

## SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM UYGULAMASI HİZMET SUNUMU PERFORMANSININ KARŞILAŞTIRILMASI\*

Müjde KOCAMAN AKBAYRAK<sup>1</sup>, Akın MARŞAP<sup>2</sup>

### Öz

2000’li yıllarda Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) sağlıkta dönüşüm uygulamaları başlatılmıştır. Sağlıkta dönüşüm uygulamalarında, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) ‘Herkes için Sağlık (*Health for All*)’ merkezi politikası temel alınmıştır. Araştırma Makalesinin temel argümanını, iki farklı sağlık sisteminde benzer hedefler konan sağlıkta dönüşüm uygulamalarının sağlık bakım hizmet sunumundaki başarısı, sonuçları ve performansı oluşturmaktadır. Araştırma yöntemi, Tallinn Konferansı sonrasında geliştirilen ve DSÖ tarafından yayınlanan Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi (*Health System Performance Assessment*) üzerinden tasarlanmıştır. Hizmet sunumu fonksiyonunun performans puanlaması sonucuna göre; ABD’ye kıyasla, Türkiye başarılı bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta Dönüşüm, Performans Karşılaştırması, Hizmet Sunumu.

**JEL Sınıflandırması:** I18, H11, M10.

## COMPARISON OF THE SERVICE DELIVERY PERFORMANCE IN THE HEALTH TRANSFORMATION PRACTICE

### Abstract

In the early 2000s, health transformation practices have started in Türkiye and the USA. The health transformation practices of both countries are based on the 'Health for All' policy of the World Health Organization (WHO). In health transformation practices with similar goals of two different health systems; health care service delivery success, results and performance constitute the main argument of this Research Paper. The research method was designed on the basis of the 'Health System Performance Assessment' developed after the Tallinn Charter Conference and shared by WHO. According to the performance scoring result of the service delivery function, Türkiye was found to be successful than the USA.

**Keywords:** Health Care Transformation, Performance Comparison, Service Delivery Management.

**JEL Classification:** I18, H11, M10.

---

\* Bu makale, Müjde KOCAMAN AKBAYRAK tarafından Prof. Dr. Akın MARŞAP danışmanlığında yazılmakta olan 'Sağlıkta Dönüşüm Yönetimi Performansının Karşılaştırılması: Türkiye ve ABD Örneği' başlıklı Doktora tezinden türetilmiştir.

<sup>1</sup> İşletme Doktora Programı Öğrencisi, Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,, [mujdekocamanakbayrak@stu.aydin.edu.tr](mailto:mujdekocamanakbayrak@stu.aydin.edu.tr), ORCID: 0000-0003-1058-5439.

<sup>2</sup> Prof. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Öğretim Üyesi, [akinmarsap@aydin.edu.tr](mailto:akinmarsap@aydin.edu.tr), ORCID: 0000-0003-2155-8137.

## 1. Giriş

Sağlık bakım hizmetlerinin; kamusal hizmet olarak sunulmaya başlanmasından devlet çatısı altında kurumsal bir yapı içerisinde yürütülmesine ve liberalleşme politikalarının etkisiyle kamu alanına özel sektörden daha fazla sayıda oyuncunun katılmasına kadar farklı yönetsel dönüşümlerden geçen bir yeniden yapılanma süreci yaşanmaktadır.

Koruyucu sağlık bakımına erişiminin kolaylaşması ve temel ihtiyaç alanlarındaki yaşam standartlarının yükselmesiyle, beklenen yaşam süresinde ve Dünya nüfusunda istikrarlı bir artış gerçekleşmiştir (OECD.Stat, 2022). Sağlık alanında yüksek maliyetli araştırma ve geliştirme çalışmalarıyla üretilen; tıbbi cihaz, medikal malzeme, ilaç gibi ürünler sağlık bakım hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulması olanağını artırmıştır. Sağlık alanındaki bu gelişmelerin, iletişim teknolojileri kullanımının artmasıyla birlikte daha fazla sayıda insana duyurulabilmesi sayesinde, süreç içerisinde, sağlık bakım hizmet talebi de artmıştır. Erişilebilirliği, talebi, kalitesi ve maliyeti artan sağlık hizmetleri ekosisteminde, sağlık harcamaları artmıştır. Sonuç olarak; sağlık hizmetlerinin 21. yüzyıl gerçekliklerine uygun bir şekilde yeniden yapılandırılması ihtiyacı doğmuştur. Sağlık hizmetinin karşılanabilir bir maliyetle sunulması, kamunun ve özel sektörün iş birliği yapmasıyla yönetilebilir bir duruma gelmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanması ve eşitsizliklerin giderilmesi, herkesin sağlık hizmetlerine karşılanabilir bir maliyetle ulaşması, sağlık hizmeti alanların memnuniyetinin artırılması gibi hedefler konan reform hazırlıkları gündeme gelmiştir (Erol ve Özdemir, 2018).

Sağlık alanında reform çalışmalarının oluşturulmasında, uluslararası kurum ve kuruluşların yönlendirmeleri de etkili olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), merkezi politikasını Herkes için Sağlık (*Health for All*) olarak belirlemiş ve politika çerçevesini yayınlamıştır (WHO, 1998). Herkese sağlık bakım hizmeti sunma politikasını hayata geçirme kararı alan ülkeler tarafından, ülke sağlık sisteminin işleyişine uygun bir şekilde, bu politikaya ulaştıracak düzenlemeler yapılmaya çalışılmıştır.

Sağlık sisteminin yönetiminde, kamu ekonomisinin ağırlıklı olduğu Türkiye’de ve serbest piyasa ekonomisinin belirleyici olduğu ABD’de, herkese sağlık bakım hizmeti sunulması hedefini gerçekleştirebilmek amacıyla sağlık sisteminin yeniden yapılanması gündeme gelmiştir. Yeniden yapılanmanın uygulamaya geçirilmesi aşamasında, yeni arayışlara yönelme durumunda kalmışlardır.

Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 2000’li yıllarda sağlıkta dönüşüm uygulamaları başlatılmıştır. Sağlıkta dönüşüm uygulamalarında, DSÖ’nün herkes için sağlık politikası temel alınmıştır. Araştırma Makalesinin temel argümanını, iki farklı sağlık sisteminde benzer hedefler konan sağlıkta dönüşüm uygulamalarının sağlık bakım hizmet sunumundaki başarısı, sonuçları ve performansı oluşturmaktadır.

## 2. Araştırma Yöntemi

Sağlıkta dönüşüm uygulamasının hizmet sunumu yönetim performansının iki ülke özelinde karşılaştırıldığı araştırmanın yöntemi, DSÖ tarafından düzenlenen Tallinn Konferansı (WHO-Tallinn, 2008) sonrasında geliştirilen Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi (*Health System Performance Assessment*) üzerinden tasarlanmıştır (Noordhout vd., 2018).

Türkiye ve ABD'nin sağlıkta dönüşüm uygulaması hedeflerini değerlendirebilmek amacıyla karşılaştırma yapılabilecek ortak bir yapı oluşturulmaya çalışılmıştır. Sağlıkta dönüşüm hedefleri, sağlıkta dönüşüm belgelerindeki (SB, 2003; OLC, 2010) orijinal metinler analiz edilerek DSÖ Tallinn Konferansı'nda performans ölçümü temel parametreleri olarak belirtilen Sağlık Sisteminin Ortak Fonksiyonları (SSF) bazında amaç ve eylemlerinin tanımlanabileceği 'yönetim, hizmet sunumu, finansman ve kaynaklar' başlıkları altında (WHO-Tallinn, 2008) gruplandırılmış ve ortak bir payda altında ülkeler arası karşılaştırma yapabilme imkanı oluşturulmuştur. Araştırma makalesinde, hizmet sunumu fiiline yönelik hedefler esas alınmıştır.

Performans karşılaştırmasında, uluslararası ve ulusal veri bankaları tarafından sunulan veri setleri kullanılmıştır. Sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu hedefleri ile performans parametreleri (veri setleri) ilişkilendirilerek karşılaştırmaların yapılacağı parametrik, mantıksal ve ilişkiyel altyapı oluşturulmuştur. Performans ölçümünde, sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu hedefleriyle elde edilen sonuçlar arasındaki farka dayalı olarak amaçlı ve planlanmış bir uygulama performansının ne kadar başarılı olduğu (Özveri vd., 2018) değerlendirilmiştir. Performans puanları, 'piktogram' (Devos vd., 2019) yöntemiyle görselleştirilen tablolarda gösterilmiştir. Her iki ülkenin, kendi içindeki performans sonuçları kendi içerisinde müstakil olarak hesaplanmış ve hesaplanan ilerleme katsayısı üzerinden performansı temel alan karşılaştırma yapılmıştır.

Hizmet sunumu fonksiyonu, elli-bir performans parametresiyle analiz edilmiştir. Performans parametrelerinin analizi, sağlıkta dönüşümü değerlendirme periyodu olarak belirlenen, 2003-2018 yılları arasındaki Yıl Bazında Değişim Oranı (YBDO) (Céu Machado, 2010) hesaplanarak tamamlanmıştır<sup>3</sup>. Sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu yönetim performansı, hizmet sunumu hedeflerinin parametreleri olarak ilişkilendirilen veri tablolarının performans puanları toplamından değerlendirme kategorileri toplamına şeklinde ilerleyen bir algoritmik sıralama ile hesaplanmıştır.

Türkiye ve ABD'de sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu yönetimi performansının karşılaştırıldığı bu araştırma, tek yönlü iki hipotez üzerinden sorgulanmıştır. Hipotez 1. Sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu yönetimi performansı bakımından Türkiye başarılıdır. Hipotez 2. Sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu yönetimi performansı bakımından ABD başarılıdır.

---

<sup>3</sup>  $YBDO_{(g)} = \frac{V_s - V_i}{V_i} \times 100$   $YBDO_{(g)}$  = Yıl Bazında Değişim Oranı,  $V_i$  = İlk yıl verisi,  $V_s$  = Son yıl verisi,  $Y_i$  = İlk Yıl,  $Y_s$  = Son Yıl

### 3. Sağlıkta Dönüşüm, Performans Yönetimi ve Hizmet Sunumu

Sağlık sistemi Mark tarafından, bir ülkedeki yasal ve resmi çabaları, kurumları ve insan kaynaklarını, araştırma çalışmalarını ve ekonomik kaynakları, toplum sorunlarını, bu sorunların önlenmesi, iyileştirilmesi ve rehabilitasyonu konusundaki çalışmaları kapsayan genel bir tabloda tanımlanmıştır (Mark, 1991).

Sağlıkta dönüşüm, ihtiyaçlar çerçevesinde, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasıdır. Dönüşüm, stratejik hedeflerin eylem planlarına dökülerek yürütüldüğü bir süreçtir<sup>4</sup> (Halis ve Şimşir, 2010).

Bu süreçte hedeflere ulaşma durumu -başarı- ölçülürken, modern yönetim uygulamalarından birisi olarak kabul gören performans yönetimi kullanılmaktadır (Lessof vd., 2016). Sağlık yönetimi alanında, performans yönetiminin uygulanmasına ve performansın ölçülmesi yönelik ilk somut açıklama DSÖ tarafından Tallinn Konferansı bildirgesinde yayınlanmıştır (WHO-Tallinn, 2008). Sağlık sistemi performansı hakkında ölçülebilir sonuçlar elde edilebilmesinde, öncelikle, hesap verebilirliğin ve şeffaflığın sağlanması gerektiği konusunda ortak bir kanaate varılmıştır (McKee vd., 2018). Devam eden süreçte, sağlık sisteminin performansı konusunda, Türkiye de dahil olmak üzere (Jakab, 2011), çeşitli kapsam ve büyüklükte çalışmalar yapılmıştır.

Sağlık bakım hizmeti; insan sağlığının korunması amacıyla sağlığa zararlı olabilecek etkenlerin ortadan kaldırılması, hastalıkların teşhis edilebilmesi amacıyla sağlık kurumlarına başvuranların muayene edilmesi, hasta olanların tedavisinin yapılması, zihinsel ve bedensel yeteneklerin azalması durumunda kaybedilen yeteneklerin yeniden kazanılması amacıyla rehabilite edici çalışmalarının yapılması olarak tanımlanmıştır (Erol ve Özdemir, 2018). Sağlık bakım hizmetleri, sağlık ihtiyacı çerçevesinde koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört sınıfta tanımlanmakta (Ateş, 2013) ve tanımlandığı sınıfa uygun örgütlenmeyle yönetilmektedir.

