

## **Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi**

A Comparative Analysis of the Health Systems  
of Turkey and the United States of America

**Harun KIRILMAZ<sup>1</sup>**

**Mustafa AMARAT<sup>2</sup>**

**Özgün ÜNAL<sup>3</sup>**

Strategic Public Management Journal  
Volume 3, Issue 6, pp. 78-104  
DOI: 10.25069/spmj.342134  
Received: 06.10.2017  
Accepted: 27.12.2017  
© The Author(s) 2017  
For reprints and permissions:  
<http://dergipark.gov.tr/spmj>

### **Öz**

*Karşılaştırmalı yönetiminin temelinde, diğer ülkelerin deneyimlerinden yararlanma, farklı ülkelerde geliştirilen yönetim tekniklerini ve yenilikleri öğrenme, bunları kendi ülkesinin yönetimine uyarlama düşüncesi yatmaktadır. Çeşitli ülkelerin yönetimlerinin karşılaştırılmasında kullanılan yaklaşımların başında “bürokrasi”yi kullanan yaklaşım gelmektedir. Bu çerçevede yönetimlerin kendi içinde, yönetimin farklı düzeyleri arasında ve farklı yönetimler arasında karşılaştırma yapılmasına imkân sağlayacak şekilde “sağlık sistemleri”nin değerlendirilmesine yönelik yaklaşımlar da uluslararası kuruluşların ve ülkelerin dikkatini çekmektedir.*

*Bu çalışmada sağlık reformları temelinde Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık sistemlerinin incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası Türkiye sağlık sistemi yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu boyutlarında değerlendirilecektir. Benzer şekilde ABD sağlık sistemi de sağlık reformları temelinde incelenecektir. Daha sonra 2000-2015 yılları arasında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) verileri göz önünde bulundurularak Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırılması ve değerlendirilmesi yapılacaktır.*

*Sonuç olarak, yürütme organının merkezilik derecesi, yürütme organın yapısı ve idari örgütlenme yapısı açısından Türkiye ve ABD'nin temel farklılıklara sahip olduğu görülmektedir. Bu farklılıklar sağlık sistemlerinin yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu boyutlarını doğrudan etkilemektedir. Söz konusu farklılıkların temelinde siyasal ve yönetsel farklılıklar, sosyo-ekonomik farklılıklar, sağlık sisteminde kamu ve özel sektörün ağırlığının yer aldığı düşünülmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Sistemi, Karşılaştırmalı Yönetim, Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri.

### **Abstract**

*The notion of benefiting from the experiences of other countries, learning about administration techniques and innovations developed in different countries and adapting these to the administration of their homeland lies at the foundation of the comparative administration. An approach utilizing “bureaucracy” is the primary approach used for comparing administrations of various countries. In this context, approaches for assessment of “health systems” draw attention of international organizations and countries to enable*

<sup>1</sup> Yrd. Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, Türkiye, Sağlık Yönetimi Bölümü, [hkirilmaz@sakarya.edu.tr](mailto:hkirilmaz@sakarya.edu.tr)

<sup>2</sup> Arş. Gör., Sakarya Üniversitesi, Türkiye, Sağlık Yönetimi Bölümü, [mustafaamarat@sakarya.edu.tr](mailto:mustafaamarat@sakarya.edu.tr)

<sup>3</sup> Arş. Gör., Sakarya Üniversitesi, Türkiye, Sağlık Yönetimi Bölümü, [ozgununal@sakarya.edu.tr](mailto:ozgununal@sakarya.edu.tr)

*making comparisons of administrations within themselves, between different levels of the administrations and between various administrations.*

*In this study, reviewing and comparing health systems of Turkey and the United States of America based on health reforms was aimed. In this context, the health system of Turkey was assessed first in the dimensions of administration, financing, resource procurement and service rendering following the Health Transition Program. Similarly, the health system of the USA was scrutinized based on the health reforms. Subsequently, the health systems of Turkey and the United States of America were compared and assessed by considering 2000-2015 data of Turkish Statistical Institute (TURKSTAT), the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) and Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).*

*In conclusion, it was seen that Turkey and the USA had fundamental differences in terms of the centralization level of the executive authority, the structure of the executive authority and the structure of the administrative organization. These differences affected directly the dimensions of the administration, financing, resource procurement and service rendering of the health systems. It is considered that the political and administrative differences, socio-economic differences and the weight of public and private sectors in the health systems take a part in the foundation of the said-differences.*

**Key Words:** Health System, Comparative Administration, Turkey, United States of America.

## GİRİŞ

Kamu politikaları konusunda karar vericilerin “başarılı” kamu yönetimlerine karşı duydukları ilgi son yıllarda daha yaygın olarak ortaya çıkmıştır. Bu süreçte, uluslararası arenada kamu yönetimleri arasında sınırların ortadan kalkması ve vatandaşların başka ülkelerde yaşanan gelişmeler hakkında hızlı ve doğru bilgiye kolayca ulaşabilmeleri başka ülkelerin kamu yönetimlerine karşı ilgi uyanmasında etkili olan başlıca faktördür (Kutlu, 2006: 18). Buradan hareketle, karşılaştırmalı kamu yönetiminin temelinde, başka ülkelerin deneyimlerinden yararlanma, başka ülkelerde geliştirilen yönetim tekniklerini ve yenilikleri öğrenme, bunları kendi ülkesinin kamu yönetimine uyarlama düşüncesi yatmaktadır (Emre, 1997: 5). Bu noktada, çeşitli ülkelerde geliştirilen yöntem ve araçlar diğer ülkelere de uyarlanabilmektedir. Ancak bunun için karşılaştırılan iki ülkenin yönetsel sistemlerinin çok iyi analiz edilmesi gerekmektedir.

Karşılaştırmalı kamu yönetimi, idari eylem ve davranışlar ile düzenlemelerin belirlenmesi için bir arayış olduğu gibi, kamu yönetimi teorilerinin geliştirilmesi ve uygulanması için de gereklidir. Bilimsel-teknolojik değişim ve dönüşümün bürokrasi üzerindeki etkilerinin anlaşılması için gerekli olan karşılaştırmalı kamu yönetimi, reformlara vurgu yapmakta ve yönetsel sistemlerin “performans” ile ilişkili özelliklere ve koşullara odaklanmaktadır. Aynı zamanda, karşılaştırmalı yöntemle üretilen yönetsel bilgi ve enformasyon, uygulayıcıların ihtiyaçlarına hizmet etmekte ve daha geniş bir vizyon kazandırmaktadır (Jreisat, 2005: 232).

Kamu yönetiminin uluslararası ve karşılaştırmalı hale gelmesinde çeşitli faktörler etkili olmuştur. Uluslararası ve karşılaştırmalı perspektiflerin dâhil edilmesi, kamu yönetimi teorisinin geliştirilmesinde kayda değer bir boyuttur. Diğer taraftan, karşılaştırmalı kamu yönetimi, kamu yönetimi eğitiminin nasıl ele alınması gerektiği konusunda köklü değişiklikleri teşvik etmiştir. Teori, araştırma ve öğretim üzerine bir karşılaştırmalı kamu yönetimi perspektifi, “iyi yönetim”e yönelerek kamu yönetimi uygulamasını kökten değiştirmiştir. Öte yandan karşılaştırmalı kamu yönetimi, hükümetlerin küreselleşen dünyada karşılaştığı politika uygulama zorluklarına daha iyi bir şekilde cevap verebilecek idari araçları, stratejileri ve süreçleri geliştirmesine imkân sağlamıştır (Fitzpatrick vd., 2011: 821).

Çeşitli ülkelerin kamu yönetimlerinin karşılaştırılmasında başlıca iki yaklaşım kullanıldığını söyleyebiliriz. Bunlar, karşılaştırma aracı olarak “bürokrasi”yi kullanan yaklaşım ve “yönetimin çevrebilimi”ni öne çıkaran yaklaşımlardır. Karşılaştırmalı kamu yönetimi çalışmalarında bürokrasi iki değişik boyutuna ağırlık verilerek kullanılabilir. Bunlardan birincisi bürokrasinin işlevsel boyutu, ikincisi ise yapısal boyutudur (Emre,

1997: 10-12). Karşılaştırmalı kamu yönetimi iyi işleyen bir kurama ihtiyaç duymaktadır. Bu alanda çalışan bilim adamları çok fazla sayıda değişik veri ve kültürel kalıpla karşı karşıyadır. Belli bir ülkeyi tümüyle incelemek olanaksızdır. Bu nedenle, gerçeğin küçük parçaları analiz edilir. İşte bu noktada, toplumsal çevrenin sınırlı, ama anlamlı kimi parçaları ayrılıp çözümlene girişimleri, Max Weber'in geliştirdiği "ideal tip" modeline dayanan "bürokrasi" kuramı olarak ortaya çıkmaktadır (Heady, 1996: 14-22). Burada vurgulanması gereken bir husus da, karşılaştırmalı kamu yönetiminde bürokratik yapının aldığı biçim kadar, bu yapı içinde yer alan birimlerin siyasal organlarla ilişkilerinin ve bağlantılarının önemli olduğudur.

