

KARŞILAŞTIRMALI PERSPEKTİFTE SAĞLIK SİSTEMLERİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE SINIFLANDIRMA

Pınar ÖZDEMİR KARACA*, Emre ATILGAN**

ÖZ

Ülkelerin sağlık sistemleri, kendilerini oluşturan çok sayıda politik, hukuksal, finansal ve sosyal özellikten doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenen kompleks yapılardır. Ülkelerin benimsediği ekonomik, politik, sosyal vb. mekanizmalar birbirine ne kadar benzer olursa olsun, ülkelerin sağlık sistemleri arasında gözle görülür farklılıklar olabilmektedir. Bu sebeple, mevcut kaynaklarını verimli şekilde kullanarak sağlık sistemlerini geliştirmeyi ve sağlık harcamalarının etkin şekilde kontrolünü sağlamayı amaçlayan ülkeler, diğer ülkelerin kullandıkları sağlık sistemlerini incelemekte ve kendi sistemleriyle karşılaştırmaktadırlar. Literatürde Milton Roemer, Milton Terris ve Mark G. Field tarafından sağlık sistemlerini karşılaştırmak için kapsamlı sağlık sistemleri sınıflama çalışmaları yapıldığı görülmüş, bu sınıflandırmalar ışığında bir sağlık sistemleri sınıflandırması tablosu oluşturulmuştur. Bu çalışmada ayrıca, ülkelerin sağlık sistemlerini iyileştirmede bir araç olarak kullanılan karşılaştırmalı sağlık sistemlerinin kavramsal çerçevesi ile karşılaştırmının ayrılmaz bir parçası olan sağlık sistemleri sınıflandırmasının birlikte ele alınarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: sağlık sistemleri, karşılaştırmalı sağlık sistemleri, sağlık sistemlerinin sınıflandırması.

JEL Sınıflandırması: I10, I13

HEALTH SYSTEMS IN COMPARATIVE PERSPECTIVE: A CONCEPTUAL FRAMEWORK AND CLASSIFICATION

ABSTRACT

Health systems of countries are complex structures that are directly or indirectly affected by many political, legal, financial and social features that make up them. Although the economic, political and social mechanisms adopted by the countries are similar to each other, there can be noticeable differences between the health systems of the countries. For this reason, countries aiming to develop their health systems by utilizing their existing resources efficiently and to ensure effective control of health expenditures, examine the health systems employed by other countries, and compare these systems with their own systems. In the literature, it was seen that comprehensive health systems classification studies were carried out by Milton Roemer, Milton Terris and Mark G. Field to compare health systems, and a health systems classification table was created in the light of these classifications. In this study, it is also aimed to evaluate the conceptual framework of the comparative health systems used as a tool to improve the health systems of the countries, and the health systems classification, which is an integral part of the comparison.

Keywords: health systems, comparative health systems, classification of health systems.

JEL Classification: I10, I13

* Öğr. Gör., Kırklareli Üniversitesi, Lüleburgaz Meslek Yüksekokulu, pinar.ozdemir@klu.edu.tr

** Doç. Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, emreatilgan@trakya.edu.tr

1. GİRİŞ

Ülkeler bir yandan çok sayıda değişkene göre şekillenen, sürekli gelişim ve değişim içinde olan sağlık sistemlerinin etkin kullanımını sağlarken, diğer yandan sağlık hizmetleri üretim ve sunumunda kullandıkları kaynakların sınırlılığını da göz önünde bulundurmaya zorundadır. Küreselleşmeyle birlikte ülkeler sınırlı kaynaklarıyla sağlık sistemlerinin etkin ve verimli şekilde kullanımını sağlamak için, farklı ülkelerde geliştirilen yönetim tekniklerini ve yenilikleri öğrenerek, onların deneyimlerinden faydalanarak ve kendi sistemlerini diğerleriyle karşılaştırarak elde ettikleri bilgileri; kendi sağlık sistemlerine uyarlama, etkileşim sağlama, benzeşme ve bütünleşme olanağı elde etmişlerdir. Bu karşılaştırmalar sırasında sağlık sistemi sınıflandırmalarından faydalanan ülkeler, sağlık sistemi performanslarını ölçebilen teknikler bulmaya ve sağlık durumu gelişimlerini olumlu yönde etkilemeye çalışmaktadırlar.

Bu çalışmada, karşılaştırmalı sağlık sistemlerinin kavramsal çerçevesi ve karşılaştırmalara önveri oluşturan sağlık sistemleri sınıflandırması bir arada incelenmiştir. Literatürde karşılaştırmalı sağlık sistemleri ve sağlık sistemleri sınıflandırması kavramlarını biriyle ilişkilendirerek birlikte inceleyen çalışmalara pek rastlanmadığından, bu çalışmanın literatürdeki bu boşluğu doldurma konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımının Kavramsal Çerçevesi

Karşılaştırmalı sağlık sistemleri araştırmaları, sağlık sistemlerini inceleyip karşılaştırarak sonuçlar çıkarmayı amaçlayan, sağlık sistemlerini organize ederek belli bir nüfusa yönelik sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde sunulması için farklı yaklaşımların karşılaştırılmasını içeren bir alan olarak ortaya çıkmıştır. Karşılaştırmalı sağlık sistemleri kavramı temelde, iki veya daha fazla ülkenin sağlık sisteminin istenilen yönlerini birbiriyle kıyaslayarak, kullanılabilir bilgi ve sonuçlara ulaşmayı amaçlayan bir araştırma yöntemini belirtmektedir. Karşılaştırmalı sağlık sistemleri çalışmalarının kullanım alanları ve nedenlerini ise şu şekilde sıralamak mümkündür (Farazmand 1999; Evans ve diğerleri 2000; Kovner ve Jonas 2002; Albrecht ve diğerleri 2003; Sargutan 2005a; Çelebi ve Cura 2013; Maeda ve diğerleri 2014; Öztürk ve Karakaş 2015; Kırılmaz ve diğerleri 2017):

- Diğer ülkelerin sağlık sistemlerini öğrenmek, kendi sistemimizi anlamak ve bakış açısı kazanmak,
- Diğer ülkelerde karşılaşılan ve çözümlenmiş olan sağlık sistemi problemlerini inceleyerek, bunlardan ders almak ve kendi sağlık sistemi sorunlarımızın çözümünde bunlardan faydalanmak,
- Karşılaştırmalı gözlem yoluyla elde edinilen bilgiler ışığında, olabilecekleri önceden tahmin etme ve gerektiğinde önlem alma imkan ve gücü sağlamak,

- Diğer ülkelerin sağlık sistemlerinde adaleti sağlama stratejilerini gözlemlemek,
- Diğer ülkelerin yüksek verimliliği sağlamayı amaçlayan çeşitli metotlarını tanımlayabilmek ve bu konuda ülkelerin farklı sebeplerle yaptıkları farklı uygulamalar sonucunda aldıkları farklı sonuçları incelemek,
- Diğer ülkelerin sağlık sistemlerinin toplumların sağlık statüsüne etkisini öğrenmek,
- Yaşam standartları birbirine oldukça benzeyen ancak, sağlık sistemleri birbirinden belirgin biçimde farklı olan ülkeler kıyaslanarak, sağlık hizmetlerinin etkisi hakkında bazı sonuçlar çıkarmak,
- Farklı ülkelerin halklarının sağlık sistemine karşı tavırlarını ve memnuniyetlerini ölçüp kıyaslayabilmek,
- Milli gelirden sağlığa ayrılan payın artması, şehirleşme, hastane harcamalarının yükselmesi, sağlık sisteminde devletin rolü gibi konularda bilimsel genellemeler yapabilmek.

Bu alanda çalışan araştırmacılar, çalıştıkları konulara uygun olduğunu düşündükleri farklı tür ve içeriklerdeki sağlık sistemlerini, bazı yönlerden eşleştirerek kıyaslamakta ve farklı biçimlerde yapılandırarak değerlendirmektedirler. Fakat bu eşleştirmeler ve değerlendirmeler sırasında çeşitli sorunlar ve güçlükler ortaya çıkmaktadır. Uluslararası sağlık sistemlerinin kıyaslanmasında karşılaşılan güçlükler şu şekilde sıralanabilir (Farazmand 1999; Evans ve diğerleri 2000; Kovner ve Jonas 2002; Albrecht ve diğerleri 2003; Sargutan 2005a; Maeda ve diğerleri 2014; Öztürk ve Karakaş 2015; Kırılmaz ve diğerleri 2017):

- Karşılaştırılacak olan sağlık sistemlerinde eşleştirilmek istenen girdi, çıktı ve göstergelere yönelik standart tanımların olmaması sebebiyle, yöntemlerin tam olarak kıyaslanabilir olmaması,
- Karşılaştırılmak istenen sağlık sistemlerinin girdi ve çıktılarının, ülkenin sağlık durumu (çıkıtı) üzerinde ne derece etkili olduğunun tam olarak belirlenememesi yani çıktılarının ölçülmesindeki yetersizlik sebebiyle, sağlık hizmetlerinin sağlık üzerindeki etkisinin toplumsal hizmetler, gelir güvenliği, eğitim gibi gelişmelerin etkilerinden ayırt etmenin kolay olmaması,
- Ülkeleri sosyal, tıbbi, kültürel, demografik, ekonomik ve benzeri önemli özellikleri ve farklılıkları bakımından değerlendirmenin ve sürekli izlemenin güç olması,
- Bir ülkede başarılı olan sağlık politikalarının, bir başka ülkeye aktarılabilirliğinin şüpheli olması.

