleri 1'in altında olacaktır<sup>394</sup>. Kesirli

<sup>390</sup>Timothy J. COELLI, D.S. Pranada RAO, Christopher J. O'DONNELL & George E. BATTESE, **An Introduction To Efficiency and Productivity Analysis**, Second Edition, Springer Publishing, New York, 2005, s.54.

<sup>391</sup>TARIM, a.g.e., s.61.

<sup>392</sup>CHARNES v.d., a.g.m., s.430.

<sup>393</sup>KECEK, a.g.e., s.67.

<sup>394</sup>Yaşar A. ÖZCAN & Roice D. LUKE, "A National Study of The Efficiency of Hospitals in Urban Markets", **Health Services Research**, Y.1993, C.27, S.6, s.722.

programlama modeli doğrusallaştırılarak çözümlendiğinde ise, çarpan model haline dönüşmektedir<sup>395</sup>;

$$\text{Enb}\theta_k = \sum_{r=1}^s u_r Y_{rk} \quad \text{ve}$$

$$\text{kısıtlayıcılar; } \sum_{i=1}^m v_i X_{ik} = 1, \quad \sum_{r=1}^s u_r Y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i X_{ij} \leq 0, \quad u_r, v_i \geq 0$$

biçiminde ifade edilmektedir.

CCR modeli içerisinde çıktı ve girdi yönelimli etkinlik analizleri yapılma imkanı bulunmaktadır. Çıktı ve girdi yönelimli analizlerden elde edilen etkinlik skorları aynı olmaktadır<sup>396</sup>. Ayrıca, modellenen program hakkında aynı bilgiyi verebilen Tablo-12’de görüldüğü gibi primal(birincil) ve dual(ikincil) modeller de yazılabilmektedir.

**Tablo-12: Primal ve Dual CCR Modelleri**

Girdi Yönelimli CCR Modelleri		Çıktı Yönelimli CCR Modelleri	
Primal	Dual	Primal	Dual
$\text{Enb} \sum_{r=1}^s u_r Y_{rk}$	$\text{Enk } \theta_k$	$\text{Enk} \sum_{i=1}^m v_i X_{ik}$	$\text{Enb } Z_k$
$\sum_{r=1}^s u_r Y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i X_{ij} \leq 0$	$\sum_{j=1}^n \lambda_{jk} X_{ij} \leq \theta_k X_{ik}$	$\sum_{i=1}^m v_i X_{ij} - \sum_{r=1}^s u_r Y_{rj} \geq 0$	$\sum_{j=1}^n \eta_{jk} X_{ij} \leq X_{ik}$
$\sum_{i=1}^m v_i X_{ik} = 1$	$\sum_{j=1}^n \lambda_{jk} Y_{rj} \geq Y_{rk}$	$\sum_{r=1}^s u_r Y_{rk} = 1$	$Z_k Y_{rk} - \sum_{j=1}^n \eta_{jk} Y_{rj} \leq 0$
$u_r, v_i \geq 0$	$\lambda_{jk} \geq 0$	$u_r, v_i \geq 0$	$\eta_{jk} \geq 0$

**KAYNAK:** BALI & ÇELEN, a.g.m., s.25 ; CHARNES v.d., a.g.m., s.431-435 ; ERTUĞRUL & IŞIK, a.g.m., s.207-208.

## 2. Banker-Charnes-Cooper(BCC) Modeli

Banker, Charnes ve Cooper tarafından 1984 yılında geliştirilen ve CCR modelinin varsayımlarında değişiklik yapılarak elde edilen modeldir. CCR modelinden ayıran nitelik, ölçüğe göre değişken getiri modellerinin yoğunluk vektörü  $\lambda$  karar değişkenleri toplamının bire eşit olma kısıtının oluşturulmuş olmasıdır<sup>397</sup>. Bu varsayım

<sup>395</sup>BALI & ÇELEN, a.g.m., s.25.

<sup>396</sup>BALI & ÇELEN, a.g.m., s.25.

<sup>397</sup>Rajiv D. BANKER, Abraham CHARNES & William W. COOPER, “Some Models For Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis”, **Management Science**, Y.1984, C.30, S.9, s.1079-1080.

aracılığıyla, CCR modelindeki KVB'nin ölçek etkin olma zorunluluğu kaldırılmış ve KVB'lerin ölçeğe göre getiri türleri; her bir KVB için hesaplanan  $\lambda_j$  lerin(ağırlıkların) toplamı birden büyükse ölçeğe göre azalan, birden küçük ise artan ve bire eşitse sabit getiriye göre faaliyette bulunduğunu ifade etmektedir. CCR, ölçeğe göre sabit getiri varsayımıyla toplam etkinlik ölçümü gerçekleştirirken BCC, ölçeğe göre değişken getiri altında teknik ve ölçek etkinliği hesaplamaktadır<sup>398</sup>.

BCC modeline göre bir KVB'nin etkinlik değeri;  $\theta_{ölçek} = \frac{\theta_{toplam}}{\theta_{teknik}}$  formülüyle

hesaplanmaktadır. Ölçek ve teknik etkinlik değerlerinin tespit edilebilmesi, bir KVB'nin toplam etkinsizliğinin teknik etkinsizlikten ya da ölçek etkinsizliğinden mi ortaya çıktığı belirlenebilmektedir<sup>399</sup>. Tablo-13 incelendiğinde, CCR modelinde olduğu gibi BCC modelinde de girdi ve çıktı yönelimli primal ve dual analiz modelleri oluşturulabilmektedir.

**Tablo-13: Primal ve Dual BCC Modelleri**

Girdi Yönelimli BCC Modelleri		Çıktı Yönelimli BCC Modelleri	
Primal	Dual	Primal	Dual
$Enb \theta_k$ $\theta_k X_{ik} - \sum_{j=1}^n \lambda_{jk} X_{ij} \geq 0$ $\sum_{j=1}^n \lambda_{jk} Y_{rj} \geq Y_{rk}$ $\sum_{j=1}^n \lambda_{jk} = 1$ $\lambda_{jk} \geq 0$	$Enb \sum_{r=1}^s u_r Y_{rk} - u_k$ $\sum_{r=1}^s u_r Y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i X_{ij} - u_k \leq 0$ $u_k \leq 0$ $\sum_{i=1}^m v_i X_{ik} = 1$ $u_r, v_i \geq \varepsilon > 0, u_k \text{ serbest}$	$Enb Z_k$ $Z_k Y_{rk} - \sum_{j=1}^n \eta_{jk} Y_{rj} \leq 0$ $\sum_{j=1}^n \eta_{jk} X_{ij} \leq X_{ik}$ $\sum_{j=1}^n \eta_{jk} = 1$ $\eta_{jk} \geq 0$	$Enk \sum_{i=1}^m v_i X_{ik} - v_k$ $- \sum_{r=1}^s u_r Y_{rj} + \sum_{i=1}^m v_i X_{ij} - v_k \geq 0$ $\sum_{i=1}^m v_i X_{ik} = 1$ $u_r, v_i \geq \varepsilon > 0, v_k \text{ serbest}$

**KAYNAK:** BALI & ÇELEN, a.g.m., s.26 ; COOPER, a.g.e., s.87-95 ; COOPER, a.g.m., s.1082-1087.

Girdi ve çıktı yönelimli BCC modellerinden elde edilen teknik etkinlik değerleri, ölçeğe göre değişken getiri varsayımının geçerli olmasından dolayı farklılaşabilmektedirler<sup>400</sup>.

<sup>398</sup>William W. COOPER, Lawrence M. SEIFORD & Kaoru TONE, **Introduction to Data Envelopment Analysis and Its Uses with DEA-Solver Software and References**, Springer Publishing, New York, 2006 ; BANKER v.d., a.g.m., s.1087 ; KECEK, a.g.e., s.75-76 ; TARIM, a.g.e., s.85-86.

<sup>399</sup>BALI & ÇELEN, a.g.m., s.26.

<sup>400</sup>BALI & ÇELEN, a.g.m., s.26.



### III. VERİ ZARFLAMA ANALİZİ YÖNTEMİNE GÖRE TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ ETKİNLİĞİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle doğru orantılı biçimde kamu harcamaları farklı nedenlerle artış içerisinde bulunmaktadır. Özellikle kamu hizmetlerine yönelik taleplerdeki artış, ilgili hizmetlere karşılık gelen kamu harcamalarında yükseliş eğilimi göstermesine ve kamu harcamalarının etkinlik ve verimliliğinin tartışılmasına yol açmaktadır<sup>401</sup>. Tam kamusal mal ve hizmetlerden ziyade yarı kamusal mal ve hizmetlerde etkinlik analizleri önemli hale gelmiştir. İlgili sürece paralel olarak, çalışmanın son kısmında, sağlık harcamaları perspektifinde kamu harcama etkinliği, etkinliğin önemi ve etkinliği ölçmeye yönelik yapılan çalışmalara yer verilmiştir. Daha sonra ise, Türkiye’de ve dünyada kamu sağlık harcamalarının gelişimi ile seçilen ülke örnekleri temelinde VZA kullanılarak kamu sağlık harcamalarının etkinliği ölçümü ve değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

#### A. Sağlık Harcamaları Perspektifinde Kamu Harcamalarında Etkinlik ve Etkinliğin Ölçümü

##### 1. Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği ve Önemi

Kamu kaynaklarının etkin bir biçimde kullanımının, ekonomik büyüme ve istikrara yönelik doğru maliye politikası uygulamalarının ve bireylerin refah düzeylerinin önemi, son dönemlerde en çok tartışılan unsurlar haline gelmiştir<sup>402</sup>. Bu bakış açısı doğrultusunda, devletin yönetim anlayışında daha açık ve saydam hale gelmesi, hesap verebilmesi, etkinlik ve verimlilik unsurları gelişmiştir<sup>403</sup>. Artık devletin etkinliği ifade edildiğinde, adalet mekanizmasının güçlendirilmesi, yolsuzluk ve rant kollama eğilimlerinin ortadan kaldırılması, saydamlık ve bilgi edinebilme üzerinde yoğunlaşarak, toplumun kamu kaynak kullanımının nasıl gerçekleştirildiğine dair analiz ve gözlem yapabilmesini sağlayan devlet kavramı anlaşılmaktadır<sup>404</sup>. Günümüzde etkin devlet kavramının tam anlamıyla ülkeler açısından ifade edilebilmesine katkıda bulunan en önemli unsur ise, kıt kaynakların en uygun biçimde

<sup>401</sup>ORTAÇ, a.g.m., s.61.

<sup>402</sup>Antonio AFONSO, Ludger, SCHUKNECT & Vito TANZI, “Public Sector Efficiency: Evidence for New EU Member States and Emerging Markets”, *Applied Economics*, Y.2010, C.42, S.17, s.2147.

<sup>403</sup>Asım BALCI & Harun KIRILMAZ, “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), 1. Basım, Aura Kitapları, İstanbul, 2007, s.136.

<sup>404</sup>Ramazan GÖKBUNAR & Halit YANIKKAYA, *Etkin Devlet ve Ekonomik Gelişme*, Birinci Baskı, Odak Yayınevi, Ankara, 2004, s.6.

kullanımının nasıl olması gerektiğine yönelik açıklamaların merkezinde yer alan kamu harcama etkinliğinin sağlanması olarak görülmektedir<sup>405</sup>.

Etkinlik kavramıyla ilgili yapılan açıklamalardan hareketle, kamu harcama etkinliğini, kamu hizmetlerinin sunulmasında gerçekleştirilen harcamaların(girdi ya da kaynak) en iyi biçimde kullanılarak mümkün olan en fazla toplumsal faydayı(çıktı) üretme başarısı biçiminde ifade etmek mümkündür. Böylece devletten beklenen temel hedeflerin(kaynak dağılımında etkinlik, ekonomik istikrar, büyüme ve kalkınma ve gelir dağılımında adaleti sağlamak) gerçekleştirilme düzeyi de olumlu etkilenebilecektir<sup>406</sup>.

Kamu harcamalarının etkinliği sorgulanırken unutulmaması gereken en önemli nokta; kamunun toplumsal faydayı en çoklamaya yönelik sunmuş olduğu tüm hizmetlerin etkinliğinin tam anlamıyla ölçülebilir olamayacağıdır. Özellikle tam kamusal mal ve hizmet türlerinin sahip oldukları temel özelliklerden ötürü analize elverişlilik düzeyi çok düşüktür. Ancak, yarı kamusal mal ve hizmet türlerinin fiyatlandırılabilir olması ve faydalarının belirli tekniklerle ölçülebilir olması, söz konusu hizmetlere(sağlık, eğitim, alt yapı v.b.) yönelik kamu harcama etkinliğinin tespit edilebilmesine olanak vermektedir. Çalışmanın temel amaçlarından bir tanesi olarak kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin ölçümüne başvurulmasının nedenleri arasında ilgili hizmetin yarı kamusal niteliğe sahip olması bulunmaktadır.

Devletler çeşitli ekonomik ve sosyal hedeflerin sağlanabilmesi için vatandaşlarına yönelik mal ve hizmet sunumunda bulunmaktadır. Bu tür mal ve hizmetler için etkinliğin gerçekleştirilmesi ekonomik istikrar ve büyüme için de önemli bir konudur. Kamu sağlık harcamalarının etkin olması, birinci bölümde de değinildiği üzere, devletlerin bireylerin sağlık hallerinin korunmasına, tedavi edilmesine ve rehabilitasyonuna yönelik sunduğu hizmetlerin karşılığı olan harcamaların en az durumda olması ve elde edilen faydanın ya da sonucun ise en üst düzeyde gerçekleştirilebilmesi önemli bir konudur<sup>407</sup>.

Kamu sağlık harcaması etkin bir düzeyde olan ülkelerde, kaynakların daha yerinde kullanıldığını ileri sürmek mümkündür. Uygulanan sağlık sistemi türüne göre değişebilir bir durum olmasına karşılık, kaynakların daha yerinde kullanımı sonucunda

---

<sup>405</sup>AFONSO v.d., a.g.m., 2010, s.2148.

<sup>406</sup>AFONSO v.d., a.g.m., 2010, s.2148.

<sup>407</sup>Sanjeev GUPTA & Marijn VERHOEVEN, "The Efficiency of Government Expenditure Experiences from Africa", **Journal of Policy Modeling**, Y.2001, C.23, S.4, s.433-434.

etkinlik düzeyi arttıkça toplumun sağlık durumunun ne yönde etkileneceği ve toplumsal refahın artış ya da azalış yönünde değişip değişmeyeceği tartışmalı bir konudur.

Sağlık sistemlerinin etkinlik göstergelerinin karşılaştırılmasında da değinildiği üzere, ülkelerdeki yaşam koşullarının iyileşerek değişmesi, yaşlı nüfusun artışı ve doğurganlık oranlarındaki azalış eğilimleri(bknz. Tablo-8 ve 11), orta ve uzun vadede sağlık harcamalarının ve uygulanan sistemdeki ağırlığına göre kamu sağlık harcamalarının artmasına yol açabilecektir. Hali hazırda kamu kaynaklarının en uygun ve doğru ölçekte kullanımı açısından da etkinlik önemli bir unsur haline almıştır.

Devletin genelde kamu harcaması özel de ise kamu sağlık harcaması yönetimi sürecinde, gerçekleştirilen harcamaların, kamu politika önceliklerine uygun olmasını sağlayan unsurlar arasında harcama etkinliği de bulunmaktadır. Dolayısıyla kamunun hedefleriyle örtüşen harcama dağılım ve miktarlarının tespit edilebilmesi, kıt kaynakların uygun bir biçimde kullanılmasının gerçekleştirilmesine ve yeterli düzeyde ekonomik performans elde edilmesine de yardımcı olabilecektir<sup>408</sup>.

## **2. Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliğini Ölçmeye Yönelik Yapılan Çalışmalar**

Kamu harcamalarında etkinlik düzeyi tespit edilirken, genellikle karşılaştırmalı olarak bir ülkedeki fayda ve maliyetleri ile diğer ülkeler arasındaki ilişki biçiminde ortaya konulmaktadır. Söz konusu karşılaştırmalarda, makro ölçümlere olanak sağlayan toplam kamu harcamaları değerlendirilebildiği gibi mikro temelli sağlık, eğitim, altyapı v.b. belirli bir fonksiyonla ilgili harcamalar açısından da ölçümler gerçekleştirilebilmektedir<sup>409</sup>.

Makro düzeyde kamu harcamalarının ve mikro temelde kamu sağlık harcamalarının ve sağlık sistemlerinin etkinliğini ölçmeye yönelik parametrik olmayan birçok çalışma gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmaların bazılarını kronolojik olarak Tablo-14’de yer verilmiştir.

---

<sup>408</sup>Antonis ADAM, Manthos DELIS & Pantelis KAMMAS, “Public Sector Efficiency: Leveling The Playing Field Between OECD Countries”, **Public Choice**, Y.2011, C.146, S.1-2, s.163.

<sup>409</sup>AFONSO v.d., a.g.m., 2010, s.2149 ; KOVANCILAR & MİYNAT, a.g.e., s.71.

**Tablo-14: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliğini Ölçmeye Yönelik Yapılan Çalışmalar**

<b>Çalışmayı Gerçekleştiren</b>	<b>Çalışmanın Adı</b>	<b>Kapsam ve Yöntem</b>
Bruce HOLLINGSWORTH, Philip J. DAWSON & Nikos MANIADAKIS(1999)	“Efficiency Measurement of Health Care: A Review of Non-Parametric Methods and Applications”, Health Care Management Science, C.2, S.3, ss.161-172.	ABD ve AB’nde parametrik ve parametrik olmayan yöntemlerle genel sağlık hizmetlerinin etkinliği ölçülmüştür.
Sanjeev GUPTA & Marijn VERHOEVEN(2001)	“The Efficiency of Government Expenditure Experiences from Africa”, Journal of Policy Modeling, C.23, S.4, ss.433-467.	1984-1995 yılları arasında, 38 ülke için sağlık ve eğitime yönelik kamu harcamalarının etkinliğini karşılaştırmalı olarak SAZ yöntemi ile ölçümü yapılmıştır.
Mehmet Cahit GÜRAN & Selçuk CİNGİ(2002)	“Devletin Ekonomik Müdahalelerinin Etkinliği”, Akdeniz Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, S.3, ss.56-89.	Türkiye’de farklı girdi ve çıktı göstergelerine(sağlık harcamaları da dahil) göre kamu harcamalarının etkinliğinin ölçümü VZA yoluyla gerçekleştirilmiştir.
Bruce HOLLINGSWORTH & John WILDMAN(2003)	“The Efficiency of Health Production: Re-estimating the WHO Panel Data Using Parametric and Non-Parametric Approaches to Provide Additional Information”, Health Economics, C.12, S.6, ss.493-504.	WHO’nun 2000 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporu’nda gerçekleştirilen sağlık sistemleri performans ölçümlerini VZA yoluyla yeniden değerlendirilmesi yapılmıştır.
Vasanthakumar N. BHAT(2003)	“Health Systems Performance: A Statewide Analysis”, Journal of Health Care Finance, C.29, S.4, ss.77-86.	ABD Eyaletleri arasında sağlık hizmeti kaynaklarının VZA yoluyla etkinliğinin ölçümü gerçekleştirilmiştir.
Dona RETZLAFF-ROBERTS, Cyril F. CHANG & Rose M. RUBIN(2004)	“Technical Efficiency in The Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries”, Health Policy, C.69, S.1 , ss.55-72.	2000 yılında OECD tarafından belirlenen sağlık çıktıları verilerine göre 27 OECD üyesi ülke arasında sağlık hizmet kaynaklarında teknik etkinliğin VZA yoluyla ölçümü yapılmıştır.
Vasanthakumar N. BHAT(2005)	“Institutional Arrangements and Efficiency of Health Care Delivery Systems”, European Journal Of Health Economics, C.12, S.3, ss.215-222.	OECD üyesi ülkelerin sağlık hizmetleri dağıtım sistemlerinin etkinliği üzerinde sağlık hizmetleri finansmanının, düzenlemelerin ve kurumsal yapıların çeşitli etkilerinin VZA yoluyla ölçümü yapılmıştır.
Santiago HERRERA & Gaobo PANG(2005)	Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach, World Bank Policy Research Working Paper, WP. No.3645.	140 ülkenin 1996-2002 yıllarına ait verileriyle SZA ve VZA kullanılarak sağlık sistemlerinin etkinliği ölçümü gerçekleştirilmiştir.

Antonio AFONSO & Miguel ST.AUBYN(2005)	“Non-Parametric Approaches to Education and Health Efficiency in OECD Countries”, Journal of Applied Economics, C.8, S.2, ss.227-246.	2000’li yılların başında OECD ülkelerinde, VZA yöntemiyle kamu tarafından sunulan eğitim ve sağlık hizmetlerini yerine getirirken kullandığı harcamaların etkinliğinin ölçümü yapılmıştır.
Glenn RAYP & Nicolas VAN DE SIJPE(2007)	“Measuring and Explaining Government Efficiency in Developing Countries”, Journal of Development Studies, C.43, S.2, ss.360-381.	158 ülkenin kamu harcama(alt harcama türleri bazında) etkinliğinin VZA yoluyla analizi gerçekleştirilmiştir.
Unto HAKKINEN & Isabella JOUMARD(2007)	Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors, OECD Economic Department Working Papers, WP No. 554,	OECD üyesi ülkelerde sağlık harcamalarının etkinliğinin VZA yoluyla ölçümü gerçekleştirilmiştir.
Jean SPINKA & Bruce HOLLINGSWORTH(2007)	“Cross-Country Comparisons of Technical Efficiency of Health Production: A Demonstration of Pitfalls”, Applied Economics, C.41, S.4, ss.417-427.	1995-2000 dönemi arasında 28 OECD üyesi ülkenin kamu sağlık harcamaları, gelir, işsizlik ve eğitim göstergeleri açısından VZA yoluyla etkinliğin ölçümü yapılmıştır.
Etibar JAFAROV & Victoria GUNNARRSON(2008)	Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Options, IMF Working Papers, WP. No. 08/136	Hırvatistan’da sağlık ve eğitim hizmetlerine yönelik kamu harcamalarının VZA aracılığıyla nispi etkinliğinin ölçümü gerçekleştirilmiştir.
Sam MIRMIRANI, H.C. LI & Joseph A. ILACQUA(2008)	“Health Care Efficiency In Transition Economies: An Application of Data Envelopment Analysis”, International Business & Economics Research Journal, C.7, S.2, ss.47-55.	VZA aracılığıyla geçiş ekonomilerinde sağlık hizmetlerinin etkinliği ölçümü yapılmıştır.
David HAUNER & Annette KYOBE(2008)	Determinants of Government Efficiency, IMF Working Papers, WP. No. 08/228	1980-2006 yılları arasında eğitim ve sağlık açısından 114 ülkenin VZA yoluyla etkinlik skorlarının karşılaştırılması yapılmıştır.
Antonio AFONSO, Ludger SCHUKNECHT & Vito TANZI(2010)	“Public Sector Efficiency: Evidence for New EU Member States and Emerging Markets”, Applied Economics, C.42, S.17, ss.2147-2164.	VZA yöntemiyle AB üyesi ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerin kamu harcamalarının(eğitim, sağlık ve altyapı) etkinlik ölçümleri gerçekleştirilmiştir.
Aleksander ARISTOVNIK(2010)	“Public Sector Efficiency and Effectiveness-An Application to The New EU Members States and Croatia”, Journal of International Scientific Publication: Economy & Business, C.4, S.1, ss.14-26.	AB üyesi ülkelerde ve Hırvatistan’da SAZ ve VZA yoluyla eğitim ve sağlık hizmetleri açısından kamu sektörü etkinlik analizi yapılmıştır.
Isabelle JOUMARD, Peter HOELLER, Christophe ANDRE & Chantal NICQ(2010)	Health Care Systems:Efficiency and Policy Settings, OECD Publishing, Geneva	OECD üyesi ülkelerde VZA yoluyla sağlık sistemlerinin etkinlik ölçümü gerçekleştirilmiştir.