Devlet sistemleri ve yönetim örgütlenmeleri açısından ülke karşılaştırmalarında çeşitli boyutlar ön plana çıkmaktadır. Devletlerin temel örgütlenmesi boyutunda yürütme organının merkezilik derecesine göre "üniter devlet" ve "federal devlet" ayrımının yanı sıra; siyasi rejim yönünden sınıflandırmada "demokratik devlet", "monarşik devlet" ve "diktatörlük" şeklinde ayrıma gidilmektedir. Karşılaştırmalı devlet ve kamu yönetimi analizinde idari örgütlenme yapısına göre ise "merkeziyetçi devlet" ve "adem-i merkeziyetçi devlet" ayrımına gidildiği görülmektedir. Yürütme organının yapısı açısından karşılaştırma yapıldığında da "başkanlık sistemi", "yarı başkanlık sistemi" ve "parlamenter sistem" şeklinde bir sınıflandırma olduğu görülmektedir. Mülki yönetim açısından karşılaştırma yapılacak olursa, "bölge yönetimi" ve "il yönetimi" ekseninde ayrım ortaya çıkmaktadır (Parlak ve Caner, 2005: 2-9).

Küreselleşme süreci, karşılaştırmalı kamu yönetimine olan ilgiyi artırmış ve bu alanda bilgi patlamasına yol açmıştır (Farazmand, 1999: 518). Küreselleşme ile birlikte ortaya çıkan değişim ve reformların etkisiyle ülkelerin siyasi sistemleri ve bürokratik yapıları üzerinde ortaya çıkan baskılar; ulusal bağlamda politik, ekonomik, sosyal ve yönetsel sistemde değişimleri de beraberinde getirmektedir (Welch ve Wong, 1998: 42-43). Karşılaştırmalı kamu yönetiminin örgütsel, ulusal ve kültürel sınırlar çerçevesinde yönetsel yapıların, süreçlerin ve uygulamaların incelenmesi olduğu (Jreisat, 2012: 36) ve karşılaştırmalı siyaset ve karşılaştırmalı yönetim arasında yakın ilişki olduğu görülmektedir (Heady, 2001: 13). Bu çerçevede çeşitli ülkelerin yönetsel sistemlerini karşılaştırmalı olarak incelenmesinde, yönetimin bu ülkelerin siyasal sistemlerinin işleyişlerinin sadece bir yönü olduğunun göz önünde bulundurulması gerekir. Bunun sonucu olarak, karşılaştırmalı kamu yönetiminin karşılaştırmalı siyaset ile çok yakın bir biçimde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle ülkelerin yönetsel sistemlerini incelemek, bu ülkelerin siyasal sistemlerinin işleyişini de incelemeyi gerektirmektedir (Ergun ve Polatoğlu, 1988: 91).

Karşılaştırmalı siyaset ve karşılaştırmalı yönetim perspektifinde Türkiye ve ABD ele alındığında, yürütme organının merkezilik derecesine göre Türkiye'nin üniter devlet yapısına, ABD'nin federal devlet yapısına sahip olduğu görülmektedir. Siyasi rejim yönünden sınıflandırmada her iki ülke de demokratik devlet kategorisinde yer almaktadır. Yürütme organının yapısı açısından karşılaştırma yapıldığında da Türkiye'nin parlamenter sistemle, ABD'nin başkanlık sistemi ile yönetildiği; idari örgütlenme yapısına göre ise Türkiye'nin merkeziyetçi devlet anlayışını, ABD'nin adem-i merkeziyetçi devlet anlayışını benimsediği görülmektedir. Yürütme organının merkezilik derecesi, yürütme organının yapısı ve idari örgütlenme yapısı, kamu yönetiminin yapısını ve fonksiyonlarını doğrudan etkilediği gibi sağlık sistemlerini de yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu boyutlarında etkilemektedir. Bu çerçevede her iki ülkenin sağlık sistemlerinde birtakım farklılıkların olduğu ve bu farklılıkların sağlık statüsü, sağlık harcamaları ve finansmanı, insan kaynakları, sağlık teknolojileri ve sağlık hizmeti kullanımı gibi göstergelerde karşılaştırma ve değerlendirme yapmaya imkân verdiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada karşılaştırmalı yönetim modelleri çerçevesinde Türkiye ve ABD sağlık sistemlerinin incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile Türkiye sağlık sistemi yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu boyutlarında değerlendirilecektir. Benzer şekilde ABD sağlık sistemi de sistemi yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu boyutlarında incelenecektir. Daha sonra Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) verileri göz

önünde bulundurulması 2000-2015 yılları arasında Türkiye ve ABD sağlık sistemlerinin karşılaştırılması ve değerlendirilmesi yapılacaktır.

Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden tarama yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırma yönteminin seçilmesinin nedeni, geçmişten kalan veya güncel belgelerin önemli bir veri kaynağı olması, veri toplamada gözlem ve görüşmenin olanaklı olmaması veya araştırmanın geçerliliğini artırmak için araştırma konusuna ilişkin belgelerin ve istatistiksel verilerin araştırmaya dâhil edilmesidir (Karasar, 2014: 183-184; Marshall ve Rossman, 2006: 107; Punch, 2005: 180; Yıldırım ve Şimşek, 2004: 153). Araştırmada belirli bir amaçla veya odaklanılan konuyla ilgili olarak örneklemin önceden düşünülüp belirlendiği ya da derinlemesine inceleme için tercih edilen amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır (Neuman, 2009: 322-324, Punch, 2005: 183). Bu çerçevede araştırmada tarama yöntemi ve amaçlı örneklem yöntemi kapsamında Türkiye ve ABD sağlık sistemine ilişkin dokümanlar, raporlar, istatistikler ve mevzuat incelenmiştir.

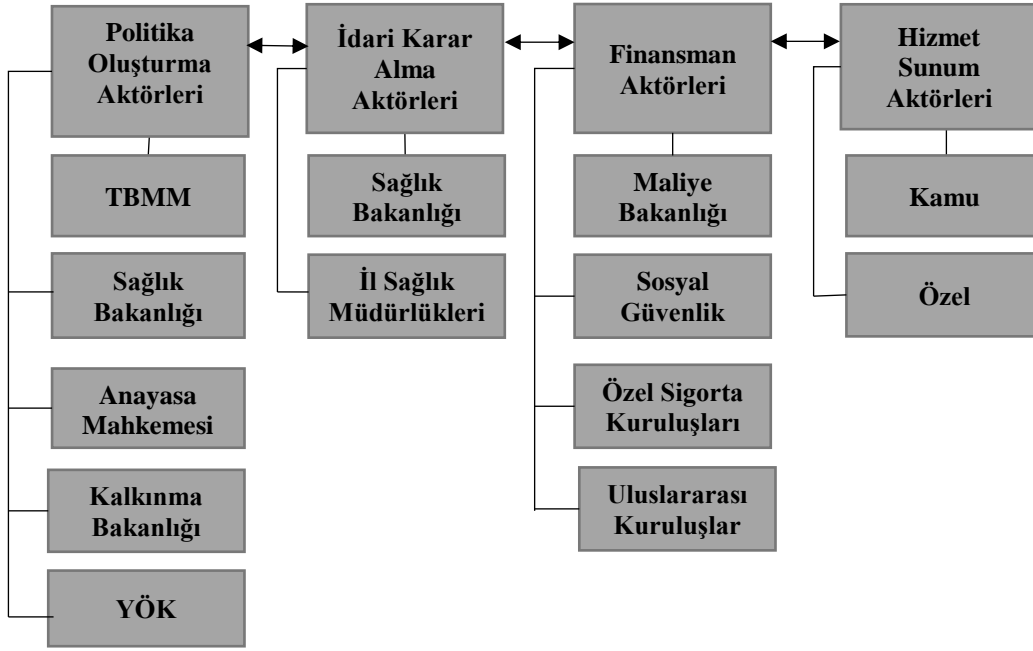
Çalışmanın birinci bölümünde Türkiye'nin merkezi yönetsel sistemi üzerinde kısa bir değerlendirme neticesinde sağlık sisteminin merkezi yönetim ile ilişkisini analiz edilecek ve Türk sağlık sistemine yönelik yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu boyutlarında genel bir perspektif çizilecektir. Çalışmanın ikinci bölümünde ABD'nin merkezi yönetsel sistemi üzerinde kısa bir değerlendirme neticesinde sağlık sisteminin merkezi yönetim ile ilişkisini analiz edilecek ve ABD sağlık sistemine yönelik yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu boyutlarında genel bir perspektif çizilecektir. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise TÜİK, OECD ve CMS'den elde edilen istatistiksel verilerle sağlık statüsü, sağlık harcamaları ve finansmanı, insan kaynakları, sağlık teknolojileri, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık göstergeleri boyutlarında Türkiye ve ABD sağlık sistemlerinin performansı karşılaştırılacaktır.