Sağlık sistemlerinin incelenmesi ve karşılaştırma yapılarak sonuç çıkarılması kolay değildir ve özel bir dikkat gerektirir. Karşılaştırma yapılırken şu güçleştirici hususlara dikkat edilmelidir (Sargutan 2005a; Çelebi ve Cura 2013):

- Karşılaştırma yapmak uzmanlık gerektiren, karmaşık, uzun ve zor bir süreçtir,

- Özellikle sosyal bilimlerde hata ve yanıltıcılık payı daha yüksektir,
- Karşılaştırma yapılırken birçok bilim dalından yardım alınmalıdır,
- Karşılaştırma tam ve doğru verilere dayanmalıdır,
- Karşılaştırılacak göstergelerin uyum içinde olmayabileceği ve sosyo-politik değişkenlerin belirlenmesinin zor göz ardı edilmemelidir,
- Karşılaştırma yapılırken coğrafya, kültür, nüfus, sosyal yapı, doğal kaynak, ekonomik seviye, hastalık yapısı gibi unsurları benzer olan ülkelerin kıyaslanmasına dikkat edilmelidir,
- Sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin girdi ve çıktılarını ölçmenin zor olduğu, dolayısıyla bazen genel sonuçları değerlendirmenin de güçleştiği unutulmamalıdır,
- Başarılı olduğu belirlenen bir sağlık sistemi veya onun bir uygulamasının, bir başka ülkede veya ortamda başarısız olabileceği göz ardı edilmemelidir,
- Bir ülkenin sağlık sistemi ve politikalarının aynen bir başka ülkeye aktarılması ve uygulanması imkansız olsa da, bazı yaklaşım ve uygulamalardan diğer ülkelerin yararlanması ve bazı genellemeler yapılarak kullanılması mümkün olabilmektedir,
- Sağlık sistemleri kendi ortamları içinden soyutlanmadan (kişinin sağlığı, ülkenin sağlık sisteminin yapısı ve işleyişini etkileyen çeşitli unsurların varlığı, vb.) değerlendirilmelidir,
- Bir ülkenin sağlık sistemi ve politikası değerlendirilirken, o ülkenin diğer sektör ve sistemleri arasındaki etkileşim göz ardı edilmeden değerlendirmeler yapılmalıdır.

Karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı, sağlık sistemleri arasındaki çeşitliliği antropoloji, sosyoloji, siyaset bilimi, kamu yönetimi ve ekonomi gibi disiplinlerdeki teorilere dayanarak açıklamaya yönelmiş, bu kapsamda 1930'larda başlayan ve özellikle de II. Dünya Savaşından sonra yoğunlaşan çok çeşitli uygulama ve öneriler yapılmıştır. Ancak yine de bu yaklaşımlarda, herkes tarafından kabul edilmiş ve kurallaşmış genel veya özel belli metotlar bulunmamakla birlikte, dünyada en yaygın olarak kullanılan yaklaşım dünya ülkelerinin özellikle de Avrupa ve Birleşik Devletlerinin ulusal sağlık sistemleri üzerine çalışan, ulusal siyasi yapı ile sağlık sistemi gelişimi arasındaki ilişkiyi araştıran Milton Roemer'in ilk olarak 1956'da ortaya koyduğu daha sonra 1960, 1984, 1991 ve 1993 yıllarında sürekli değişikliklerle yenilediği ve geliştirdiği sınıflandırmadır. Milton Terris ise, Milton Roemer'in 1960 yılında önerdiği sınıflandırmayı basitleştirmiş ve toplumsal yardım, sağlık sigortası, ulusal sağlık hizmeti (İngiltere tipi) olarak sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırma yaklaşımlarının yanı sıra, Mark G. Field'in beşli sistemine göre (özel sağlık sistemi, çoğulcu sağlık sistemi, ulusal sağlık sigortası sistemi, ulusal sağlık hizmeti sistemi ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti

sistemi) modern toplumlarda değişimin yönü Tip 1'den Tip 5'e doğru sürmektedir (Kovner ve Jonas 2002; Albrecht ve diğerleri 2003; Sargutan 2005a).

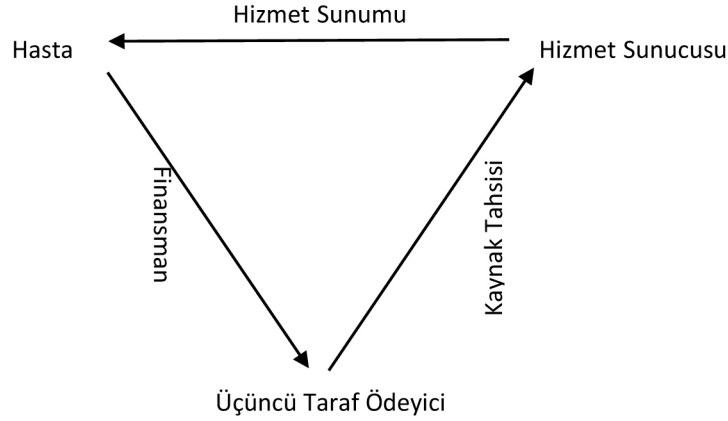
1.2. Sağlık Sistemleri Sınıflandırması

Günümüzde ülkeler, insanların sağlığını koruyarak sağlıklı bir toplum yaratmak, hasta olanları tedavi etmek, sağlık harcamalarını kontrol etmek, verilen hizmetin kalitesini artırmak, toplumun tümüne yayılmış şekilde hakkaniyetli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hasta memnuniyetini artırmak, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini yükseltmek, yeterli ve etkin şekilde sunabilmek, çeşitli sağlık göstergelerinde gelişmeler yaratabilmek gibi hedeflere ulaşmak istemektedir. Ülkeler bu hedeflere ulaşabilmek için, sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda kullanılacak kaynakların sınırlılığını da göz önünde bulundurarak mevcut kaynakların verimli ve etkin kullanımını sağlayacak çeşitli sağlık sistemleri geliştirmekte, sağlık harcamalarının etkin şekilde kontrolünü sağlamaya çalışmaktadır. Bunu teminen zaman zaman çeşitli yöntemler aracılığıyla yapılan durum tespitleri, etkinlik, verimlilik, kalite ve memnuniyet ölçümleri hem mevcut durumdaki problemlerin tespiti ve çözümüne, hem de geleceğe yönelik plan ve programların hazırlanmasına olanak sağlamaktadır. Ülkelerin sağlık sistemleri, kendilerini oluşturan çok sayıda özellikten (tarih, kültür, sosyal ve ekonomik yapı, eğitim düzeyi, nüfusun niteliği, uluslararası ilişkiler, finans çevresi, ülkede baskın olan politik ideoloji vb.) doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenmektedir. Çok sayıda değişkene göre şekillenen sağlık sistemlerinin finansal yükü bazı sistemlerde toplum tarafından da çeşitli yöntemlerle paylaşılmaktadır. Giderek daha da kompleks hale gelen hukuksal, finansal ve politik yapılardan etkilenerek sürekli gelişim ve değişime uğrayan sağlık sistemlerinin temel dinamiklerini, sağlık hizmetlerinin kaynakları, bu kaynakların yönetimi, organizasyonu, sunumu ve finansmanı oluşturmaktadır. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmalar yıllardır devam etmekle birlikte, yine de bugüne kadar tümüyle doğru ve her ülkeyi kapsayacak genel bir sınıflama yapmak mümkün olmamıştır. Sağlık sistemleri ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte, ağırlıklı olarak kullanılan finansman yöntemine göre sınıflandırılmaktadır fakat, şimdiye dek yapılan sınıflandırmaları da kesin çizgilerle birbirinden ayırmak mümkün değildir. Öyle ki aynı finansman yöntemini benimsese dahi, sağlık hizmetlerini sunanlara yapılan ödeme yöntemleri, sağlık hizmetlerinin örgütlenme şekli, hizmete erişim için geliştirilen kurallardaki farklılıklar sebebiyle her ülkede farklı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bunun da ötesinde, aynı ülke içinde dahi, birden fazla örgütlenme ve finans yönetiminin bulunduğu yani ülkelerin tek bir finansman modelini takip etmedikleri ve zamanla politika değişikliklerine gidebildikleri göz önüne alındığında, net bir sistem sınıflandırmasının yapılmasının ve sağlık sistemlerinin tümüyle birbirine benzediği ülkeler bulmanın oldukça güç olduğu