Antonis ADAM, Manthos DELIS & Pantelis KAMMAS(2011)	“Public Sector Efficiency: Leveling The Playing Field Between OECD Countries”, Public Choice, C.146, S.1-2, ss.163-183.	Ülke düzeyinde kamu sektör etkinliğini belirleyebilmek için eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, refah, genel ve ekonomik kamu hizmetlerine yönelik 1980-2000 yılları arasında 19 OECD üyesi ülkenin VZA aracılığıyla ölçümler gerçekleştirilmiştir.
---	---	--

**KAYNAK:**Aleksander ARISTOVNIK, “Public Sector Efficiency and Effectiveness-An Application to The New EU Members States and Croatia”, **Journal of International Scientific Publication: Economy & Business**, Y. 2010, C.4, S.1, s.15 ; Mehmet Cahit GÜRAN & Selçuk CİNGİ, “Devletin Ekonomik Müdahalelerinin Etkinliği”, **Akdeniz Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.2002, S.3, s.58 ; Unto HAKKINEN & Isabella JOUMARD, **Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors**, OECD Economic Department Working Papers, WP No. 554, 2007, < [http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=eco/wkp\(2007\)14&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=eco/wkp(2007)14&doclanguage=en)>, (29.05.2010), s.1 ; David HAUNER & Annette KYOBE, **Determinants of Government Efficiency**, IMF Working Papers, WP. No. 08/228, 2008, < <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08228.pdf>>, (10.04.2009), s.1 ; Bruce HOLLINGSWORTH, Philip J. DAWSON & Nikos MANIADAKIS, “Efficiency Measurement of Health Care: A Review of Non-Parametric Methods and Applications”, **Health Care Management Science**, Y.1999, C.2, S.3, s.161-162 ; Bruce HOLLINGSWORTH & John WILDMAN, “The Efficiency of Health Production: Re-estimating the WHO Panel Data Using Parametric and Non-Parametric Approaches to Provide Additional Information”, **Health Economics**, Y.2003, C.12, S.6, s.493 ; Etibar JAFAROV & Victoria GUNNARRSON, **Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Options**, IMF Working Papers, WP. No. 08/136, 2008, < <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08136.pdf>>, (22.04.2010), s.3 ; Isabelle JOUMARD, Peter HOELLER, Christophe ANDRE & Chantal NICQ, **Health Care Systems:Efficiency and Policy Settings**, OECD Publishing, Geneva, 2010, s.65 ; Glenn RAYP & Nicolas VAN DE SIJPE, “Measuring and Explaining Government Efficiency in Developing Countries”, **Journal of Development Studies**, Y.2007, C.43, S.2, s.364 ; Jean SPINKA & Bruce HOLLINGSWORTH, “Cross-Country Comparisons of Technical Efficiency of Health Production: A Demonstration of Pitfalls”, **Applied Economics**, Y.2007, C.41, S.4, s.417-418 ; ADAM v.d., a.g.m., s.163-164 ; AFONSO v.d., a.g.m., 2010, s.2148 ; AFONSO & ST.AUBYN, a.g.m., s.228 ; BHAT, a.g.m., s.78-79 ; BHAT, a.g.m., 2005, s.215 ; GUPTA & VERHOEVEN, a.g.m., s.462-463 ; HERRERA & PANG, a.g.m., s.1 ; MIRMIRANI v.d., a.g.m., s.47 ; RETZLAFF-ROBERTS v.d., a.g.m., s.55-58.

Tablo-14 değerlendirildiğinde, kamu kesiminde kullanılan girdi ve çıktı bileşimlerinin tümünün piyasa ile ilgili olmaması etkinlik hesaplamalarında ağırlıklı olarak VZA yönteminin kullanıldığını göstermektedir<sup>410</sup>.

Daha önce de ifade edildiği üzere, VZA'nin kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin ölçümünde parametrik yöntemlere göre daha fazla avantajlı ve esnek olması ile sonuç elde edilmesi bakımından daha elverişli olması, VZA'ni çalışmada kullanılan temel etkinlik ölçüm aracı haline getirmiştir.

## **B. Türkiye’de ve Dünyada Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi**

### **1. Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi**

Dünyada ve Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin ölçümüne değinilmeden önce, VZA yapılan dönem itibariyle, Türkiye’de sağlık harcamalarının gelişiminin rakamsal olarak ifadesini gösteren Tablo-15 hazırlanmıştır. Çalışmada uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlanması, yurtiçinde veri yayınlayan kurumların yayınladıkları verilerin standart olmaması ve bütün bir veri setinin 2010 yılı sonuna

<sup>410</sup>GÜRAN & CİNGİ, a.g.m., s.65.

kadar bulunmaması nedenlerinden dolayı Türkiye'deki sağlık harcamalarının gerçekleşme rakamları dolar bazında tespit edilip değerlendirilmiştir.

**Tablo-15: Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Gelişimi (1995-2010)**

	1995	2000	2005	2010
Toplam Sağlık Harcamaları*	4,9	13,2	24,1	51,3
Kamu Sağlık Harcamaları*	3,3	7,9	19,3	36,7
Özel Sağlık Harcamaları*	1,6	5,3	4,8	14,6
TSH/GSYİH <sup>1</sup>	3	5	5	7
KSH/GSYİH <sup>2</sup>	2	3	4	5
ÖSH/GSYİH <sup>3</sup>	1	2	1	2
KSH/TSH	70	63	68	75
ÖSH/TSH	30	37	32	25
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması <sup>4</sup>	172	454	621	1.029
Kişi Başına Düşen Gelir*	2.879	4.189	7.088	10.094
Sigortalı Nüfus Kapsamı(%)	76,8	68,2	76	80,4 <sup>a</sup>

\*: Cari Fiyatlarla Milyar ABD Doları, a: 2009 sonu itibariyle.

1: Kamu ve özel sağlık harcama toplamıdır. Sağlık harcamaları; koruyucu ve tedavi edici, aile planlama, beslenme ile acil yardım sağlanmasına faaliyetlerini kapsamaktadır.

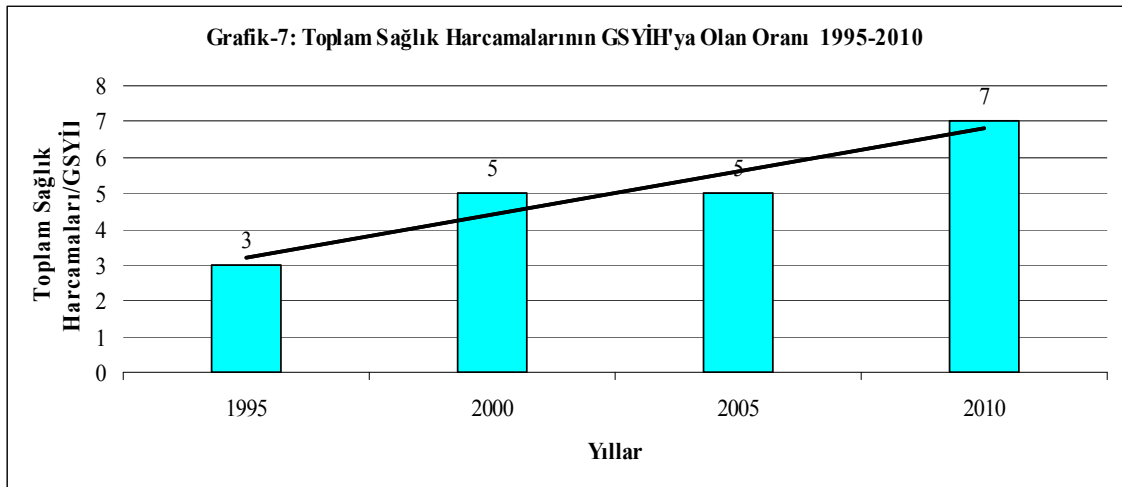
2: Kamu sağlık harcamaları; kamu(merkezi ve yerel) bütçeleri, dış krediler ve hibeler(uluslar arası kuruluşlar ve STK'lar dahil), sosyal sağlık sigorta fonlarından ve sermaye harcamalarından oluşmaktadır.

3: Özel sağlık harcamaları; doğrudan cepten ödemeler, özel sigorta, bağış ve özel şirketler tarafından doğrudan hizmet ödemelerini kapsamaktadır.

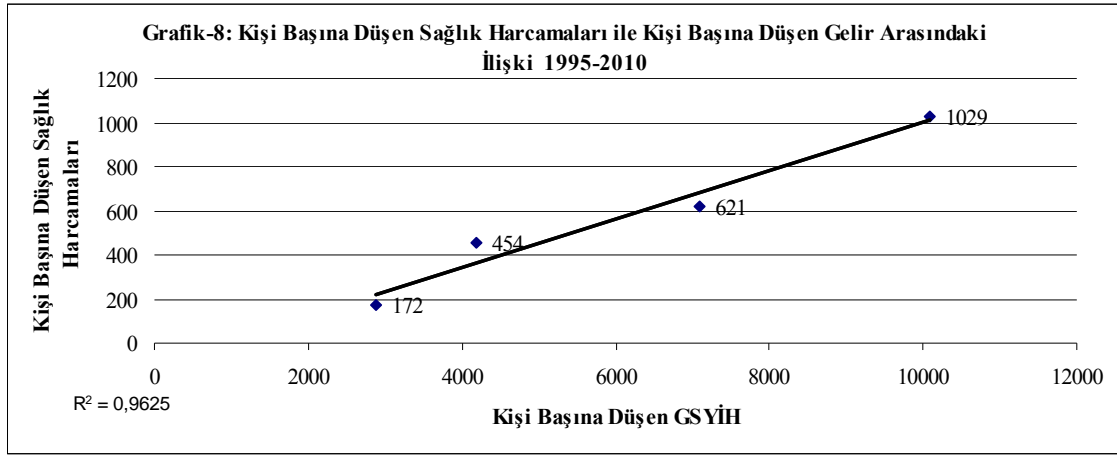
4: 2005 baz yılı ABD dolarına dönüştürülmüş Satın Alma Gücü Paritesi'ne göre hesaplanan rakamdır.

**KAYNAK:** KALKINMA BAKANLIĞI, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler 1950-2010: "Milli Gelir ve Üretim", TÜİK, Sosyal Güvenlik, Sağlık ve Beslenme: "Sağlık İstatistikleri, <http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt\_id=6>, (15.04.2012) ; SAĞLIK BAKANLIĞI, a.g.r., 2011c, s.125-127 ; WORLD BANK, DATA:ECONOMIC POLICY & EXTERNAL DEBT:GDP(Current US\$) & GDP Growth(annual%), WORLD BANK, DATA:HEALTH:Health Expenditure, total(% of GDP) & Health Expenditure Per Capita(Current US\$), WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2012, s.52-61 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2008, s.36-45 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2007, s.30 ve 76-85 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r., 2001, s.136-143.

1995 yılı itibariyle, 4,9 milyar dolar olan toplam sağlık harcama miktarı, her dönem bir önceki döneme göre artış içerisinde olmuş ve 2010 yılı sonunda 51,3 milyar dolara ulaşmıştır. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranının gelişiminin değerlendirilmesi için Grafik-7 aşağıdaki biçimde oluşturulmuştur.



1995 yılı itibariyle, toplam sağlık harcama miktarının GSYİH'ya olan oranı %3 olarak gerçekleşmekteyken ilgili gösterge 2010 yılı sonu itibariyle %7'ye ulaşmıştır. Toplam sağlık harcamalarının rakamsal olarak, yüksek oranlı artışının ardında yatan nedenleri, 1995-2010 yılları arasındaki nüfus artışı(Bknz. Tablo-6), kentleşme olgusu, özellikle 2003 yılından itibaren GSYİH'daki yükseliş ve kişi başına düşen gelirdeki artış ve GSS uygulamasının başlaması biçiminde sıralamak mümkündür. İkinci bölümün sonunda da değinildiği üzere, ülke sağlık harcamaları ile GSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır<sup>411</sup>. Grafik-8 incelendiğinde,



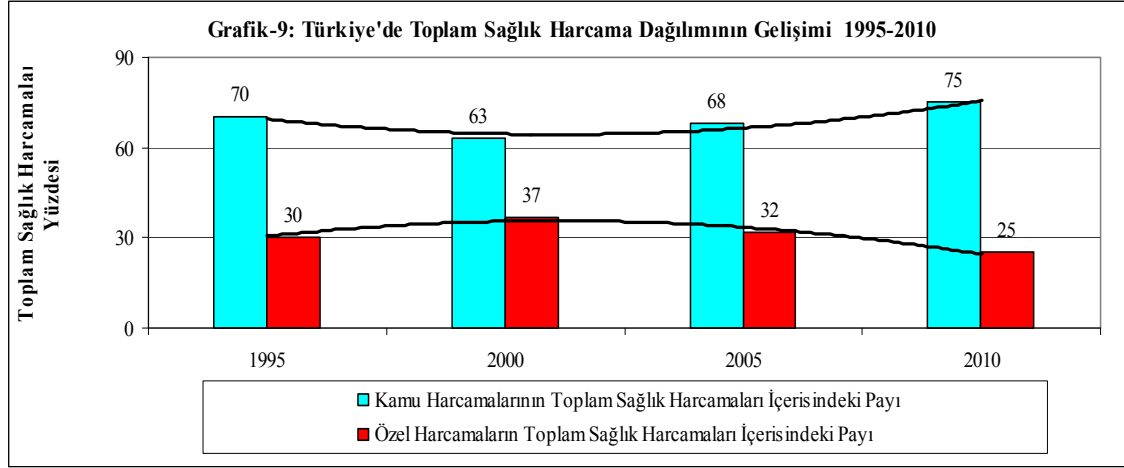
1995 yılında, 172 dolar düzeyinde gerçekleşen rakam her dönem itibariyle artmış ve 2010 yılı sonunda, 1029 dolara yükselmiştir. Gelirin sağlık hizmetlerini alabilme kapasitesini gösteren ve değiştiren bir faktör olduğu açıkça görülmektedir. Dönemler itibariyle kişi başına düşen GSYİH arttıkça, kişi başına düşen sağlık harcama miktarı da artış içerisinde olmuştur. Grafik-8'e göre, kişi başına düşen sağlık harcaması ile GSYİH arasındaki korelasyonun doğrusal regresyon katsayısının( $R^2$ ) bire yakın bir değer almasıyla anlamlı hale geldiğini de göstermektedir.

Sağlık harcamalarının dağılımı açısından değerlendirme yapıldığında, 1980 yılından 2010 yılına kadar geçen sürede istikrarlı bir biçimde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı daha fazla bir miktar olarak gerçekleşmiştir. 1995 yılında kamu sağlık harcamaları toplamı 3,3 milyar dolar olarak gerçekleşmişken, özel sağlık harcamaları, 1,6 milyar dolar olmuştur. Dönem boyunca dağılımlardaki rakamsal sıralamaya göre bir değişiklik yaşanmamasına karşın, 2000 yılından itibaren dikkat çekici bir durum gerçekleştiği gözlemlenmektedir. Bu durum

<sup>411</sup>SÜLKÜ, a.g.e., s.37.



ise, özel sağlık harcamalarındaki rakamsal artışın boyutunun kamu sağlık harcamalarından daha yüksek(2005 yılına göre 2010 yılı değişimi %204,1) olmasıdır. 2010 yılı sonu itibariyle, kamu sağlık harcamaları 36,7 milyar dolara ve özel sağlık harcamaları 14,6 milyar dolara ulaşmıştır. Türkiye’de sağlık sektörünün ekonomik açıdan yükselen bir değer olduğunu da son dönem gerçekleştirmeleri açısından değerlendirmek mümkündür.



Özel sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamalarından rakamsal değişim oranı olarak 2005 yılından itibaren daha fazla artış eğilimi göstermesine karşılık, Grafik-9 incelendiğinde, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarından aldığı pay, dönem başında %70’ler oranında iken 2000 yılındaki azalışa (temel etkisi yaşanan ekonomik istikrarsızlık hallerinin var olması olarak değerlendirilmektedir) rağmen 2010 yılında %75’lere ulaşmıştır. Özel sağlık harcamalarının payı ise, rakamsal artışa rağmen %25’lere gerilemiştir. Hizmet sunumunda kamunun ağırlığının olduğunu ilgili gelişimden değerlendirmek mümkündür. Tüm bu gelişmelere paralel olarak, sağlık sisteminin kapsadığı nüfus, %76,8’den 2009 yılı sonu itibariyle %80,4’lere yükseltilebilmiştir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının idari anlamda dağılımına yer verilen Tablo-16 incelendiğinde;

**Tablo-16: Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İdari Sınıflandırma Açısından Dağılımı (1995-2010)**

	1995	2000	2005	2010
Sağlık Bakanlığı Bütçesi(%)*	25	24,2	22,9	28,1
SGK(%)*	36,6	60,4	56,7	65,5
Diğer	38,4	15,4	20,4	6,4
<b>TOPLAM**</b>	<b>193.000</b>	<b>4.359.145</b>	<b>23.987.000</b>	<b>49.564.000</b>

\*: Bütçe başlangıç ödeneğine göre hesaplanmıştır. \*\*: Milyar TL

**KAYNAK:** KALKINMA BAKANLIĞI, TÜİK.

1995 yılı itibariyle, Sağlık Bakanlığı toplam kamu sağlık harcamalarının %25'ini, SGK %36,6'sını ve diğer kamu kurumları ise %38,4'ünü oluşturmuştur. Sağlık sisteminin karmaşık yapısı harcamacı kuruluşlar arasındaki dengesiz dağılımda da ortaya çıkmıştır. Refah Yönelim Tipi Sağlık Sistemi'nin genel özelliklerine uygun bir biçimde, 2000 yılından itibaren SGK'nın en fazla harcama yapan birim haline geldiği görülmektedir. 2000 yılından sonraki dönem itibariyle, gerçekleştirilen sağlık sistemine yönelik düzenlemeler sonucunda, kamu sağlık harcama dağılımında iki temel kurum ön plana çıkmıştır. Başta SGK(2010 yılı itibariyle harcamaların %65,5'i) ve Sağlık Bakanlığı(2010 yılı itibariyle harcamaların %28,1'i), kamu sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %94'lük kısmını gerçekleştiren harcamacı kuruluşlar olmuşlardır.

Özetle, Türkiye'de 1995 yılından 2010 yılına kadar geçen dönemde, gerek toplam sağlık harcamalarının gerekse de kamu ve özel sağlık harcamalarının istikrarlı bir biçimde artış içerisinde olduğu tespit edilmektedir. Sağlık harcamalarının artış içerisinde olmasının temelinde başta nüfus artışı ve GSYİH'daki iyileşmeler ile ikinci bölümde ifade edilen harcama artış nedenlerinin yanında SDP kapsamında gerçekleştirilen dönüşüm ve düzenlemeler olarak ileri sürmek mümkündür. Dolayısıyla, söz konusu kamu sağlık harcama etkinliğinin nasıl bir düzeyde gerçekleşeceğine dair araştırma yapmak, kıt kaynakların verimli bir biçimde kullanılıp kullanılmadığının tespiti açısından önemli bir durum halini almıştır. Böylece, geleceğe yönelik planlamalarda ve hedeflerde sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli ve uygun olabilecek harcama bileşim ve stratejilerinin belirlenmesinde kamu harcama yönetimine yön verenler açısından nasıl bir yöntem uygulayacakları açık hale gelebilecektir.

## **2. Dünyada Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi**

Kamu sağlık harcamalarının etkinlik ölçümüne tabi tutulacak ülkelerin ve Türkiye'nin cari fiyatlarla tespit edilmiş ve dolar bazında ifade edilmiş temel göstergeleri, Tablo-17'de oluşturulmuştur. Kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranı açısından 1995-2010 dönemi değerlendirildiğinde, dönem başı itibariyle genel ortalamanın(%5) altında kalan ülkelerin başında, Endonezya(%1), %2'lik pay ile Türkiye ve Meksika olmuştur. Kapsayıcı Tıp Sağlık Sistemi uygulayan ülkelerden ziyade Almanya ve Fransa'nın en yüksek orana(%8) sahip ülkeler olarak ön plana çıktığı gözlemlenmiştir.

**Tablo-17: Dünyada ve Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi****(1995-2010)**

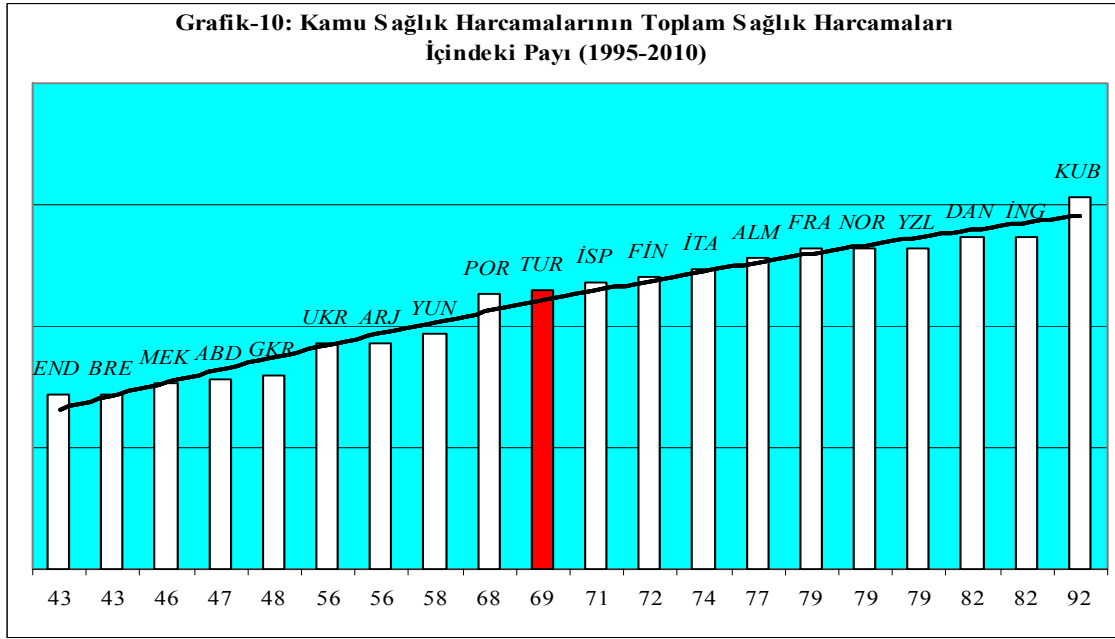
	1995				2000				2005				2010			
	KSH/GSYİH	GSYİH*	KSH/TSH	KSH/TKH	KSH/GSYİH	GSYİH	KSH/TSH	KSH/TKH	KSH/GSYİH	GSYİH	KSH/TSH	KSH/TKH	KSH/GSYİH	GSYİH	KSH/TSH	KSH/TKH
ABD	6	7.338	45	16	6	9.868	43	17	7	12.579	46	18	8	14.586	53	22
BRE	3	768,9	43	8	3	644,7	40	4	3	882,1	40	5	4	2.087	47	7
END	1	202,1	36	4	1	165	37	5	1	285,8	48	5	1	706,5	49	8
ALM	8	2.522	82	15	8	1.886	80	18	8	2.766	74	17	9	3.280	72	19
ARJ	5	258	60	15	5	284,2	55	15	5	183,1	54	14	6	368,7	55	15
FRA	8	1.572	80	15	8	1.326	79	15	9	2.136	77	16	9	2.560	78	16
GKR	1	517,1	36	7	2	533,3	46	10	3	844,8	51	11	4	1.014	59	12
POR	5	116,5	63	11	6	117,2	73	15	7	191,8	68	15	8	228,5	68	15
MEK	2	286,6	42	15	2	581,4	47	17	3	848,9	45	17	3	1.035	49	12
TUR	2	169,4	70	11	3	266,5	63	10	4	482,9	68	11	5	734,3	75	13
YUN	4	130,5	52	10	5	124,4	60	10	6	240	60	13	7	301	59	12
DAN	7	181,9	83	11	7	160	82	13	8	257,6	79	14	9	311,9	85	17
FİN	6	130,8	72	9	5	121,7	71	11	6	195,7	69	12	7	238	75	12
İNG	6	1.157	84	13	6	1.477	79	14	7	2.280	82	15	8	2.261	84	16
İSP	5	596,7	72	12	5	580,6	72	13	6	1.130	68	15	7	1.407	73	15
İTA	5	1.131	71	10	6	1.104	73	13	6	1.786	75	15	7	2.060	78	15
NOR	7	148,9	76	14	6	168,2	76	15	7	304	78	17	8	417,4	84	17
UKR	4	48,2	61	9	3	31,2	52	8	4	86,1	55	9	4	137,9	57	9
YZL	6	62,7	77	13	6	51,5	78	16	7	110,9	77	18	8	126,6a	83	20
KUBA	5	30,4	90	9	6	30,5	91	12	9	42,6	94	14	11	60,8b	91	14
ORT	5	868	65	11	5	976	65	13	6	1.382	65	14	7	1.696	69	14

\*: Milyar ABD Doları(Cari Fiyatlarla) KSH: Kamu Sağlık Harcaması, TSH: Toplam Sağlık Harcaması, TKH: Toplam Kamu Harcaması

KAYNAK: WORLD BANK, DATA:HEALTH.