## **1. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ: YÖNETİM, FİNANSMAN, KAYNAK TEMİNİ VE HİZMET SUNUMU**

Türk sağlık sisteminde yer alan aktörler işlevleri doğrultusunda 4 temel başlık altında incelenebilir. Bu başlıkları sırası ile politika oluşturma, idari karar alma aktörleri, finansman aktörleri ve hizmet sunum aktörleri şeklindedir (Tengilimoğlu vd., 2015: 147):

- Politika oluşturma, Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere devlet planlama teşkilatı, özel sektör ve sivil toplum kurumları roller üstlenmektedir. Politikaların yasal zeminin hazırlanması aşaması - TBMM ve Anayasa Mahkemesi, sağlık insan gücünün yetiştirilmesi ve planlanması aşamasında ise Yüksek Öğretim Kurumu danışmanlık hizmetleri sunmaktadır.
- İdari karar alma aktörlerini Sağlık Bakanlığı ile il sağlık müdürlükleri oluşturmaktadır.
- Finansman aktörlerini ise Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, özel sigortalar ve tamamlayıcı sağlık sigortaları ve uluslararası kuruluşlar oluşturmaktadır.
- Hizmet sunumu ise kamu hastaneleri ve özel hastaneler tarafından gerçekleştirilmektedir.

Şekil 1. Türk Sağlık Sisteminin Aktörleri

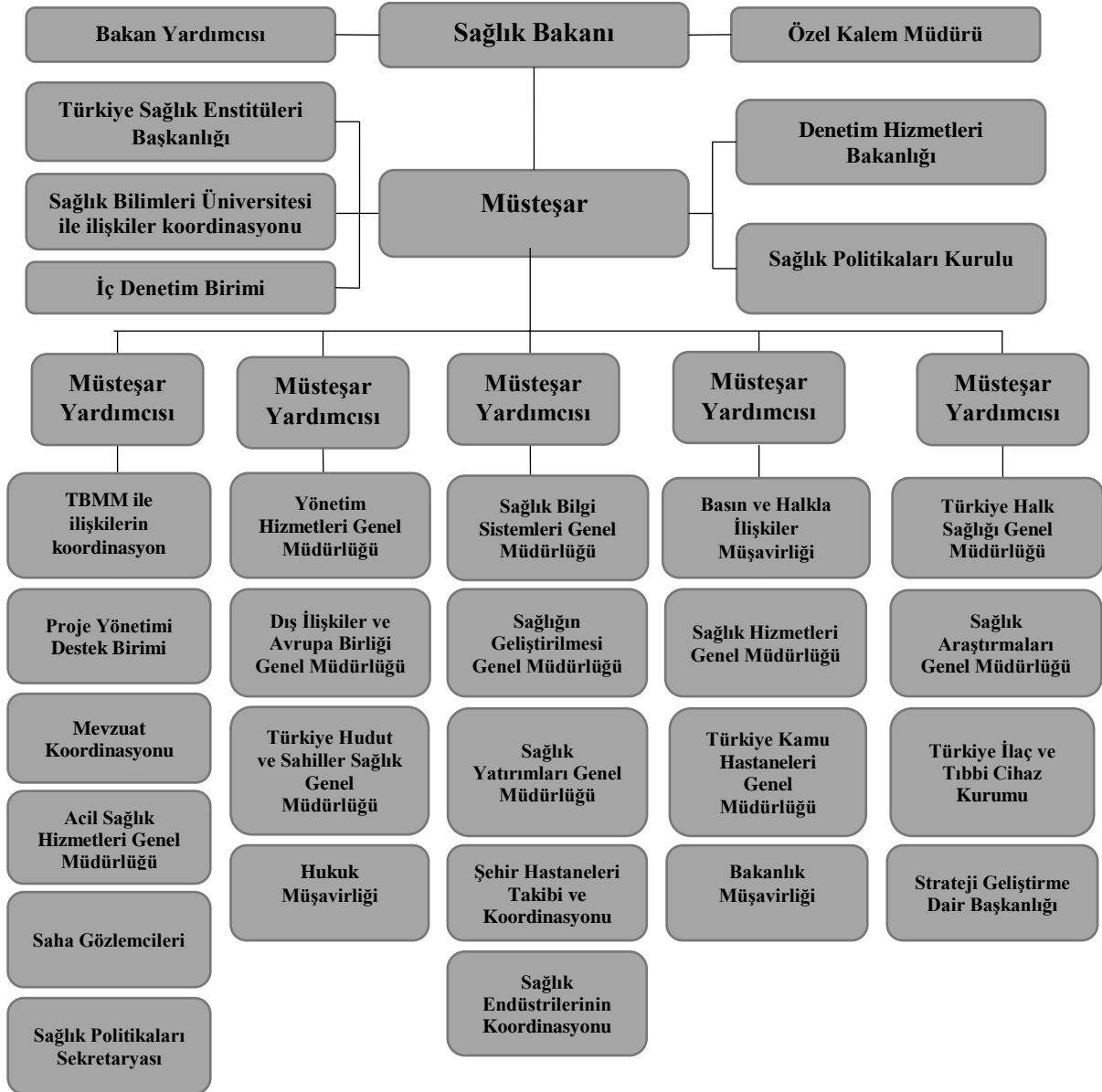


**Kaynak:** Tengilimoğlu vd., 2015: 148.

Sağlık Bakanlığı öncelikle sağlık politikaları belirlemek, ulusal sağlık stratejileri uygulamak ve doğrudan sağlık hizmetleri sunmaktan sorumludur. Bakanlığın en üst amiri pozisyonunda Sağlık Bakanı bulunmaktadır. İcraatlarından ve emri altındakilerin faaliyet ve işlemlerinden Başbakana karşı sorumludur. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılması, Bakanlığın yalnızca politika belirleyen, koordinasyon sağlayan ve sağlık piyasasını denetleyen ve düzenleyen bir kuruma dönüştürülmesi amaçlanmıştır. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmış; bu doğrultuda Bakanlık düzenleyici ve denetleyici bir yapıya kavuşturulmuştur (Dericioğulları Ergun ve Sallan Gül, 2010: 220-221).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlık teşkilat yapısı, "Bağlı Kuruluşlar", "Sağlık Politikaları Kurulu" ve "Hizmet Birimleri" şeklinde daha fonksiyonel bir yapıya dönüştürülerek hizmet sunma, politika belirleme, denetleme, kontrol, izleme ve planlamaya yönelik hizmetler arasında bir ayrıma gidilmiştir. Ayrıca yeni yapıda doğrudan bakana bağlı bir bakan yardımcılığı kadrosu tahsis edilmiştir. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile politika belirleyen ve hizmet sunan birimler ayrılmıştır. Bu noktada sağlık hizmetlerinde politikaların belirlenmesi, düzenleme ve denetiminin yapılması ile hizmet sunumuna yönelik yetki ve görevlerin merkeziyetçi bir anlayışla Sağlık Bakanlığı'nda toplanmasından dolayı ortaya çıkan sorunların giderilmesi amacıyla, Bakanlığın planlayıcı ve denetleyici kapasitesinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir (Kırılmaz, 2016: 492).

Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

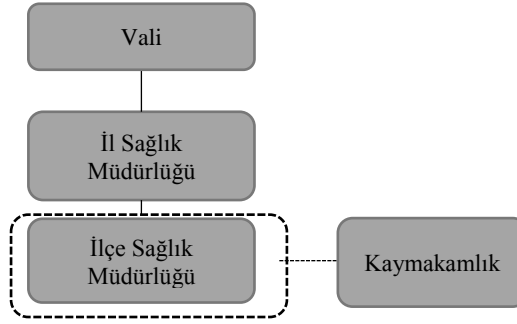


Kaynak: www.sağlık.gov.tr

Bakanlığın taşra teşkilat yapılışını içişleri bakanlığınca atanan bir vali ilde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve geliştirilmesinden birinci derece sorumludur. Taşra teşkilatında bir diğer önemli isim ise ilin validen sonra en üst sağlık yöneticisi konumunda bulunan il sağlık müdürüdür. Görevlerini yerine getirirken valiye karşı sorumludur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 85). Taşra teşkilatlanmasında gerekli görülen yerlerde ilçe sağlık müdürlükleri kurulabilir. İlçe sağlık müdürlükleri ilçedeki kaymakama karşı sorumludur.