ortadadır. Burada özellikle vurgulanması gereken konuysa, hem toplum hem de finansman sistemi açısından mükemmel bir modelin olmadığı, her modelin kendine özgü avantaj ve dezavantajlarının bulunduğu ve bir ülkede çok iyi işleyen bir modelin bir başka ülke de, tamamen o ülkeden kaynaklanan faktörler nedeniyle (kültürel yapı, sağlık anlayışı, sosyo-ekonomik durum vb. gibi) aynı sonuçları vermeyebileceğidir (Sargutan 2005a; Özkara 2006; Top 2006; Tatar 2011; Kocaman ve diğerleri 2012; Çelebi ve Cura 2013; Daştan ve Çetinkaya 2015; Öztürk ve Karakaş 2015; Tekin 2015; Songur 2016; Şener ve Yiğit 2017).

Yukarıda da değinildiği üzere, genel bir sınıflandırma yapmanın zor olduğu sağlık hizmetleri sınıflandırmasında, finansmana göre yapılan sınıflandırmalar incelendiğinde, birçok ülkenin sağlık finansmanının giderek daha da kompleks hale geldiği; bir ülkede farklı rol ve ağırlıklarla aynı anda farklı finansman modellerinin (vergiler, sosyal sigorta primleri, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortalarının) birlikte kullanılabilirdiği görülmektedir. Bu yüzden ülkeler, sağlık finansman modelleri açısından sınıflandırılırken sistem içerisinde ağırlıklı olarak kullanılan finansman şekline göre sınıflandırma yapılmaktadır. Örneğin, sağlık hizmetlerinin vergilere dayalı olarak finanse edilen bir sistem olan İngiltere’de aynı anda diğer finansman yöntemleri de kullanılmakta (cepten ödeme, özel sağlık sigortası ve sosyal sigorta), ancak bunların finansman içindeki payı vergilere göre daha düşük olduğundan sınıflandırmada baskın değillerdir. Ancak hangi finansman yöntemi benimsenirse benimsensin sağlık sistemlerinin temel amacı, sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunumunun sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ve bu finansman yükünün toplum tarafından nasıl paylaşıldığı ise verilen hizmetin miktarının, kalitesinin, erişimin ve hakkaniyetin önemli bir belirleyicisidir (Tatar 2011; Daştan ve Çetinkaya 2015).

Modern sağlık sistemlerinde, sağlık hizmetlerinin finansmanında hizmeti verenle alan arasında doğrudan bir finansal akışın sağlanması yerine, daha çok dışarıdan üçüncü taraf bir ödeyicinin finansman rolünü üstlendiği görülmektedir. Bu durum çeşitli sebeplerden (bireyin sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacağına bilinmemesi, ihtiyaç ortaya çıktığında katlanması gereken maliyetlerin belirsizliği, sağlık hizmetlerinin niteliği gereği çoğu zaman maliyetlerin bireysel olarak katlanılabilecek boyutların çok üstünde olması vb.) kaynaklanmaktadır. Bu gibi sebeplerden dolayı, sağlık hizmeti ihtiyacı doğduğunda üçüncü tarafın müdahalesi olmadığı takdirde, bireyin gerçek sağlık hizmeti ihtiyacının tam olarak karşılanamaması muhtemeldir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, hizmeti sunanlarla finanse edenler arasında gerçekleşen bir kaynak değişim/kaynak transfer süreci olarak belirtilebilir (Mossialos ve diğerleri 2002; Tatar 2011).



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Kaynak: (Mossialos ve diğerleri 2002).

Şekil 1’de yer alan sağlık hizmetleri üçgeni incelendiğinde, hizmet sunucularının kendilerine başvuran bireylerin sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik hizmetler sunduğu, ülkenin benimsediği finansman modeline uygun olana üçüncü taraf ödeyicinin ise hizmet karşılığında hizmet sunana kaynak aktardığı görülmektedir. Bireyin, sunulan sağlık hizmetinin üçüncü taraf ödeyici kapsamında yer almadığı ya da sunulan hizmetin maliyetinin bireysel olarak katlanılabilecek düzeyde olması gibi sebeplerle, kimi zaman kaynak transferi doğrudan hastayla hizmet sunucusu arasında da gerçekleşebilmektedir. Bunun yanı sıra, üçüncü tarafın arada olduğu durumlarda dahi bireyler katkı payı gibi düzenlemelerle finansmana katkı sağlayabilmektedirler (Mossialos ve diğerleri 2002; Tatar 2011).

Sağlık hizmetlerinin finansman modellerinin hem şeklinin belirlenmesi hem de işleyişi sırasında göz önünde tutulması gereken çeşitli kriterler bulunmaktadır ve bu kriterlerin değerlendirilmesinde her model için farklı sonuçları ortaya çıkabilmektedir. Bu kriterleri şu şekilde sıralamak mümkündür (Tatar 2011):

- Ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi,
- Ülkenin mali kapasitesi,
- Stratejilerin uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği,
- Sağlık hizmetlerinin verimlilik ve etkinlik düzeyi,
- Hakkaniyet,

- Hizmetlerin talebi/kullanımı, tüketici davranışları,
- Hizmetlerin arz/sunumu, hizmet sunucusunun davranışları,
- Geçmişten gelen finansman ve örgütlenme şekli,
- Toplumdaki genel sağlık anlayışı ve kabuller,
- Kültürel etmenler ve geçmişten gelen deneyimler.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması sırasında finansman modelleri incelenirken veya modellerin hakkaniyet üzerine etkileri, risk havuzlama derecesi ve genel ekonomi üzerine yaptığı etkiler değerlendirilirken ele alınması gereken çeşitli sorular bulunmaktadır ve bunlara aşağıda yer verilmiştir (Roberts ve diğerleri 2004; Tatar 2011):

- Sistemdeki finansal yükü üstlenen kimdir?
- Seçilen finansman yöntemi yüksek risk grupları ile düşük risk grupları açısından ele alındığında yüksek risk gruplarını ne dereceye koruyor?
- Seçilen finansman yönteminin istihdam, yatırım teşviki gibi ekonomik etkileri nelerdir?

Bu sorulara verilecek cevaplar, seçilen finansman yönteminin hakkaniyet derecesi ve sürdürülebilirliği açısından önemli bir belirleyicisidir. Hakkaniyet açısından bakıldığında buradaki temel ilke, gelir durumu yüksek ve aynı zamanda sağlık statüsü daha iyi olan bireylerden, gelir durumu ve sağlık statüsü daha düşük olan bireylere doğru bir kaynak transferi sağlanmasıdır. Sürdürülebilirlik açısından bakıldığında, finansman kaynaklarının yaratılması, havuzda toplanan bu fonların sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek miktar ve nitelikte olması ve devamlılığının sağlanması için işverenlerin yeni yatırımlar yapmasını engellemeyecek sosyal sigorta modellerinin ve vergi oranlarının benimsenmesi önem arz etmektedir (Roberts ve diğerleri 2004; Tatar 2011).

Sağlık sistemlerinin finansman modellerine göre sınıflandırılmasında Çelikay ve Gümüş (2010) cepten yapılan ödemeler, özel sağlık sigortası, vergilerle finansman, zorunlu sosyal sigorta, piyasa-kamu ekonomisi, Tatar (2011) Beveridge, Bismarck ve özel sağlık sigortası, Daştan ve Çetinkaya (2015) Beveridge, Bismarck, ulusal sağlık sigortası, genel sağlık sigortası, cepten ödeme ve Songur (2016) zorunlu sosyal sigorta, özel sağlık sigortası, cepten ödeme, genel vergi, karma sistem ve dış kaynak/yardımlar şeklinde farklı modellerden bahsetmiştir. Bu modeller finansman kaynakları, sağlık hizmetlerinin ödenme şekli, karar verme mekanizmaları, hizmet sunucularının örgütlenmesi gibi konularda önemli ölçüde farklılaşmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanında piyasa koşullarına göre oluşan sistemlerin varlığından söz edilebildiği gibi, kamu ekonomisi çerçevesinde oluşturulmuş ve bireysel faydalanmadan ziyade sosyal refah seviyesini yükseltmeyi amaçlayan

finansman sistemlerinin varlığından söz edilmesi de mümkündür (Tatar 2011; Daştan ve Çetinkaya 2015).