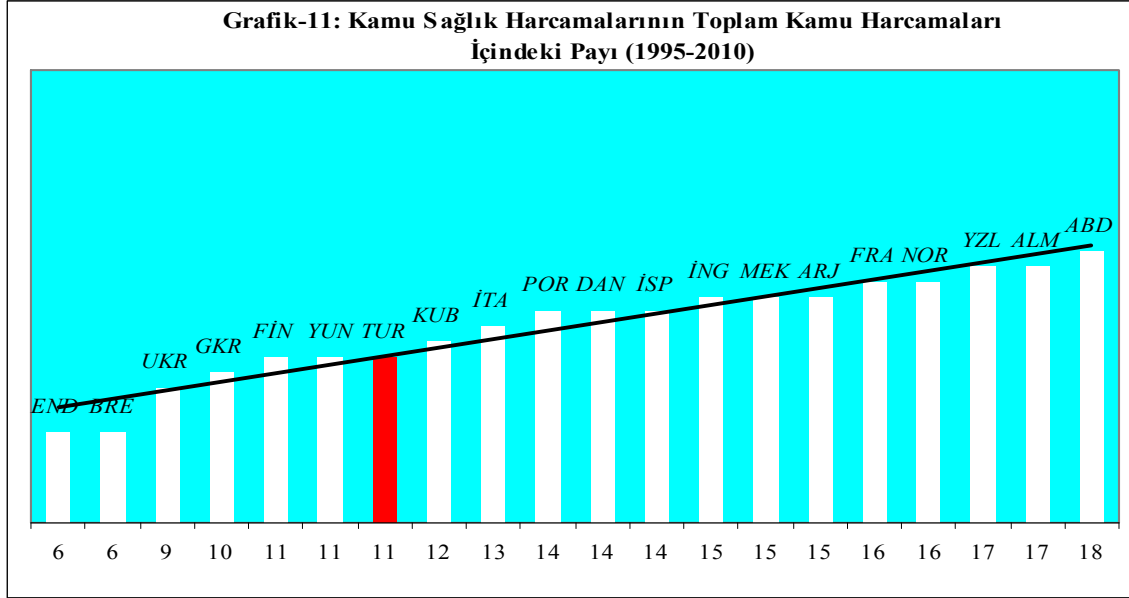
Dönem sonu itibariyle, genel olarak seçilen ülkelerin tümünde oransal bir artış söz konusu olmasıyla birlikte, Endonezya ve Ukrayna'nın kamu sağlık harcamaları rakamsal olarak artmasının yanında GSYİH olan oranı aynı düzeylerde gerçekleşmiştir.

Ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemlerinin genel özelliklerine uygun bir biçimde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki pay dağılımının, tüm ülke verilerinin ortalamalarına göre hazırlanan Grafik-10'da da görüldüğü üzere, gerçekleştiğini değerlendirmek mümkündür.



Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi'ni benimseyen tüm ülkelerin dışında kalan ülkelerde, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı yaklaşık %60'lar civarında ya da üzerinde gerçekleşmiştir. Söz konusu tespit in istisnaları ise, 1995 ve 2000 yıllarında Güney Kore'nin, tüm dönem boyunca Meksika'nın, sadece 1995 yılında Yunanistan'ın elde ettikleri pay genel ortalamasının altında yer almıştır. Ayrıca uygulanmakta olan sağlık sistemine rağmen 2010 yılı itibariyle sırasıyla ABD'de ilgili payın %53 ve Endonezya'da %49 olarak gerçekleşmesi de dikkat çekici bir durumdur. Ülkeler arasında oluşan sıralama açısından değerlendirildiğinde, elde ettiği %69'luk pay ile Türkiye, orta sıralarda yer alan bir ülke konumunda bulunmaktadır.

Grafik-11 incelendiğinde, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payıyla orantılı bir biçimde toplam kamu harcamaları içindeki kamu sağlık harcama payları da dönemler itibariyle, artış eğilimleri gözlemlenmektedir.



Devlet tarafından gerçekleştirilen sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların genel ortalamaları her dönem boyunca %10'ların üzerinde gerçekleşmiştir. Ülkeler arasında en düşük paya sahip olan 2010 yılı sonu itibariyle Endonezya(%8) ve Ukrayna(%9) iken, Türkiye'nin 1995-2010 dönemi ortalaması ise özellikle 2005 ve sonrası yıllardaki artışlarla birlikte %11 olarak gerçekleşmiştir. ABD'nde uygulanan sağlık sisteminin aksine aldığı %18'lik pay ile tüm ülkeler arasında kamu harcamaları içerisinde en fazla kamu sağlık harcaması gerçekleştiren ülke konumunda bulunmaktadır.

Kamu sağlık harcamalarının Türkiye'de olduğu gibi seçilen ülke örneklerinde de, istisnalar dışında, eğilimi sürekli ve istikrarlı bir biçimde artış yönünde olmuştur. Böyle bir eğilimin ortaya çıkmasındaki en temel etken ise, ikinci bölümde değinildiği üzere, seçilen birçok ülkenin demografik göstergeleri açısından yaşlı nüfusun artmaya devam etmesidir. Bu temel etkenin yanında, özellikle, GSYİH'daki ve kişi başına düşen GSYİH'daki artışlar, teknolojik gelişim ve sosyal değer yargılarındaki değişim de bireylerin, toplumların ve devletlerin sağlık hallerinin korunması ve geliştirilmesi ile ilgili duyarlılık düzeylerinin arttığını da işaret etmektedir. Söz konusu artış eğilimi, ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada da kamu harcama etkinliğinin önemli bir konu olmasına yol açmıştır. Bu kapsamda, kamu harcamalarında etkinlik, kamu ekonomisi açısından en önemli ve sorunlu çalışma alanı olarak değerlendirilebilmektedir.

**C. Dünyada ve Türkiye’de Veri Zarflama Analizi Yöntemi Kullanılarak  
Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliğinin Analizi**

**1. Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliğini Ölçmede Seçilen Göstergeler**

Türkiye ve seçilen ülke örneklerinde sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinin karşılığı olarak değerlendirilen kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin ölçümünde VZA yönteminin gerek duyduğu girdi ve çıktılar Tablo-18’deki gibi seçilmiştir.

**Tablo-18: Seçilen Girdi ve Çıktı Göstergeleri**

<b>GİRDİLER</b>	<b>ÇIKTILAR</b>
X <sub>1</sub> : Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya Olan Oranı(KSH/GSYİH)	Y <sub>1</sub> : Bağışıklama Oranı(BO)
X <sub>2</sub> : Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı(KSH/TSH)	Y <sub>2</sub> : Aşılama Oranı(AO)
	Y <sub>3</sub> : Doğumdan İtibaren Beklenen Yaşam Süresi(DİBYS)

Afonso ve St.Aubyn(2003) tarafından yapılan çalışmada, herhangi bir etkinlik ölçüm modelinde çıktıların artması en iyi görüş olarak savunulmuştur<sup>412</sup>. Dolayısıyla, çalışmada tercih edilen çıktıların her dönem itibariyle artış eğilimi içerisinde olması, etkinlik ölçümünde beklenen temel sonuçlar arasında yer almaktadır. Seçilen bağışıklama oranı; 12-23 ay arası çocukların yüzde kaçının boğmaca, difteri ve tetanoz aşısı olduğunu, aşılama oranı çıktısı; kızamık aşısı olan 12-23 ay arası çocukların yüzdesini ve DİBYS ise, bireyin beklenen ortalama yıl sayısını temsil etmektedir<sup>413</sup>

Girdi ve çıktı göstergelerinin bir arada bulunduğu Tablo-19 aşağıdaki biçimde oluşturulmuştur.

<sup>412</sup>AFONSO & ST.AUBYN, a.g.m., s.238.

<sup>413</sup>ÜNALAN, a.g.e., s.31 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, a.g.r, 2012, s.145.

**Tablo-19: Türkiye ve Seçilen Ülke Örneklerinde Gerçekleşen Girdi ve Çıktı Göstergeleri**

GİRDİLER (1995-2010)																						
		ABD	BRE	END	ALM	ARJ	FRA	GKR	POR	MEK	TUR	YUN	DAN	FİN	İNG	İSP	İTA	NOR	UKR	YZL	KUB	ORT
1995	KSH/GSYİH	6	3	1	8	5	8	1	5	2	2	4	7	6	6	5	5	7	4	6	5	5
	KSH/TSH	45	43	36	82	60	80	36	63	42	70	52	83	72	84	72	71	76	61	77	90	65
2000	KSH/GSYİH	6	3	1	8	5	8	2	6	2	3	5	7	5	6	5	6	6	3	6	6	5
	KSH/TSH	43	40	37	80	55	79	46	73	47	63	60	82	71	79	72	73	76	52	78	91	65
2005	KSH/GSYİH	7	3	1	8	5	9	3	7	3	4	6	8	6	7	6	6	7	4	7	9	6
	KSH/TSH	46	40	48	74	54	77	51	65	45	68	60	79	69	82	68	75	78	55	77	94	65
2010	KSH/GSYİH	8	4	1	9	6	9	4	8	3	5	7	9	7	8	7	7	8	4	8	11	7
	KSH/TSH	53	47	49	72	55	78	59	68	49	75	59	85	75	84	73	78	84	57	83	91	69
ÇIKTILAR (1995-2010)																						
		ABD	BRE	END	ALM	ARJ	FRA	GKR	POR	MEK	TUR	YUN	DAN	FİN	İNG	İSP	İTA	NOR	UKR	YZL	KUB	ORT
1995	BO	95	81	69	78	85	96	99	93	91	67	90	90	99	94	90	95	97	98	89	99	90
	AO	88	87	63	92	99	83	93	94	90	65	70	88	98	92	90	50	92	97	84	99	80
	DİBYS	76	68	64	76	73	78	73	75	73	66	78	75	76	77	78	78	78	67	77	75	74
2000	BO	94	98	71	90	83	97	97	96	97	85	89	97	99	91	95	87	90	99	90	96	92
	AO	91	99	74	92	91	84	95	87	96	87	89	99	96	88	94	74	88	99	85	94	90
	DİBYS	77	70	66	78	74	79	76	76	74	69	78	77	77	78	79	79	79	68	79	76	75
2005	BO	96	96	72	93	94	98	96	93	98	90	96	93	97	91	96	95	91	96	89	89	93
	AO	93	99	77	96	99	87	99	93	96	91	96	95	97	82	97	87	89	96	82	98	92
	DİBYS	77	72	67	79	75	80	78	78	75	72	79	78	79	79	80	81	80	68	80	78	77
2010	BO	95	98	83	93	94	99	94	98	95	96	99	90	99	96	97	96	93	90	93	96	95
	AO	92	99	89	96	99	90	98	96	95	97	99	85	98	93	95	90	93	94	91	99	94
	DİBYS	78	73	69	80	76	81	81	79	77	74	80	79	80	80	82	82	81	70	81	79	78

**KAYNAK:** WORLD BANK, DATA:HEALTH NUTRITION AND POPULATION STATISTICS ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, "COUNTRY DATA:DTP3 AND MEASLES IMMUNIZATION COVERAGE", GLOBAL HEALTH OBSERVATORY DATA REPOSITORY:DATA AND STATISTICS, <<http://apps.who.int/ghodata/?vid=99006>>, (15.04.2012).

VZA tekniğinde kullanılmış olan girdi ve çıktı göstergelerinin tercihinde her iki unsur arasında fonksiyonel bir bağ olması şartı aranmamasına karşılık, nedensellik ilişkisi kurulabilir düzeyde olması, göreceli etkinlik hesaplanması için önemli bir şart olmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde değinildiği üzere, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı bir toplum olmanın en önemli aracı olmasından kaynaklanan dışsallıkların varlığından ötürü, kamu otoritesince üretimi zorunlu bir kamusal mal niteliğindedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini sunan ve bulaşabilir niteliğe sahip hastalıkların kontrol edilmesine yönelik hizmet programlarının başında aşılama programları gelmektedir<sup>414</sup>. Bu programların en önemli unsurları olan bağışıklama ve kızamık aşılama programlarından beklenen fayda, bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızlarının azaltılmasıdır. Çalışma açısından tercih edilebilecek en elverişli ve yerinde göstergeler olmasının nedeni ise, her iki oranında yükseltilmesinde devlet ve devlet tarafından yapılan harcamaların merkezi bir rol üstlenmiş olmasıdır. Özellikle, BO ve AO'larının arttırılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinin(aşılama, aile planlaması v.b.) ve bu türde hizmetlerin ağırlıklı olarak kamu tarafından gerçekleştirilmesi önemli bir etkileyen olarak değerlendirilebilmektedir. Ayrıca, sağlık sistemlerinde kamunun üstlendiği rolün ağırlık ve kapsamına göre de farklı türde sağlık hizmetlerinin sunumu, DİBYS'nin olumlu yönde etkilenmesini sağlayacak bir diğer etkidir. Unutulmaması gereken ve kabul edilmesi gereken nokta, seçilen çıktıların sadece kamu sağlık harcamalarıyla olumlu/olumsuz yönde etkilenmeyeceğidir. Kamu sağlık harcamaları dışındaki faktörler de ilgili göstergelerin artmasına ya da azalmasına yol açabilmektedir. Ancak bilinmesi gereken bir başka husus ise, VZA yönteminin gerçekleştirdiği etkinlik ölçümünün göreceli etkinliği hesapladığı ve VZA'nin girdi-çıktı arasındaki nedensellik bağının var olması halinde etkinlik analizini yapılabilir kılmayı sağlayan esnek bir analiz tekniği olmasıdır.

Çalışma kapsamında, belirlenen girdi ve çıktı göstergelerinin karşılaştırmaya olanak verebilmesi amacıyla WB ve WHO tarafından yayımlanan verilerden yararlanılmıştır. Etkinlik ölçümünün gerçekleştirilmesinde ise VZA etkinlik ölçümlerinde sıklıkla başvurulan DEAP 2.1 programından faydalanılmıştır.

---

<sup>414</sup>ÜNALAN, a.g.e., s.113.



## 2. Türkiye’de ve Seçilen Ülkelerde Kamu Sağlık Harcama Etkinliğinin Veri Zarflama Yöntemine Göre Analizi ve Değerlendirilmesi

Türkiye ve seçilen ülke örnekleri kapsamında, iki girdi-üç çıktı belirlendikten sonra CCR modelinde girdi yönelimli VZA yöntemine göre kamu sağlık harcamalarının etkinliği analiz edilmiştir.

Ülkelerin(KVB’lerin) 1995-2010 yıllarını içeren dönem itibariyle elde ettikleri etkinlik skorları ve sıralamalarının bir arada bulunduğu Tablo-20 hazırlanmıştır.

**Tablo-20: Veri Zarflama Analizine Göre Ülkelerin Etkinlik Düzeyleri(1995-2010)**

1995		2000		2005		2010	
KVB	Skor	KVB	Skor	KVB	Skor	KVB	Skor
GKR	1,000	ABD	1,000	BRE	1,000	BRE	1,000
END	0,877	BRE	1,000	END	1,000	END	1,000
ABD	0,833	END	1,000	MEK	0,963	MEK	1,000
MEK	0,857	GKR	1,000	ABD	0,918	ABD	0,937
BRE	0,783	MEK	0,984	GKR	0,911	ARJ	0,885
YUN	0,740	UKR	0,842	ARJ	0,772	GKR	0,874
ARJ	0,639	ARJ	0,757	UKR	0,739	YUN	0,863
UKR	0,616	YUN	0,727	YUN	0,731	UKR	0,809
POR	0,587	<b>TUR</b>	<b>0,628</b>	İSP	0,654	POR	0,740
İTA	0,542	İSP	0,618	POR	0,637	İSP	0,715
İSP	0,534	FİN	0,615	FİN	0,636	ALM	0,707
FİN	0,527	İTA	0,606	<b>TUR</b>	<b>0,631</b>	FİN	0,679
NOR	0,506	POR	0,588	İTA	0,600	İTA	0,669
YZL	0,493	NOR	0,582	ALM	0,593	FRA	0,661
FRA	0,481	YZL	0,567	FRA	0,577	<b>TUR</b>	<b>0,649</b>
<b>TUR</b>	<b>0,465</b>	FRA	0,562	YZL	0,577	YZL	0,621
ALM	0,457	İNG	0,554	NOR	0,570	NOR	0,614
İNG	0,452	ALM	0,546	DAN	0,549	İNG	0,606
DAN	0,446	DAN	0,531	İNG	0,535	DAN	0,591
KUBA	0,426	KUBA	0,473	KUBA	0,461	KUBA	0,553
ORT.	0,613	ORT.	0,709	ORT.	0,703	ORT.	0,759

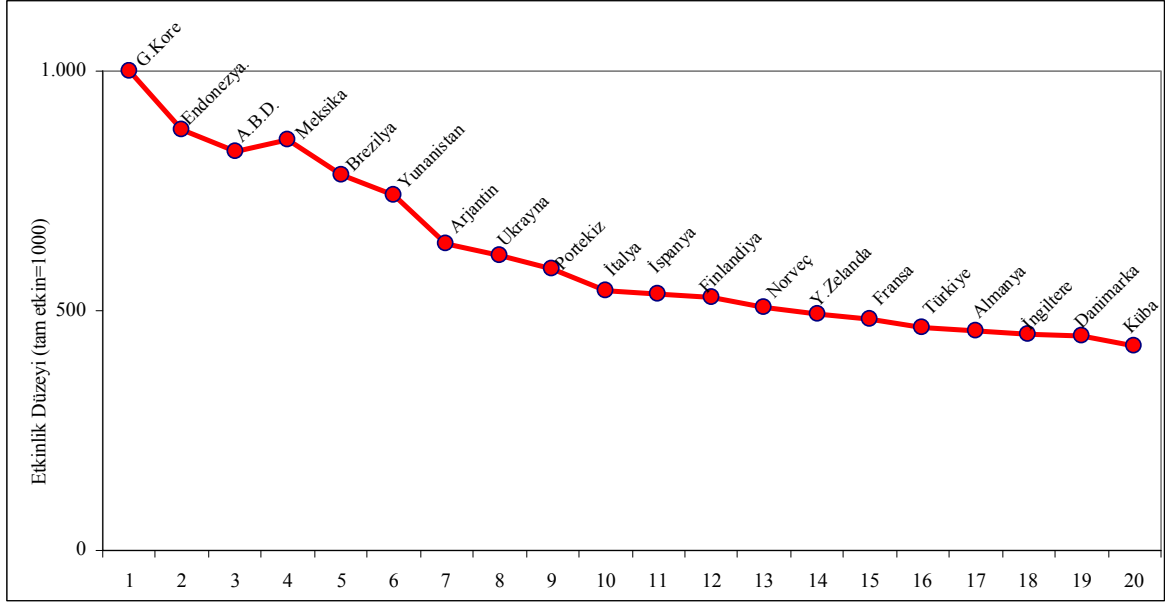
Tablo-20’den hareketle, 1995, 2000, 2005 ve 2010 yıllarında elde edilen etkinlik<sup>415</sup> skorlarına göre değerlendirme yapılmıştır.

1995 yılı itibariyle, KVB’lerden elde edilen girdiler ve çıktıların ağırlıklandırılmasına göre en az girdi ile en fazla çıktı sağlayan ve dolayısıyla tam etkin olan ülke, Güney Kore olarak gerçekleşmiştir. Güney Kore, Tablo-19 incelendiğinde,

<sup>415</sup>Etkinlik; etkinlik türleri içerisinde yer verilen teknik etkinlik kavramı anlamında kullanılmaktadır.

benzer girdi oranlarına sahip olan diğer ülkelerden farklı olarak daha yüksek çıktı oranları elde etmiştir.

**Grafik-12: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinlik Ölçümüne Göre Ülke Sıralamaları (1995)**



Ülkelerin etkinlik skorlarına göre sıralandığı Grafik-12'ye göre, Güney Kore'nin ardından en etkin olan ülkeler, sırasıyla, Endonezya ve ABD olmuştur. Etkinlik skorlarına göre belirtilmesi gereken bir durum, Retzlaff-Roberts, Chang ve Rubin(2004) tarafından yapılan çalışmada, elde edilen veri setleri(KVB'lerin girdi ve çıktı göstergeleri) kapsamında sağlık göstergeleri açısından iyi durumda olmayıp, daha az kaynak(girdi) ile beklenen en iyi sağlık sonuçlarına(çıkıtı) ulaşabilen ekonomik gelişmişlik açısından daha düşük düzeyli ülkelerin de teknik olarak etkin çıkabilecekleri ortaya konulmuştur<sup>416</sup>. Özellikle, Arjantin(0,639 ve 7. sıra), Brezilya(0,783 ve 5. sıra), Endonezya(0,877 ve 2. sıra), Meksika(0,857 ve 4. sıra) ve Ukrayna(0,616 ve 8. sıra) açısından ilgili durumun var olduğu değerlendirilmektedir. Etkinlik skorlarına göre ülkeleri sıralanmasının yanında, Grafik-12, aynı zamanda ülkelerin etkin olan ülkeye ve etkinlik sınırına uzaklığını da göstermektedir.

KVB'lerin elde ettikleri skorların ortalamasına(0,613) göre, daha az etkin olan ülke sayısı 12 olmaktadır. Ortalamanın altında yer alan ülkeler; Türkiye dahil olmak üzere(0,465 ve 16. sıra), Portekiz(0,587 ve 9. sıra), İtalya(0,542 ve 10. sıra), İspanya(0,534 ve 11. sıra), Finlandiya(0,527 ve 12. sıra), Norveç(0,506 ve 13. sıra),

<sup>416</sup>RETZLAFF-ROBERTS v.d., a.g.m., s.64.

Yeni Zelanda(0,493 ve 14. sıra), Fransa(0,481 ve 15. sıra), Almanya(0,457 ve 17. sıra), İngiltere(0,452 ve 18. sıra), Danimarka(0,446 ve 19. sıra) ve Küba(0,426 ve 20. sıra)'nın yer aldığı gözlemlenmiştir. VZA'nin sonuçlarının yer aldığı Tablo-21'e göre, 1995 yılı itibariyle, en etkin ülke olan Güney Kore aynı zamanda tüm ülkelerin VZA'ya göre referans alacağı tek ülke konumunda bulunmaktadır.