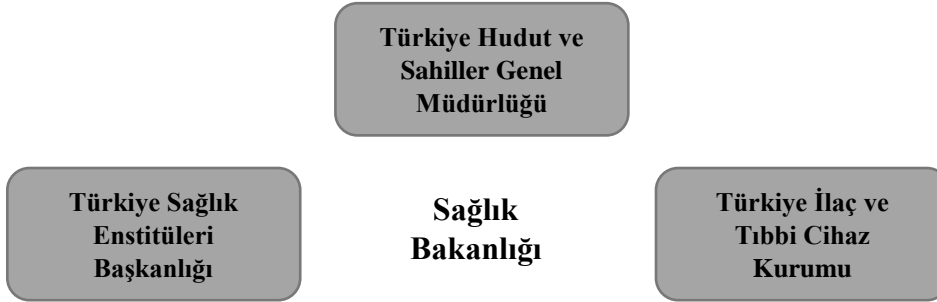
Sağlık Bakanlığı bağlı kuruluşları taşra yönetim birimlerinde de rol almaktadırlar. Bağlı kuruluşların taşra yönetim birimleri, sağlık planlama ve yatırımlarına, kadro taleplerine, başkanlığı vali veya yardımcısı tarafından yürütülen kurul kararları ile önemli ve stratejik görüş ve teklif içeren konulara ilişkin olarak Bakanlık ve kurumların merkez teşkilatlarıyla yapacakları yazışmaları, il sağlık müdürü üzerinden valilik kanalı ile yapmaktadırlar (663 sayılı KHK, 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete).

Şekil 3. Türkiye Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı



Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşları İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığından oluşmaktadır. Daha öncesinde Sağlık bakanlığına bağlı kuruluşlarca yürütülen hizmet üretme ve sunumu 2017 yılı itibari 2935 sayılı Olağanüstü Hal Kanununun 4. maddesi yasasıyla beraber değişikliğe uğramıştır. Bu değişiklikler ile beraber Türkiye Kamu hastaneler kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kaldırılmıştır. Hizmet üretimi ve sunumu SDP öncesinde olduğu gibi il sağlık müdürlükleri tarafından gerçekleştirilmektedir ( 694 sayılı KHK, 25.08.2017 tarih ve 30165 sayılı Resmi Gazete).

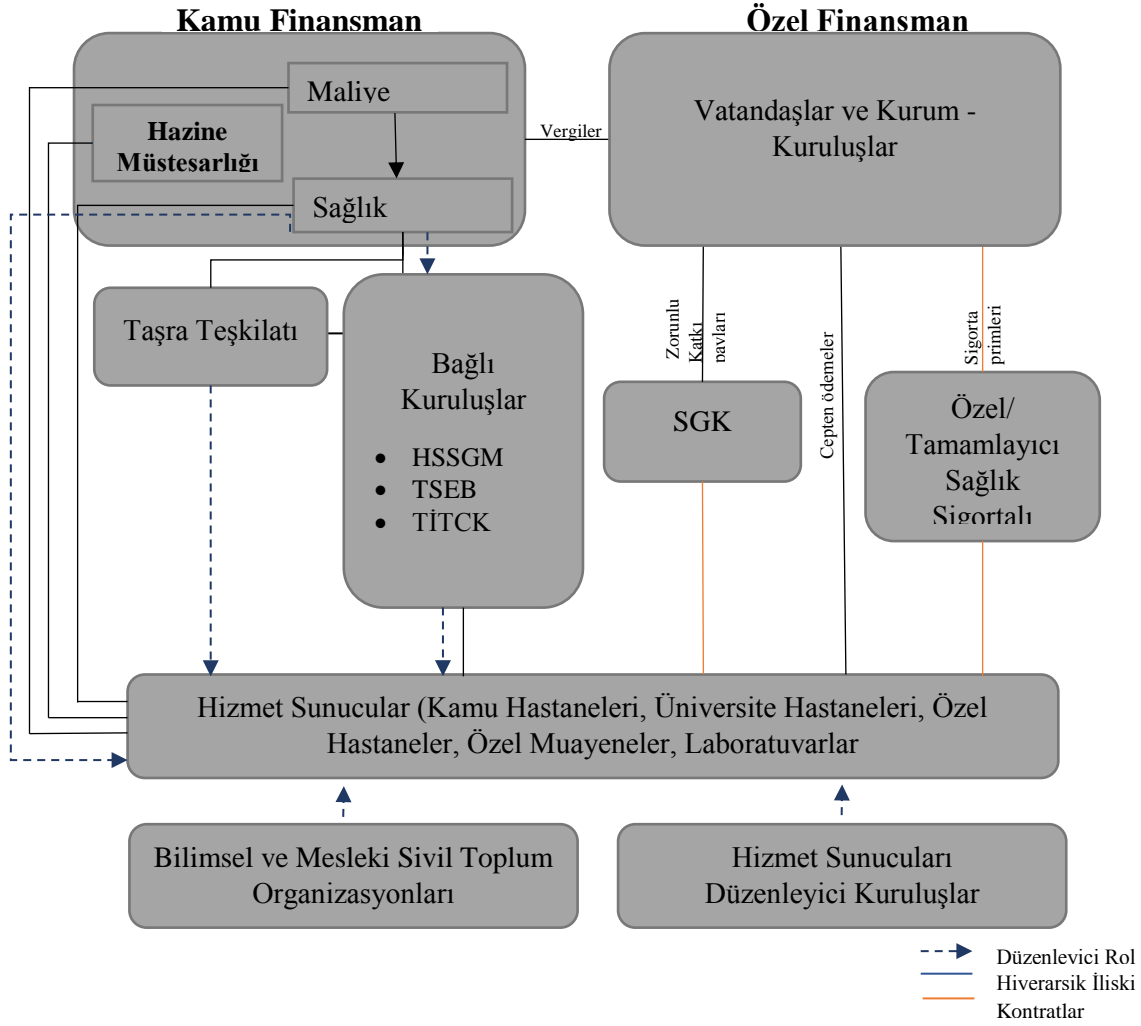
Şekil 4. Türkiye Sağlık Bakanlığı Bağlı ve İlgili Kuruluşlar



**Kaynak:** [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, ilaç, tıbbi cihaz ve kozmetik ürünlere düzenleyici, denetleyici, yönlendirici politikaları geliştirir ve bu politikaları uygulamaktadır ([www.titck.gov.tr](http://www.titck.gov.tr)). Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, bulaşıcı ve salgın hastalıkların ülkeye girmesini önlemek, Türk Boğazlarını transit geçecek veya limanlara yanaşacak olan gemilere sağlık denetimi yapmak gibi temel sorumlulukları yerine getirmekle görevlidir ([www.hssgm.gov.tr](http://www.hssgm.gov.tr)). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Bakanlığa bağlı olarak hareket eden sağlık bilim ve teknolojisi üretmek amacıyla 2015 yılında kurulmuştur. Serbest rekabet dayalı, şeffaf ve eşitliği gözeterek bilimsel araştırmalar yapılacak ve bu araştırmaları destekleyecektir. Planlı ve sürdürülebilir kalkınmaya destek sağlamak amacı ile üniversiteler ve sanayiler ile işbirliği yaparak teorik bilginin uygulanmasına katkı sağlamaktadır ([www.tuseb.gov.tr](http://www.tuseb.gov.tr)).

Şekil 5. Türkiye Sağlık Sistemi



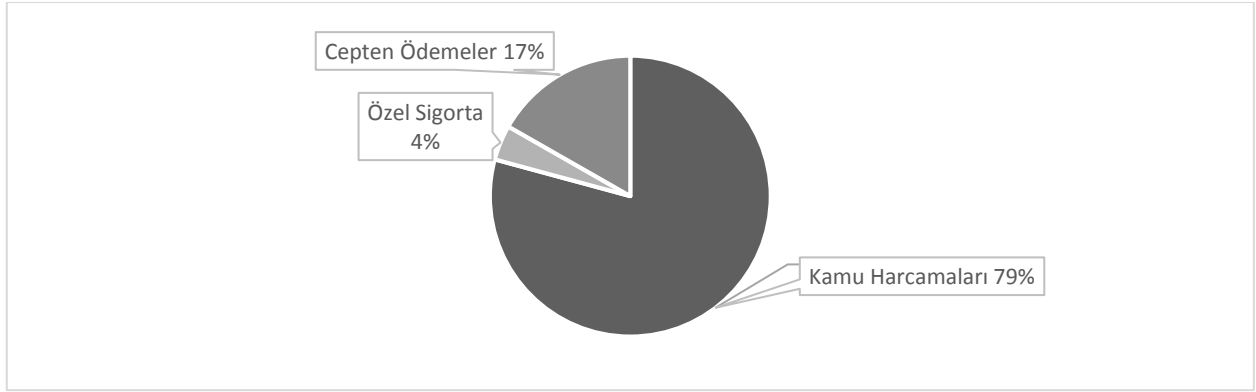
**Kaynak:** Mollahililoğlu, 2007'den uyarlanmıştır.