Bu sınıflandırmaların yanı sıra 165 ülkeyi kapsayan, ülkelerin sağlık sistemlerini farklı türde sınıflayan, en çok bilinen ve en yaygın şekilde başvuru alan çalışmalardan biri olan 1993 yılında Milton Roemer'ın yaptığı sınıflandırmada; ülkelerin sağlık sistemleri, hizmet arz ve talebinde kamu/özel unsurların yaygın ve baskın olan durumunu/yerini/özelliklerini esas alan dört ana tip—Girişimci/Özel Teşebbüs ve Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri, Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri, Genel ve Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri, Sosyalist/Merkezden Planlanmış Tip Sağlık Sistemleri—ve her bir tip için ülkelerin ekonomik seviyelerini, gelişmişliklerini ve gelirlerini esas alan dört alt grup oluşturmuştur (Sargutan 2005b; Çelebi ve Cura 2013). Bu çalışmada da Milton Roemer'ın sınıflandırması ve Bütünleştirilmiş/Karma Tip sağlık sistemleri incelenecektir.

1.2.1. Girişimci/Özel Teşebbüs ve Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Bu tip sağlık sistemi, doğrudan cepten ödeme ya da isteğe bağlı özel sağlık sigortası finansman yöntemleriyle özetlenebilir. Bu sistemi benimseyen ülkelerde ne sigorta satın alma ne de tüm başvuruları kabul etme zorunluluğu bulunmaktadır. Sistem genellikle ya maddi olanağı olan ve gönüllü olarak sağlık sigortasına katılan bireyleri kapsamakta ya da sağlık hizmeti veremeyecek kadar gelir seviyesi düşük ve sağlık hizmetleri organize edilmemiş olan ülkelere görülmektedir. Dolayısıyla bu sistemde ülkedeki nüfusun yalnızca ödeme gücü yeterli olan kısmı sağlık hizmeti güvencesine kavuşmaktadır (Sargutan 2005b; Çelikay ve Gümüş 2010; Tatar 2011; Çelebi ve Cura 2013; Daştan ve Çetinkaya 2015; Songur 2016).

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu piyasa koşullarına bırakılmıştır. Dolayısıyla sistemde özel sektör üstünlüğü vardır, kamu tarafından yapılan harcamalar ise vergiler aracılığıyla karşılanmaktadır. Yeterli olmayan kamu sektörünün yanında ana unsur olarak özel sektör sağlık hizmetlerinin arzının ve kişisel talebin yaygın olduğu rekabetçi bir ortam bulunmaktadır. Diğer taraftan bu sistemde, beklenen olumlu, ihtiyaca uygun, dengeli, adil ve toplum yararına sonuçların alınmasında çoğu kez yetersiz kaldığı gözlemlenebilmektedir. Bu sistemde, sağlık hizmeti talebinde bulunanlar alacakları hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarından, arz edenin kontrolüne açık ve korunmasız olduğu uygulamalar olabilmekte; hizmetin sunumu, ücreti, kalitesi, miktarı gibi üzerinde değerlendirme ve denetim gereken alanlarda devletin rolü kısıtlıdır (Sargutan 2005b; Çelikay ve Gümüş 2010; Tatar 2011; Çelebi ve Cura 2013; Daştan ve Çetinkaya 2015).

1.2.1.1. Doğrudan Cepten Ödeme

Çin, Vietnam Hindistan, Afganistan, Kırgızistan, Tacikistan, Gürcistan, Azerbaycan, Ermenistan, Lübnan, Pakistan, Afrika ülkeleri ve bazı Güney Amerika ülkeleri gibi ülkelerde ağırlıklı finansman yöntemi olarak kullanılan doğrudan cepten ödeme modeli, kişilerin herhangi bir mal ve hizmeti satın alması durumunda bir geri ödeme kurumu ya da devlet tarafından ödenmeyen ve ceplerinden doğrudan yaptıkları ödemeler olarak tanımlanmaktadır. Doğrudan cepten ödeme yöntemi, hemen hemen her ülkede bulunmakla birlikte sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman ve nerede ortaya çıkacağı ve maliyetinin bilinmemesi sebebiyle tek başına bir finansman yöntemi olarak kullanılması çekince yaratabilmektedir. Bu sebeple, özellikle kullanıcı katkıları için kullanılan bu yöntem ile genellikle sağlık hizmetleri talebini düzenlemek, ilave kaynak yaratmak ve gereksiz talebi engellemek amaçlanmaktadır. Sağlık hizmeti satın almak isteyen bireyler, maliyetleri bizzat üstlenecekleri için gereksiz yere sağlık hizmeti talebinde bulunmayacağı düşünülmektedir, ancak buradaki sorun asimetrik bilgiye sahip bireylerin hangi problemin önemli hangisinin önemsiz olduğunu saptayamaması nedeniyle son derece önemli olan ve gecikmeden tedavi edilmesi gereken hastalıkların maddi kaygılar sebebiyle ötelenebilecek olmasıdır ki bu da maliyetlerin katlanarak artmasına sebebiyet verebilir. Bir başka çekince ise cepten yapılan ödemelerin, bireylerin gelirleri ile ilişkilendirilmediği takdirde hem hakkaniyet hem de risk koruma açısından olumsuz sonuçlara neden olabileceğidir. Bu nedenle bir sağlık sisteminde cepten yapılan ödemeler ancak zorunlu durumlarda başvuru, başvurulduğu zaman ise mümkünse bireyin gelir durumu ile ilişkilendirilen bir finansman yöntemi olmalıdır. Ayrıca sağlıklı yaşama hakkının toplumun her kesimine sağlanamaması düşüncesi de, bu sistemin finansmanda ana unsur olduğu takdirde olabilecekleri göz önüne sermektedir. Salt cepten ödeme sisteminin sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde ana finansman kaynağı olarak uygulanabilmesi için, toplumu oluşturan her bireyin adil dağılan dengeli bir gelire ve sağlık hizmetleri temelinde asgari bir bilgi birikimine sahip olması gerekmektedir. Ancak piyasa şartları ve sağlık hizmetlerinin nitelikleri ile bu mümkün olmamakta, kamu sektörünün sisteme müdahalesi gerekmektedir (Çelikay ve Gümüş 2010; Tatar 2011).

Doğrudan cepten yapılan ödemeler formel ve enformel unsurlar taşıyabilmektedir. Formel cepten ödemeler yasalar veya düzenlemelerle kişinin sağlık hizmeti aldığı anda yapmak zorunda olduğu ödemelerken, genellikle bir illegal ödeme/yolsuzluk şekli olarak algılanan cepten enformel ödemeler ise masa altı ödemeler (under-the-table payments), tezgah altından ödemeler (under-the counter payments), resmi olmayan ödemeler (unofficial payments), minnettarlık ödemeleri (gratitude payments), zarf ödemeleri (envelope payments) gibi çeşitli şekillerde de ifade edilebilmekte, "sağlık

güvencesi kapsamında olan mal/hizmetler için kişi ya da kurumlara yapılan ek ödemeler” olarak tanımlanmaktadır. Aslında hem legal/yasal hem de illegal/yasadışı ödemeyi ifade edebilen bir kavram olan enformel ödemelerin yasal bir ödeme olup olmadığı ülkelerin kanunlarına ve düzenlemelerine göre değişmektedir. Birçok ülkede daha kaliteli hizmet almak, kamu sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim sağlamak gibi nedenlerle kültürel bir norm haline geldiği, sağlık hizmetleri finansmanının bir parçası olduğu da bilinmektedir. Enformel ödemeler sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık sistemi açısından olumsuz etkiler yaratma potansiyeline sahiptir. Ancak, bir ülkede enformel ödemelerin olumsuz etkilerinin görülebilmesi ve bir politika konusu olabilmesi bazı koşullara bağlıdır (Özgen ve Tatar 2008).