**Tablo-21: 1995 Yılı VZA Sonuçları**

KVB	Etkinlik Skoru	Değişkenler		Gerçekleşen	Hedef	Fark	İyileştirme	Referans Kümesi
ABD	0,833	Girdiler	KSH/GSYİH	6	1	-5	-83,3	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	45	37,4	-7,6	-16,8	
		Çıktılar	BO	95	100	5	5,2	
			AO	88	96,8	8,8	10	
			DİBYS	76	76	-	-	
BRE	0,783	Girdiler	KSH/GSYİH	3	0,93	-2,1	-70	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	43	33,6	-9,4	-21,8	
		Çıktılar	BO	81	92,6	11,6	14,3	
			AO	87	87	-	-	
			DİBYS	68	68	-	-	
END	0,877	Girdiler	KSH/GSYİH	1	0,87	-0,13	-13	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	36	31,5	-4,5	-12,5	
		Çıktılar	BO	69	86,7	17,7	25	
			AO	63	81,5	18,5	29	
			DİBYS	64	64	-	-	
ALM	0,457	Girdiler	KSH/GSYİH	8	1	-7	-87,5	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	82	37,4	-44,5	-54,2	
		Çıktılar	BO	78	100	22	28,2	
			AO	92	96,8	4,8	5,2	
			DİBYS	76	76	-	-	
ARJ	0,639	Girdiler	KSH/GSYİH	5	1	-4	-80	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	60	38,3	-21,6	-36	
		Çıktılar	BO	85	100	15	17,6	
			AO	99	99	-	-	
			DİBYS	73	77,7	4,7	6,4	
FRA	0,481	Girdiler	KSH/GSYİH	8	1	-7	-87,5	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	80	38,4	-41,5	-51,8	
		Çıktılar	BO	96	100	4	4,1	
			AO	83	99,3	16,3	19,6	
			DİBYS	78	78	-	-	
POR	0,587	Girdiler	KSH/GSYİH	5	1	-4	-80	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	63	36,9	-26	-41,2	
		Çıktılar	BO	93	100	7	7,5	
			AO	94	95,5	1,5	1,5	
			DİBYS	75	75	-	-	
MEK	0,857	Girdiler	KSH/GSYİH	2	1	-1	-50	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	42	36	-6	-14,2	
		Çıktılar	BO	91	99	8	8,7	
			AO	90	93	3	3,3	
			DİBYS	73	73	-	-	

TUR	0,465	Girdiler	KSH/GSYİH	2	0,9	-1,1	-55	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	70	32,5	-37,4	-53,4	
		Çıktılar	BO	67	89,5	22,5	33,5	
			AO	65	84	19	29,2	
		DİBYS	66	66	-	-		
YUN	0,74	Girdiler	KSH/GSYİH	4	1	-3	-75	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	52	13,5	-38,4	-73,8	
		Çıktılar	BO	90	100	10	11,1	
			AO	70	99,3	29,3	41,8	
		DİBYS	78	78	-	-		
DAN	0,446	Girdiler	KSH/GSYİH	7	1	-6	-85,7	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	83	36,9	-46,1	-55,5	
		Çıktılar	BO	90	100	10	11,1	
			AO	88	95,5	7,5	8,5	
		DİBYS	75	75	-	-		
FİN	0,527	Girdiler	KSH/GSYİH	6	1	-5	-83,3	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	72	37,9	-34	-47,2	
		Çıktılar	BO	99	100	1	1	
			AO	98	98	-	-	
		DİBYS	76	76	-	-		
İNG	0,452	Girdiler	KSH/GSYİH	6	1	-5	-83,3	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	84	37,9	-46	-54,7	
		Çıktılar	BO	94	100	6	6,3	
			AO	92	98	6	6,5	
		DİBYS	77	77	-	-		
İSP	0,534	Girdiler	KSH/GSYİH	5	1	-4	-80	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	72	38,4	-33,5	-46,5	
		Çıktılar	BO	90	100	10	11,1	
			AO	90	99,3	3,3	3,6	
		DİBYS	78	78	-	-		
İTA	0,542	Girdiler	KSH/GSYİH	5	1	-4	-80	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	71	38,4	-32,5	-45,7	
		Çıktılar	BO	95	100	5	5,2	
			AO	50	99,3	49,3	98,6	
		DİBYS	78	78	-	-		
NOR	0,506	Girdiler	KSH/GSYİH	7	1	-6	-85,7	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	76	38,4	-37,5	-49,3	
		Çıktılar	BO	97	100	3	3	
			AO	92	99,3	7,3	7,9	
		DİBYS	78	78	-	-		
UKR	0,616	Girdiler	KSH/GSYİH	4	1	-3	-75	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	61	37,5	-23,4	-38,3	
		Çıktılar	BO	98	100	2	2	
			AO	97	97	-	-	
		DİBYS	67	76,1	9,1	13,5		
YZL	0,493	Girdiler	KSH/GSYİH	6	1	-5	-83,3	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	77	37,9	-39	-50,6	
		Çıktılar	BO	89	100	11	12,3	
			AO	84	98	14	16,6	
		DİBYS	77	77	-	-		

KUBA	0,426	Girdiler	KSH/GSYİH	5	1	-4	-80	GÜNEY KORE
			KSH/TSH	90	38,3	-51,6	-57,3	
		Çıktılar	BO	99	100	1	1	
			AO	99	99	-	-	
			DİBYS	75	77,7	2,7	3,6	

1995 yılı VZA sonuçlarına göre, etkin olmayan ülkelerin, etkinlik sınırına doğru yönelmeleri için girdi ve çıktı göstergelerinde yapacakları iyileştirmeleri Kutu-8'deki gibi oluşmuştur.

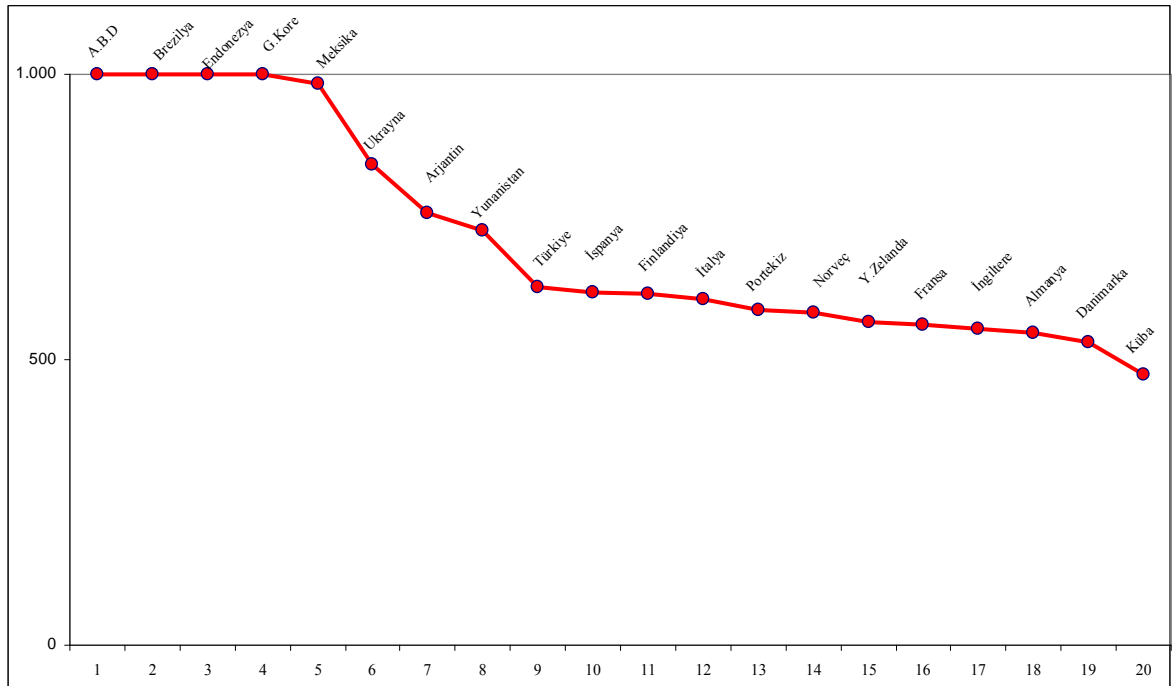
**Kutu-8: 1995 Yılı VZA'ne Göre Etkinsiz Olan Ülkelerin Girdi ve Çıktı Göstergeleri Açısından Potansiyel İyileşme Düzeyleri**

<b>ABD</b>	KSH/GSYİH girdisi %83,3 ve KSH/TSH girdisi %16,8 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %5,2 ve AO çıktısı %10 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Brezilya</b>	KSH/GSYİH girdisi %70 ve KSH/TSH girdisi %21,8 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %14,3 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Endonezya</b>	KSH/GSYİH girdisi %13 ve KSH/TSH girdisi %12,5 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %25 ve AO çıktısı %29 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Almanya</b>	KSH/GSYİH girdisi %87,5 ve KSH/TSH girdisi %54,2 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %28,2 ve AO çıktısı %5,2 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Arjantin</b>	KSH/GSYİH girdisi %80 ve KSH/TSH girdisi %36 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %17,6 ve DİBYS çıktısı %6,4 oranında artırılmalıdır. AO çıktısı değişmemelidir.
<b>Fransa</b>	KSH/GSYİH girdisi %87,5 ve KSH/TSH girdisi %51,8 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %4,1 ve AO çıktısı %19,6 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Portekiz</b>	KSH/GSYİH girdisi %80 ve KSH/TSH girdisi %41,2 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %7,5 ve AO çıktısı %1,5 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Meksika</b>	KSH/GSYİH girdisi %50 ve KSH/TSH girdisi %14,2 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %8,7 ve AO çıktısı %3,3 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Türkiye</b>	KSH/GSYİH girdisi %55 ve KSH/TSH girdisi %53,4 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %33,5 ve AO çıktısı %29,2 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Yunanistan</b>	KSH/GSYİH girdisi %75 ve KSH/TSH girdisi %73,8 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %11,1 ve AO çıktısı %41,8 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Danimarka</b>	KSH/GSYİH girdisi %85,7 ve KSH/TSH girdisi %55,5 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %11,1 ve AO çıktısı %8,5 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Finlandiya</b>	KSH/GSYİH girdisi %83,3 ve KSH/TSH girdisi %47,2 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %1 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>İngiltere</b>	KSH/GSYİH girdisi %83,3 ve KSH/TSH girdisi %54,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %6,3 ve AO çıktısı %6,5 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>İspanya</b>	KSH/GSYİH girdisi %80 ve KSH/TSH girdisi %46,5 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %11,1 ve AO çıktısı %3,6 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>İtalya</b>	KSH/GSYİH girdisi %80 ve KSH/TSH girdisi %45,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %5,2 ve AO çıktısı %98,6 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Norveç</b>	KSH/GSYİH girdisi %85,7 ve KSH/TSH girdisi %49,3 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %3 ve AO çıktısı %7,9 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Ukrayna</b>	KSH/GSYİH girdisi %75 ve KSH/TSH girdisi %38,3 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %2 ve DİBYS çıktısı %13,5 oranında artırılmalıdır. AO çıktısı değişmemelidir.

<b>Y.Zelanda</b>	KSH/GSYİH girdisi %83,3 ve KSH/TSH girdisi %50,6 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %12,3 ve AO çıktısı %16,6 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Küba</b>	KSH/GSYİH girdisi %80 ve KSH/TSH girdisi %57,3 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %1 ve DİBYS çıktısı %3,6 oranında artırılmalıdır. AO çıktısı değişmemelidir.

2000 yılı değerlendirildiğinde, VZA'ne göre KVB'leri içerisinde tam etkin olan ülke sayısı, bir önceki dönemden farklı olarak, ABD, Brezilya, Endonezya ve Güney Kore olarak dörde yükselmiştir. Tam etkin olan tüm ülkeler, Tablo-19'da olduğu gibi, 1995 yılına göre girdilerde artış olmasına karşın KVB ağırlıkları ve elde ettikleri çıktılar açısından en etkin ülkeler haline gelmişlerdir.

**Grafik-13: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinlik Ölçümüne Göre Ülke Sıralamaları (2000)**



Grafik-13'e göre, tam etkin olan ülkelerin ardından, Meksika(0,984 ve 5.sıra), Ukrayna(0,842 ve 6. sıra), Arjantin(0,757 ve 7. sıra) ve Yunanistan(0,725 ve 8. sıra), 2000 yılı etkinlik değer ortalamasının(0,709) üzerinde kalan ülkeler olarak tespit edilmiştir. Türkiye ve geriye kalan tüm ülkelerde, bir önceki döneme göre etkinlik skorları yükselmiştir. Ayrıca, Türkiye'nin elde ettiği etkinlik skoru sonucunda oluşan konumu(9. sıra) birçok ülkenin üzerinde olmasını sağlayacak bir düzeye yükselmiştir. Türkiye dışında genel etkinlik ortalamasının altında kalan ülkeler sırasıyla; İspanya(0,618 ve 10. sıra), Finlandiya(0,615 ve 11. sıra), İtalya(0,606 ve 12. sıra), Portekiz(0,588 ve 13. sıra), Norveç(0,582 ve 14. sıra), Yeni Zelanda(0,567 ve 15. sıra), Fransa(0,562 ve 16. sıra), İngiltere(0,554 ve 17. sıra), Almanya(0,546 ve 18. sıra),

Danimarka(0,531 ve 19. sıra) ve Küba(0,473 ve 20. sıra) biçiminde oluşmuştur. Düşük oranlarda girdi artışları ile çıktılardaki daha yüksek oranlı değişimlerin yaşanmış olması, etkinlik skorlarının bir önceki döneme göre artmasında etkili olmuştur.

Tablo-22 incelendiğinde, genel toplamda, ABD(13 kez), Brezilya(12 kez), Endonezya(16 kez) ve Güney Kore(3 kez) referans olarak gösterilmişlerdir.

**Tablo-22: 2000 Yılı VZA Sonuçları**

KVB	Etkinlik Skoru	Değişkenler		Gerçekleşen	Hedef	Fark	İyileştirme	Referans Kümesi
ALM	0,546	Girdiler	KSH/GSYİH	8	4,3	-3,7	-46,25	ABD, BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	80	43,6	-36,4	-45,5	
		Çıktılar	BO	90	92,7	2,7	3	
			AO	92	92	-	-	
			DİBYS	78	78	-	-	
ARJ	0,757	Girdiler	KSH/GSYİH	5	3,7	-1,3	-26	ABD, BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	55	41,6	-13,4	-24,3	
		Çıktılar	BO	83	91	8	9,6	
			AO	91	91	-	-	
			DİBYS	74	74	-	-	
FRA	0,562	Girdiler	KSH/GSYİH	8	4,4	-3,6	-32,5	ABD, BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	79	44,3	-34,7	-43,9	
		Çıktılar	BO	97	97	-	-	
			AO	84	96,2	12,2	14,5	
			DİBYS	79	79	-	-	
POR	0,588	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,5	-2,4	-40	ABD, BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	73	42,9	-30,1	-41,2	
		Çıktılar	BO	96	96	-	-	
			AO	87	96,4	9,4	10,8	
			DİBYS	76	76	-	-	
MEK	0,984	Girdiler	KSH/GSYİH	2	1,9	-0,1	-5	BRE, END, GKR
			KSH/TSH	47	46,2	-0,8	-1,7	
		Çıktılar	BO	97	97	-	-	
			AO	96	96	-	-	
			DİBYS	74	77,5	3,5	4,7	
TUR	0,628	Girdiler	KSH/GSYİH	3	1,8	-1,2	-40	BRE, END, GKR
			KSH/TSH	63	39,5	-23,5	-37,3	
		Çıktılar	BO	85	85	-	-	
			AO	87	87	-	-	
			DİBYS	69	69	-	-	
YUN	0,727	Girdiler	KSH/GSYİH	5	3,6	-1,4	-28	ABD, END
			KSH/TSH	60	43,6	-16,4	-27,3	
		Çıktılar	BO	89	89	-	-	
			AO	89	89	-	-	
			DİBYS	78	78	-	-	
DAN	0,531	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,7	-3,3	-47,1	ABD, BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	82	43,5	-38,5	-41,2	
		Çıktılar	BO	97	98,6	1,6	1,6	
			AO	99	99	-	-	
			DİBYS	77	77	-	-	

FİN	0,615	Girdiler	KSH/GSYİH	5	3	-2	-40	ABD, BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	71	43,6	-27,4	-38	
		Çıktılar	BO	99	99	-	-	
			AO	96	100	4	4,1	
		DİBYS	77	77	-	-		
İNG	0,554	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,3	-2,7	-45	ABD, BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	79	43,7	-35,3	-44,3	
		Çıktılar	BO	91	91	-	-	
			AO	88	91,7	3,7	4,2	
		DİBYS	78	78	-	-		
İSP	0,618	Girdiler	KSH/GSYİH	5	3	-2	-40	ABD, BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	72	44,4	-27,6	-38,8	
		Çıktılar	BO	95	95	-	-	
			AO	94	96	2	2,1	
		DİBYS	79	79	-	-		
İTA	0,606	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,6	-2,4	-40	ABD, END
			KSH/TSH	73	44,2	-28,8	-39,7	
		Çıktılar	BO	87	90	3	3,4	
			AO	74	90	16	21,6	
		DİBYS	79	79	-	-		
NOR	0,582	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,4	-2,6	-43,3	ABD, END
			KSH/TSH	76	44,2	-31,8	-42,1	
		Çıktılar	BO	90	90	-	-	
			AO	88	90	2	2,2	
		DİBYS	79	79	-	-		
UKR	0,842	Girdiler	KSH/GSYİH	3	2,5	-0,5	-16,6	BRE, END, GKR
			KSH/TSH	52	43,7	-8,3	-15,9	
		Çıktılar	BO	99	99	-	-	
			AO	99	99	-	-	
		DİBYS	68	74,8	6,8	10		
YZL	0,567	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,4	-2,6	-43,3	ABD, END
			KSH/TSH	78	44,2	-33,8	-43,3	
		Çıktılar	BO	90	90	-	-	
			AO	85	90	5	5,8	
		DİBYS	79	79	-	-		
KUBA	0,473	Girdiler	KSH/GSYİH	6	2,8	-3,2	-53,3	ABD, BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	91	43	-48	-52,7	
		Çıktılar	BO	96	96	-	-	
			AO	94	97	3	3,1	
		DİBYS	76	76	-	-		

2000 yılı VZA sonuçlarına göre, etkin olmayan ülkelerin, etkinlik sınırına doğru yönelmeleri için girdi ve çıktı göstergelerinde yapacakları iyileştirmelerin nasıl olması gerektiğine yönelik Kutu-9 oluşturulmuştur.

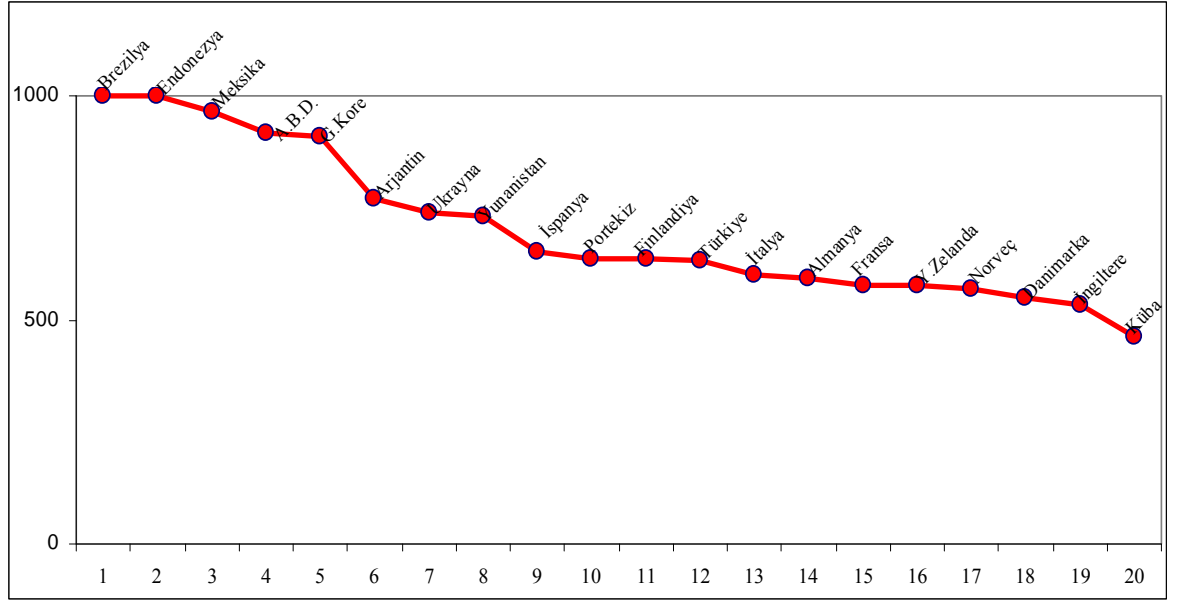


**Kutu-9: 2000 Yılı VZA'ne Göre Etkinsiz Olan Ülkelerin Girdi ve Çıktı Göstergeleri Açısından Potansiyel İyileşme Düzeyleri**

<b>Almanya</b>	KSH/GSYİH girdisi %46,25 ve KSH/TSH girdisi %45,5 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %3 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Arjantin</b>	KSH/GSYİH girdisi %26 ve KSH/TSH girdisi %24,3 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %9,6 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Fransa</b>	KSH/GSYİH girdisi %32,5 ve KSH/TSH girdisi %43,9 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %14,5 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Portekiz</b>	KSH/GSYİH girdisi %40 ve KSH/TSH girdisi %41,2 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %10,8 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Meksika</b>	KSH/GSYİH girdisi %5 ve KSH/TSH girdisi %1,7 oranında azaltılmalıdır. DİBYS çıktısı %4,7 oranında artırılmalıdır. AO ve BO çıktıları değişmemelidir.
<b>Türkiye</b>	KSH/GSYİH girdisi %40 ve KSH/TSH girdisi %37,3 oranında azaltılmalıdır. AO, BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Yunanistan</b>	KSH/GSYİH girdisi %28 ve KSH/TSH girdisi %27,3 oranında azaltılmalıdır. AO, BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Danimarka</b>	KSH/GSYİH girdisi %47,1 ve KSH/TSH girdisi %41,2 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %1,6 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Finlandiya</b>	KSH/GSYİH girdisi %40 ve KSH/TSH girdisi %38 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %4,1 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>İngiltere</b>	KSH/GSYİH girdisi %45 ve KSH/TSH girdisi %44,3 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %4,2 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>İspanya</b>	KSH/GSYİH girdisi %40 ve KSH/TSH girdisi %38,8 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %2,1 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>İtalya</b>	KSH/GSYİH girdisi %40 ve KSH/TSH girdisi %39,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %3,4 ve AO çıktısı %21,6 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Norveç</b>	KSH/GSYİH girdisi %43,3 ve KSH/TSH girdisi %42,1 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %2,2 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Ukrayna</b>	KSH/GSYİH girdisi %16,6 ve KSH/TSH girdisi %15,9 oranında azaltılmalıdır. DİBYS çıktısı %10 oranında artırılmalıdır. AO ve BO çıktıları değişmemelidir.
<b>Y.Zelanda</b>	KSH/GSYİH girdisi %43,3 ve KSH/TSH girdisi %43,3 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %5,8 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Küba</b>	KSH/GSYİH girdisi %53,3 ve KSH/TSH girdisi %52,7 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %3,1 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.

2005 yılı itibariyle, bir önceki döneme göre girdi ve çıktı göstergeleri açısından tam etkin olan ülke sayısı azalmıştır. Brezilya ve Endonezya, etkin olan ülkelerdir. 2000 yılında etkinlik düzeyi tam olan ABD(0,918) ve Güney Kore(0,911)'nin etkinlik skorları azalmasına karşılık sırasıyla dördüncü ve beşinci sırada yer almışlardır.

**Grafik-14: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinlik Ölçümüne Göre Ülke Sıralamaları (2005)**



Etkinlik ortalamasının(0,703) üzerinde kalan diğer ülkeler, Meksika(0,963 ve 3. sıra), Arjantin(0,772 ve 6. sıra), Ukrayna(0,739 ve 7. sıra), Yunanistan(0,731 ve 8. sıra), İspanya(0,654 ve 9. sıra), Portekiz(0,637 ve 10. sıra) ve Finlandiya(0,636 ve 11. sıra) olarak sıralanmıştır. SDP uygulamasının başlangıç yılları itibariyle, çıktılarda artışlar gözlemlenmesinin yanında Türkiye'nin KVB'lerin girdi bileşimleri açısından etkinlik düzeyi rakamsal olarak 0,631 ve sıralama açısından 12. sıraya gerilemiştir. Ortalamanın altında kalan diğer ülkeler ise; sırasıyla, İtalya(0,600 ve 13. sıra), Almanya(0,593 ve 14. sıra), Fransa(0,577 ve 15. sıra), Yeni Zelanda(0,577 ve 16. sıra), Norveç(0,570 ve 17. sıra), Danimarka(0,549 ve 18. sıra), İngiltere(0,535 ve 19. sıra) ve Küba(0,461 ve 20. sıra) biçiminde gerçekleşmiştir. Tablo-23'e göre, etkinlik sınırından uzaklaşan ülkelerin tam etkin olabilmeleri için analize göre referans almaları gereken Brezilya(18 kez) ve Endonezya(4 kez) ülkeleri değerlendirilmiştir.