Türkiye sağlık sistemi finansman yapısı karma bir yapıya sahiptir. Finansman vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile gerçekleşmektedir. Finansman yapısını temel olarak özel ve kamu sektör kaynakları olarak ikiye ayırmak mümkündür. Kamu kısmında, merkezi devlet harcamaları, yerel yönetim harcamaları, SGK fonları yer almaktadır. Özel sektör kaynaklarında ise cepten yapılan ödemeler, işverenlerin işgörenler için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır (Özbay ve diğerleri, 2007: 178).

Türkiye sağlık harcamaları 2015 yılı verilerine göre 104 milyar 568 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Bu harcamanın % 16,6'sını cepten yapılan ödemeler oluştururken % 4 özel sigortalılar, % 79'unu kamu kesimi gerçekleştirmiştir. Toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki payı % 5,2 olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına düşen sağlık harcaması 984 \$ olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, OECD Health Data 2015).

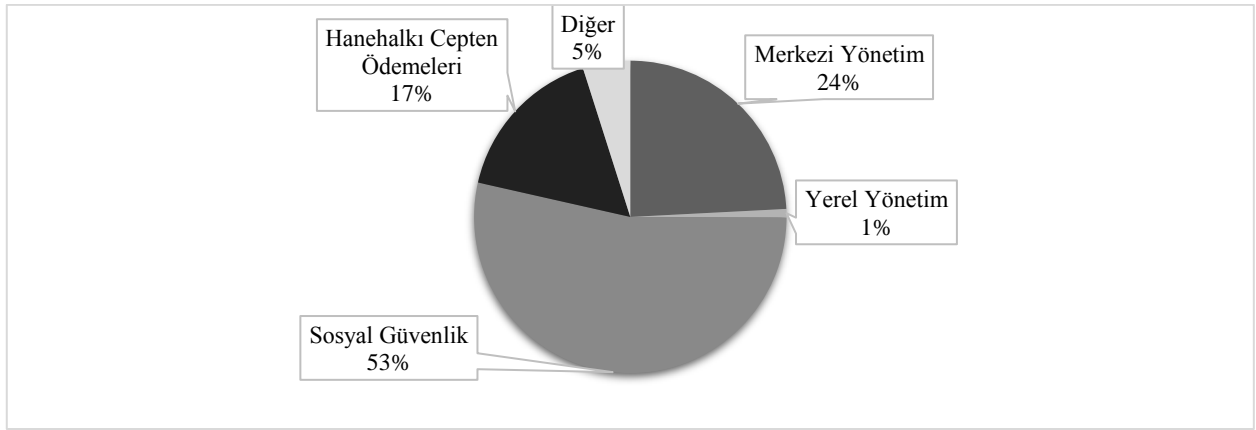


Şekil 6. Türkiye Sağlık Harcamaları



**Kaynak:** TÜİK, OECD Health Data 2016

Şekil 7. Hizmet Sunuculara göre Sağlık Harcamaları



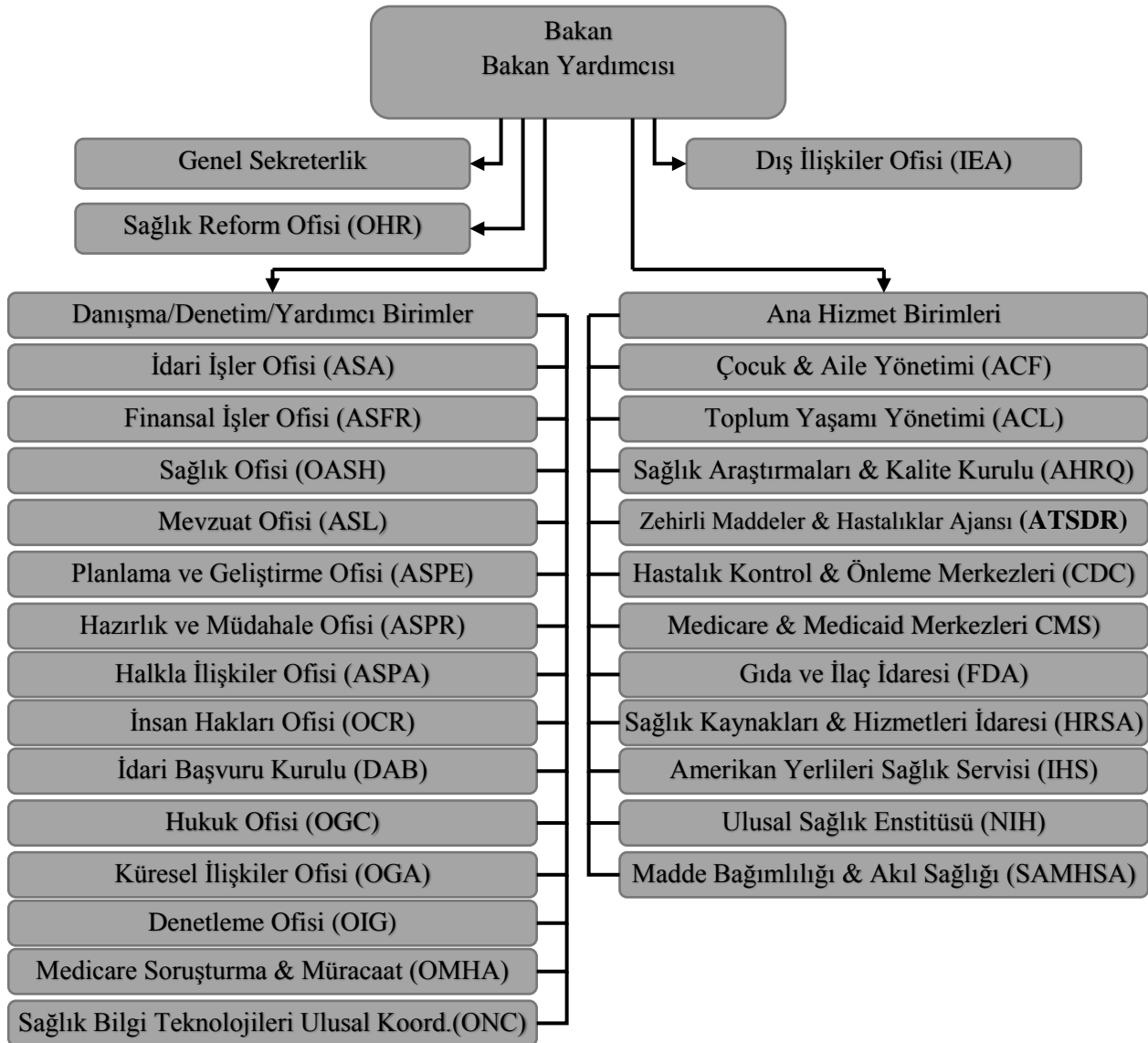
**Kaynak:** TÜİK, 2015

(\*) “Diğer” sağlık harcamaları; özel sigorta şirketleri, hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

## 2. ABD SAĞLIK SİSTEMİ: YÖNETİM, FİNANSMAN, KAYNAK TEMİNİ VE HİZMET SUNUMU

ABD sağlık sistemi; yaşlılara sunulan hizmetler bakımından ulusal sağlık sigortası modeline, gazi ve gazi çocuklarına sağlanan sağlık hizmeti bakımından Beveridge modeline, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri bakımından Bismark modeline ve %9,1'inin sağlık sigortası olmamasından dolayı da cepten ödeme modeliyle benzerlikler taşımaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 108). Farklı modellerin karması olan ABD sağlık sisteminde sağlık hizmetleri sunumu hem hükümet tarafından (federal, eyalet ve yerel düzey) hem de özel sektör tarafından sunulmaktadır (Gaydos et. al., 2012: 698; Sargutan vd, 2010: 108).

Şekil 8. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı



**Kaynak:** [www.hhs.gov/about/agencies/orgchart/index.html](http://www.hhs.gov/about/agencies/orgchart/index.html).

Hem federal hem de eyalet hükümetlerinin yürütme, yasama ve yargı dalları vardır ve federal hükümetin yürütme yetkisinin altında, Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (Health and Human Services-HHS) ABD sağlık sistemi içinde en büyük idari rolü üstlenmektedir (Rice et. al., 2013: 26). HHS ABD hükümeti vatandaşlarının sağlığını korumakla yükümlüdür. HHS'ye bağlı birimler sağlık ve sosyal bilim araştırmalarını yürütüp, hastalık salgınlarını önlemek, gıda ve ilaç güvenliğini temin etmek ve tüm vatandaşlara sağlık sigortası sağlamak için çalışmaktadırlar. HHS, her dört Amerikalıdan birine sağlık sigortası sağlayan Medicare ve Medicaid'in yanı sıra, Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH), Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ve Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezini (CDC) de denetlemektedir (whitehouse.gov).