1.2.1.2. Özel Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisiyle finanse edilmesinde kullanılan bir diğer mali aracı özel sağlık sigortasıdır. Özel sağlık sigortası yönteminde bireylerin ya da kurumların kendi istekleriyle sağlık risklerini özel sigorta kuruluşlarına sigortalatması olarak tanımlanabilir. Bu sigorta türünde tüketicilerin, isteklerine ve ödeme güçlerine göre, belli bir ölçüdeki fayda ve koşulları içeren sigorta türleri arasında tercihte bulunduğu bilinmektedir. Farklı düzeylerde ve amaçlarla kullanılabilen bu yöntem bazı ülkelerde (örneğin ABD) nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansmanı durumundayken, bazı ülkelerde (örneğin Fransa) kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. Tamamlayıcı rol oynayan ülkelerde ise özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır. Sosyal sigorta ile özel sigorta arasındaki en önemli fark risklerin havuzlanma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Sosyal sigortada bireylerin ödemesi gereken primler, doğrudan bireylerin gelirleriyle ilişkili olup bireyin sağlık statüsü ile hiçbir ilişkisi bulunmazken, özel sağlık sigortasında bireyin ödeyeceği prim önemli ölçüde sağlık riskleri ya da sağlık statüleri ile orantılıdır. Örneğin, diyabet, hipertansiyon gibi herhangi bir hastalığı olan veya sigara ya da alkol kullananlar gibi hastalanma riski daha yüksek olanlar diğerlerine göre bu sistemde daha çok prim ödeyebilirler. Genelde de gelir seviyesi yüksek kişilerin hastalanma potansiyellerinin daha düşük, gelir seviyesi nispeten yetersiz olan kişilerin ise hastalanma risklerinin yüksek olduğu söylenebileceğinden bu sistemde, bir sağlık finansman sisteminde olması gereken özellikler arasında sayılan sağlık statüsü iyi olandan kötü olana doğru finansman akışının tam tersine işlediği, gelir dağılımını bozduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra, asimetric bilgiden dolayı yaşanan piyasa başarısızlığı ve tersine seçim (adverse selection), bu finansman türünün ağırlıklı olarak kullanılmasına engel oluşturmakta, etkinliğini önlemekte, ayrıca kamusal düzenleme ve denetim için bir gerekçe oluşturmaktadır. Çünkü, bir özel sağlık sigortası kurumunun devamlılığını sürdürebilmesi için yüksek

riskli hastalardan daha yüksek prim alması gerekmekte, ancak bu durumda primler gereksiz yere yükseleceği için özellikle sağlık statüsü iyi olan ve sağlık riski az olanlar bu yüksek primleri ödemek istemeyeceğinden sigorta havuzunda ağırlıklı olarak yüksek riskli hastalar yer alacaktır. Bu da gelir-gider dengesinin sağlanamamasına neden olacak ve finansmanın sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkileyecektir (Çelikay ve Gümüş 2010; Tatar 2011; Songur 2016).

Özel sağlık sigortası sistemiyle bireyler, cari dönemde ve gelecekte başlarına gelebilecek herhangi bir sağlık probleminde karşı önceden önlem aldıklarından ve olası bir hastalığın yüksek maliyeti altından kalkabilir hale geldiklerinden dolayı, doğrudan cepten ödeme sistemindeki hasta üzerindeki mali yük azaltılabilir, ihtiyaç duyulan anda sağlık hizmetlerine erişememe riski giderilebilir, böylelikle cepten yapılan ödemelerin olumsuz yönleri bir ölçüde giderilebilmektedir. Ancak buradaki gibi, sunulan sağlık hizmetlerinin finansman ayağının salt serbest piyasa koşullarına bırakılması durumunda, kişisel fayda ön plana çıkmakta, sosyal fayda ve maliyetler ise göz ardı edilebilmekte, bu da zamanla sistemde etkinlik kaybına neden olabilmektedir. Piyasa koşullarına göre düzenlenmiş özel sağlık sigortası ve doğrudan cepten ödeme yöntemleriyle elde edilen fonlarla, yoksullar için finansman sağlaması kolay olmadığından, yeterli maddi gücü ya da özel sağlık sigortası olmayanlar sağlık hizmetlerinden mahrum kalabileceğinden, böyle bir durumda toplumdaki refah düzeyi de düşecektir (Çelikay ve Gümüş 2010; Tatar 2011; Songur 2016).

1.2.2. Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Refah yönelimli tip sağlık sistemlerinin temelini oluşturan sosyal sigortacılık anlayışı, ilk defa 1883 yılında Almanya’da Otto von Bismark tarafından ortaya atılmıştır. Model, Almanya’da çok yaygın olan küçük boyutlu sağlık yardım sandıklarını 1883–1891 yılları arasında kamu denetiminde birleştirerek tüm çalışanların bunlara katılımını zorunlu kılan ve dünyada ilk hastalık, iş kazası, malullük ve yaşlılık sigortalarının kurulmasını sağlayan düzenlemelerle başlamıştır (Sargutan 2005b). “Bismarck Modeli” olarak da ifade edilen ve prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta temelli bir uygulama olan bu model, günümüzde de hala geçerliliğini korumaktadır. Bismarck modelinde sistemin özünü oluşturan çalışanlar, gelirleriyle orantılı bir şekilde sigorta primi adı altında “hastalık fonlarına” ya da benzer “üçüncü taraflara” katkı sağlamakta, aynı zamanda belli paylara göre işverenler ve devlet tarafından da desteklenen bu sistem oluşturulan ortak bir havuzdan yapılan ödemelerle sağlık problemiyle karşılaşan kişileri kamu sağlık sigortasıyla sağlık risklerine karşı korunmaktadır. Uygulandığı ilk dönemlerde, toplumun tamamını kapsayan sosyal bir güvence olmaktan çok sadece çalışanların karşılaşılabileceği olası sağlık risklerini kapsayan bu model, toplumun tüm kesimlerinin sağlık güvencesine sahip olma zorunlulukları göz önüne alınarak, bu kapsama alanının yeterli olmadığı

anlaşılması ve bu nedenle zorunlu sağlık sigortası sosyal bir güvenceye dönüştürülerek toplumun tümünün sosyal sigorta bünyesine alınması ihtiyacı doğmuştur. Buradan hareketle devlet, çalışanlardan, işverenlerinden, serbest meslek sahiplerinden ve fiilen çalışmayan yani ekonomik anlamda aktif olmayan fakat sisteme dahil olmak isteyen kişilerden özel bir amaç doğrultusunda toplanan kamu geliri niteliğinde olan zorunlu sigorta primi almakta, gelir düzeyi yetersiz ve sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık sigortalarını ise kendi bütçesinden finanse etmektedir. Böylelikle, zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemiyle tüm toplum sağlık güvencesine kavuşabilmektedir. Yöntemin en önemli avantajlarından biri sağlık hizmetlerini planlayanlara sürekli ve değerli bilgiler sağlaması, sağlık hizmetlerinin hem sunumu hem de finansmanı için öngörülebilir ve sürdürülebilir politikalar geliştirilmesine yardımcı olmasıdır ve öngörülebilir bir finansman sağlamasıdır (Çelikay ve Gümüş 2010; Tatar 2011; Çelebi ve Cura 2013; Kol 2014; Daştan ve Çetinkaya 2015; Öztürk ve Karakaş 2015; Songur 2016).

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğunun devlet tarafından yerine getirildiği ve kamu harcamalarının önemli bir kısmının hastalık, kaza, yaşlılık, sakatlık sigortası gibi zorunlu sigorta fonlarından karşılandığı bu sistemde, hem kamu hem de özel sektör birlikte bulunmakta, ancak sistemde özel sektörün payı kamu sektörüne göre daha az ve tamamlayıcı niteliktedir, bu sebeple girişimci/özel teşebbüs ve serbest pazar tipi sağlık sistemlerine göre bu sistemde devletin sisteme müdahale şansı daha yüksektir. Ayrıca herhangi bir sağlık problemiyle karşılaşıldığında mali yük, üyelerin tümü tarafından gelir seviyeleri temel alınarak paylaşıldığından, bu sistemin hakkaniyetin gözetildiği ve sosyal refah düzeyinin daha iyi seviyelere getirilebilmesine hizmet ettiği söylenebilir. Bu sağlık sistemi piyasa koşullarıyla şekillendirilmiş özel sağlık sigortası sistemiyle kıyaslandığında, özel sağlık sigortası sisteminde birey için kişisel fayda maksimizasyonu ve aracı kuruluş için maliyet minimizasyonu ile kârlılığın çoğaltılması temel amaçlar olarak karşımıza çıkarken, sosyal sağlık sigortası sisteminin ise sosyal refah seviyesini yükseltmek amacına hizmet edilmesi görülmektedir (Çelikay ve Gümüş 2010; Tatar 2011; Çelebi ve Cura 2013; Kol 2014; Daştan ve Çetinkaya 2015; Öztürk ve Karakaş 2015).