**Tablo-23: 2005 Yılı VZA Sonuçları**

KVB	Etkinlik Skoru	Değişkenler	Gerçekleşen	Hedef	Fark	İyileştirme	Referans Kümesi	
ABD	0,918	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,2	-3,8	-54,2	BREZİLYA
			KSH/TSH	46	42,7	-3,3	-7,1	
		Çıktılar	BO	96	100	4	4,1	
			AO	93	100	7	7,5	
			DİBYS	77	77	-	-	
ALM	0,593	Girdiler	KSH/GSYİH	8	3,2	-4,8	-60	BREZİLYA
			KSH/TSH	74	43,8	-30,2	-40,8	
		Çıktılar	BO	93	100	7	7,5	
			AO	96	100	4	4,1	
			DİBYS	79	79	-	-	

ARJ	0,772	Girdiler	KSH/GSYİH	5	3,1	-1,9	-38	BREZİLYA
			KSH/TSH	54	41,6	-12,4	-22,9	
		Çıktılar	BO	94	100	6	6,3	
			AO	99	100	1	1	
FRA	0,577	Girdiler	KSH/GSYİH	9	3,3	-5,7	-63,3	BREZİLYA
			KSH/TSH	77	44,4	-32,6	-42,3	
		Çıktılar	BO	98	100	2	2	
			AO	87	100	13	14,9	
GKR	0,911	Girdiler	KSH/GSYİH	3	2,7	-0,3	-10	BRE, END
			KSH/TSH	51	46,4	-4,6	-9	
		Çıktılar	BO	96	98	2	2	
			AO	99	100	1	1	
POR	0,637	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,2	-3,8	-54	BREZİLYA
			KSH/TSH	65	43,3	-21,7	-33,3	
		Çıktılar	BO	93	100	7	7,5	
			AO	93	100	7	7,5	
MEK	0,963	Girdiler	KSH/GSYİH	3	2,8	-0,2	-6,6	BREZİLYA
			KSH/TSH	45	43,3	-1,7	-3,7	
		Çıktılar	BO	98	98	-	-	
			AO	96	100	4	4,1	
TUR	0,631	Girdiler	KSH/GSYİH	4	2,5	-1,5	-37,5	BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	68	42,8	-25,2	-36,7	
		Çıktılar	BO	90	91	1	1,1	
			AO	91	94	3	3,2	
YUN	0,731	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,2	-2,8	-46,6	BREZİLYA
			KSH/TSH	60	43,8	-16,2	-26,6	
		Çıktılar	BO	96	100	4	4,1	
			AO	96	100	4	4,1	
DAN	0,549	Girdiler	KSH/GSYİH	8	3,2	-4,8	-60	BREZİLYA
			KSH/TSH	79	43,3	-35,7	-45,5	
		Çıktılar	BO	93	100	7	7,5	
			AO	95	100	5	5,2	
FİN	0,636	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,2	-2,8	-46,6	BREZİLYA
			KSH/TSH	69	43,8	-25,2	-36,2	
		Çıktılar	BO	97	100	3	3	
			AO	97	100	3	3	
İNG	0,535	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,2	-3,8	-54,2	BREZİLYA
			KSH/TSH	82	43,8	-38,2	-46,3	
		Çıktılar	BO	91	100	9	9,8	
			AO	82	100	18	21,9	
DİBYS	79	79	-	-				

İSP	0,654	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,3	-2,7	-45	BREZİLYA
			KSH/TSH	68	44,4	-23,6	-35,2	
		Çıktılar	BO	96	100	4	4,1	
			AO	97	100	3	3	
İTA	0,6	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,3	-2,7	-45	BREZİLYA
			KSH/TSH	75	45	-30	-40	
		Çıktılar	BO	95	100	5	5,2	
			AO	87	100	13	14,9	
NOR	0,57	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,3	-3,7	-52,8	BREZİLYA
			KSH/TSH	78	44,4	-33,6	-43	
		Çıktılar	BO	91	100	9	9,8	
			AO	89	100	11	12,3	
UKR	0,739	Girdiler	KSH/GSYİH	4	2,9	-1,1	-27,5	BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	55	40,6	-14,4	-26,1	
		Çıktılar	BO	96	96	-	-	
			AO	96	99	3	3,1	
YZL	0,577	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,3	-3,7	-52,8	BREZİLYA
			KSH/TSH	77	44,4	-32,6	-42,3	
		Çıktılar	BO	89	100	11	12,3	
			AO	82	100	18	21,9	
KUBA	0,461	Girdiler	KSH/GSYİH	9	3,2	-4,8	-53,3	BREZİLYA
			KSH/TSH	94	43,3	-50,7	-53,9	
		Çıktılar	BO	89	100	11	12,3	
			AO	98	100	2	2	
DİBYS	78	78	-	-				

2005 yılı VZA sonuçlarına göre, etkin olmayan ülkelerin, etkinlik sınırına doğru yönelmeleri için girdi ve çıktı göstergelerinde yapacakları iyileştirmelerin nasıl olması gerektiğine yönelik Kutu-10 oluşturulmuştur.

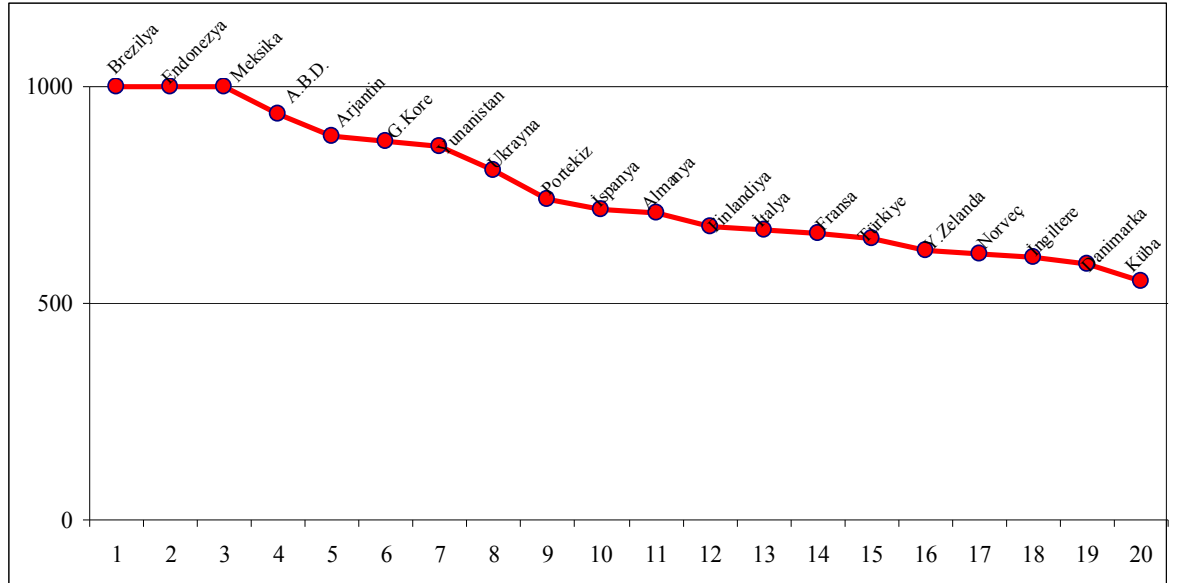
**Kutu-10: 2005 Yılı VZA'ne Göre Etkinsiz Olan Ülkelerin Girdi ve Çıktı Göstergeleri Açısından Potansiyel İyileşme Düzeyleri**

<b>ABD</b>	KSH/GSYİH girdisi %54,2 ve KSH/TSH girdisi %7,1 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %4,1 ve AO çıktısı %7,5 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Almanya</b>	KSH/GSYİH girdisi %60 ve KSH/TSH girdisi %40,8 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %7,5 ve AO çıktısı %4,1 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Arjantin</b>	KSH/GSYİH girdisi %38 ve KSH/TSH girdisi %22,9 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %6,3 ve AO çıktısı %1 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Fransa</b>	KSH/GSYİH girdisi %65,5 ve KSH/TSH girdisi %33,9 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %10 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>G. Kore</b>	KSH/GSYİH girdisi %22,5 ve KSH/TSH girdisi %12,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %5,3 ve AO çıktısı %1 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.

<b>Portekiz</b>	KSH/GSYİH girdisi %61,2 ve KSH/TSH girdisi %26 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %2 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Türkiye</b>	KSH/GSYİH girdisi %36 ve KSH/TSH girdisi %35,2 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %1 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Yunanistan</b>	KSH/GSYİH girdisi %55,7 ve KSH/TSH girdisi %13,7 oranında azaltılmalıdır. AO, BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Danimarka</b>	KSH/GSYİH girdisi %66,6 ve KSH/TSH girdisi %41,1 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %7,7 ve AO çıktısı %14,1 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Finlandiya</b>	KSH/GSYİH girdisi %55,7 ve KSH/TSH girdisi %32 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %1 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>İngiltere</b>	KSH/GSYİH girdisi %61,2 ve KSH/TSH girdisi %39,2 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %2 ve AO çıktısı %5,3 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>İspanya</b>	KSH/GSYİH girdisi %55,7 ve KSH/TSH girdisi %28,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %3 ve AO çıktısı %5,2 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>İtalya</b>	KSH/GSYİH girdisi %55,7 ve KSH/TSH girdisi %33,3 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %4,1 ve AO çıktısı %11,1 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Norveç</b>	KSH/GSYİH girdisi %61,2 ve KSH/TSH girdisi %39,2 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %6,4 ve AO çıktısı %6,4 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Ukrayna</b>	KSH/GSYİH girdisi %20 ve KSH/TSH girdisi %15,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %1,1 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Y. Zelanda</b>	KSH/GSYİH girdisi %61,2 ve KSH/TSH girdisi %37,9 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %6,4 ve AO çıktısı %8,7 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Küba</b>	KSH/GSYİH girdisi %71,8 ve KSH/TSH girdisi %44,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %2 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktısı değişmemelidir.

Son dönem olarak analizi yapılan 2010 yılında, tüm KVB'lerin etkinlik skorlarının artış içerisinde olduğu hesaplanmıştır. Tam etkin olan ülkeler ise, Brezilya, Endonezya ve Meksika'dır.

**Grafik-15: Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinlik Ölçümüne Göre Ülke Sıralamaları (2010)**



Grafik-15’de tüm ülkelerin etkinlik düzeyleri açısından gerçekleştirilen sıralamaya göre, tam etkin olan ülkelerin ardından, etkinlik sınırına en yakın ülkeler, ABD(0,937 ve 4. sıra), Arjantin(0,885 ve 5. sıra), Güney Kore(0,874 ve 6. sıra), Yunanistan(0,863 ve 7. sıra) ve Ukrayna(0,809 ve 8. sıra) biçiminde sıralanmaktadır. Etkinlik açısından 2005 yılına göre, Türkiye’nin KSH/GSYİH oranı %5’e ve KSH/TSH oranı %75’e yükselmesi, KVB’ler içinde ağırlıklandırılan girdi ve çıktı analizine göre, sıralamada 15 inci olmasına yol açmıştır(skoru 0,649 olarak hesaplanmasına rağmen). Ortalamanın(0,759) altında kalan diğer ülkeler ise, sırasıyla, Portekiz(0,740 ve 9. sıra), İspanya(0,715 ve 10. sıra), önceki dönemlere göre oldukça yükselen Almanya(0,707 ve 11. sıra), Finlandiya(0,679 ve 12. sıra), Fransa(0,661 ve 13. sıra), Yeni Zelanda(0,621 ve 16. sıra), Norveç(0,614 ve 17. sıra), İngiltere(0,606 ve 18. sıra), Danimarka(0,591 ve 19. sıra) ve Küba(0,553 ve 20. sıra) biçiminde sıralanmışlardır.

Tablo-24 değerlendirildiğinde, etkinlikten uzaklaştıkça etkinsiz hale gelen KVB’lerin, Brezilya(7 kez)’yı, Endonezya(2 kez)’yı ve Meksika(16 kez)’yı referans almaları gerektiği de VZA yöntemiyle tespit edilmiştir.

**Tablo-24: 2010 Yılı VZA Sonuçları**

KVB	Etkinlik Skoru	Değişkenler	Gerçekleşen	Hedef	Fark	İyileştirme	Referans Kümesi	
ABD	0,937	Girdiler	KSH/GSYİH	8	3	-5	-62,5	MEKSİKA
			KSH/TSH	53	49,6	-3,4	-6,4	
		Çıktılar	BO	95	96	1	1	
			AO	92	96	4	4,3	
			DİBYS	78	78	-	-	
ALM	0,707	Girdiler	KSH/GSYİH	9	3,1	-5,9	-65,5	MEKSİKA
			KSH/TSH	72	50,9	-21,1	-29,3	
		Çıktılar	BO	93	98	5	5,3	
			AO	96	98	2	2	
			DİBYS	80	80	-	-	
ARJ	0,885	Girdiler	KSH/GSYİH	6	3,6	-2,4	-40	BREZİLYA, MEKSİKA
			KSH/TSH	55	48,6	-6,4	-11,6	
		Çıktılar	BO	94	98	4	4,2	
			AO	99	99	-	-	
			DİBYS	76	76	-	-	
FRA	0,661	Girdiler	KSH/GSYİH	9	3,1	-5,9	-65,5	MEKSİKA
			KSH/TSH	78	51,5	-26,5	-33,9	
		Çıktılar	BO	99	99	-	-	
			AO	90	99	9	10	
			DİBYS	81	81	-	-	
GKR	0,874	Girdiler	KSH/GSYİH	4	3,1	-0,9	-22,5	MEKSİKA
			KSH/TSH	59	51,5	-7,5	-12,7	
		Çıktılar	BO	94	99	5	5,3	
			AO	98	99	1	1	

			DİBYS	81	81	-	-	
POR	0,74	Girdiler	KSH/GSYİH	8	3,1	-4,9	-61,2	BREZİLYA, MEKSİKA
			KSH/TSH	68	50,3	-17,7	-26	
		Çıktılar	BO	98	98	-	-	
			AO	96	98	2	2	
			DİBYS	79	79	-	-	
TUR	0,649	Girdiler	KSH/GSYİH	5	3,2	-1,8	-36	BREZİLYA, ENDONEZYA, MEKSİKA
			KSH/TSH	75	48,6	-26,4	-35,2	
		Çıktılar	BO	96	96	-	-	
			AO	97	98	1	1	
			DİBYS	74	74	-	-	
YUN	0,863	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,1	-3,9	-55,7	BREZİLYA, MEKSİKA
			KSH/TSH	59	50,9	-8,1	-13,7	
		Çıktılar	BO	99	99	-	-	
			AO	99	99	-	-	
			DİBYS	80	80	-	-	
DAN	0,591	Girdiler	KSH/GSYİH	9	3	-6	-66,6	MEKSİKA
			KSH/TSH	85	50,2	-34,8	-41,1	
		Çıktılar	BO	90	97	7	7,7	
			AO	85	97	12	14,1	
			DİBYS	79	79	-	-	
FİN	0,679	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,1	-3,9	-55,7	BREZİLYA, MEKSİKA
			KSH/TSH	75	50,9	-24,1	-32	
		Çıktılar	BO	99	99	-	-	
			AO	98	99	1	1	
			DİBYS	80	80	-	-	
İNG	0,606	Girdiler	KSH/GSYİH	8	3,1	-4,9	-61,2	MEKSİKA
			KSH/TSH	84	50,9	-33,1	-39,2	
		Çıktılar	BO	96	98	2	2	
			AO	93	98	5	5,3	
			DİBYS	80	80	-	-	
İSP	0,715	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,1	-3,9	-55,7	MEKSİKA
			KSH/TSH	73	52,1	-20,9	-28,7	
		Çıktılar	BO	97	100	3	3	
			AO	95	100	5	5,2	
			DİBYS	82	82	-	-	
İTA	0,669	Girdiler	KSH/GSYİH	7	3,1	-3,9	55,7	MEKSİKA
			KSH/TSH	78	52,1	-25,9	-33,3	
		Çıktılar	BO	96	100	4	4,1	
			AO	90	100	10	11,1	
			DİBYS	82	82	-	-	
NOR	0,614	Girdiler	KSH/GSYİH	8	3,1	-4,9	-61,2	MEKSİKA
			KSH/TSH	84	51,5	-32,5	-39,2	
		Çıktılar	BO	93	99	6	6,4	
			AO	93	99	6	6,4	
			DİBYS	81	81	-	-	
UKR	0,809	Girdiler	KSH/GSYİH	4	3,2	-0,8	-20	BREZİLYA, ENDONEZYA
			KSH/TSH	57	46	-9	-15,7	
		Çıktılar	BO	90	91	1	1,1	
			AO	94	94	-	-	

			DİBYS	70	70	-	-	
YZL	0,621	Girdiler	KSH/GSYİH	8	3,1	-4,9	-61,2	MEKSİKA
			KSH/TSH	83	51,5	-31,5	-37,9	
		Çıktılar	BO	93	99	6	6,4	
			AO	91	99	8	8,7	
KUBA	0,553	Girdiler	DİBYS	81	81	-	-	BREZİLYA, MEKSİKA
			KSH/GSYİH	11	3,2	-7,9	-71,8	
		KSH/TSH	91	50,3	-40,7	-44,7		
		Çıktılar	BO	96	98	2	2	
			AO	99	99	-	-	
DİBYS	79	79	-	-				

2010 yılı VZA sonuçlarına göre, etkin olmayan ülkelerin, etkinlik sınırına doğru yönelmeleri için girdi ve çıktı göstergelerinde yapacakları iyileştirmelerin nasıl olması gerektiğine yönelik Kutu-11 oluşturulmuştur.

**Kutu-11: 2010 Yılı VZA'ne Göre Etkinsiz Olan Ülkelerin Girdi ve Çıktı Göstergeleri Açısından Potansiyel İyileşme Düzeyleri**

<b>ABD</b>	KSH/GSYİH girdisi %62,5 ve KSH/TSH girdisi %6,4 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %1 ve AO çıktısı %4,3 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Almanya</b>	KSH/GSYİH girdisi %65,5 ve KSH/TSH girdisi %29,3 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %5,3 ve AO çıktısı %2 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Arjantin</b>	KSH/GSYİH girdisi %40 ve KSH/TSH girdisi %11,6 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %4,2 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Fransa</b>	KSH/GSYİH girdisi %65,5 ve KSH/TSH girdisi %33,9 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %10 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>G. Kore</b>	KSH/GSYİH girdisi %22,5 ve KSH/TSH girdisi %12,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %5,3 ve AO çıktısı %1 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Portekiz</b>	KSH/GSYİH girdisi %61,2 ve KSH/TSH girdisi %26 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %2 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Türkiye</b>	KSH/GSYİH girdisi %36 ve KSH/TSH girdisi %35,2 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %1 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Yunanistan</b>	KSH/GSYİH girdisi %55,7 ve KSH/TSH girdisi %13,7 oranında azaltılmalıdır. AO, BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>Danimarka</b>	KSH/GSYİH girdisi %66,6 ve KSH/TSH girdisi %41,1 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %7,7 ve AO çıktısı %14,1 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Finlandiya</b>	KSH/GSYİH girdisi %55,7 ve KSH/TSH girdisi %32 oranında azaltılmalıdır. AO çıktısı %1 oranında artırılmalıdır. BO ve DİBYS çıktıları değişmemelidir.
<b>İngiltere</b>	KSH/GSYİH girdisi %61,2 ve KSH/TSH girdisi %39,2 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %2 ve AO çıktısı %5,3 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>İspanya</b>	KSH/GSYİH girdisi %55,7 ve KSH/TSH girdisi %28,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %3 ve AO çıktısı %5,2 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>İtalya</b>	KSH/GSYİH girdisi %55,7 ve KSH/TSH girdisi %33,3 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %4,1 ve AO çıktısı %11,1 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Norveç</b>	KSH/GSYİH girdisi %61,2 ve KSH/TSH girdisi %39,2 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %6,4 ve AO çıktısı %6,4 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.



<b>Ukrayna</b>	KSH/GSYİH girdisi %20 ve KSH/TSH girdisi %15,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %1,1 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Y. Zelanda</b>	KSH/GSYİH girdisi %61,2 ve KSH/TSH girdisi %37,9 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %6,4 ve AO çıktısı %8,7 oranında artırılmalıdır. DİBYS çıktısı değişmemelidir.
<b>Küba</b>	KSH/GSYİH girdisi %71,8 ve KSH/TSH girdisi %44,7 oranında azaltılmalıdır. BO çıktısı %2 oranında artırılmalıdır. AO ve DİBYS çıktısı değişmemelidir.

VZA yöntemi kullanılarak 1995-2010 yıllarını kapsayan kamu sağlık harcamalarının etkinliği analizi genel olarak değerlendirildiğinde, önemli niteliğe sahip tespitlerin var olduğu ortaya çıkmaktadır.

Analiz göstermektedir ki, ülkeler girdilerini ne kadar az kullanırsa ve bu girdilerin kullanımı sonrasında ne kadar fazla çıktı elde ederse daha etkin oldukları ve dolayısıyla da harcama etkinliği kavramına uygun gözlemlerin gerçekleştiği ortaya çıkmıştır. Yukarıda da belirtildiği üzere, daha küçük düzeyli ekonomik ve sosyal gelişme hızı ve kapasitesine sahip ve bu özelliklerinden dolayı da daha az kaynak kullanımıyla beklenin üzerinde çıktı elde eden ülkelerin var olduğunun tespiti de gözlemlenmiştir. Özellikle, çalışmanın ikinci bölümünde sağlık sistemlerinin demografik, ekonomik, sağlık insan gücü ve hastane göstergelerinden oluşturulan etkinlik unsurları açısından karşılaştırmalara yer verilen kısımda, bireylerin ve toplumun kimi seçilmiş ülkelerde yeterli düzeyde sağlık hizmeti alamadıkları ortaya konmuştur. Bu ülkelerin başında, harcama etkinliği analizine göre tam etkin ya da etkinlik sınırına olan uzaklığı düşük düzeyde gerçekleşen ülkeler(Brezilya, Endonezya, Meksika ve Ukrayna) ortaya çıkmıştır. Yine aynı bölümde, seçilen etkinlik göstergeleri açısından çok iyi konumda olup ve fakat harcama etkinliği bakımından ise 1995-2010 döneminde genellikle, ortalama etkinlik skorlarının altında ve sıralamalarda da geride kalan ülkeler(Almanya, Fransa, İngiltere, Küba, Danimarka, Norveç, Yeni Zelanda, İtalya ve Finlandiya) tespit edilmiştir. Böyle bir sonucun ortaya çıkmasının en temel sebebi, başta da değinildiği üzere, çıktılar açısından yüksek düzeylere sahip ilgili ülkelerin söz konusu çıktıları elde ederken girdi oranlarının tüm ülkeler bazında gerçekleşen ortalamalarının üzerinde gerçekleşmesi, kamu sağlık harcama etkinliğine olumsuz bir biçimde tesir eden bir sonucu ortaya çıkartmıştır. Dolayısıyla, daima en fazla harcamayı yapan KVB'nin harcama etkinliği açısından etkin olduğunu ileri sürmek, her zaman mümkün görünmemektedir. Ayrıca, bu tür ülkelerde, sağlık sisteminin yürütülmesinde temel rol üstlenen sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde

kullanılan sağlık harcamalarının ilk bölümde ifade edilen nedenlerle, artış eğiliminin istikrarlı bir biçimde devam etmesi, orta ve uzun vadede harcamaların etkinlikten uzaklaşmasına, sağlık hizmetlerinin tam olarak yerine getirilememesine ve nihayetinde de günümüz itibariyle iyi durumda olan sağlık etkinlik göstergelerinin tersine dönmesine de etki edebilecektir.