### 4. Türkiye ve ABD’de Sağlıkta Dönüşüm ve Hizmet Sunumu

Türkiye ve ABD’de 2000’li yıllarda sağlıkta dönüşüm uygulamaları başlatılmıştır (SB, 2003; OLC, 2010). Sağlıkta dönüşüm uygulamalarında, DSÖ’nün herkes için sağlık (WHO, 1998) politikası stratejik amaç olarak alınmıştır. Türkiye ve ABD, sağlıkta dönüşümü yönetmenin yöntemi olarak stratejik planlama modelini kullanmıştır. Türkiye ve ABD on yıl gibi bir zaman farkıyla kamu stratejik yönetiminde stratejik planlama modelini kullanmayı tercih etmiştir. Stratejik planlama modeli, Türkiye’de Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu (RG-25326, 2003) ve ABD’de Hükümet Performans ve Sonuç Kanunu (*Government Performance and Result Act*) (S&HoR, 1993) yasal dayanak alınarak oluşturulmuştur.

#### 4.1. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Süreci ve Hizmet Sunumu Hedefleri

Türkiye’de sağlık sisteminin bileşenleri kamu ekonomisi anlayışıyla oluşturulmuştur. Neo-liberal ekonomi politikalarının ön plana çıktığı 1980’li yıllar sonrasında, sağlık sistemi içerisinde piyasa ekonomisi politikalarının geliştirilmesi yönünde bir eğilim izlenmeye başlanmıştır (Zengin, 2012). Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) (SB, 2003) ile birlikte sağlık alanına özel sektör oyuncularının

<sup>4</sup> Stratejik yönetimde, bileşenleri üzerinde titizlikle çalışılmış ve bütçeyle ilişkilendirilmiş stratejik planlar araç olarak kullanılmaktadır (Marşap, 2017).

entegre edilmesini sağlayacak düzenlemeler yapılmaya çalışılmış ve adım adım piyasa ekonomisine geçiş süreci başlatılmıştır.

Sağlık Bakanlığının bugünkü örgüt ve yönetim biçimi SDP ile oluşturulmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerini doğrudan sağlayan kurum olma rolünü zamanla terk etmiş (Halis ve Şimşir, 2010) ve Bakanlığın temel rolü sağlık sistemine dahil edilen özel sektör oyuncularını da yönetebilmesi amacıyla planlayıcı ve denetleyici bir doğrultuda geliştirilmeye çalışılmıştır. Ancak, Bakanlığın temel rolünün planlayıcı ve denetleyici çerçevede oluşturulmasına yönelik politika hedefi (SB, 2003), 2011 yılında yayınlanan yasal düzenlemeyle (RG-28103, 2011) gerçekleşmeye başlamıştır (Aydemir, 2020).

Stratejik planlama modelinin stratejik yönetimin gerekliliklerine uygun olarak yürütülmesi, 2005 yılında Stratejik Planlama Dairesi Başkanlığının Kalkınma Bakanlığı bünyesinde kurulması sonrasında gerçekleştirilebilmiştir.

Kamu yönetimi alanında stratejik plana dayalı yönetim örneklerinin oluşması 2010 yılını bulmuş ve ilk uygulama örneği olarak Sağlık Bakanlığının 2010 - 2014 yıllarını içine alan ilk stratejik planı ancak 2010 yılında yayınlanabilmiştir (SB, 2010). Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 - 2017 ve 2019 - 2023 yıllarını içine alan iki tane stratejik plan yayınlanmıştır (SB, 2012a; SB, 2019). 2017 yılında yapılan anayasa referandumuyla hükümet sistemi değişmiş, parlamenter sistemden Cumhurbaşkanlığı sistemine geçilmiştir. Bu geçiş sürecinde, 2018 yılını içine alan stratejik plan hazırlanamamıştır. Cumhurbaşkanlığı sisteminin kurumsallaşmasıyla Strateji ve Bütçe Başkanlığı oluşturulmuştur. 2019 - 2023 yıllarını içine alan Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (SB, 2019) yayınlanmıştır. Strateji ve Bütçe Başkanlığı koordinasyonunda hazırlanan plan, stratejik plan standartlarını yeteri kadar karşılayamayan önceki planlardan farklı olarak, stratejik plan gereklerini bilimsel anlamda karşılayacak şekilde oluşturulmuştur (Coşkun ve Yıldırım, 2018).

2003 yılında uygulamaya alınan SDP performansının değerlendirmesi, Sağlık Bakanlığının 2010 - 2014 Stratejik Planını yayınlaması sonrasında, 2012 yılında yayınlanmıştır (SB, 2010; SB, 2012b). Aynı yıl, sağlık sistemi performans raporu da yayınlanmıştır (SB, 2012c). Performans sonuçlarının, stratejik yönetimin bilimsel ilkelerine uygun bir şekilde değerlendirildiği stratejik plan örnekleri 2015 yılı sonrasında yayınlanabilmiştir. Sağlık Bakanlığı 2013 - 2017 Stratejik Planının yayınlanması sonrasında, 2014 yılı sonrasında yayınlanan planlara paralel bir şekilde, stratejik planlama modelinin bilimsel ilkelerine uygun performans değerlendirmeleri (2018 ve 2019 yılları hariç olmak üzere) periyodik olarak yayınlanmaya başlanmıştır (Performans Raporları, 2021).

Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm belgesinde sekiz hedef yer almıştır (SB, 2003). Sağlık Sisteminin Ortak Fonksiyonları (SSF) olarak yapılan gruplamada hizmet sunumu fonksiyonu kapsamına, sağlık hizmeti kalite standartlarının yükseltilmesi ve sağlık hizmet sunumunun güçlendirilmesi hedefleri alınmıştır.