HHS'ye bağlı kuruluşlar; Medicaid ve Medicare Hizmet Servisleri, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, Ulusal Sağlık Enstitüsü, Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi, Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurulu, Gıda ve İlaç Yönetimi, Medicaid ve Medicare Geliştirme Merkezi, Hasta Merkezli Sonuçlar Araştırma Enstitüsü olarak sıralanabilir (Sargutan vd. 2010: 192-195; Mossialos et. al., 2015: 174-175).

Medicaid düşük gelirli yetişkinler, çocuklar, hamile kadınlar, yaşlı yetişkinler ve engelliler dâhil olmak üzere milyonlarca Amerikalı için sağlık sigortası hizmeti sunmaktadır. Medicaid, eyaletler tarafından federal

gerekliliklere göre yönetilir. Program, devletler ve federal hükümet tarafından ortaklaşa finanse edilmektedir (medicaid.gov). Medicare programı ise yaşlıları ve sakatları sigorta kapsamına almaktadır. Medicare, Hastane Sigorta Fonu Tröstü ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tröstü tarafından finanse edilmektedir (medicare.gov).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), Amerika'yı sağlık, emniyet ve güvenlik tehditlerine karşı koruma görevini üstlenmektedir. CDC ülkeyi pahalı ve tehlikeli sağlık tehditlerine karşı koruyan sağlık bilgileri sağlar ve bunlar ortaya çıktığında tepki verir (cdc.gov).

Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH), sağlığın iyileştirilmesi ve hayat kurtaran önemli keşifler üreten tıbbi araştırma ajansıdır. Dünya çapında önde gelen, en büyük biyomedikal araştırma merkezidir. NIH yaşam sistemlerinin doğası ve davranışları hakkında temel bilgiler arayan ve bu bilgileri sağlığın geliştirilmesinde, yaşam süresinin uzatılmasında, hastalık ve sakatlıkların azaltılmasında kullanan enstitüdür (nih.gov).

Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi (HRSA), kaliteli hizmetleri, vasıflı bir sağlık çalışanı ve yenilikçi programlara erişim yoluyla sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık eşitliği sağlanması için birincil Federal kurumdur. HRSA programları coğrafi olarak izole edilmiş, ekonomik veya tıbbi açıdan savunmasız olan insanlara sağlık hizmeti sunmaktadır (hrsa.gov).

Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurulu (AHRQ); sağlık hizmetlerinin daha güvenli, daha kaliteli, daha erişilebilir, eşit ve uygun fiyatlı hale getirilmesi için kanıtlara dayalı araştırmalar yapan, bu araştırmalar sonucunda elde edilen bulguları HHS ve diğer kuruluşların kullanımına sunan kuruldur (ahrq.gov).

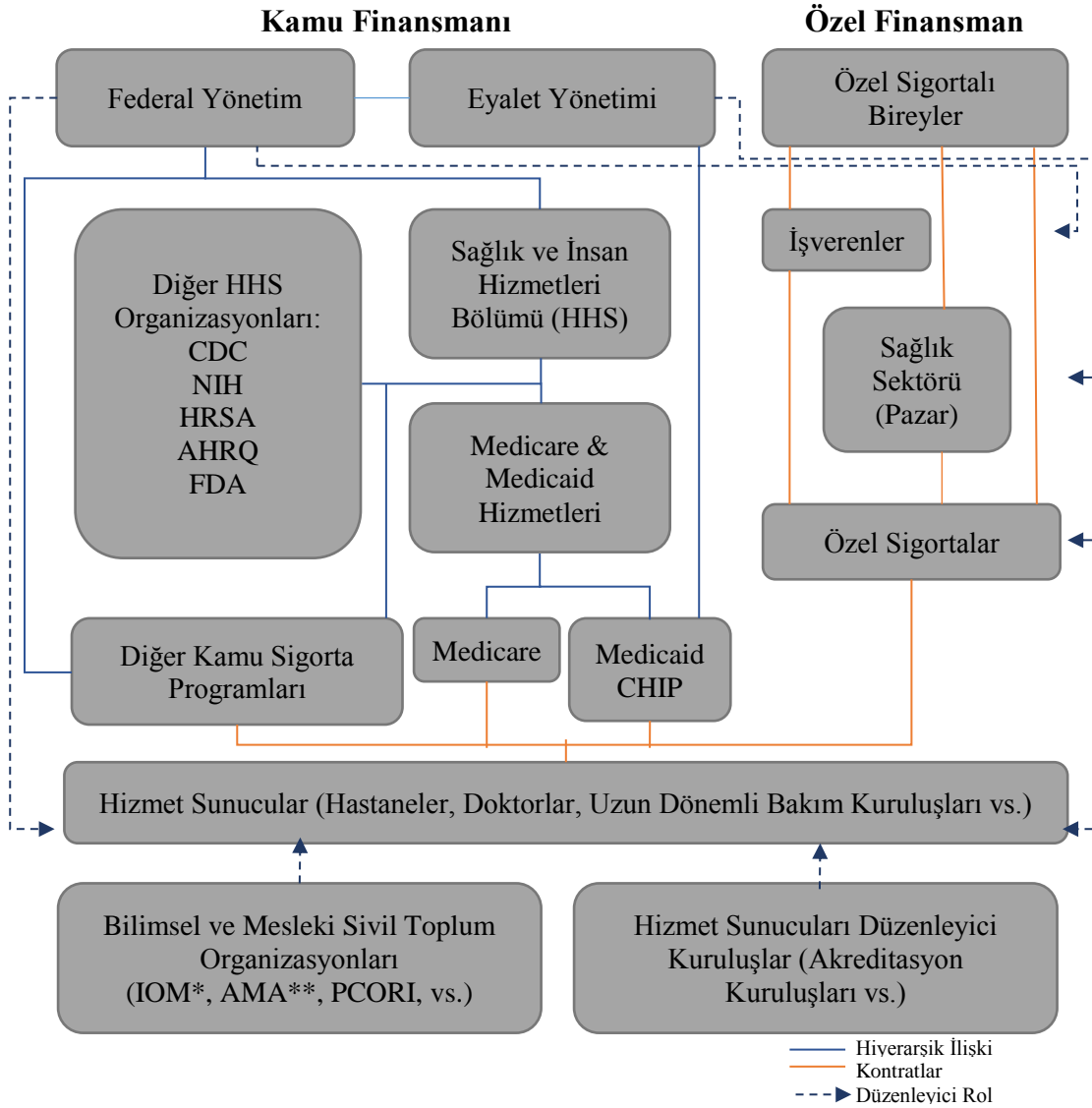
Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), insan ve veteriner ilaçları, biyolojik ürünler ve tıbbi cihazların güvenliğini ve etkililiğini sağlayarak ve ülkenin gıda tedarikinin, kozmetik ürünlerinin ve radyasyon yayan ürünlerin güvenliğini sağlayarak halk sağlığını korumakla yükümlüdür (fda.gov).

Medicaid ve Medicare Geliştirme Merkezi; Medicare ve Medicaid programlarında kaliteyi ve hizmet sunumunu geliştirmek için geliştirilen modellerin denemelerini yapmakla yükümlüdür (innovation.cms.gov).

Çocuk Sağlık Sigortası Programı (CHIP) Medicaid ile birlikte eyaletler tarafından yönetilmektedir. CHIP programı Medicaid kapsamına giremeyen ancak düşük gelirli olan ailelerin çocuklarını sigorta kapsamına almak amacıyla geliştirilmiştir. CHIP programının finansmanı ise federal hükümet ve eyaletler tarafından sağlanmakta olup, sigortalılardan gelirlerinin %5'ini geçmeyecek şekilde aileden alınan katkı payları ile sağlanır (Gaydos et. al., 2012: 698).

Bağımsız, kar amacı gütmeyen bir sivil toplum kuruluşu olan Hasta Merkezli Sonuçlar Araştırma Enstitüsü (PCORI)'nin amacı hastalar ve onlara bakım hizmeti verenler için mevcut olan birçok sağlık seçeneği arasından hangisinin belirli koşullar altında en iyi sonuç verebileceğini belirlemektir. Bu amaçla hastalara, hizmet sunuculara, işverenlere, sigorta şirketlerine ve politika yapıcılara bilinçli sağlık kararları verebilmeleri için doneler sunmak için çalışmalar yürütür (pcori.org).