Analiz ile ilgili bir diğer önemli tespit ise, hesaplanan etkinlik skorlarının ülkelerin uygulamakta olduğu sağlık sistemiyle uyumlu olmasıdır. Bu kapsamda, 1995-2010 yıllarını içeren dönemler itibariyle her KVB'nin elde ettiği dört dönemlik etkinlik skor ortalaması ve hangi tür sağlık sisteminin uygulandığını gösteren Tablo-25 hazırlanmıştır.

**Tablo-25: 1995-2010 Dönemi KVB'lerin Ortalama Etkinlik Skorları Sıralaması ve Uyguladıkları Sağlık Sistemleri**

KVB	Etkinlik Skoru	Uygulanan Sağlık Sistemi
END	0,969	Serbest Piyasa Tipi
MEK	0,951	Refah Yönelimli Tip
GKR	0,946	Refah Yönelimli Tip
BRE	0,945	Serbest Piyasa Tipi
ABD	0,922	Serbest Piyasa Tipi
YUN	0,765	Refah Yönelimli Tip
ARJ	0,763	Refah Yönelimli Tip
UKR	0,751	Kapsayıcı Tip
POR	0,638	Refah Yönelimli Tip
İSP	0,63	Kapsayıcı Tip
FİN	0,614	Kapsayıcı Tip
İTA	0,604	Kapsayıcı Tip
TUR	0,593	Refah Yönelimli Tip
ALM	0,575	Refah Yönelimli Tip
FRA	0,57	Refah Yönelimli Tip
NOR	0,568	Kapsayıcı Tip
YZL	0,564	Kapsayıcı Tip
İNG	0,536	Kapsayıcı Tip
DAN	0,529	Kapsayıcı Tip
KUBA	0,478	Sosyalist Tip

Tablo-25'e göre, sağlık sistemlerinin merkezinde kamu rolünün ağırlıklılık düzeyi azaldıkça, ülkelerin elde ettikleri harcama etkinlik düzeyleri artmaktadır. Özellikle en etkin ilk beş KVB'ler arasında, Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi'ni benimseyen ve dolayısıyla sistemin temel unsuru olarak kamu sağlık harcamalarının diğer ülkelere nazaran daha düşük seyrettiği ülkeler (Endonezya, Brezilya ve ABD) yer almaktadır.

Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemlerinden Sosyalist Tip Sağlık Sistemine uzanan yelpaze incelendiğinde, yaptıkları harcamaların düşük olması, bir takım uygulamaların farklı olması ve KVB'ler arasında en çok çıktıya sahip olmaları biçiminde sıralanabilecek istisnai ülkeler(Güney Kore, Meksika, Yunanistan ve Ukrayna) dışında, etkinlik düzeyleri genellikle daha düşük olan KVB'ler yer almaktadır. Bu sonucun temel nedeni ise, sağlık sistemlerinin işlerliğinin sağlanmasında kamunun merkezi rol oynaması ve kaynakların(harcamaların) büyük bir çoğunluğunun devlet eliyle gerçekleştirilmesidir. Unutulmaması gereken nokta, ele alınan dönem itibariyle söz konusu ülkelerin sağlık sistemlerinin etkinsiz olduğuna yönelik değerlendirmelerde bulunmak, örneklem kümesi açısından doğru bir bakış açısı olmayacaktır. Bu ülkelerin kamu sağlık harcama etkinliklerinin düşük olduğunu tespit etmek ise, daha doğru bir değerlendirme olacaktır. Ancak, sağlık harcamalarındaki artış devam ettikçe ve ilgili harcamaların etkinliğini yükseltmeye yönelik uygulamalara gidilmedikçe, harcama etkinliği düşük olan ülkelerin sağlık sistemlerinin gelecek dönemlerde elde edeceği etkinlik gösterge sonuçları açısından, kaynak yetersizliğinden dolayı olumsuzlukların yaşanabileceğini ileri sürmek mümkündür.

Sonuç olarak, yapılan bu ve bu tipte çalışmalar ışığında orta ve uzun vadede kamu mali yönetiminin ne tür sıkıntılar yaşayabileceğini değerlendirebilmek, konunun tartışılabilir hale gelmesine yardımcı olabilecektir. Bu durum ise, ülkelerin kamu kaynaklarını nasıl kullanmaları gerektiğine dair öngörülerde bulunmalarına ve stratejiler oluşturmalarına da fayda sağlayabilecektir.

## DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Bireylerin ve toplumun daha elverişli ve iyi koşullarda yaşama istekleri ve bu isteklerini elde etmeye yönelik talepleri geçmişte olduğu gibi günümüzde ve gelecekte de bir hak olarak görülmesi gereken bir durumdur. Bireysel ve toplumsal bu tipteki isteklerin yerine getirilmesini sağlayan en önemli etkenler arasında, sağlık sistemleri ve sistemin işlerliğini sağlayan sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri bir ülkenin ekonomik ve sosyal açıdan refah ve kalkınma düzeyini belirleyen en temel unsurlarındandır.

Devletin ortaya çıkmasına neden olan ve faaliyet alanını belirleyen temel amaçları(kaynak dağılımında etkinliğin sağlanması, gelir dağılımında adaletin sağlanması, ekonomik istikrarsızlıklarla mücadele etmek, ekonomik büyümeyi ve kalkınmayı sağlamak) arasında bir uyumsuzluk ya da sorun ortaya çıkması halinde, kamu müdahalesinin kaçınılmaz olduğu bir gerçektir. Özellikle kaynak dağılımında etkinliğin bozulmasına yol açan mal ve hizmetlerin(tam ya da yarı kamusal nitelikte) varlığı durumunda, devletin bu tür mal ve hizmetlerin üretiminde aktif bir rol üstlenmesi zorunluluğunun ortaya çıkması, kamu ekonomisinin temelinde bulunan öngörülerin oluşmasına yol açmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin bütünüyle piyasaya bırakılması halinde, ilgili hizmetin üretiminde, sunumunda ve tüketiminde oluşabilecek piyasa başarısızlıkları ortaya çıkacaktır. Böyle bir durum ise, sağlık hizmetinden beklenen, bireylerin ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltme amacının eksiksiz bir biçimde gerçekleştirilmesini engelleyebilecektir. Dolayısıyla, devletin genellikle yarı kamusal mal ve hizmet olarak değerlendirilen sağlık hizmetlerinin üretiminde, sunumunda ve tüketiminde ortaya çıkabilecek piyasa başarısızlıklarını gidermeye yönelik her türlü eylem ve görev üstlenmesi, toplumsal faydanın mümkün olan en üst düzeyde gerçekleşmesini ve kaynak dağılımında etkinsizliğin ortadan kaldırılmasını sağlayabilecektir.

Kamu ekonomisi içerisinde devletin üstlenmiş olduğu ve yukarıda özetlenen sorumluluklarından hareketle hazırlanan çalışmada iki temel amaç belirlenmiştir. Belirlenen amaçlardan ilki, Türkiye ve seçilen ülke örneklerinde uygulanan sağlık sistemlerinin seçilen etkinlik göstergeleri açısından karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir. İkincisi ise, kamusal ihtiyaçların kamu hizmetine dönüşmesiyle birlikte, devletin bu türde kamusal ihtiyaçları karşılamak, sosyal ve ekonomik hayata

müdahalelerde bulunmak üzere belli kurallara göre yaptığı sınırlı olan kamu kaynaklarının (ya da harcamalarının) en uygun biçimde kullanılıp kullanılmadığının değerlendirilmesi için 1995-2010 dönemi arasında, Türkiye ve seçilen ülkelerde kamu sağlık harcamalarının etkinliğinin VZA yöntemiyle analizi ve değerlendirilmesidir.

Çalışmanın ilk amacına göre gerçekleştirilen değerlendirmelerde önemli bir takım tespitler elde edilmiştir. İlki, sağlık halinin korunmasının ve geliştirilmesinin sağlanmasını amaçlayan sağlık sistemlerinin ait oldukları ülkelerin tarihini, ekonomik ve sosyal gelişimini, kültürel ve dinsel etkileşimini ve siyasi ideolojisini yansıttığıdır. Sağlık sistemlerinin birbirlerinden farklı olmalarını sağlayan bu unsurlara rağmen, literatürde de genel kabul gören bir anlayışla, en liberal sistemden en merkeziyetçi sisteme doğru ülkelerin sınıflandırılması yapılabilmektedir. İkincisi, tüm ülkelerin sağlık sistemlerine yönelik unsurları değerlendirilirken görülmüştür ki, “en iyi sistem kendini yenilemeyen sistem” anlayışının genel olarak kabul görmemiş olmasıdır. Ele alınan tüm ülkelerde, ABD, Almanya ve Küba hariç, 1970’lerden sonraki dönemlerde benzer niteliklerin yer aldığı sağlık sistem reformlarının yapıldığı gözlemlenmiştir.

Türkiye açısından söz konusu durum değerlendirmesi ise daha ayrıntılı bir biçimde gerçekleştirilmiş ve önemli bazı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Cumhuriyetimizin kuruluşundan önceki Selçuklu ve Osmanlı döneminden bu yana birey, toplum ve devlet açısından sağlık hali ve gelişimi daima ön planda olmuştur. 1923 yılından 2000 yılına kadar geçen dönemde, konjonktürel değişim ve dönüşüme uygun bir biçimde sağlık politikalarında ve sisteminde reorganizasyon çalışmaları yapılmasına karşılık sağlık sisteminde en köklü değişim 2003 yılında uygulanmasına başlanan ve 2003-2013 dönemini kapsayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olmuştur. SDP’ye geçiş nedenleri olarak sıralanan:

- Tüm bireylerin dahil olacağı bir GSS’nin uygulanamaması,
- Hizmet alımında hakkaniyetin olmaması,
- Hizmet sunanlar arasında rekabetin olmaması,
- Sektörler arasında koordinasyonun olmaması,
- Sağlık hizmet sunumundaki maliyet artışları,
- Bireysel beklentilerin farklılaşması ve artması,
- Kamu finansman gücünün sınırlı olması,
- Kamu yönetimi anlayışında değişimin yaşanması.

unsurlarının tümü Türk Sağlık Sistemi'nin temel sorunları olarak değerlendirilmektedir. Mevcut sorunların ortadan kaldırılmasına yönelik SDP uygulamalarıyla birlikte, bir çok yeni ve bir türlü uygulanamayan düzenlemeler yıllar itibariyle sisteme dahil edilmiş ve edilmektedir(Bknz. Kutu-5 ve Tablo-2).

SDP kapsamında gerçekleştirilen düzenlemeler çerçevesinde, başta örgütsel yapı olmak üzere tüm sağlık sistem fonksiyonları yeniden organize edilmiştir(Bknz.Şekil-5). Türkiye'de sağlık sisteminin ve sistemin işleyişini sağlayan sağlık hizmetlerinin finansmanındaki, hizmet sunumundaki ve kaynak üretimindeki düzenlemeler sonrasında, 1960-2010 dönemi itibariyle rakamsal olarak incelenen ve sağlık sektöründe etkinliği sağlama açısından önemli olan sağlık hizmeti veren kurumların dağılımı, personel ve alt yapı göstergelerindeki gelişimler, ülke sağlık sistemi açısından olumlu bir değişimin yaşandığını göstermiştir(Bknz. Tablo-3, 4 ve 5). Ancak uluslararası karşılaştırmalar açısından değerlendirmeler yapıldığında, sağlık sistemleri ve hizmetlerinin demografik, ekonomik, insan gücü ve hastane unsurlarından seçilen göstergelere göre(Bknz. Tablo-6, 7, 8, 9, 10 ve 11), Türkiye'nin tüm ülkeler açısından sıralaması yeterli bir konumda oluşmamıştır. SDP kapsamında gerçekleşen yüksek oranlı iyileşmelere karşın, 20 ülkeli karşılaştırmalarda, her üç temel etkinlik göstergesi açısından, Türkiye'nin durumunun iyi olduğunu ifade etmek mümkün gözükmemektedir. Yapılan karşılaştırmalar göstermektedir ki, kişi başına düşen gelirin, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranının ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının düşük düzeylerde seyretmesi Türkiye'nin konumunun belirlenmesinde temel rol oynamıştır. Aynı düzeyde etkinlik göstergelerine sahip ülkeler içerisindeki konumu da yeterli bir düzeyde gerçekleşmemiştir. Özetle, gelişmişlik düzeyinin uygulanan sağlık sisteminin etkinlik düzeyiyle bire bir etkileşim içerisinde olduğu, yapılan karşılaştırmalarda ortaya çıkan bir başka sonuç olarak ifade edilebilmektedir.

Çalışmanın ikinci temel amacına uygun bir biçimde gerçekleştirilen VZA'ne göre de önemli tespitler ortaya çıkmıştır. Bunlardan ilki, herhangi bir ülkenin gelişmişlik düzeyi düşük düzeyde olsa bile, en az girdi kullanımı ile en çok çıktı sağlama gücünün belirlenmesi olarak ifade edilen harcama etkinliğini gerçekleştirebilme potansiyelinin, literatürde de savunulduğu ve ortaya konulduğu gibi, var olduğu sonucunun elde edilmesidir. Özellikle, etkinlik skor ortalaması en iyi durumda olan ilk iki ülke, istisnai gelişmiş ülkeler bulunmasına karşın(Güney Kore ve

ABD gibi), Endonezya ve Meksika olarak gerçekleşmiştir(Bknz. Tablo-25). 1995-2010 dönemi itibariyle, başta Endonezya, Meksika, Arjantin ve Ukrayna gerçekleşen ortalama etkinlik skorları üzerinde sonuçlar elde etmişlerdir(Bknz. Tablo-20). Bu tip ülkelerin, etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemlerinin düşük düzeyde ortalamalara sahip olmasına rağmen, mevcut kaynaklarıyla KVB'ler arasında en iyi çıktı elde edebilme kapasitelerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir. İkinci tespit, ilk tespite benzer biçimde, demografik, ekonomik, insangücü ve hastane göstergeleri açısından etkin olan ülkelerin, sağlık harcamalarındaki artış nedenlerine bağlı olarak yükselen girdi miktarları ve elde edilen çıktı miktarlarına göre etkinlik düzeylerinin ortalamaların altında kalmasıdır. Unutulmaması gereken nokta, yapılan analiz sonucu, bu ülkelerin sağlık sistemlerinin etkin olmadığı anlamına gelmemektedir. İlgili ülkelerin harcama etkinliklerinin düşük olduğunu göstermektedir. Ancak, belli ve ifade edilen etkenler sonucunda kamu sağlık harcamalarının yüksek oranlı artışının devam etmesi halinde, orta ve uzun vadede sağlık sistemlerinin mali açıdan sürdürülebilir halde kalabilmelerinin kolay olmayacağına yönelik endişe ve öngörülerin yer aldığı çalışmalar da bulunmaktadır. Dolayısıyla eğer ülkeler harcama etkinliklerini arttırmaya yönelik düzenleme ve önlemlere yönelmezler ise, gelecekte, etkin sağlık sistemlerinin ortalamalarını yükselten göstergelerde geriye doğru gidişlerin(eğilimlerin) ortaya çıkabilmesi olasılık dâhilindedir.

Etkinlik göstergeleri açısından Türkiye değerlendirildiğinde, dönem başındaki sıralaması 20 ülke içerisinde 16 iken, 2000 yılında KVB'ler açısından girdilerindeki azalışlar ve çıktılarındaki artışlar sonucunda 9. sıraya gelmiştir. Ancak, SDP uygulamasına başlanmasının ardından, etkinlik skorları yüksek olmakla birlikte, sıralamada aldığı konum aşağıya doğru yönelmiştir. Uluslararası karşılaştırmalar bakımından iyi bir sonuç olmamakla birlikte, 1995 yılından itibaren girdi ve çıktı göstergelerine göre elde edilen etkinlik skorlarının sürekli olarak yükselmesi, harcama etkinliğine yönelik uygulamaların var olduğunu ama tam anlamıyla yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir.

Türkiye'de sağlık sisteminin ve kamu sağlık harcamalarının etkinliğini arttırmaya yönelik olarak bir takım destekleyici öneriler de bulunmaktadır. Bunlar:

- Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik kapasite artırıcı düzenlemelere devam edilmesi, böylece, devletin gerçekleştireceği tedavi

hizmetlerinden elde edilecek tasarruf miktarları artabilecektir. İnsana(örneğin, obezite ve tütün mamullerinin tüketimiyle mücadele gibi) ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artırılması gerekli bir durumdur. Sağlık hizmetlerinde tasarruf sağlayacak olan Aile Hekimliği uygulaması da bu stratejinin en önemli aracı olarak görülmektedir.

- Hastanelerin özerkliğinin sağlanarak, rekabet ortamının yaygınlaştırılması ve maliyetlerde düşüşlerin gerçekleştirilebilmesi,
- Bilgi teknolojilerinin kullanımının tam anlamıyla gerçekleştirilerek, sağlıkla ilgili bir takım önemli kalemlerde(ilaç harcamaları v.b.) tasarruflar elde edilmesi,
- İnsan gücü düzeyinin yeniden organizasyonunun sağlanması ve etkin hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi,
- Özel sektör sağlık kuruluşlarının tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda işbirliği içerisinde çalışmasına yönelik KÖO modelinin yaygınlaştırılması,
- Kayıtdışılığın önüne geçilerek daha fazla gelir kaynaklarının yaratılabilmesi,
- Bireylerin daha kapsamlı bir biçimde sağlık açısından bilinçlendirilmelerine yönelik çalışmaların yaygınlaştırılması, yoluyla bilinçsiz ilaç tüketimi ve gereksiz tedavi hizmetlerinin azaltılmasının sağlanabilmesi,
- Kamu sağlık harcamalarının gelişiminin sürekli izlenmesi, artışların denetim ve kontroller aracılığıyla sınırlandırılması,

biçiminde sıralanabilmektedir.

Sonuç olarak, sağlık sistemlerinin etkinliklerini arttırmayı hedefleyen, yüksek etkinlik gösterge sonuçlarını korumak ve geliştirmek isteyen ülkelerde, devletin yarı kamusal niteliğe sahip sağlık hizmetlerini sunmasının temel müdahale aracı kamu harcamaları olarak görülmekte ve değerlendirilmektedir. Sağlık sistemi ve hizmetinin mevcut durumunu korumak ve geliştirmek için devlet tarafından kullanılan harcamaların etkin olması, sistemlerin mali sürdürülebilirliğini sağlayan hayati bir önem taşımaktadır. Unutulmaması gereken nokta, sadece sağlık harcamalarından oluşan bir



kamu kaynağı(bütçesi) bulunmamaktadır. Devletin yerine getirmesi beklenen ve gereken diğer asli görevleri ve sorumlulukları(savunma, adalet v.b.) da bulunmaktadır. Bu hizmetlerin yerine getirilmesi için harcama yapılma zorunluluğunun var olması, çalışma açısından kamu sağlık harcamalarında genelde ise tüm kamu harcamalarında etkinliğin sağlanması günümüzde olduğu gibi gelecekte de kamu ekonomisinin tartışacağı ve çözüm arayacağı bir konu olmaya devam edeceğinin göstergesidir.

## BİBLİYOGRAFYA

### I. KİTAPLAR

- AKALIN, Güneri, **Kamu Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi S.B.F. Yayınları, Yayın No.486, Ankara, 1981.
- AKDUR, Recep, **Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**, İkinci Baskı, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi Yayını, Yayın No.25, Ankara, 2006.
- AKDOĞAN, Abdurrahman, **Kamu Maliyesi**, 7. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 1999.
- AKTAN, Coşkun Can, **21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Devlet Modeline Doğru Optimal Devlet Kamu Ekonomisinin ve Yönetiminin Yeniden Yapılanması ve Küçültülmesine Yönelik Öneriler**, TÜSİAD Yayını, Yayın No.TÜSİAD-T/95, İstanbul, 1995.
- ALLIN, Sara, MOSSIALOS, Elias, MCKEE, Martin & HOLLAND, Walter, **Making Decisions on Public Health: A Review of Eight Countries**, The European Observatory on Health Systems and Policies Publishing, Brussels, 2004.
- ALTAY, Asuman, **Türkiye'de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi**, TUGİAD Ekonomi Ödülleri Kitapları, Yayın No.5, İstanbul, 2005.
- ARMESTO, Sandra G., TAIRA, Maria B.A., DURAN, Antonio, QUEDO, Cristina H. & DELGADO, Enrique B., **Spain: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2010.
- BARR, Donald A., **Introduction to U.S. Health Policy: The Organization, Financing and Delivery of Health Care in America**, Benjamin Cummings, New York, 2002.
- BARROS, Pedro P. & SIMOES, Jorge D.A., **Portugal: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2007
- BELEK, İlker, **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, 2. Baskı, Sorun Yayınları, İstanbul, 2001.
- BOYLE, Sean, **United Kingdom(England): Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2011.
- BULUTOĞLU, Kenan, **Kamu Ekonomisine Giriş Demokraside Devletin Ekonomik Bir Kuramı**, 7. Baskı, Maliye ve Hukuk Yayınları, Ankara, 2008.
- BUSSE, Reinhard & RIESBERG, Annette, **Health Care Systems in Transition: Germany**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2000.
- CHEVREUL, Karine, ZALESKI, Isabelle D., BAHROMI, Stephane, QUEVEDO, Cristina H. & MLADOVSKY, Philipa, **France: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2010.

- CHUN, Chang B., KIM, Soon Y., LEE, Jun Y. & LEE, Sang Y., **Republic of Korea: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2009.
- COELLI, Timothy J., RAO, D.S. Pranağa, O'DONNELL, Christopher J. & BATTESE, George E., **An Introduction To Efficiency and Productivity Analysis**, Second Edition, Springer Publishing, New York, 2005.
- COOPER, William W., SEIFORD, Lawrence M. & TONE, Kaoru, **Introduction to Data Envelopment Analysis and Its Uses with DEA-Solver Software and References**, Springer Publishing, New York, 2006.
- ÇELEBİ, A. Kemal, **Kamu Ekonomisi Analizi Kamu Ekonomisinin Büyüklüğü Sorunu**, 1. Baskı, Emek Matbaası, Manisa, 2000.
- ECONOMOU, Charalambos, **Greece: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2010.
- EROL, Mesut, **Doğal Tekellerin Düzenlenmesi ve Telekomünikasyon Sektöründe Düzenleyici Kurum**, DPT Uzmanlık Tezi, DPT Yayını, Yayın No.2680, Ankara, 2003.
- FRENCH, Sian, OLD, Andrew & HEALY, Judith, **Health Care Systems in Transition: New Zealand**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2001.
- FUCHS, Victor R., **The Future of Health Policy**, Harvard University Press, London, 1993.
- GETZEN, Thomas E., **Health Economics Fundamentals and Flow of Funds**, Second Edition, Wiley International Edition, New York, 2004.
- GÖKBUNAR, Ramazan & YANIKKAYA, Halit, **Etkin Devlet ve Ekonomik Gelişme**, Birinci Baskı, Odak Yayınevi, Ankara, 2004.
- GÜMÜŞ, Sevdá, **Beşeri Sermaye ve Ekonomik Kalkınma: Türkiye Üzerine Ekonometrik Bir Analiz(1960-2002)**, İktisadi Araştırmalar Vakfı Yayını, Ünal Aysal Tez Değerlendirme Yarışma Dizisi No.2005/4, İstanbul, 2005.
- HARRISON, Stephen & MCDONALD, Ruth, **The Politics of Health Care in Britain**, First Publication, SAGE Publications, London, 2008.
- JOHNSEN, Jan R., **Health Systems in Transition: Norway**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2006.
- JOUMARD, Isabella, HOELLER, Peter, ANDRE, Christophe & NICQ, Chantal, **Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings**, OECD Publishing, Geneva, 2010.
- KAPLAN, Recep, **Türk Kamu Harcama Yönetiminde Hesap Verme Sorumluluğu**, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını, Yayın No. 2012/419, Ankara, 2012.