#### **4.2. ABD'de Sağlıkta Dönüşüm Süreci ve Hizmet Sunumu Hedefleri**

ABD sağlık sistemi, serbest piyasa ekonomisi araçlarıyla yönetilmektedir. Küresel ölçekte neo-liberal ekonomi politikalarının belirleyici olmaya başladığı 1980'li yıllar sonrasındaki süreçte, ABD'de serbest piyasa ekonomisi araçlarıyla sağlanan sağlık bakım hizmetlerinde kamunun düzenleyici bir fonksiyon üstlenmesini koşullayan bir eğilim gelişmeye başlamıştır. Dünyanın en güçlü ekonomisine sahip (U.S. News and World Report, 2021) ve sağlık sistemi içerisinde en fazla harcama yapılan ülke olan (Schneider vd., 2021) ABD'de serbest piyasa ekonomisi koşullarında

sunulan sağlık hizmetleri de endüstri haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerindeki endüstrileşmenin sağlık hizmeti sunum maliyetinin ve fiyatının da arttığı bu süreçte sağlık hizmetlerindeki endüstrileşmenin fiyatlara yansımaları, ortalama geliri de düşen alt grup içerisindeki insanların sağlık hizmetlerine erişimini de kısıtlamıştır (Alvaredo vd., 2018).

Eyaletlerin çevre koruma, eğitim ve sağlık için yeterli kaynaklara sahip olmaması, kişi başına düşen ulusal gelir ortalamasının azalmaya başlaması ve sermaye artırımını amacıyla üst gelir grubundakilere uygulanan vergi politikaları nedeniyle kamu gelirinin eyaletler düzeyinde düşük kalması (Piketty vd., 2018) yeni yatırım imkanlarını sınırlamış ve sağlık hizmeti alanında mevcut olan ve gelecekte oluşabilecek eşitsizliklerle mücadele etmeyi zorlaştırmıştır. Sağlık bakım hizmetlerine erişimde eşitsizlik, 2000'li yıllarda seçim gündeminin en önemli konusu haline gelmiştir.

2008 yılında Demokratların yönetime gelmesiyle 2010 yılında Hasta Koruma ve Ödenebilir Sağlık Bakımı Yasası (*Affordable Care Act - ACA*) yürürlüğe konmuş ve sağlık alanında özellikle sağlık sigortası kapsamının artırılmasına yönelik nitelikli bir yeniden yapılanmanın önünü açan uygulama da başlatılmıştır (HealthCare.gov, 2021).

ABD'de sağlık hizmetleri alanında sosyalizasyon, 1965 yılında MEDICAID ve MEDICARE programlarının oluşturulmasıyla başlatılmıştır (Amelung, 2013). Kamu sağlık hizmet programlarıyla, cepten yapılan yüksek miktarda tıbbi harcama riskinin azalması vb. kazanımlar edinilse de (Finkelstein vd., 2015), süreç içinde, serbest piyasa ekonomisi araçlarıyla işleyen ABD'nin sağlık sisteminde, özel sağlık sigortası kapsamına dahil edilen nüfus oranının arttırılamaması nedeniyle sağlık hizmet ihtiyacının yaygın şekilde karşılanmasında nitelikli bir iyileştirme sağlanamamıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasında, özel sağlık sigortasına sahip olan kesimin ve sağlık sigorta paket kapsamının artırılmasına yönelik politikaları ihtiva eden ACA ile sağlık hizmet ihtiyacının yaygın şekilde karşılanmasına yönelik olarak yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır.

ABD'nin sağlıkta dönüşüm belgesinde, toplam on adet hedef yer almıştır (OLC, 2010, s. ii-xviii). Sağlık Sisteminin Ortak Fonksiyonları (SSF) olarak yapılan gruplamada hizmet sunumu fonksiyonu kapsamına, 'sağlık hizmet kalitesinin ve verimliliğinin artırılması', 'kronik hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığının geliştirilmesi ve 'yenilikçi tıbbi terapilere erişim imkanının artırılması' hedefleri alınmıştır.

## **5. Türkiye ve ABD'de Sağlıkta Dönüşüm Uygulaması Hizmet Sunumu Performansının Karşılaştırılması**

Hizmet sunumu fonksiyonunun performans değerlendirilmesi; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve sağlık bakım hizmet memnuniyeti başlıkları altında yapılmıştır. Gruplandırılan başlıklar altında performans puanları hesaplanmış ve piktogram tablolarında gösterilmiştir. Hizmet sunumu fonksiyonu performans puanlarının toplamını gösteren piktogram tablosu hazırlanmış ve değerlendirme yapılmıştır.

### **5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Türkiye ve ABD'de, koruyucu (birinci basamak) sağlık hizmetleri sunumunun yönetimi performansı; bulaşıcı hastalıklara, ana-çocuk sağlığına ve çocuk ölümlerine ilişkin veriler üzerinden (OECD.Stat, 2022) değerlendirilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm uygulaması süreci içerisinde, Boğmaca, Difteri, Tetanoz aşısı yapılan çocuk oranının yıl bazında değişimi Türkiye’de, ABD’ye kıyasla daha yüksek olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye’nin, diğer yandan, boğmaca görülme sıklığı oranının yıl bazında değişimi ABD’de, Türkiye’ye göre daha düşük olarak gerçekleşmiş olması bakımından ise ABD’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir. Türkiye’de Boğmaca aşısı yapılan çocuk oranının yıl bazında değişiminin ABD’ye kıyasla yüksek bir düzeyde olmasına karşın Boğmaca görülme sıklığı oranı yıl bazında değişiminin daha yüksek olarak gerçekleşmiş olması; ABD’de koruyucu sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarısı olarak değerlendirilmiştir.

Hepatit-B aşısı yapılan çocuk oranı yıl bazında değişiminin Türkiye’de, ABD’ye kıyasla daha yüksek iken Hepatit-B vakası görülme sıklığı oranının yıl bazında değişimi daha düşük olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir.