Belçika, Fransa, Lüksemburg, Hollanda, Avusturya, Almanya, İsviçre, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Hırvatistan, Estonya, Slovakya, Slovenya, Türkiye, Güney Kore, Meksika, Japonya, Şili, Bolivya, Endonezya, İsrail gibi birçok ülkede kullanılan sosyal sağlık sigortasının örgütlenmesi ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Örneğin sosyal sağlık sigortasının kapsamı altına alınacak kişiler ile ilgili kurallar, ülkeden ülkeye ve sistemden sisteme farklılık gösterebilmektedir. Bazı ülkelerde sosyal sigorta sisteminin üyesi olmak zorunluymken bazılarında belirli koşullar altında sistemden çıkmaya

olanak verilmektedir. Herkesin zorunlu olarak kapsam altında bulunması gereken ülkelere örnek olarak Fransa, İsrail, Hollanda ve İsviçre gösterilebilir. Hollanda'da ise zorunlu sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası arasındaki tercih, gelir durumu ile ilişkilendirilerek net ve kesin bir şekilde belirlenmiştir. Burada, sigortalı bireyler iki sistemden birini tercih etme seçeneği ile yüz yüze olmayıp, gelir durumuna göre hangi sigorta kapsamına girmesi gerekiyorsa o sigorta kapsamına girmektedir. Almanya'da ise bireyler belirli gelir düzeyinin üzerindeyseler sosyal sigorta ile özel sigorta arasında kendileri tercihte bulunabilmektedir. Ülkeden ülkeye değişiklik gösteren bir başka önemli husus ise, ülkedeki sosyal sigorta kurumunun sayısıdır. Sosyal sigorta kurumunun tek ya da az sayıda olması primlerin daha etkili ve verimli toplanabilmesi, sağlık harcamaları/maliyetlerinin daha etkili bir şekilde kontrol edilebilmesi, verilen hizmetlerin de daha etkili ve verimli şekilde verilebilmesi gibi önemli avantajlar sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin tek bir sosyal güvenlik kurumu tarafından finanse edilmesi durumunda, sigorta kurumu monopsonik güce yani, sağlık hizmetlerinin tek alıcısı olarak sağlık hizmetleri arzı sağlayanlar arasından seçim yapma gücüne sahip olacaktır. Birden çok sigorta kurumunun bulunduğu durumlarda ise rekabet ortamı gelişeceğinden, üyelerin taleplerine duyarlılık artabilmekte ancak bunun yanı sıra kurumların risk seçiminde bulunma eğilimleri, yani hastalanma riski daha az olanları sigorta kapsamına alma yönündeki eğilimleri de artabilmektedirler. Bu risk seçimini engellemek için, devletin ilave kurallar getirmesi gerekmektedir. Bir diğer önemli husus ise, kapsam altındaki nüfusun hangi sağlık hizmetlerinin geri ödeneceği, hangilerinin ödenmeyeceği ve ödenecek hizmetlerin nasıl ödeneceği sorularının cevaplanmasıdır. Geri ödemeye esas olacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde kanıta dayalı karar vermenin bir yolu olarak önerilen ve yaygın bir şekilde kullanılan Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi (STD) uygulamaları ekonomik değerlendirme teknikleriyle birlikte kullanılmakta, böylelikle belirsizlik ortadan kaldırılarak, maliyet-etkili bir sistem oluşturulması amaçlanmaktadır (Sargutan 2005b; Tatar 2011; Daştan ve Çetinkaya 2015; Songur 2016).

1.2.3. Genel ve Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri tedarikinin kamusal bir görev olarak algılanmaya başlamasıyla birlikte, Bismarck tipi sosyal sigorta sistemiyle başlayan bu süreç, sunulan sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirleriyle yani toplanan vergilerden finanse edildiği Beveridge sistemiyle devam etmiştir. Vergi yolu ile finansmanda, vatandaşlardan çeşitli şekillerde toplanarak bir havuzda biriktirilen vergiler, devletin karar mekanizmaları çerçevesinde çeşitli sektörlere dağıtılan kaynakların kullanımını ifade etmektedir. II. Dünya Savaşı sonrasında 1946 yılında, İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetlerinin (USH) (National Health Service-NHS) genel vergilerle finansmanını yasalaştırmış ve 1948 yılında da

uygulamaya koyulmuştur. İngiltere'nin ulusal sağlık sistemini tasarlayan William Henry Beveridge'in adıyla anılan ve "Beveridge Modeli" olarak ifade edilen bu sistem kapsamı gereği ülkede yaşayan tüm vatandaşları, çalışma ve aile durumlarına bakmaksızın parasız şekilde kapsamına almakta, aynı şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamaktadır. Asıl amacı sağlık hizmetlerinin toplum geneline yayılarak, her bireyin bu hizmetlerden etkin şekilde yararlanmasını sağlamak olan ulusal sağlık hizmetleri modelinde, yapılan tüm sağlık harcamaları genel bütçeden finanse edilmekte ve sağlık riskleri tüm toplum tarafından paylaşılmaktadır. Devletin sağlık hizmetlerinin finansmanını kişilerin gelirleri/varlık ve refahları oranında verdikleri vergilerin belirsiz bir bölümüyle oluşturduğu kamu kaynakları ile gerçekleştirmesi, tüm vatandaşların belirlenmiş katkı payları dışında sağlık hizmetlerine erişiminin ücretsiz olması, dolayısıyla kişilerin prim ve benzerleri türünde doğrudan ve/veya yarı-doğrudan hiçbir harcama yapmak zorunda olmamaları, hekimlere verdikleri hizmetin karşılığı olarak maaş ya da kişi başına ödeme yapılması bu modelin diğer özellikleridir (Sargutan 2005b; Çelikay ve Gümüş 2010; Tatar 2011; Çelebi ve Cura 2013; Daştan ve Çetinkaya 2015; Öztürk ve Karakaş 2015; Songur 2016).

Günümüzde bu sistemi kullanan ülkelere Birleşik Krallık, İspanya, Finlandiya, Danimarka, İsveç, İrlanda, İtalya, Norveç, Portekiz, Küba, Bulgaristan, Yunanistan, Venezüella, Filipinler, Sri Lanka, Arnavutluk, Kazakistan, Litvanya, Polonya, Romanya, Brezilya, İzlanda, Rusya, İran, Suudi Arabistan ve Yeni Zelanda örnek olarak verilebilir. Bu sistemin uygulandığı ülkelerde, Refah Yönelimli Sistemlerdeki gibi sadece hastalık hallerinde işleyen hastalık sosyal sigortası yerine, geliştirici ve tedavi edici her tür sağlık hizmetini tüm insanlara verecek tam bir sağlık sosyal güvenliği elde etme şansın bulunmaktadır. Sağlığa ayrılan payın büyük bir bölümünün tedavi edici sağlık hizmetlerine harcandığı bir ülkede, Kapsayıcı Sağlık Sistemi benimsendiği takdirde, o ülkede koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla ağırlık verileceğinden, sağlık alanına yapılacak olan harcamalarda bir azalma olabilecektir (Sargutan 2005b; Daştan ve Çetinkaya 2015; Songur 2016).

Bu finansman türünde cevap aranması gereken önemli sorulardan biri, ülkenin vergi toplama kapasitesinin ne olduğudur. Bir ülkede kayıt dışı ekonomi ne kadar azsa, vergilendirme süreci toplumu o derece kapsayacak ve bunun beraberinde toplanılan vergi oranı o derece artacaktır. Dolayısıyla bu da sosyal riskin paylaşımını arttıracak ve amaç birliği ruhunu geliştirecektir. Bir diğer önemli husus ise toplanan vergilerin adil olarak toplanıp toplanmadığı ve ekonomik etkisinin ne olduğudur. Bir vergi sistemi içinde toplanan vergilerin türü yani doğrudan ya da dolaylı vergi olması, o sistemin ne kadar hakkaniyetli olduğunun ve farklı gelir gruplarını ne yönde etkilediğinin de önemli bir belirleyicisidir. Bir vergi sisteminin hakkaniyetli olup olmadığının en önemli kriteri, vergilerin artan

oranlı olup olmadığı, yüksek gelir grupları için daha yüksek, düşük gelir grupları içinse daha düşük vergi oranının belirlenip belirlenmediğidir. Doğrudan vergiler, bireylerin, hane halklarının ya da firmaların doğrudan doğruya gelirleri ya da kârları üzerinden alınan vergilerdir. Dolaylı vergiler ise mal ve hizmetlerin el değiştirmesi sonucunda ödenen, bireyin geliri ile değil tüketimi ile ilişkili olan Katma Değer Vergisi, Gümrük Vergisi gibi vergilerdir. Ancak enformel ekonominin yaygın olduğu ülkelerde kayıt dışı gelir oranının yüksek olması nedeniyle doğrudan vergilerin toplanmasında sorunlar ortaya çıkabilir, kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu ülkelerde bunu telafi edebilmek için görülebilir olmaları ve ödemekten kaçınmanın mümkün olmaması nedeniyle dolaylı vergiler sıklıkla kullanılmaktadır. Fakat bu durumda ise, dolaylı vergiler gelir düzeyiyle ilişkili olmadığından genel vergi havuzunda gelir düzeyi düşük olanların, yüksek olanlara oranla daha çok katkıda bulunması ve sağlık hizmetlerini düşük gelire sahip gruptakilerin daha fazla finanse etmesi anlamına gelebilmektedir. Vergi oranlarının genel anlamda yüksek olması ise, ülkenin uluslararası rekabet gücünü ve yatırım potansiyelini de olumsuz yönde etkileyebilir (Çelikay ve Gümüş 2010; Tatar 2011).