- KARABAŞ, Engin, **Bütçe Kapsamı ve Bütçe Kapsamı Dışında Kalan kamusal Harcama Alanları**, T.C. Maliye Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Devlet Bütçe Uzmanlık Tezi, Ankara, 2005.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.
- KECEK, Gülnur, **Veri Zarflama Analizi Teori ve Uygulama Örneği**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010.
- KOVANCILAR, Birol & MİYNAT, Mustafa, **Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Kamu Kesimi**, Birinci Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2008.
- KURTULMUŞ, Sevgi, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, 1. Baskı, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.
- LASSEY, Maria L., LASSEY, William R. & JINK, Martin, **Health Care Systems Around The World: Characteristics, Issues, Reforms**, Pearson, Washington, 1997.
- LEKHAN, Valeria, RUDIY, Volodomyr & NOLTE, Ellen, **Health Care Systems in Transition: Ukraine**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2004.
- LORSEN, Martin S., NIELSEN, Mikkel B., VALLGARDA, Signild, KRASNİK, Allan & VRANGBACK, Karsten, **Denmark: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2007.
- MCPAKE, Barbara & NORMAND, Charles, **Health Economics: An International Perspective**, Second Edition, Routledge, New York, 2008.
- MORLOCK, Laura, WATERS, Hugh, LYLES, Alan, ÖZSARI, S. Haluk & AKTULAY, Gökselin, **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**, TÜSİAD Yayınları, Yayın No.TÜSİAD-T/2004-9/380, İstanbul, 2004.
- MUSGRAVE, Richard A., **Kamu Maliyesi Teorisi: Kamu Ekonomisi Alanında Bir İnceleme**(Çev. Orhan ŞENER ve Yaşar METHİBAY), ASİL Yayın Dağıtım, Ankara, 2004.
- MUTER, Naci B., ÇELEBİ, A. Kemal & SAKINÇ, Süreyya, **Kamu Maliyesi**, 3. Baskı, Emek Matbaası, Manisa, 2008.
- MUTLU, Ayşegül & IŞIK, A. Kadir, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, 2.Baskı, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2005.
- NADAROĞLU, Halil, **Kamu Maliyesi Teorisi**, 10. Baskı, Beta Basım Yayım, İstanbul, 1998.
- NEWHOUSE, Joseph P., **The Economics of Medical Care:A Policy Perspective**, Addison-Wesley Co., Massachusetts, 1978.
- ÖKEM, Z. Güldem, **Türkiye’nin Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon**, TÜSİAD Yayınları, Yayın No. TÜSİAD-T/2011/02/511, İstanbul, 2011.

- ÖZEN, Ahmet, **Performans Esaslı Bütçeleme Sistemi ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını, Yayın No. 2008/382, Ankara, 2008.
- RAMANATHAN, Ram, **An Introduction to Data Envelopment Analysis: A Tool For Performance Measurement**, SAGE Publications Ltd., London, 2003.
- ROEMER, Milton I., **National Health Systems of The World Volume I: The Countries**, Oxford University Press, New York, 1991.
- ROKX, Claudia, SCHIEBER, George, HORIMURTI, Pandu, TANDON, Ajay & SOMANATHAN, Aparnaa, **Health Financing in Indonesia: A Reform Road Map**, The World Bank Publishing, Washington, 2009.
- RUGER, Jennifer P., **Health and Social Justice**, Oxford University Press, New York, 2009.
- SANTERNE, Rexford E. & NEUN, Stephen P., **Health Economics: Theory, Insights and Industry Studies**, 5th Edition, South-Western Cengage Learning, Ohio, 2010.
- SAKINÇ, Süreyya, **Yerel Yönetimler Ekonomisi**, 2. Baskı, Emek Matbaası, Manisa, 2007.
- SARGUTAN, A. Erdal, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006.
- SCALZO, Alessandra L., DONATINI, Andrea, ORZELLA, Letizia, CICCETTI, Americo, PROFILI, Silvia & MARESSO, Anna, **Italy: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2009.
- SCHULTZ, Rockwell & JOHNSON, Alton C., **Management of Hospitals and Health Services: Strategic Issues and Performance**, Third Edition, BeardBooks, Washington, 2003.
- SÖNMEZ, Sinan, **Kamu Ekonomisi Teorisi: Kamu Harcamalarında Etkinlik Arayışı**, Birinci Baskı, Teori Yayınları, Ankara, 1987.
- STIGLITZ, Joseph E., **Economics of The Public Sector**, Third Edition, W.W. Norton & Company Inc., New York, 1999.
- SÜLKÜ, Seher N., **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını, Yayın No. 2011/414, Ankara, 2011.
- TANZI, Vito & SCHUKNECHT, Ludger, **Public Spending in the 20<sup>th</sup> Century A Global Perspective**, Cambridge University Press., UK, 2000.
- TARIM, Armağan, **Veri Zarflama Analizi: Matematiksel Programlama Tabanlı Görel Etkinlik Ölçüm Yaklaşımı**, Sayıştay Yayınları, Yayın No.15, Ankara, 2001.

- TATAR, Mehtap, MOLLAHALİLOĞLU, Salih, ŞAHİN, Bayram, AYDIN, Sabahattin, MARESSO, Anna & QUEVEDO, Cristina H., **Turkey: Health System Review**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2011.
- TENGİLİMOĞLU, Dilaver, IŞIK, Oğuz & AKBOLAT, Mahmut, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, 2. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara, 2009.
- THOMSON, Sarah, FOUBISTER, Thomas & MOSSIALOS, Elias, **Financing Health Care in The European Union**, World Health Organization Publishing, Copenhagen, 2009.
- TURAN, Nurcan, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği Ve Olanakları**, Anadolu Üniversitesi Yayını, Yayın No.1555, Eskişehir, 2004.
- TÜRK, İsmail, **Kamu Maliyesi**, 2.Bası, Turhan Kitabevi, Ankara, 1996.
- ÜNAL, Erdinç & ATEŞ, Metin, **Sağlık ve Piyasa**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını, Yayın No.2, İstanbul, 2002.
- ÜNALAN, Turgay, **Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri: Ulusal ve Uluslararası Uygulamaları**, Türkiye Bilimler Akademisi Raporları, Sayı.2, Ankara, 2003.
- YEĞİNBOY, E. Yasemin & YEĞİNBOY, A. Emin, **Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin Türkiye Açısından İrdelenmesi**, Doğruluk Matbaacılık, İzmir, 1993.
- YILDIRIM, Hasan H. & YILDIRIM, Türkan, **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, 1. Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Yayın No.10, Ankara, 2011.
- YILDIRIM, Savaş, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Uzmanlık Tezi, Yayın No.2350, Ankara, 1994.
- YILMAZ, Gülay A., **OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Devlet ve Sosyal Harcamalar**, Arıkan Basım Yayın, İstanbul, 2006.

## II. MAKALELER

- ADAM, Antonis, DELIS, Manthos & KAMMAS, Pantelis, “Public Sector Efficiency: Leveling The Playing Field Between OECD Countries”, **Public Choice**, Y.2011, C.146, S.1-2, ss.163-183.
- AFONSO, Antonio, SCHUKNECHT, Ludger & TANZI, Vito, “Public Sector Efficiency: Evidence for New EU Member States and Emerging Markets”, **Applied Economics**, Y.2010, C.42, S.17, ss.2147-2164.
- AFONSO, Antonio & ST. AUBYN, Miguel, “Non-Parametric Approaches to Education and Health Efficiency in OECD Countries”, **Journal of Applied Economics**, Y.2005, C.8, S.2, ss.227-246.

- AJIBEFUN, Igbekele A., “An Evaluation of Parametric and Non-Parametric Methods of Technical Efficiency Measurement: Application to Small Scale Food Crop Production in Nigeria”, **Journal of Agriculture & Social Sciences**, Y.2008, C.4, S.3, ss.95-100.
- AKTAN, Coşkun Can & IŞIK, A. Kadir, “Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü”, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), Aura Kitapları, 1. Basım, İstanbul, 2007a, ss.01-09.
- AKTAN, Coşkun Can & IŞIK, A. Kadir, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), Aura Kitapları, 1. Basım, İstanbul, 2007b, ss.10-21.
- AKTAN, Coşkun Can & ÖZKIVRAK, Özlem, “Devlet mi? Piyasa mı?: Kamu Ekonomisi ve Piyasa Ekonomisinin Etkinlik Yönünden Karşılaştırılması”, **Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası** (Edt. Coşkun Can Aktan, Dilek Dileyici ve İstiklal Y. Vural), Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, 2006, ss.135-157.
- AKYILDIZ, Hüseyin, “Refah Devletinin Dönüşüm Dinamiği ve Ortaya Çıkan Çelişkiler”, **Siyasa Dergisi**, Y.2005, S.2, ss.01-24.
- ALBUQUERQUE, Joao P.D., PRADO, Edmir P.V. & MACHADO, Gabriel R., “Ambivalent Implications of Health Care Information Systems: A Study in The Brazilian Public Health Care System”, **Revista de Administração de Empresas**, Y.2011, C.51, S.1, ss.58-71.
- ALTAY, Asuman, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Y.2007, C.19, S.64, ss.33-58.
- ALFEN, Hans W., JAN, Yu-Chien A., KALADINDI, Satyanarayana N. & SINGH, L. Boeing, “An Introduction To PPP Concept”, **Public-Private Partnership in Infrastructure Development: Case Studies from Asia and Europe**(Edt. Hans W. Alfen), Bauhaus-Universität Weimar Publishing, Weimar, 2009, ss.01-42.
- ANDERSON, Gerard & HUSSEY, Peter S., “Comparing Health System Performance In OECD Countries”, **Health Affairs**, Y.2001, C.20, S.3, ss.219-232.
- ARAS, Evin & TÜZÜN, Hakan, “Komşu Ülke Yunanistan’da da Reçete Aynı: Sağlıkta Reform”, **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, ss.388-393.
- ARISOY, İbrahim, “Türkiye’de Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi (1950-2003)”, **Çukurova Üniversitesi S.B.E. Dergisi**, Y.2005, C.14, S.2, ss.63-80.
- ARISTOVNIK, Aleksander, “Public Sector Efficiency and Effectiveness-An Application to The New EU Members States and Croatia”, **Journal of International Scientific Publication: Economy & Business**, Y. 2010, C.4, S.1, ss.14-26.

- ASHTON, Toni, "New Zealand", **Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison**(Edt. John Rapoport, Philip Jacobs & Egon Jonsson), Wiley-VCH, Weinheim, 2009, ss.183-206.
- ASUNAKUTLU, Tuncer, "Kamu Hizmetlerinde Kalite", **Kamu Yönetiminde ve Kamu Hizmetlerinde Kalite**(Edt. Coşkun Can AKTAN ve Ulvi SARAN), Hizmet-İş Sendikası Yayınları, Yayın No.36, Ankara, 2005, ss.159-182.
- BAILY, Martin N. & GARBER, Alan M., "Health Care Productivity", **Brookings Papers on Economic Activity Microeconomic:1997**(Edt. Clifford Winston, Martin N. Baily & Peter C. Reiss), Brookings Institution Press, 1998, Washington, ss.143-215.
- BAKIRCI, Fehim & TEMÜR, Yusuf, "Sağlık Harcamalarında Performans Değerlemesi: Devlet Hastaneleri Üzerine Veri Zarflama Analizi", **Devletin Değişen Rolü Bağlamında Türkiye'de Kamu Harcamalarının Sektörel Analizi**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Maliye Bölümü 24. Türkiye Maliye Sempozyumu, Antalya, 2009, ss. 271-287.
- BALCI, Asım & KIRILMAZ, Harun, "Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları", **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), 1. Basım, Aura Kitapları, İstanbul, 2007, ss.134-165.
- BALİ, Besim Bülent & ÇELEN, Mustafa, "Kamu Eğitim Harcamalarında Etkinlik ve Etkenlik Analizi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Uygulama", **Devletin Değişen Rolü Bağlamında Türkiye'de Kamu Harcamalarının Sektörel Analizi**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü 24. Türkiye Maliye Sempozyumu, Antalya, 2009, ss.17-44.
- BANKER, Rajiv D., CHARNES, Abraham & COOPER, William W., "Some Models For Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis", **Management Science**, Y.1984, C.30, S.9, ss.1078-1092.
- BECKER, Fred & PATTERSON, Valerie, "Public-Private Partnerships: Balancing Financial Returns, Risks and Roles of The Partners", **Public Performance & Management Review**, Y.2005, C.29, S.2, ss.125-144.
- BEKMEZ, Selahattin & EVKURAN, Seran, "Türkiye'de Eğitim ve Sağlık Hizmetlerinin Geleneksellik Endekslerinin Hesaplanması", **TİSK Akademi**, Y.2010, C.5, S.10, ss.89-111.
- BELCON, Michael E., AHMED, Nasar U., YOUNIS, Mustafa Z. & BONGYU, Moyo, "Analysis of National Healthcare Systems: Searching For A Model For Developing Countries- Trinidad and Tobago As A Test Case", **Public Administration & Management**, Y.2009, C.14, S.1, ss.40-74.



- BELMARTINO, Susana, “Reorganizing The Health Care System in Argentina”, **Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico**(Edt. Sonia Fleury, Susana Belmontino & Enis Barış), International Development Research Centre Publishing, Ottawa, 2000, ss.47-77.
- BERNET, Patrick M., ROSKO, Michael D., VALDMANIS, Vivian G., PILYAVSKY, Anatoly & AARONSEN, William E., “Productivity Efficiencies in Ukrainian Polyclinics: Lessons for Health System Transitions from Differential Responses to Market Changes”, **Journal of Productivity Analysis**, Y.2008, C.29, S.2, ss.103-111.
- BHAT, Vasanthakumar N., “Institutional Arrangements and Efficiency of Health Care Delivery Systems”, **European Journal Of Health Economics**, Y.2005, C.12, S.3, ss.215-222.
- BHAT, Vasanthakumar N., “Health Systems Performance: A Statewide Analysis”, **Journal of Health Care Finance**, Y.2003, C.29, S.4, ss.77-86.
- BLOOM, David E. & CANNING, David, “The Health and Poverty of Nations: From Theory to Practise”, **Journal of Human Development**, Y.2003, C.4, S.1, ss.47-71.
- BREMPOG, Kwabena G. & WILSON, Mark, “Health Human Capital and Economic Growth in Sub-Saharan African and OECD Countries”, **The Quarterly Review of Economics and Finance**, Y.2004, C.44, S.2, ss.296-320.
- BUSSE, Reinhard, WURZBURG, Gregory & ZAPPACOSTA, Mario, “Shaping the Societal Bill: Past and Future Trends in Education, Pensions and Healthcare Expenditure”, **Futures**, Y.2003, C.35, S.1, ss.07-24.
- BUSSE, Reinhard, “The Health System in Germany”, **Eurohealth**, Y.2008, C.14, S.1, ss.5-6.
- CAMPOS, Katia D.P., NORMAN, Cameron D. & JADAD, Alejandro R., “Product Development Public-Private Partnerships For Public Health: A Systematic Review Using Qualitative Data”, **Social Science & Medicine**, Y.2011, C.73, S.7, ss.986-994.
- CANPOLAT, Hasan, “Anayasa Mahkemesi Kararlarında Özelleştirme Kavramı”, **Hazine Dergisi**, Y.1998, S.11, ss.01-15.
- CAVAGNERO, Eleonora & BILGER, Marcel, “Equity During An Economic Crisis: Financing of The Argentina Health System”, **Journal of Health Economics**, Y.2010, C.29, S.4, ss.479-488.
- CAVAGNERO, Eleonora, “Health Sector Reforms in Argentina and The Performance of The Health Financing System”, **Health Policy**, Y.2008, C.88, S.1, ss.88-99.
- CHARNES, Abraham, COOPER, William W. & RHODES, Eduardo, “Measuring The Efficiency of Decision Making Units”, **European Journal of Operational Research**, Y.1978, C.2, S.6, ss.429-444.

- CONTOYANNIS, Paul & FORSTER, Martin, “The Distribution of Health and Income: A Theoretical Framework”, **Journal of Health Economics**, Y.1999, C.18, S.5, ss.605-622.
- CROPPER, Maureen L., “Health, Investment in Health and Occupational Choice”, **Journal of Political Economy**, Y.1977, C.85, S.6, ss.1273-1274.
- CULYER, Antony J., “The Nature of The Commodity ‘Health Care’ and Its Efficient Allocation”, **Oxford Economic Papers**, Y.1971, C.23, S.2, ss.189-211.
- ÇATAK, Binali & SÖZMEN, M. Kaan “Yeni Zelanda Sağlık Sistemi’nin Organizasyonu ve Finansmanı”, **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, ss.408-412.
- ÇELEBİ, A. Kemal, “Kamu Harcamaları Artışının Kurumsal Nedenleri”, **Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi**, Y.1992, C.47, S.3, ss.105-112.
- ÇETİN, Tamer, “İktisadi Etkinlik Üzerine Bir Deneme: X Etkinlik Yaklaşımı”, **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, Y.2010, C.11, S.2, ss.183-198.
- ÇOHAZ, Abdurrahman, “Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri”, **Ülkemizde Yaşlılık Politikaları**, Akademik Geriatri Kongresi 2010, Gazimağusa, 2010, ss.122-126.
- DE VOS, Pol, GARCIA, Pedro O., PENA, Moises S. & VAN DER STUYFT, Patrick, “Public Hospital Management in Times of Crisis: Lessons Learned From Cienfuegos, Cuba (1996-2008)”, **Health Policy**, Y.2010, C.96, S.1, ss.64-71.
- DIAZ, Rocio G. & RUB, Sandra G.S. “Analysis of The Distributional Impact of Out-of-Pocket Health Payments: Evidence from A Public Health Insurance Program for The Poor in Mexico”, **Journal of Health Economics**, Y.2011, C.30, S.4, ss.707-718.
- EKUKLU, Galip, “Norveç Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, ss.372-378.
- ELOLA, Javier, DAPONTE, Antonio & NAVARRO, Vicente, “Health Indicators and The Organization of Health Care Systems in Western Europe”, **American Journal of Public Health**, Y.1995, C.85, S.10, ss.1397-1401.
- ENER, Meliha & DEMİRCAN, Esra, “Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.2008, C.13, S.1, ss.57-82.
- ERKOÇ, Melike & ÇAĞLAYAN, Çiğdem, “Küba Sağlık Sistemi Paradoks mu, Sosyaliz mi?”, **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, ss.459-469.
- EROL, Ahmet, “Devlet ve Devletin İşlevlerinin Gelişimi”, **Mükellefin Dergisi**, Y.2003, S.114, ss.110-115.

- ERTUĞRUL, İrfan & IŞIK, Ayşegül T., “İşletmelerin VZA İle Mali Tablolarına Dayalı Etkinlik Ölçümü: Metal Ana Sanayiinde Bir Uygulama”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.2008, C.10, S.1, ss.201-217.
- ESTES, Carroll L. & LINKINS, Karen W., Critical Perspectives on Health and Aging”, **Handbook of Social Studies In Health and Medicine**(Edt. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick & Susan C. Scrimsham), SAGE Publications, London, 2000, ss.154-172.
- FARRELL, Michael J., “The Measurement of Productive Efficiency”, **Journal of The Royal Statistical Society Series A(General)**, Y.1957, C.120, S.3, ss.253-290.
- FIELD, Mark G., “Introduction”, **Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach**(Edt. Mark G. Field), Routledge, New York, 1989, ss.1-24.
- FOUGERE, Geoff, “Transforming Health Sectors: New Logics of Organizing in The New Zealand Health System”, **Social Science & Medicine**, Y.2001, C.52, S.8, ss.1233-1242.
- FRENK, Julio, PIER, Eduardo G., DANTES, Octavia G., LEZANA, Miguel A. & KNAUL, Felicia M., “Comprehensive reform to Improve Health System Performance in Mexico”, **The Lancet**, Y.2006, C.368, S.9546, ss.1524-1534.
- FUCHS, Victor R., “The Economics of Health in a Post-Industrial Society”, **The Public Interest**, Y.1979, S.56, ss.03-20.
- GOLLUST, Sarah E. & JACOBSON, Peter D., “Privatization of Public Services: Organizational Reform Efforts in Public Education and Public Health”, **American Journal of Public Health**, Y.2006, C.96, S.10, ss.1733-1739.
- GÖKBUNAR, Ramazan & KOVANCILAR, Birol, “Sosyal Refah Devleti ve Değişim”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.1998, S.3, ss.251-266.
- GÖKBUNAR, Ramazan, ÖZDEMİR, Harun & UĞUR, Alparslan, “Küreselleşme Kısılcındaki Refah Devletinde Sosyal Refah Harcamaları”, **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, Y.2008, C.9, S.2, ss.158-173.
- GROENEWEGEN, Peter P., “Doğu Avrupa’da Sağlık Reformu”, **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar**(Der. Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan ve Çağrı Yoltar), İletişim Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2007, ss.125-140.
- GROSSMAN, Michael, “On The Concept of Health Capital and The Demand For Health”, **The Journal of Political Economy**, Y.1972, C.80, S.2, ss.223-255.
- GUPTA, Sanjeev, & VERHOEVEN, Marijn, “The Efficiency of Government Expenditure Experiences from Africa”, **Journal of Policy Modeling**, Y.2001, C.23, S.4, ss.433-467.

- GÜLEŞ, Hasan K., ÖĞÜT, Adem & ÖZATA, Musa, “Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Etkinliğin Artırılmasına Yönelik Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama”, **Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Y.2007, C.11, S.1, ss.69-82.
- GÜRAN, Mehmet Cahit & CİNGİ, Selçuk, “Devletin Ekonomik Müdahalelerinin Etkinliği”, **Akdeniz Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.2002, S.3, ss.56-89.
- HAKKINEN, Unto, “Finland”, **Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison**(Edt. John Rapoport, Philip Jacobs & Egon Jonsson), Wiley-VCH, Weinheim, 2009, ss.63-96.
- HAKKINEN, Unto & LEHTO, Jukasi, “Reform, Change and Continuity in Finnish Health Care”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Y.2005, C.30, S.1-2, ss.79-96.
- HARDING, April & MONTAGU, Dominic, , “The Private Sector In Health Care Provision, The Role of”, **Health Systems Policy, Finance and Organization**(Edt. Guy Carrin, Kent Buse, H. Kristian Heggenhougen & Stella Quah), Academic Press, New York, 2008, ss.303-309.
- HEYWOOD, Peter & CHOI, Yoonjoung, “Health System Performance at The District Level in Indonesia After Decentralization”, **BMC International Health & Human Rights**, Y.2010, C.10, S.3, ss.01-12.
- HOLLINGSWORTH, Bruce, DAWSON, Philip J. & MANIADAKIS, Nikos, “Efficiency Measurement of Health Care: A Review of Non-Parametric Methods and Applications”, **Health Care Management Science**, Y.1999, C.2, S.3, ss.161-172.
- HOLLINGSWORTH, Bruce & WILDMAN, John, “The Efficiency of Health Production: Re-estimating the WHO Panel Data Using Parametric and Non-Parametric Approaches to Provide Additional Information”, **Health Economics**, Y.2003, C.12, S.6, ss.493-504.
- HUANG, Tai-Hsin & WANG, Mei-Hui, “Comparison of Economic Efficiency Estimation Methods: Parametric and Non-Parametric Techniques”, **The Manchester School**, Y.2002, C.70, S.5, ss.682-709.
- HUBER, Manfred & OROSZ, Eva, “Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001”, **Health Care Financing Review**, Y.2003, C.25, S.1, ss.01-22.
- JAPPELLI, Tullio, FERRI, Luigi P. & WEBER, Guglielmo, “Health Care Quality, Economic Inequality and Precautionary Saving”, **Health Economics**, Y.2007, C.16, S.4, ss.327-346.
- JIMENEZ, Emmanuel, “The Public Subsidization of Education and Health in Developing Countries: A Review of Equity and Efficiency”, **The World Bank Research Observer**, Y.1986, C.1, S.1, ss.111-129.