Şekil 9. ABD Sağlık Sistemi



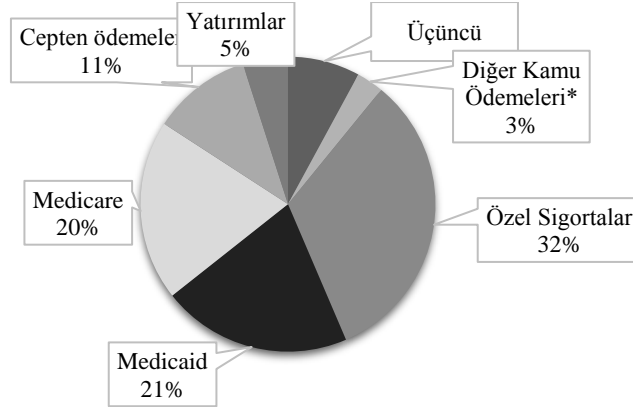
**Kaynak:** Mossialos et. al. (2015:175).

\*IOM (International Organization For Migration- Ülkenin Sağlıkını Geliştirmek için hükümete dışında kar amacı gütmeyen, politika oluşturuculara ve özel sektöre danışman rolü oynayan bir kuruluştur.)

\*\*AMA (American Medical Association- Sağlık politikalarına ilişkin öneri ve lobi faaliyetleri yürüten kuruluştur.)

ABD 2015 yılında gayri safi yurt içi hasılanın %16,9'unu sağlığa harcamıştır. Sağlık hizmetleri gelirleri özel ve kamusal kaynaklardan sağlanmaktadır. Şekil 10'da ABD sağlık hizmetleri gelirlerinin nerelerden geldiği görülmektedir. Şekilde görüldüğü üzere ABD sağlık hizmetleri gelirlerinin büyük kısmını özel sigortalardan elde edilen gelirler oluşturmaktadır (1.056.000.000 \$). Özel sigortaları Medicare (640.000.000 \$) ve Medicaid (672.000.000 \$) programları takip ederken cepten yapılan sağlık harcamalarının (352.000.000 \$) oranı da oldukça yüksektir. Bunların dışında üçüncü taraf ödeyiciler (256.000.000 \$), yatırımlar (160.000.000 \$) ve diğer kamu ödemeleri (96.000.000 \$) bulunmaktadır.

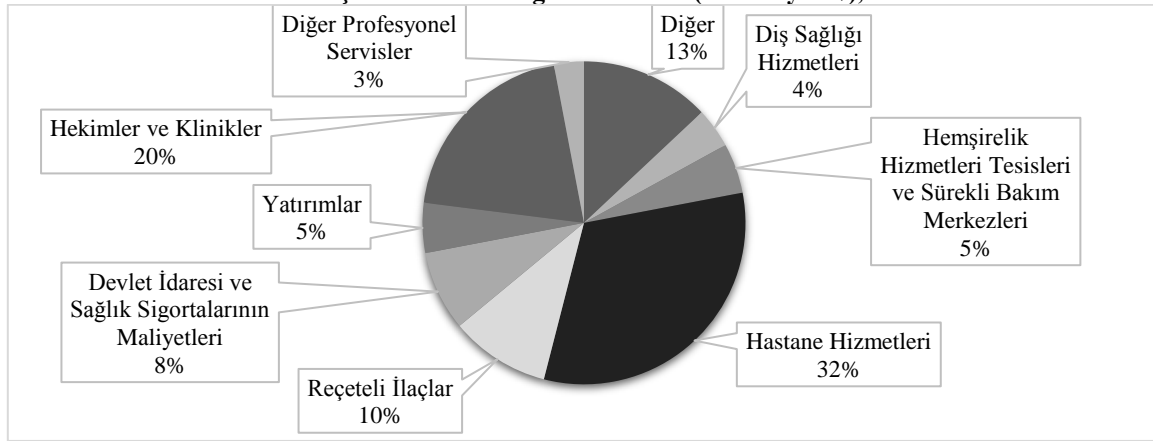
Şekil 10. ABD Sağlık Gelirleri (3.2 Trilyon \$), 2015



**Kaynak:** Centers for Medicare & Medicaid Services (cms.gov.)

Şekil 11’de ise elde edilen gelirlerin nereler harcandığına ilişkin veriler bulunmaktadır. Buna göre ABD’de ettiği 3.2 trilyon dolarlık gelirin 1.024 trilyon dolarını hastane hizmetlerine 640 milyar dolarını hekimlere ve kliniklere, 160 milyar dolarını hemşirelik hizmeti merkezleri ve sürekli bakım merkezlerine, 416 milyar dolarını medikal tüketim malzemeleri, diğer sağlık merkezleri ve personel bakımı, evde bakım hizmetleri, kamu sağlık aktiviteleri gibi hizmetlere, 320 milyar dolarını reçeteli ilaçlara, yönetim ve sigorta maliyetlerin 256 milyar dolarını, 160 milyar dolarını hemşirelik hizmetleri ve sürekli bakım merkezlerine ve yine 160 milyar dolarını sağlık yatırımlarına, 128 milyar dolarını dış sağlığı hizmetlerine ve 96 milyar dolarını diğer profesyonel servislere harcamaktadır.

Şekil 11. ABD Sağlık Giderleri (3.2 Trilyon \$), 2015



**Kaynak:** Centers for Medicare & Medicaid Services (cms.gov.)

Geçmişten günümüze ABD sağlık reformlarına ana başlıklar halinde değinecek olursak:

- 1965 yılında sağlık hizmetlerine herkesin ulaşabilmesi için Medicaid ve Medicare programları oluşturulmuştur (hhs.gov (A)).
- 1979 yılında HHS kurulmuş ve merkezde proje yürüten uygulamaları ise alt birimlere bırakan bir yapı şeklini almıştır (Sargutan vd., 2010:192).
- 1983 yılında Medicare programında önemli değişiklikler yapılmıştır, hastaneler için geri ödeme sistemi olarak DRG onaylanmıştır (Scott, 1984: 330).

-1997 Dengelenmiş Bütçe Yasası ile Medicare programına eklemeler yapılmış ayrıca ABD Çocuk Sağlık Sigortası Hükümet Programı devreye sokulmuştur (wikipedia.org).

-1999 yılında imzalanan The Ticket to Work and Work Incentives Improvement (Çalışma Yaşamına Giriş ve Çalışma Teşvikinin Geliştirilmesi) yasası ile milyonlarca engelli ABD vatandaşı, Medicaid ve Medicare kapsamından çıkartılma korkusu olmaksızın iş gücüne katılma hakkı kazanmıştır. Yasa aynı zamanda, engelli insanlar için istihdam hizmetleri sistemini modernize etmeyi amaçlamıştır (hhs.gov (A)).

-2001 yılında Sağlık Bakımı Finansmanı İdaresinin yerine, Medicare ve Medicaid Merkezi kurulmuştur (hhs.gov (A)).

ABD sağlık sisteminin en önemli sağlık reformu olarak kabul edilen Affordable Care Act (ACA) 2010 senesinde yasalasmıştır. ACA ile sağlık sigortaları hakkında önemli düzenlemeler yapılmıştır. ACA bütün vatandaşların zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmesi, Medicaid programının eyaletlerde genişletilmesi ve düşük gelirli bireylerin sigortalanması amaçlamaktadır (Rice et. al., 2013: 301). Ayrıca sağlık sigortacılığında rekabetin önü açılmıştır (ACA, 2010: 69). ACA ile sağlık sigortalarını kısıtlayıcı bir takım düzenlemelerde yapılmış, sigortaların bir takım yanlışlar veya uygulama hataları nedeniyle sigortalıyı sigorta kapsamı dışı bırakmasının önünü kapatılmıştır. Ayrıca Medicare kapsamındaki bireylerin temel önleyici hizmetleri ücretsiz alabilmesi sağlanmıştır (hhs.gov (B)).

2015 yılında hekimlere hasta muayene ve girişimsel işlem sayılarına göre değil, ürettikleri kaliteye göre ödeme yapılmasını sağlayacak bir ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Böylelikle daha yüksek kalitede hizmet veren doktorların daha düşük kalitede hizmet veren doktorlardan daha fazla ödeme alabilmelerine imkan sağlanmıştır (hhs.gov (B)).

2017 senesinde ise ABD Başkanının değişmesinin akabinde vatandaşlara çok fazla mali yük yüklediği gerekçesi ile ACA yasa tasarısının geri çekilmesi gündeme gelmiştir. Ancak mevcut durum ve ACA'nın ABD sağlık sistemine entegre olması nedeniyle bu iptal girişimi geri alınmıştır. Trump, mevcut sistem içerisinde ACA'nın kendi kendine işlemez hale gelmesini beklemenin en doğru şey olduğunu ifade etmiştir (www.nytimes.com).

### **3. TÜRKİYE VE ABD SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI**

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye ve ABD sağlık sistemlerine değinildikten sonra iki ülkenin sağlık göstergelerinin karşılaştırılması yapılacaktır. Söz konusu iki ülke sağlık göstergeleri, sağlık harcamaları, finansman, sağlık insan gücü, sahip olunan teknoloji, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım gibi kriterler bakımından karşılaştırılacaktır.