Türkiye’de Hepatit-B yapılan çocuk oranının yıl bazında değişimi ABD’ye kıyasla dramatik bir farkla yaklaşık 24 kat (23,61) gibi çok yüksek bir düzeyde olmasına karşın Hepatit-B vakası görülme sıklığı oranı yıl bazında değişiminin daha yüksek olarak gerçekleşmiş olması; ABD’de koruyucu sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarısı olarak değerlendirilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm uygulaması süreci içerisinde, paraziter ve enfeksiyöz hastalıklar nedeniyle ölen oranı ve HIV-AIDS nedeniyle ölen oranı yıl bazında değişiminin Türkiye’de, ABD’ye göre daha yüksek bir oranda gerçekleşmiş olmasından dolayı ABD’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir. Diğer yandan Tüberküloz nedeniyle ölen oranı yıl bazında değişiminin ABD’ye göre Türkiye’de, daha düşük bir oranda gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir.

Doğum sayısı oranı ve düşük doğum ağırlığı oranı yıl bazında değişiminin, ABD’ye göre Türkiye’de daha düşük iken canlı doğum sayısı oranının yıl bazında değişimi daha yüksek olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir. Diğer yandan doğurganlık oranı yıl bazında değişiminin Türkiye’ye kıyasla ABD’de, daha düşük olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı ABD’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir. Canlı doğum sayısı oranı yıl bazında değişiminin Türkiye’de, ABD’ye göre daha yüksek bir oranda gerçekleşmiş olması dikkat çekicidir. Bununla birlikte, Türkiye’de düşük doğum ağırlığı oranı yıl bazında değişiminin ABD’ye göre düşük bir oranda gerçekleşmiş olması; Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarısı olarak değerlendirilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm uygulaması süreci içerisinde, Türkiye’ye kıyasla ABD’de, perinatal dönem kaynaklı nedenlerden ölen oranı ve doğumsal malformasyonlar ve kromozom anomalileri nedeniyle ölen oranı yıl bazında değişiminin daha düşük bir oranda gerçekleşmiş olmasından dolayı ABD’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir. Diğer yandan bebek ölümleri oranı yıl bazında değişiminin ABD’ye göre Türkiye’de, daha düşük olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir. 0-14 yaş grubundaki nüfusun yıl bazında değişiminin Türkiye’de ABD’ye göre daha yüksek bir oranda gerçekleşmiş olması dikkat çekicidir. Bununla birlikte, Türkiye’de bebek ölüm oranı yıl bazında değişiminin ABD’ye göre daha düşük bir oranda gerçekleşmiş olması; Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarısı olarak değerlendirilmiştir.

Hizmet sunumu fonksiyonunun performans değerlendirmesi kapsamında, Türkiye ve ABD’de koruyucu sağlık hizmetlerinin yönetimi performansı parametreleri ve performans puanları Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Türkiye ve ABD’de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi Performansı

Performans Parametreleri	Performans Puanı	
	Türkiye	ABD
<b>Bulaşıcı Hastalıklar Göstergeleri</b>		
Boğmaca, Difteri, Tetanoz aşısı yapılan çocuk oranının, Hepatit-B aşısı yapılan çocuk oranının, Hepatit-B vakası görülme sıklığı oranının, Tüberküloz nedeniyle ölen oranının yıl bazında değişimi	+4	-4
Boğmaca görülme sıklığı oranının, paraziter ve enfeksiyöz hastalıklar nedeniyle ölen oranının ve HIV-AIDS nedeniyle ölen oranının yıl bazında değişimi, Boğmaca aşısı yapılan çocuk oranı ile Boğmaca görülme sıklığı oranı ilişkisinde etkinlik performansı, Hepatit-B aşılama oranı ile Hepatit-B vakası görülme sıklığı oranı ilişkisinde etkinlik performansı,	-5	+5
<b>Ana-Çocuk Sağlığı Göstergeleri</b>		
Doğum sayısı oranının, canlı doğum sayısı oranının ve düşük doğum ağırlığı oranının yıl bazında değişimi ve canlı doğum sayısı oranı ile düşük doğum ağırlığı oranı ilişkisinde etkinlik performansı	+4	-4
Doğurganlık oranının yıl bazında değişimi	-1	+1
<b>Çocuk Ölümleri Göstergeleri</b>		
Bebek ölümleri oranının yıl bazında değişimi ve 0-14 yaş grubu nüfus ile bebek ölüm oranı ilişkisinde etkinlik performansı	+2	-2
Perinatal dönem kaynaklı nedenlerden ölen sayısı oranının ve doğumsal malformasyonlar ve kromozom anomalileri nedeniyle ölen sayısı oranının yıl bazında değişimi	-2	+2
Pozitif Puan Toplamları:	10	8
Negatif Puan Toplamları:	8	10
<b>Başarı Yüzdeleri:</b>	<b>% 56</b>	<b>% 44</b>

**Kaynak:** (Devos vd., 2019) kaynağından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu fonksiyonunun performans değerlendirilmesi kapsamında yapılan koruyucu sağlık hizmetlerinin yönetimi performansının; Türkiye’de, ABD’ye kıyasla başarılı olduğu değerlendirilmiştir.

## 5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Türkiye ve ABD’de, tedavi edici sağlık hizmetleri sunumunun yönetimi performansı; kronik hastalık kaynaklı ölümlere, yatan hasta bakımına, tıbbi konsültasyona ve tıbbi görüntüleme hizmetlerine ilişkin veriler üzerinden (OECD.Stat, 2022) değerlendirilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm uygulaması süreci içerisinde, ABD’ye göre Türkiye’de; kan hastalıkları ile kan yapıcı organ hastalıkları nedeniyle ölen oranının, beslenme, endokrin ve metabolik hastalıklar nedeniyle ölen oranının, davranışsal ve ruhsal bozukluklar nedeniyle ölen oranının, deri hastalıkları ile deri altı doku hastalıkları nedeniyle ölen oranının ve bağ dokusu ve kas-iskelet sistemi hastalıkları nedeniyle ölen oranının yıl bazında değişimi daha düşük olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir. Diğer yandan Türkiye’ye kıyasla ABD’de; kötü huylu tümör nedeniyle ölen oranının, dolaşım sistemi, sinir sistemi, solunum sistemi, sindirim sistemi ve genitoüriner sistem hastalıkları nedeniyle ölen oranının yıl bazında değişimi daha düşük olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı ABD’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir.