1.2.4. Sosyalist/Merkezden Planlanmış Tip Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Pek çok ülkede çeşitli nedenlerle çökmüş olmasına karşılık, bir teori ve uygulama modeli olarak halen yaşamakta olan ve merkeziyetçiliğin en belirgin olduğu sistem olan Sosyalist sağlık sistemi ilk defa 1917 Rusya İhtilali'nden sonra Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde (SSCB/1922–1991) Marksist-Leninist teoriye göre Shemasko tarafından oluşturulmuştur. Sovyet Sosyalist Modeli (Shemasko Sağlık Modeli) olarak da ifade edilen bu sistemin sosyalist özellik kazanmasına yardımcı olan unsurları; sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanıp yürütülmesi, öncelikleri toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenen tüm sağlık hizmetlerin üretimi ve dağıtımının mülkiyetinin kamuya ait olması, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin ilke olarak toplumsal tekel niteliğinde olması, herkese toplum kaynaklı sağlık güvencesi (sigorta veya güvenlik değil) kapsamında ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi, tüm sağlık personelinin ve yapılarının devlet kontrolünde olması, özel sektörün bulunmaması ve tüm sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finanse edilmesi olarak sıralanmak mümkündür. Dolayısıyla bu sistemde bireyler sağlık hizmetleri için dolaylı ya da doğrudan bir harcama yapmak zorunda değildirler. Tüm özellikleri SSCB sağlık sistemi içinde geliştirilen bu sistemde farklı niteliklere sahip uzmanların çalıştığı halk poliklinikleri bulunmakta, temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve önem verilmektedir. Sistemin finansmanını merkezi ve yerel idarelerin bütçelerinde yer alan vergi gelirleri ile hastane ve poliklinik bütçesinden elde edilen gelirler oluşturmaktadır. Kaynak ve hizmet dağılımı coğrafi özellik, kişi, grup, sınıf vb. farkı gözetilmeksizin

toplumun geneline eşit, adil, ihtiyaç olduğu kadar, ulaşılabilir ve kullanılabilir şekilde verilmesine uygun şekilde düzenlenmiştir (Sargutan 2005b; Çelebi ve Cura 2013).

1.2.5. Bütünleştirilmiş/Karma Tip Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Yukarıda bahsedilen bu dört temel finansman sistemi, zaman zaman kendi içlerinde birbirlerini tamamlayacak şekilde bir arada uygulanabilmektedir. Burada asıl önemli olan konu, sistemlerin birbirlerinin olumsuz taraflarını giderecek şekilde ahenk içinde işlevlerini yerine getirebilmesini sağlamaktır. Günümüzde vatandaşların bilgi birikimlerinin artması, yaşam süresinin uzaması gibi sebeplerle birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenlerin sayısı da artmaktadır. Sonuç itibarıyla, hizmet maliyetlerinin sürekli artması, finansman sistemlerini zora sokmakta, kimi zaman hizmet talebinin karşılanmasında yetersizlikler oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca karma sistemin kullanılmasının bir başka sebebi de sağlıklı yaşamayı istemenin anayasal bir hak olarak algılandığı günümüzde, bu hakkı elde etmenin özellikle özel sağlık sigortası ya da cepten ödeme yöntemlerinde direkt bireyin tercihinin bırakılmasının sosyal refah devletinin temel felsefesiyle bağdaşmamasıdır.

Kişinin ödeme gücü yeterli ve sağlık hakkında bilinçli olduğu bir durumda kendi sağlığını koruyup kollayacağı açıktır ancak, bireyin gelir düzeyi yetersiz ve sağlığa yüklediği değer düşük olduğu düşünüldüğünde, sağlık problemlerini kendi tercihi doğrultusunda çözemeyeceği ve sistem dışında kalma ihtimalinin yüksek olduğu da unutulmamalıdır. İşte bu ihtimalin varlığı devletin, sosyal sigorta aracılığıyla ya da vergi gelirlerinden yararlanarak finansman sürecine katılmasına neden olmaktadır. Bu şekilde vatandaşların sistem dışında kalması önlenmektedir.

Benzer şekilde, kamu müdahaleciliğine dayalı olan sosyal sağlık sigortasının uygulandığı bir ortamda, sistemin sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından yetersiz kalması durumunda sağlık sigortası sistemi genel bütçe gelirlerinden finanse edilmekte, böylece hizmet sunumunda aksamaların önüne geçilmektedir. Böyle bir ortamda salt piyasa koşullarına ya da kamu ekonomisi şartlarına göre tasarlanmış sistemler hizmetin etkin bir şekilde finansmanına yetişememektedir.

Bu sebeple finansman sistemleri birbirlerini telafi edecek şekilde işbirliği içerisine girmekte ve karma sistemler oluşturabilmektedir. Bu tür sistemlerde, görüldüğü üzere hem özel sağlık hizmeti sunucuları hem de devlet tarafından işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi veya prim ödemesi yoluyla finanse edilen uygulamalar bulunmakta yani kamu ve özel kaynakların tümünden yararlanılabilmektedir. Burada hangi kaynağın finansman sürecinde daha etkin ve belirleyici rol olacağı ise, sağlık sisteminin ve diğer bileşenlerin özelliklerine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Dolayısıyla karma sistemde, bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sağlık sigortası uygulanırken,

diğer taraftan serbest piyasa sistemi içerisinde kâr güdüsü ile faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşları ile genel vergilerle finanse edilen sağlık sistemleri mevcuttur (Albrecht ve diğerleri 2003; Çelikay ve Gümüş 2010; Daştan ve Çetinkaya 2015; Songur 2016).

Türkiye'deki duruma bakıldığında sağlık hizmetinin kamu malı niteliğinde olduğu ve ağırlıklı olarak zorunlu sosyal sigortanın (Bismack sisteminin) kullanıldığı görülmektedir. Sağlık hizmeti vermek devletin görevlerindedir ve sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur ancak salt kamusal bir sistem uygulanmamaktadır. Uygulamada Olan Genel Sağlık Sigortası sistemine göre sağlık hizmetlerinin sunumu kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarınca sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile gerçekleşmektedir (Daştan ve Çetinkaya 2015; Songur 2016). Tüm bu bilgiler ışığında sağlık sistemlerini genel olarak Tablo 1'deki gibi sınıflandırmak mümkündür:

Tablo 1. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık Sistemleri Grupları	Modeller	Finansman Araçları	Kapsamı	Kullanılan Altyapı	Uygulayan Ülkeler
Girişimci/Özel Teşebbüs ve Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemleri	1-Doğrudan Cepten Ödeme 2-Özel Sağlık Sigortası	1-Kişisel cepten ödeme 2-İsteğe bağlı sigorta primi	1-Cepten ödemeyi gerçekleştirebilecek mali yeterliliğe sahip bireyler 2-Özel sağlık sigortası primi ödeyen bireyler	Özel	1-Çin, Vietnam Hindistan, Afganistan, Kırgızistan, Tacikistan, Gürcistan, Azerbaycan, Ermenistan, Lübnan, Pakistan, Afrika ülkeleri ve bazı Güney Amerika ülkeleri 2-ABD
Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri	Bismarck Modeli (Zorunlu Sağlık Sigortası Modeli- Sosyal Sağlık Sigortası Modeli)	Ağırlıklı olarak çalışanların katkıları yoluyla finansman	Zorun sağlık sigortası kapsamında olanlar Özel sağlık sigortası kapsamında olanlar Devlet tarafından desteklenenler	Kamu ve özel	Belçika, Fransa, Lüksemburg, Hollanda, Avusturya, Almanya, İsviçre, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Hırvatistan, Estonya, Slovakya, Slovenya, Türkiye, Güney Kore, Meksika, Japonya, Şili, Bolivya, Endonezya, İsrail