- KARASU, Koray, “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Sektör Ortaklığı”, **Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi**, Y.2011, C.66, S.3, ss.217-262.
- KARASU, Mithat A., “Türkiye’de Kentleşme Dinamiklerinin Suça Etkisi”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Y.2008, C.57, S.4, ss.255-281.
- KAYA, Mine, “Seksenli Yıllardan Günümüze İtalyan Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, ss.379-387.
- KEANE, Christopher R. & WEERASINGHE, Manuj C., “Publi/Private Mix in Health Systems”, **Health Systems Policy, Finance and Organization**(Edt. Guy Carrin, Kent Buse, H. Kristian Heggenhougen & Stella Quah), Academic Press, New York, 2008, ss.314-321.
- KILIÇ, Bülent & AKSAKOĞLU, Gazanfer, “Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kurumsal Yaklaşımlar”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Y.1994, C.9, S.64-65, ss.04-13.
- KILIÇ, Bülent & BUMİN, Çiğdem, “Sağlık Sistemleri”, **Toplum ve Hekim**, Y.1993, C.8, S.53, ss.41-47.
- KISA, Adnan, YOUNİS, Mustafa Z. & KISA, Sezer, “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**, Y.2007, C.122, S.5, ss.693-701.
- KLEIN, Rudolf, “Risks and Benefits of Comparative Studies: Notes From Another Share”, **The Milbank Quarterly**, Y.1991, C.67, S.2, ss.275-291.
- KNAUL, Felicia M., ORNELAS, Hector A., CARNIADO, Oscar M., CAHN, Chloe B., BAROFSKY, Jeremy, MAGUIRE, Rachel, MIRANDA, Martha & SESMA, Sergio, “Evidence is Good For Your Health System: Policy Reform to Remedy Catastrophic and Impoverishing Health Spending in Mexico”, **The Lancet**, Y.2006, C.368, S.9549, ss.1828-1841.
- KWON, Soonman, “Health Care Financing Reform and The New Single Payer System in The Republic of Korea: Social Solidarity or Efficiency?”, **International Social Security Review**, Y.2003, C.56, S.1, ss.75-94.
- LAKIN, Jason M., “The End of Insurance? Mexico’s Seguro Popular, 2001-2007”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Y.2010, C.35, S.3, ss.313-352.
- LANJOUW, Peter, PRADHAN, Menno, SAADAH, Fadia, SAYED, Hanen & SPARROW, Robert, “Poverty, Education and Health in Indonesia: Who Benefits from Public Spending”, **Education and Health Expenditure and Development: The Cases of Indonesia and Peru**(Edt. Christian Morrison), OECD Publishing, Paris, 2002, ss.17-89.

- LOBATO, Lenaura, “Reorganizing The Health Care System in Brazil”, **Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico**(Edt. Sonia Fleury, Susana Belmortino & Enis Barış), International Development Research Centre Publishing, Ottawa, 2000, ss.103-131.
- LOBATO, Lenaura & BURLANDY, Luciene, “The Context and Process of Health Care Reform in Brazil”, **Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico**(Edt. Sonia Fleury, Susana Belmortino & Enis Barış), International Development Research Centre Publishing, Ottawa, 2000, ss.79-102.
- MAARSE, Hans, “The Privatization of Health Care in Europe: An Eight Country Analysis”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Y.2006, C.31, S.5, ss.981-1014.
- MECHANIC, David & ROCHEFORT, David A., “Comparative Medical Systems”, **Annual Review Sociology**, Y.1996, C.22, ss.239-270.
- MEIDUTE, Ieva & PALIULIS, Narimantas K., “Feasibility Study of Public-Private Partnership”, **International Journal of Strategic Property Management**, Y.2011, C.15, S.3, ss.257-274.
- MIRMIRANI, Sam, LI, H.C. & ILACQUA, Joseph A., “Health Care Efficiency In Transition Economies: An Application of Data Envelopment Analysis”, **International Business & Economics Research Journal**, Y.2008, C.7, S.2, ss.47-55.
- MOLLAHALİLOĞU, Salih, HÜLÜR, Ünal, GENÇOĞLU, Ayşegül, ALKAN, Emel, ÖZHAN, Şirin, EKİNCİ, Ümmühan & PINAR, Eda, “Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Planlaması”, **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**(Edt. Salih Mollahaliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Kemal Çağlayan, Necdet Ünüvar & Sabahattin Aydın), Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2007, ss.210-242.
- MOORE, Melinda, GOULD, Philip & KEARY, Barbara S., “Global Urbanization and Impact on Health”, **International Journal of Hygiene and Environmental Health**, Y.2003, C.206, S.4-5, ss.269-278.
- MOSSIALOS, Elias & DIXON, Anna, “Funding Health Care: An Introduction”, **Funding Health Care: Options For Europe**(Edt. Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras & Joe Kutzin), First Published, Open University Press, Buckingham, 2002, ss.01-30.
- MURRAY, Christopher J.L. & FRENK, Julio, “A Framework for Assessing The Performance of Health Systems”, **Bulletin of The World Health Organization**, Y.2000, C.78, S.6, ss.717-731.

- MUSGROVE, Philip, "Public and Private Roles in Health", **Health Economics in Development**(Edt. Philip Musgrove), World Bank Publishing, Human Development Network:Health, Nutrition and Population Series, Washington, 2004, ss.35-76.
- MUTLU, Ayşegül, "Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları", **Maliye Dergisi**, Y.2006, S.150, ss.53-78.
- NORMAND, Charles, "Economics, Health and The Economics of Health", **British Medical Journal**, Y.1991, C.303, S.6817, ss.1572-1577.
- ODIER, Nicolas, "The US Health-Care System: A Proposal for Reform", **Journal of Medical Marketing**, Y.2010, C.10, S.4, ss.279-304.
- OLIVER, Adam, "England", **Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison**(Edt. John Rapoport, Philip Jacobs & Egon Jonsson), Wiley-VCH, Weinheim, 2009, ss.41-62.
- ORHANER, Emine, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", **Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Y.2006, C.9, S.1, ss.01-22.
- ORTAÇ, F. Rifat, "Kamu Harcamalarının Etkinlik ve Verimliliğinin Ölçülmesinde Karşılaşılan Sorunlar", **İktisat İşletme ve Finans Dergisi**, Y.2001, C.16, S.182, ss.60-68.
- ÖZBAY, Hüseyin, ERİŞTİ, Halil E., ÖNCÜL, Hasan G., ARI, Hakan O., ÇELEPÇİKAY, Bekir L., GÖKÇİMEN, Mecit & MOLLAHALİLOĞLU, Salih, "Sağlık Hizmetleri Sistemi", **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**(Edt. Salih Mollahaliloğlu, Ünal Hülür, Nazan Yardım, Hüseyin Özbay, Kemal Çağlayan, Necdet Ünüvar & Sabahattin Aydın), Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2007, ss.98-154.
- ÖZCAN, Yaşar A. & LUKE, Roice D., "A National Study of The Efficiency of Hospitals in Urban Markets", **Health Services Research**, Y.1993, C.27, S.6, ss.719-739.
- ÖZŞAHİN, Aysun & SÖZMEN, Melih K. , "Danimarka Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, ss.413-425.
- PAIM, Jairnilson, TRAVASSOS, Claudia, ALMEIDA, Celia, BAHIA Ligia & MACINKO, James, "The Brazilian Health System: History, Advances and Challenges", **The Lancet**, Y.2011, C.377, S.9779, ss.1778-1797.
- PAULY, Mark V., "Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy", **Journal of Economic Literature**, Y.1986, C.24, S.2, ss.629-675.

- PILYAVSKY, Anatoly & STAAT, Matthias, "Health Care in The CIS Countries: The Case of Hospitals in Ukraine", **The European Journal of Health Economics**, Y.2006, C.7, S.3, ss.189-195.
- RAYP, Glenn & VAN DE SIJPE, Nicolas, "Measuring and Explaining Government Efficiency in Developing Countries", **Journal of Development Studies**, Y.2007, C.43, S.2, ss.360-381.
- RETZLAFF-ROBERTS, Dona, CHANG, Cyril F. & RUBIN, Rose M., "Technical Efficiency in The Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries", **Health Policy**, Y.2004, C.69, S.1 , ss.55-72.
- ROBERTS, Donna R., CHANG, Cyril F. & RUBIN, Rose M., "Technical Efficiency in The Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries", **Health Policy**, Y.2004, C.69, S.1, ss.55-72.
- ROEMER, Milton I., "National Health Systems Throughout The World", **Annual Review of Public Health**, Y.1993, C.14, S.1, ss.335-353.
- ROEMER, Milton I., "National Health Systems As Market Interventions", **Journal of Public Health Policy**, Y.1989, C.10, S.1, ss.62-77.
- ROEMER, Milton I., "Market Failure and Health Care Policy", **Journal of Public Health Policy**, Y.1982, C.3, S.4, ss.419-431.
- ROEMER, Milton I. & ROEMER, Ruth, "Global Health, National Development and the Role of Government", **American Journal of Public Health**, Y.1990, C.80, S.10, ss.1188-1191.
- ROIG, Gemma A., "Population Ageing and The Sustainability of The Spanish National Health Systems: Some Financial Policy Alternatives", **Genava Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice**, Y.2006, C.31, S.4, ss. 557-580.
- ROTHGANG, Heinz, CACACE, Mirella, GRIMMEISEN, Simone & WENDT, Claus, "The Changing Role of The State in Healthcare Systems", **European Review**, Y.2005, C.13, S.1, ss.187-212.
- SARAN, Ulvi, "Türk Sağlık Sisteminde Değişim, Yeniden Yapılanma Gereği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı", **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), Aura Kitapları, 1. Basım, İstanbul, 2007, ss.647-681.
- SAVAŞAN, Fatih & ÇETİNTAŞ, Hakan, "Kamu Sağlık-Eğitim Harcamaları ve Büyüme", **Devletin Değişen Rolü Bağlamında Türkiye’de Kamu Harcamalarının Sektörel Analizi**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü 24. Türkiye Maliye Sempozyumu, 2009, Antalya, ss.193-212.



- SCHMID, Achim, CACACE, Mirella, GÖTZE, Ralf & ROTHGANG, Heinz, “Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and The Emergence of “Hybrid” Health Care Systems”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Y.2010, C.35, S.4, ss.455-486.
- SELDON, James R., “Efficacy, Effectiveness and Efficiency in Human Resource Use: A Primer on The Three E’s”, **International Journal of Public Administration**, Y.1993, C.16, S.7, ss.921-943.
- SEN, Anindya, “Is Health Care a Luxury? New Evidence from OECD Data”, **International Journal of Health Care Finance and Economics**, Y.2005, C.5, S.2, ss.147-164.
- SHERLOCK, Peter L. “When Social Health Insurance Goes Wrong: Lessons from Argentina and Mexico”, **Social Policy and Administration**, Y.2006, C.40, S.4, ss.353-368.
- SHERLOCK, Peter L. “Health Sector Reform in Argentina: A Cautionary Tale”, **Social Science & Medicine**, Y.2005, C.60, S.8, ss.1893-1903.
- SINGH, Avantika & PRAKASH, Gyan, “Public-Private Partnership in Health Services Delivery: A Network Organizations Perspective”, **Public Management Review**, Y.2010, C.12, S.6, ss.829-856.
- SPINKA, Jean & HOLLINGSWORTH, Bruce, “Cross-Country Comparisons of Technical Efficiency of Health Production: A Demonstration of Pitfalls”, **Applied Economics**, Y.2007, C.41, S.4, ss.417-427.
- STEVENS, Fred C.J. & Van Der ZEE, Jouke, “Health System Organization Models(Including Targets and Goals For Health Systems)”, **Health System Policy, Finance and Organization**(Edt. Guy Carin, Kent Buse, Harold K. Heggenhougen & Stella R. Quah), Academic Press, New York, 2008, ss.275-284.
- SUIÇMEZ, Halit, “Verimlilik ve Etkinlik Terimleri (Tarihsel Bakış)”, **Mülkiye Dergisi**, Y.2002, C.XXVI, S.234, ss.169-183.
- ŞENOL, Yasin, “Finlandiya Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Y.2006, C.21, S.5-6, ss.357-365.
- TABAN, Sami, “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme arasındaki Nedensellik İlişkisi”, **Sosyo Ekonomi**, Y.2006, C.2, S.2, ss.31-46.
- TATAR, Meptap, “Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış”, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), Aura Kitapları, 1. Basım, İstanbul, 2007, ss.397-434.
- TERRIS, Milton, “The Three World System of Medical Care: Trends and Prospects”, **American Journal of Public Health**, Y.1978, C.68, S.11, ss.1125-1131.

- TOKAT, Mehmet, “Dünya ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı”, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** (Edt. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran), Aura Kitapları, 1. Basım, İstanbul, 2007, ss.380-396.
- TOKGÖZ, Erdinç, “Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir İnceleme”, **Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.1979, C.1, S.2, ss.01-25.
- TORRANCE, George W., “Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal”, **Journal of Health Economics**, Y.1986, C.5, S.1, ss.01-30.
- TUTAR, Filiz & KILINÇ, Nurcan, “Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Y.2007, C.9, S.1, ss.31-54.
- TÜRKAL, Hasan & CİHANGİR, Mehmet, “Sağlık Hizmetlerinin Kamu Maliyesi Açısından Analizi ve Değerlendirilmesi”, **İktisat Dergisi**, Y.2008, S.498, ss.130-141.
- ÜÇDOĞRUK, Şenay, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonometrik Analizi: Eşbütünlük Testi”, **Ekonomik Yaklaşım Dergisi**, Y.1996, C.7, S.21, ss.101-112.
- VOVKANYCH, Stepan & LEVYTSKA, Olga, “Human-Resource Potential in The Health-Care System of Ukraine”, **Problems of Economic Transition**, Y.2010, C.52, S.12, ss.71-93.
- WENDT, Claus, FRISINA, Lorraine & ROTHGANG, Heinz, “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”, **Social Policy & Administration**, Y.2009, C.43, S.1, ss.70-90.
- WHITEFORD, Linda M. & NIXON, Lois L., “Comparative Health Systems: Emerging Convergences and Globalization”, **Handbook of Social Studies in Health and Medicine**(Edt. Garry L. Albrecht, Ray Fitzpatrick & Susan C. Scrimshaw), Sage Publications, London, 2000, ss.440-453.
- WILLIAMS, Alan, “The Pervasive Role Of Ideology in The Optimisation Of The Public-Private Mix in Public Healthcare Systems”, **The Public-Private Mix For Health**(Edt. Alan MAYNARD), Radcliffe Publishing, London, 2005, ss.06-19.
- WÖRZ, Markus & BUSSE, Reinhard “Germany”, **Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison**(Edt. John Rapoport, Philip Jacobs & Egon Jonsson), Wiley-VCH, Weinheim, 2009, ss.97-130.
- ZALESKI, Isabelle D., “The Health System in France”, **Eurohealth**, Y.2010, C.14, S.1, ss.3-4.

### III. DİĞER YAYINLAR

- AFONSO, Antonio, SCHUKNECHT, Ludger & TANZI, Vito, **Public Sector Efficiency: Evidence For New EU Member States and Emerging Markets**, European Central

- Bank Working Papers, WP No.581, 2006, <<http://www.ecb.int/pub/scientific/wps/author/html/author256.en.html>>, (15.03.2010).
- ASLANKARAOĞLU, Nesrin, **Veri Zarflama Analizi ve Temel Bileşenler Analizi İle Avrupa Birliği Ülkelerinin Sıralanması**, Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstatistik AD, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
- ÇALIKOĞLU, Şule, **Influence of Partisan Politics on National Health Care Expenditures from Public and Private Sources of Finance in OECD Countries**, Johns Hopkins University, Basılmamış Doktora Tezi, ABD, 2008.
- DPT, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı(1996-2000)**, T.C. Başbakanlık DPT Yayını, Ankara, 1995.
- DPT, **Kalkınma Planı(Birinci Beş Yıl) 1963-67**, T.C. Başbakanlık DPT Yayını, Ankara, 1963.
- ERTEKİN, Şaban, **1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman Sorunu**, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye AD, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2000.
- GUICHARD, Stephanie, **The Reform of The Health Care System in Portugal**, OECD Economics Department Working Papers, W.P. No.405, 2004, <[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2004\)28&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2004)28&docLanguage=En)>, (25.09.2011)
- HAKKINEN, Unto & JOUMARD, Isabella, **Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors**, OECD Economic Department Working Papers, WP No. 554, 2007, <[http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=eco/wkp\(2007\)14&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=eco/wkp(2007)14&doclanguage=en)>, (29.05.2010).
- HAUNER, David & KYOBE, Annette, **Determinants of Government Efficiency**, IMF Working Papers, WP. No. 08/228, 2008, <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08228.pdf>>, (10.04.2009).
- HERRERA, Santiago & PANG, Gaobo, **Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach**, World Bank Policy Research Working Paper, WP. No.3645, 2005, <[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/06/15/000016406\\_20050615105929/Rendered/PDF/wps3645.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/06/15/000016406_20050615105929/Rendered/PDF/wps3645.pdf)>, (15.07.2010).
- HSIAO, William, **What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer**, IMF Working Papers, WP. No. 00/136, 2000, <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp00136.pdf>>, (25.01.2009).

- HURST, Jeremy, **Effective Ways to Realise Policy Reform in Health Systems**, OECD Health Working Papers, W.P. No.51, OECD Publishing, 2010, < <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5kmh377l4n9x.pdf?expires=1331853842&id=id&accname=guest&checksum=35D55E0FC5EED95E5F5F7F18F260E4F9>>, (04.10.2011).
- JAFAROV, Etibar & GUNNARSSON, Victoria, **Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Options**, IMF Working Papers, WP. No. 08/136, 2008, < <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08136.pdf>>, (22.04.2010).
- JAKUBOWSKI, Elke & BUSSE, Reinhard, **Health Care Systems in The EU: A Comparative Study**, European Parliament Directorate General For Research Working Papers, W.P. No.101, 1998, < [http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf)>, (15.09.2010).
- JOUMARD, Isabelle, KONGSRUD, Per M., NAM, Young-Sook ve PRICE, Robert, **Enhancing the Effectiveness of Public Spending: Experience in OECD Countries**, OECD Economics Department Working Papers, WP. No.380, 2004, < <http://www.oecd.org/dataoecd/12/38/34563306.pdf>>, (04.11.2009).
- JUAREZ, Maria F.M., GOMEZ, Maluin G.A. & ASCENCIO, Rafael L., **SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries Country Studies-Mexico National Health Accounts 2001**”, OECD Health Technical Papers, Papers No.8, 2004, < <http://www.oecd.org/dataoecd/33/15/33733586.pdf>>, (27.08.2011).
- KALKINMA BAKANLIĞI, “Sosyal Sektördeki Gelişmeler 1950-2010”, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler** **1950-2010**, <<http://www.dpt.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FC5A73E5CFAD2D9676>>, (19.09.2011).
- KAYA, Yasemin T. & Ela DOĞAN, **Dezenflasyon Sürecinde Türk Bankacılık Sektöründe Etkinliğin Gelişimi**, BDDK ARD Çalışma Raporları, Rapor No.2005/10, Ankara, 2005.
- MAZGİT, İsmail, **Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması**, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat AD, Basılmamış Doktora Tezi, İzmir, 1998.
- MUSGROVE, Philip, **Public and Private Roles in Health Theory and Financing Patterns**, World Bank Health, Nutrition and Population Discussion Paper, 1996, < <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/240323/Public%20and%20private%20role>

s%20in%20health%20%20theory%20and%20financing%20patterns.pdf>, (18.06.2009).

NORD, Paul V.D., HAGEN, Terje & IVERSEN, Tor, **The Nowegian Health Care System**, OECD Economic Departmen Working Papers, W.P. No.98, OECD Publishing, 1998, <<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5lgsjhvj85g3.pdf?expires=1331902484&id=id&accname=guest&checksum=22981C9403E8C04D3DD38024DEF949E9>>, (25.04.2011).

OECD, **Health at a Glance 2011: OECD Indicators**, OECD Publishing, 2011 <<http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>>, (15.12.2011).

OECD, **OECD Economic Surveys: Indonesia 2010**, OECD Publishing, 2010, <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264000000-en>>, (23.08.2011).

OECD, **OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri: Türkiye**, OECD ve The World Bank Yayını, Washington, 2008.

OECD, **OECD Reviews of Health Systems: Mexico**, OECD Publishing, Paris, 2005a.

OECD, **OECD Reviews of Health Systems: Finland**, OECD Publishing, Paris, 2005b.

OECD, **OECD Reviews of Health Care Systems: Korea**, OECD Publishing, Paris, 2003.

PREKER, Alexander S. & HARDING, April, **The Economics of Public and Private Roles in Health Care Insights from Institutional Economics and Organizational Theory**, World Bank Health, Nutrition and Population Discussion Paper, No. 21875, 2000, <[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/03/26/000094946\\_0103200658248/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/03/26/000094946_0103200658248/Rendered/PDF/multi0page.pdf)>, (15.07.2010).

SAĞLIK BAKANLIĞI, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu: 2003-2010**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2011a.

SAĞLIK BAKANLIĞI, **Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri:2011-2023**, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2011b.

SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Yayın No.832, Ankara, 2011c.

SAĞLIK BAKANLIĞI, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Yayın No.770, Ankara, 2008.

SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Yayın no.720, Ankara, 2007.

SAĞLIK BAKANLIĞI, **80. Yılda Tedavi Hizmetleri 1923-2003**, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2004.

- ŞAKAR, Ayşe Y., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye AD, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
- VERBELEN, Bart, **The Impact of Public Expenditures on Health Care on Total Health Expenditures: An Exploratory Analysis of Selected OECD Countries**, University of Southern California, Basılmamış Doktora Tezi, California, 2007.
- VERHOEVEN, Marjin, GUNNARSSON, Victoria & LUGARESI, Sergio, **Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform**, IMF Working Papers, WP. No. 07/226, 2007, <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp07226.pdf>>, (08.10.2010).
- WORLD BANK, **DATA:HEALTH**, < <http://data.worldbank.org/topic/health>>, (05.12.2011).
- WORLD BANK, **DATA:HEALTH NUTRITION AND POPULATION STATISTICS**, <[http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&DisplayAggregation=Y&SdmxSupported=N&CNO=311&SET\\_BRANDING=YES](http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&DisplayAggregation=Y&SdmxSupported=N&CNO=311&SET_BRANDING=YES)>, (15.04.2012).
- WORLD BANK, **DATA:ECONOMIC POLICY & EXTERNAL DEBT**, < <http://data.worldbank.org/topic/economic-policy-and-external-debt>>, (05.05.2012).
- WORLD BANK, **Healthy Development: The World Bank Strategy For Health, Nutrition and Population Results**, World Bank Publishing, Washington, 2007.
- WORLD BANK, **World Development Reports 2012: Gender Equality and Development**, The World Bank Publishing, Washington, 2011.
- WORLD BANK, **World Development Reports 2008: Agriculture For Development**, The World Bank Publishing, Washington, 2007.
- WORLD BANK, **World Development Reports 2007: Development and The Next Generation**, The World Bank Publishing, Washington, 2006.
- WORLD BANK, **World Development Reports 2003: Sustainable Development In A Dynamic World Transforming Institutions, Growth And Quality of Life**, The World Bank Publishing, Washington, 2003.
- WORLD BANK, **World Development Reports 2002: Building Institutions for Markets**, The World Bank Publishing, Washington, 2001.
- WORLD BANK, **World Development Reports 1997: The State In A Changing World**, The World Bank Publishing, Washington, 1997.
- WORLD BANK, **World Development Report 1993: Investing in Health**, Oxford University Press, New York, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Health Systems and Services Profile Brazil**, Health Systems and Services Area of Pan American Health Organization/World Health Organization Publishing, 2008,

<[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health\\_System\\_Profile-Brazil\\_2008.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Brazil_2008.pdf)>, (17.10.2011).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Snapshots of Health Systems**(Edt. Susanne G. Tebbe & Josep Figeran), The European Observatory on Health Systems and Policies Publishing, Copenhagen, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope**, World Health Organization Publishing, Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance**, WHO Publishing, Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, “COUNTRY DATA:DTP3 AND MEASLES IMMUNIZATION COVERAGE”, **GLOBAL HEALTH OBSERVATORY DATA REPOSITORY:DATA AND STATISTICS**, <<http://apps.who.int/ghodata/?vid=99006>>, (15.04.2012).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Statistics 2012**, The World Health Organization Publishing, Geneva, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Statistics 2011**, The World Health Organization Publishing, Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Statistics 2008**, The World Health Organization Publishing, Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World Health Statistics 2007**, World Health Organization Publishing, Geneva, 2007.

YILDIRIM, Hasan H., **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi**, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Basılmamış Doktora Tezi, Ankara, 2004.