ABD'ye kıyasla Türkiye'de, yatarak tedavi gören hastaların ortalama yatış süresi oranının yıl bazında değişiminin daha düşük olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye'nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir.

Diğer yandan Türkiye'ye kıyasla ABD'de, mevcut yatakların yüzdesi kapsamında tedavi edici sağlık hizmetleri doluluk oranının yıl bazında değişiminin daha yüksek olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı ABD'nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir.

Türkiye'de yatarak tedavi gören hastaların ortalama yatış süresi oranının yıl bazında değişiminin ABD'ye göre daha düşük bir oranda gerçekleşmiş olmasına karşın tedavi edici sağlık hizmetleri doluluk oranı yıl bazında değişiminin ABD'ye göre daha yüksek bir oranda gerçekleşmiş olması; Türkiye'de yatarak tedavi görme doluluk oranı yükününün azaltılması amacıyla hasta ortalama yatış süresinin kısaltılmasına yönelik bir politikaya uyacak şekilde bir yatarak tedavi görme protokolünün uygulanmasından kaynaklandığı değerlendirilebilir. Bu duruma göre ABD'nin, tedavi edici sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarısı olarak değerlendirilmiştir.

Türkiye'nin evde ya da hastane dışında uzun süreli sağlık bakım hizmeti sunulan artı 65 yaş kişi sayısı bazındaki verileri OECD veri tabanında paylaşılmadığı için performans değerlendirmesi yapılamamıştır. Türkiye'deki bu durumunun, yaşlı nüfus oranının artmasına rağmen geriatri hizmetleri alanında veri üretilebilecek düzeye henüz gelinemediğinin bir göstergesi olarak belirtilebilir. Bu durumda Türkiye'ye göre ABD'nin, uzun süreli sunulan bakım hizmetleri kapsamında tedavi edici sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarısı olarak değerlendirilmiştir.

Hekim konsültasyon ve diş hekimi konsültasyon oranları yıl bazında değişiminin, ABD'ye göre Türkiye'de, daha yüksek bir oranda gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye'nin daha başarılı olduğu değerlendirilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm uygulaması süreci içerisinde, ABD'ye kıyasla Türkiye'de; Bilgisayarlı Tomografi (BT) toplam cihaz oranı, BT tıbbi cihaz başına yapılan görüntüleme oranı, BT toplam görüntüleme oranı ve BT bin kişi başına yapılan görüntüleme oranı yıl bazında değişiminin daha yüksek bir oranda gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye'nin, yatırım ve sunum etkinliği performansları bakımından başarılı olduğu değerlendirilmiştir. 2018 yılına gelindiğinde Türkiye'de, BT cihaz sayısının yüzde 60 artmış olmasına rağmen, aynı zamanda BT kullanım verimliliğinde de artış sağlanarak tıbbi cihaz başına yapılan görüntüleme sayısında yüzde 100'den fazla artış sağlanmıştır. Böylelikle, çarpan etkisi olarak BT kullanımının artış hızı yüzde 600 gibi altı katlık bir oranda gerçekleşmiştir. Buna göre, Türkiye'nin BT kullanımındaki verimlilik performansının başarılı olduğu değerlendirilmiştir. Türkiye'de BT toplam cihaz sayısı oranının yıl bazında değişimi ABD'ye göre yaklaşık yüzde 19 daha düşük bir düzeyde olmasına rağmen BT tıbbi cihaz başına yapılan görüntüleme sayısı oranının yıl bazında değişimi yüzde 9 daha yüksek olması; Türkiye'de tedavi edici sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarısı olarak değerlendirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm periyodunun sonunda, ABD'de BT görüntüleme sayısının Türkiye'ye göre bin kişi başına 46,40 daha yüksek olarak gerçekleşmiş olması, ABD'nin tedavi edici sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarısı olarak değerlendirilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm uygulaması süreci içerisinde, ABD'ye göre Türkiye'de, Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) toplam cihaz oranı, PET tıbbi cihaz başına yapılan görüntüleme oranı, PET toplam görüntüleme oranı ve PET bin kişi başına yapılan görüntüleme oranı yıl bazında değişiminin daha yüksek bir oranda gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye'nin, yatırım ve sunum etkinliği performansları bakımından başarılı olduğu değerlendirilmiştir. 2018 yılına

gelindiğinde Türkiye’de, PET cihaz sayısı yaklaşık 2,8 kat ve aynı zamanda PET kullanım verimliliği de yüzde altı oranında artmıştır. Böylelikle, çarpan etkisi olarak PET kullanımının artış hızı yüzde 300 gibi üç katlık bir oranda gerçekleşmiştir. Buna göre, Türkiye’nin PET kullanım verimliliği performansının başarılı olduğu değerlendirilmiştir. Türkiye’de PET toplam cihaz sayısı oranının yıl bazında değişimi ABD’ye göre yaklaşık yüzde 18 daha düşük bir düzeyde olmasına rağmen PET tıbbi cihaz başına yapılan görüntüleme sayısı oranının yıl bazında değişimi yüzde beş daha yüksek olması; Türkiye’de tedavi edici sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarılı olarak değerlendirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm periyodunun sonunda, ABD’de PET görüntüleme sayısının Türkiye’ye göre bin kişi başına 2,70 daha yüksek olarak gerçekleşmiş olması, ABD’nin tedavi edici sağlık hizmetleri etkinliği performansının başarılı olarak değerlendirilmiştir.