Sağlık Sistemleri Grupları	Modeller	Finansman Araçları	Kapsamı	Kullanılan Altyapı	Uygulayan Ülkeler
Genel ve Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri	Beveridge Modeli	Genel vergilerle finansman	Tüm vatandaşlar	Kamu	Birleşik Krallık, İspanya, Kanada, Finlandiya, Danimarka, İsveç, İrlanda, İtalya, Norveç, Portekiz, Küba, Bulgaristan, Yunanistan, Venezüella, Filipinler, Sri Lanka, Arnavutluk, Kazakistan, Litvanya, Polonya, Romanya, Brezilya, İzlanda, Rusya, İran, Suudi Arabistan ve Yeni Zelanda
Sosyalist/Merkezden Planlanmış Tip Sağlık Sistemleri	Shemasko Modeli	Merkezi ve yerel idarelerin bütçelerinde yer alan vergi gelirleri	Tüm vatandaşlar	Kamu	SSCB (eski)
Bütünleştirilmiş/Karma Tip Sağlık Sistemleri	Karma Model	Genel vergiler /çalışanların katkıları olan primler/ cepten ödemeler/ özel sağlık sigortası primleri	Zorunlu sağlık sigorta kapsamında olanlar Özel sağlık sigortası kapsamında olanlar Cepten ödeme yapanlar Devlet tarafından desteklenenler	Kamu ve özel	Avusturalya

Kaynak: Yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Çalışmada daha önceden de bahsedildiği üzere her ülkeyi kapsayan ve kesin çizgilerle birbirinden ayrılan genel bir sınıflama yapmak mümkün olmamakla birlikte, eldeki veriler ışığında Tablo 1’de bir sağlık sistemleri sınıflandırması yapılmıştır. Tabloda yapılan sınıflamada beş farklı sağlık sistemi grubu, altı farklı model ile açıklanmaya çalışılmış; bu modellerin kullandığı finansman araçları, kapsadığı bireyler, kullandığı altyapı ve ağırlıklı olarak bu modelleri kullanan ülkelere yer verilmiştir.

2. SONUÇ

Ülkeler siyasi ve yönetsel farklılıkları, sosyo-ekonomik düzeyleri, merkezîyetçilik dereceleri, idari örgütlenme şekilleri açısından ele alındığında; ülkelerin sağlık sistemlerinin tek bir model altında toplanması ve tanımlanmasının olanaksız, yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu bakımından ülkeden ülkeye farklılık göstermesinin ise normal olduğu ortadadır. Farklı sağlık sistemlerine sahip ülkelerin ortak amaçları olan sürdürülebilir kalkınma ve yüksek işgücü verimliliği sağlamak için oldukça mühim bir etken olan sağlığa ilişkin göstergelerini iyileştirmesi ve sağlık alanında önde olan ülkelerin düzeyine çıkabilmesi için sağlık sistemlerine yönelik karşılaştırmalı çalışmalar yapması önem taşımaktadır (Akarsu ve diğerleri 2019). Sağlık sistemleri sınıflandırmasında olduğu gibi, karşılaştırmalı sağlık sistemleri alanında da kalıplaşmış genel geçer bir yöntemin bulunmadığı, fakat yararlı ve gelişmiş çalışmaların sayısının gün geçtikçe arttığı görülmüştür (Hirschfeld ve Strow 1946; Glenn 1985; Nelson 1987; Schieber ve diğerleri 1991; Sargutan 2005b; Çelebi ve Cura 2013; Phua ve Wong 2014; Gülay 2017; Kırılmaz ve diğerleri 2017; Kara ve Öztürk 2021; Konca 2021). Ancak sağlık sistemleri sınıflandırması ve bu sınıflandırmalar ışığında ülkelerarası karşılaştırmalara imkan tanıyan karşılaştırmalı sağlık sistemleri kavramlarının ayrıntılı olarak bir arada ele alındığı az sayıda çalışma tespit edilmiştir (Sargutan 2005a; Freeman ve Frisina 2010). Halbuki sınıflandırma, karşılaştırmaların ayrılmaz bir parçasıdır. Bu kapsamda çalışmanın, sağlık sistemleri sınıflandırması ve karşılaştırmalı sağlık sistemlerini kavramsal olarak birlikte değerlendirerek literatürde var olan bu boşluğu doldurmada katkı sunduğu ve gelecekte özellikle bu çerçevede çalışma yapacak olan araştırmacılara literatür desteği sağlayacağı söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Akarsu, G., Cafri, R. ve Bırdırdı, H. 2019. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Kamu-Özel Bileşenleri Yakınsıyor Mu? Doğrusal Olmayan Panel Birim Kök Testi Bulguları, 27(41), 89-12.
- Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R. ve Scrimshaw, S. C. 2003. The Handbook of Social Studies in Health and Medicine, SAGE Publications.
- Çelebi, A. K. ve Cura, S. 2013. Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz, Maliye Dergisi(164), 47-64.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. 2010. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 177-216.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. 2015. OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(1), 104-134.
- Evans, D., Tandon, A., Murray, C. ve Lauer, J. 2000. The Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health: an Analysis of 191 Countries, Geneva: WHO(29), 1-36.

- Farazmand, A. 1999. Globalization and Public Administration, *Public Administration Review*, 509-22.
- Freeman, R. ve Frisina, L. 2010. Health Care Systems and The Problem of Classification, *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1-2), 163-78.
- Glenn, M. 1985. Review of Comparative Health Systems: Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems, *Family Systems Medicine*, 3(3), 367-367.
- Gülay, A. 2017. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere ile Karşılaştırması, *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*(12), 17-37.
- Hirschfeld, G. ve Strow, C. 1946. Comparative Health Factors Among the States, *American Sociological Review*, 11(1), 42-52.
- Kara, F. ve Öztürk, İ. 2021. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Benchmarking): Türkiye ve İspanya Örneği, *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5(1), 19-26.
- Kırılmaz, H., Amarat, M. ve Ünal, Ö. 2017. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi, *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-04.
- Kocaman, A. M., Mutlu, M., Bayraktar, D. ve Araz, Ö. M. 2012. OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi, *Engineer & the Machinery Magazine*, 23(4), 14-31.
- Kol, E. 2014. Refah Rejimleri Açısından Sağlık Sistemlerinin Değerlendirilmesi: Güney Avrupa Refah Modeli ve Türkiye, *Gümüşhane University Electronic Journal of the Institute of Social Science/Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 3(5), 15-31.
- Konca, M. 2021. OECD Ülkelerinin Ulusal Sağlık sistemlerinin zamana Dayalı Performansının Değerlendirilmesi, (Doktora Doktora), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kovner, A. R. ve Jonas, S. 2002. *Jonas and Kovner's Health Care Delivery in the United States*, Springer Pub.
- Maeda, J., Lee, K. ve Horberg, M. 2014. Comparative Health Systems Research Among Kaiser Permanente and Other Integrated Delivery Systems: A Systematic Literature Review, *Perm Journal*, 18(3), 66-77.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (2002). *Funding health care: options for Europe*. In: Open University Press Buckingham.
- Nelson, R. 1987. Comparative Health Systems: Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems, *Hospital & Health Services Administration*, 32(2), 270.
- Özgen, H. ve Tatar, M. 2008. Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1), 103-132.
- Özkara, Y. 2006. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, *Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.

- Öztürk, Z. ve Karakaş, E. 2015. Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(2), 39-59.
- Phua, K. ve Wong, M. 2014. Comparative health systems in Asia, Routledge Handbook of Global Public Health in Asia, 688-08.
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M. 2004. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity, Oxford university press.
- Sargutan, A. 2005a. Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı Kavram, Metot ve Uygulamalar, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 81-11.
- Sargutan, A. 2005b. Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 400-28.
- Schieber, G., Poullier, J. ve Greenwald, L. 1991. Health Care Systems in Twenty-Four Countries, Health Affairs, 10(3), 22-38.
- Songur, C. 2016. Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi Cluster Analysis of Organization for, Sosyal Güvenlik Dergisi, 6(1), 197-223.
- Şener, M. ve Yiğit, V. 2017. Sağlık Sistemlerinin Teknik Verimliliği: OECD Ülkeleri Üzerinde Bir Araştırma, Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences, 26(1), 266-290.
- Tatar, M. 2011. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD), 1(1), 103-133.
- Tekin, B. 2015. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Etkinliği: Bir Kamu Hastanesi ve Özel Hastane Karşılaştırması, Journal of the Institute of Social Sciences Cankiri Karatekin University/Cankiri Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6(1), 483-506.
- Top, M. 2006. Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye'de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1), 93-23.