Hizmet sunumu fonksiyonunun performans değerlendirmesi kapsamında, Türkiye ve ABD’de tedavi edici sağlık hizmetlerinin yönetimi performans parametreleri ve performans puanları Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Türkiye ve ABD’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi Performansı

Performans Parametreleri	Performans Puanı	
	Türkiye	ABD
<b>Kronik Hastalık Kaynaklı Ölüm Göstergeleri</b>		
Kan hastalıkları ile kan yapıcı organ hastalıkları nedeniyle ölen oranının, beslenme, endokrin ve metabolik hastalıklar nedeniyle ölen oranının, davranışsal ve ruhsal bozukluklar nedeniyle ölen oranının, deri hastalıkları ile deri altı doku hastalıkları nedeniyle ölen oranının ve bağ dokusu ve kas-iskelet sistemi hastalıkları nedeniyle ölen oranının yıl bazında değişimi	+5	-5
Kötü huylu tümör nedeniyle ölen oranının, sinir sistemi hastalıkları nedeniyle ölen oranının, dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle ölen oranının, solunum sistemi hastalıkları nedeniyle ölen oranının, sindirim sistemi hastalıkları nedeniyle ölen oranının ve genitoüriner sistem hastalıkları nedeniyle ölen oranının yıl bazında değişimi	-6	+6
<b>Yatan Hasta Bakımı Göstergeleri</b>		
Yatarak tedavi gören hastaların ortalama yatış süresi oranının yıl bazında değişimi	+1	-1
Tedavi edici sağlık hizmetleri doluluk oranının yıl bazında değişimi, yatarak tedavi gören hastaların ortalama yatış süresi ile tedavi edici sağlık hizmetleri doluluk oranı ilişkisinde etkinlik performansı, uzun süreli bakım hizmetleri etkinlik performansı	-3	+3
<b>Tıbbi Konsültasyon Göstergeleri</b>		
Hekim konsültasyon oranının ve dış hekimi konsültasyon oranının yıl bazında değişimi	+2	-2
<b>Tıbbi Görüntüleme Hizmeti Göstergeleri</b>		
BT toplam cihaz oranının, BT tıbbi cihaz başına yapılan görüntüleme oranının, BT toplam görüntüleme oranının ve BT bin kişi başına yapılan görüntüleme oranının yıl bazında değişimi, BT kullanım verimliliği performansı, BT cihaz ile BT tıbbi cihaz başına yapılan görüntüleme sayısı ilişkisinde etkinlik performansı	+6	-6
BT bin kişi başına yapılan görüntüleme sayısı etkinlik performansı	-1	+1
PET toplam cihaz oranının, PET tıbbi cihaz başına yapılan görüntüleme oranının, PET toplam görüntüleme oranının ve PET bin kişi başına yapılan görüntüleme oranının yıl bazında değişimi, PET kullanım verimliliği performansı, PET cihaz ile PET tıbbi cihaz başına yapılan görüntüleme sayısı ilişkisinde etkinlik performansı	+6	-6
PET bin kişi başına yapılan görüntüleme sayısı etkinlik performansı	-1	+1
Pozitif Puan Toplamları:	20	11
Negatif Puan Toplamları:	11	20
<b>Başarı Yüzdeleri:</b>	<b>% 65</b>	<b>% 35</b>

**Kaynak:** (Devos vd., 2019) kaynağından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu fonksiyonunun performans değerlendirilmesi kapsamında yapılan tedavi edici sağlık hizmetlerinin yönetimi performansının; Türkiye’de ABD’ye kıyasla başarılı olduğu değerlendirilmiştir.

### 5.3. Sağlık Bakım Hizmet Memnuniyeti

Türkiye ve ABD’de, sağlık bakım hizmet sunumunun yönetimi performansı; sağlık bakım hizmet memnuniyeti anketlerinin verileri üzerinden (TÜİK, 2021; TCHS, 2019, s. 58) değerlendirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm uygulaması süreci içerisinde, ABD’ye kıyasla Türkiye’de, sağlık hizmetlerinden memnun olanların ve memnun olmayanların yıl bazında değişiminin daha yüksek olarak gerçekleşmiş olmasından dolayı Türkiye’nin başarılı olduğu değerlendirilmiştir. Hizmet sunumu fonksiyonunun performans değerlendirmesi kapsamında, Türkiye ve ABD’de sağlık bakım hizmet memnuniyetinin performans parametreleri ve performans puanları Tablo 3’te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Türkiye ve ABD’de Sağlık Bakım Hizmet Memnuniyetinin Performansı

Performans Parametreleri	Performans Puanı	
	Türkiye	ABD
<b>Sağlık Bakım Hizmet Memnuniyeti Göstergeleri</b>		
Sağlık bakım hizmetlerinden memnun olanların ve memnun olmayanların artış hızları	+2	-2
Pozitif Puan Toplamları:	2	0
Negatif Puan Toplamları:	0	2
<b>Başarı Yüzdeleri:</b>	<b>% 100</b>	<b>% 0*</b>

**Kaynak:** (Devos vd., 2019) kaynağından yararlanılarak hazırlanmıştır. \*Karşılaştırmalı performansın birbirine üstünlük olarak nötr kalma durumudur.

Sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu fonksiyonunun performans değerlendirilmesi kapsamında yapılan sağlık bakım hizmet memnuniyeti performansının; Türkiye’de ABD’ye kıyasla başarılı olduğu değerlendirilmiştir.

**Tablo 4.** Türkiye ve ABD’de Hizmet Sunumu Fonksiyonunun Performans Puanları

Değerlendirme Kategorileri	Değerlendirme Göstergeleri	Performans Parametreleri	Başarı Yüzdeleri	
			Türkiye	ABD
Koruyucu sağlık hizmetleri	3	18	% 56	% 44
Tedavi edici sağlık hizmetleri	4	31	% 65	% 35
Sağlık bakım hizmet memnuniyeti	1	2	% 100	% 0*
<b>TOPLAM: 3</b>	<b>8</b>	<b>51</b>	<b>% 74</b>	<b>% 26</b>

**Kaynak:** (Devos vd., 2019) kaynağından yararlanılarak hazırlanmıştır. \*Karşılaştırmalı performansın birbirine üstünlük olarak nötr kalma durumudur.

## 6. Sonuçlar

Sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu fonksiyonunun performans değerlendirilmesi; 3 değerlendirme kategorisi ve 8 değerlendirme göstergesi altında toplam 51 performans parametresiyle yapılmıştır. Performans parametrelerinin analizi, sağlıkta dönüşümü değerlendirme periyodu olarak belirlenen, 2003-2018 yılları arasındaki yıl bazında değişim oranı hesaplanarak tamamlanmıştır. Her iki ülkenin, performans sonuçları kendi içerisinde müstakil olarak hesaplanmış ve hesaplanan ilerleme katsayısı üzerinden performansı temel alan bir karşılaştırma yapılmıştır. Sağlıkta dönüşüm uygulaması hizmet sunumu fonksiyonu performansının; Türkiye’de, ABD’ye kıyasla daha başarılı olduğu değerlendirilmiştir.

## Kaynakça

- Alvaredo, F., Chancel, L., Piketty, T., Saez, E., & Zucman, G. (2018). *World Inequality Report 2018*. World Inequality Lab.
- Amelung, V. E. (2013). *Healthcare Management: Managed Care Organisations and Instruments*. London: Springer Texts in Business and Economic.
- Ateş, M. (2013). *Sağlık Sistemleri* (2. b.). İstanbul: Beta Yayınevi.
- Aydemir, İ. (2020). Sağlık Bakanlığı Örgütsel Yapısında Yaşanan Değişimler 181, 663 ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler Ekseninde Yaşanan Bu Değişimlerin İrdelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* , 6(2), 350-365.
- Céu Machado, M. (2010). *Portugal Health System Performance Assessment*. Copenhagen: World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe.
- Coşkun, B., & Yıldırım, Ç. P. (2018, 12). Türkiye’de Stratejik Planlama: Son Dönem Gelişmelerin İncelenmesi. *Strategic Public Management Journal*, 4(8), 1-16.
- Devos, C., Cordon, A., Lefevre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance of the Belgian Health System - Report 2019*. Bruxelles: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Erol, H., & Özdemir, A. (2018). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarına Etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*(CEEİK 2018 Özel Sayısı), 119-146.
- Finkelstein, A., Hendren, N., & Luttmer, E. (2015). *The Value of Medicaid: Interpreting Results from the Oregon Health Insurance Experiment*. National Bureau Of Economic Research, NBER Working Paper Series: Working Paper 21308, <http://www.nber.org/papers/w21308> .
- Halis, M., & Şimşir, İ. (2010). Kamu Hastanelerinde, Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici Ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi* (s. 413-432). Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- HealthCare.gov. (2021, 06 21). *Affordable Care Act (ACA)*. HealthCare.gov: <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/> adresinden alındı

- Jakab, Z. (2011). Letter from Zsuzsanna Jakab to the Ministry of Health of Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Lessof, S., Figueras, J., & Palm, W. (2016). The European Observatory on Health Systems and Policies: Knowledge Brokering For Health Systems Strengthening. *Eurohealth*, 22(2), 55-59.
- Marşap, A. (2017). *Çağdaş Stratejik Yönetişim, Global Strateşim Sistemi* (1. b.). İstanbul: Nobel Yayınevi.
- Mark, G. F. (1991). Success and Crisis in National Health System. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 7(48), 27-32.
- McKee, M., Lessof, S., & Figueras, J. (2018). The Role of the Health System in the 21st Century: The Road From Ljubljana to Tallinn. *Eurohealth International*, 24(2), 12-14.
- Noordhout, C., Speybroeck, N., Van, H., & Devleeschauwer, B. (2018). Changes in Health in Belgium, 1990–2016: A Benchmarking Analysis Based on the Global Burden of Disease 2016 Study. *BMC Public Health*, 18(775), 1-13.
- OECD.Stat. (2022). *OECD.Stat.* OECD.Stat: <https://stats.oecd.org> adresinden alındı
- OLC. (2010). *Affordable Care Act (ACA)*. Washington: Office of the Legislative Counsel.
- Özveri, O., Kayışkan, D., Dağ, S., Arslan, B., & Hisar, A. (2018). Sağlıkta Performans Sisteminin Hekimler Tarafından Değerlendirilmesi. *Hukuk Ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 10(2), s. 18-29.
- Piketty, T., Saez, E., & Zucman, G. (2018, 05). Distributional National Accounts: Methods and Estimates for the United States. *The Quarterly Journal of Economics*, 133(2), 553–609.
- RG-25326. (2003). Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, Resmi Gazete Kanun/Karar No. : 5018. Ankara: Resmi Gazete.
- RG-28103. (2011, 11 02). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Kanun/Karar No. : 663. 1-24. Ankara, Türkiye: Resmi Gazete.
- S&HoR. (1993). Government Performance and Result Act of 1993. Washington, United States of America: The Senate and House of Representatives of the United States of America in Congress.
- SB. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm 2003*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ).
- SB. (2010). *Stratejik Plan 2010-2014*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
- SB. (2012a). *Stratejik Plan (2013-2017)*. Akdağ, Recep. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
- SB. (2012b). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Değerlendirme Raporu (2003-2010) Herkes için Sağlık*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
- SB. (2012c). *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
- SB. (2019). *2019-2023 Stratejik Planı*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- SB. (2021, 05 31). *Stratejik Yönetim*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı: <https://sgb.saglik.gov.tr/TR-60674/stratejik-yonetim.html> adresinden alındı
- Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K., & Williams II, R. D. (2021). *Mirror, Mirror 2021 Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. New York: The Commonwealth Fund.
- TCHS. (2019, October). *Seventh Annual U.S. Healthcare Consumer Survey Americans Settle in During Healthcare Uncertainty*. 04 2021 tarihinde Transamerica Center for Health Studies: [https://www.transamericacenterforhealthstudies.org/docs/default-source/research/tchs\\_consumerhealthcarereport2019\\_final.pdf](https://www.transamericacenterforhealthstudies.org/docs/default-source/research/tchs_consumerhealthcarereport2019_final.pdf) adresinden alındı

- TÜİK. (2021, 03 29). 03 2021 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu: <https://www.tuik.gov.tr> adresinden alındı
- U.S. News & World Report. (2021). *The World's Most Powerful Countries*. U.S. News & World Report:<https://www.usnews.com/news/best-countries/power-rankings> adresinden alındı
- WHO. (1998). *Health 21. Health For All in the 21st Century An Introduction to the Health for All Policy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO-Tallinn. (2008). The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. *European Ministerial Conference on Health Systems* (s. 1-5). Tallinn: World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe.
- Zengin, S. (2012). *Neoliberalization of The Health Transformation Program; The Case of University Hospitals and Privately Owned Clinics in Turkey (Uluslararası Ekonomi-Politik Yüksek Lisans Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.