Öncelikle iki ülkeyi OECD verilerine göre nüfus bakımında karşılaştıracak olursak, Türkiye 2000 yılında 67 milyon 803 bin nüfusa sahipken, ABD 282 milyon 162 bin nüfusa sahipti. Türkiye 2015 yılında %18'lik bir artışla 78 milyon 741 bin nüfusa ulaşırken ABD % 14'lük bir artışla 321 milyon 191 bin nüfusa ulaşmıştır. Türkiye nüfusunun 2000 yılında 3 milyon 580 bini 65 yaş ve üzeri nüfusu oluştururken ABD'de bu rakam 35 milyon 60 bindir. 2015 yılına gelindiğinde ise Türkiye yaşlı nüfus sayısı 6 milyon 193 bin olurken, ABD yaşlı nüfus sayısı 47 milyon 819 bine ulaşmıştır. Ülkelerin nüfuslarına ilişkin bilgilerden sonra, kişi başına düşen hemşire ve doktor sayılarına bakılacak olursa, OECD verilerine göre ABD'de 2000 yılında 407 kişiye bir doktor düşerken bu sayı Türkiye'de 795 kişiye bir doktor düşmekteydi. 2013 yılında bu sayı Türkiye için 506 kişiye bir doktor olurken, ABD için 370 kişiye bir doktor şeklinde gelişmiştir. Her iki ülke içinde hekim başına düşen hasta sayısı azalma göstermiş olmasına rağmen Türkiye'de %26 azalma gösterirken ABD'de %9 oranında bir azalma görülmektedir. Bu da Türkiye'nin hekim sayısındaki artışın ABD'ye oranla daha etkili olduğunu göstermektedir. Hemşire sayısı ise Türkiye'de 2000 yılından 2014 yılına 72.882 artarken ABD'de 673.640 artmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık Personeli Sayıları

Ülke	Toplam Sağlık Personeli		1000 Kişi Başına		Toplam Hekim Sayısı		1000 Kişi Başına		Toplam Hemşire Sayısı		1000 Kişi Başına	
	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD
2000	479.000	14.933.000	7,28	52,92	85.242	692.368	1,3	2,45	69.550	2.869.140	1,06	10,17
2001	462.000	15.313.000	7,09	53,74	89.804	713.375	1,38	2,5	72.607	2.901.780	1,11	10,18
2002	506.000	15.900.000	7,67	55,28	91.949	719.431	1,39	2,5	72.393	2.931.820	1,1	10,19
2003	522.000	16.434.000	7,82	56,65	94.466	736.211	1,41	2,54	74.483	2.929.020	1,12	10,1
2004	456.000	16.661.000	6,75	56,9	97.110	744.143	1,44	2,54	75.753	3.014.710	1,12	10,3
2005	511.000	16.910.000	7,47	57,22	100.853	762.438	1,47	2,58	78.182	3.078.090	1,14	10,42
2006	569.000	17.416.000	8,21	58,37	104.475	766.836	1,51	2,57	82.626	3.137.530	1,19	10,52
2007	560.000	17.834.000	7,98	59,2	108.402	776.554	1,55	2,58	94.661	3.187.580	1,35	10,58
2008	594.000	18.233.000	8,36	59,96	113.151	784.199	1,59	2,58	99.910	3.273.260	1,41	10,76
2009	591.000	18.632.000	8,2	60,74	118.641	792.805	1,65	2,58	105.176	3.312.440	1,46	10,8
2010	590.000	18.907.000	8,07	61,12	123.447	794.862	1,69	2,57	114.772	3.385.310	1,57	10,94
2011	693.000	18.902.000	9,34	60,64	126.029	809.492	1,7	2,6	124.982	3.453.710	1,68	11,08
2012	808.000	19.405.000	10,75	61,78	129.772	826.001	1,73	2,63	134.906	3.498.450	1,79	11,14
2013	858.000	19.562.000	11,27	61,81	133.775	854.698	1,76	2,7	139.544	3.521.350	1,83	11,13
2014	972.000	19.577.000	12,59	61,4	135.616	---	1,76	---	142.432	3.558.920	1,85	11,16

Kaynak: OECD Stats

Hastane ve hastane yatağı sayılarına ilişkin OECD verileri incelendiğinde Türkiye’de 2006 yılında toplam hastane sayısı 1.161 iken bu hastanelerin 820’si kamu, 341’i özel hastaneydi. ABD’de ise 2006 yılında 5.747 hastane bulunurken bunların 1.594’ü kamu, 3.067’si kar amacı gütmeyen özel hastane ve 1.086’sı ise kar amacı güden hastaneydi. 2013 yılında ise Türkiye’de hastane sayısı 1.517 olurken bunların 951’ini kamu 566’sını özel hastaneler oluşturmuştur. Türkiye’de 2006-2013 yılları arası hastane sayısı %30 artmıştır. ABD’de ise hastane sayısı 2013’te 5.686 olurken bunların 951’i kamu, 3.024’ü kar amacı gütmeyen özel hastaneler ve 1.221’i kar amacı güden hastanelerden oluşmaktaydı. ABD hastane sayısı bu yıllar arasında %1’lik bir azalma göstermiştir. Hastane yatağı sayıları içinse 2000 yılından 2013 yılına Türkiye’deki yatak sayısı 202031 olarak %33 artış gösterirken ABD yatak sayısı %7 azalma göstermiştir (Tablo 2).

Genel olarak Türkiye ve ABD için nüfus ve yaşlı nüfus sayısında artış görülmesine rağmen ABD’de hastane ve yatak sayısında azalma görülmüş, Türkiye’de ise tam tersi ciddi artışlar görülmüştür. Yaşlanan nüfusun sağlık hizmeti ihtiyacının artacağı göz önüne alındığında ABD sağlık sisteminin bir takım problemler ile karşılaşması bu veriler ışığında muhtemel olarak görülmektedir. Bu noktada Türkiye’nin Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkili olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

**Tablo 2. Hastane Yatak Sayıları**

Ülke	Toplam Yatak Sayısı		1000 Kişi Başına		Kamu Hastaneleri		1000 Kişi Başına		Kar Amacı Gütmeyen Özel Hastane		1000 Kişi Başına		Özel Hastaneler		1000 Kişi Başına	
	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD	Türkiye	ABD
2000	134.950	983.628	2,05	3,49	122.208	258.447	1,86	0,92	0	596.091	0	2,11	12.742	129.090	0,19	0,46
2001	140.710	987.440	2,16	3,47	128.087	260.890	1,97	0,92	0	598.382	0	2,1	12.623	128.168	0,19	0,45
2002	148.571	975.962	2,25	3,39	135.358	254.644	2,05	0,89	0	594.719	0	2,07	13.213	126.599	0,2	0,44
2003	149.565	965.256	2,24	3,33	135.749	248.539	2,03	0,86	0	589.427	0	2,03	13.816	127.290	0,21	0,44
2004	150.807	955.885	2,23	3,26	137.164	244.250	2,03	0,83	0	581.688	0	1,99	13.643	129.947	0,2	0,44
2005	155.072	946.997	2,27	3,2	140.115	241.441	2,05	0,82	0	574.838	0	1,95	14.957	130.718	0,22	0,44
2006	158.442	947.412	2,29	3,18	142.259	241.343	2,05	0,81	0	573.054	0	1,92	16.183	133.015	0,23	0,45
2007	162.100	945.199	2,31	3,14	143.125	243.956	2,04	0,81	0	567.957	0	1,89	18.975	133.286	0,27	0,44
2008	167.283	951.045	2,35	3,13	144.803	241.816	2,04	0,8	0	570.303	0	1,88	22.480	138.926	0,32	0,46
2009	172.738	944.277	2,4	3,08	146.018	234.991	2,03	0,77	0	569.941	0	1,86	26.720	139.345	0,37	0,45
2010	184.339	941.995	2,52	3,05	153.856	231.177	2,1	0,75	0	568.610	0	1,84	30.483	142.208	0,42	0,46
2011	188.047	924.333	2,53	2,97	153.449	217.751	2,07	0,7	0	560.899	0	1,8	34.598	145.683	0,47	0,47
2012	200.072	920.829	2,66	2,93	161.358	212.308	2,15	0,68	0	556.851	0	1,77	38.714	151.670	0,51	0,48
2013	202.031	914.513	2,65	2,89	160.894	207.914	2,11	0,66	0	555.631	0	1,76	41.137	150.968	0,54	0,48
2014	206.836	---	2,68	---	163.069	---	2,11	---	0	---	0	---	43.767	---	0,57	---

**Kaynak:** OECD Stats

Tablo 3’de Türkiye ve ABD’de sağlık sigortasına sahip nüfusun oranları görülmektedir. Bu oranlara göre Türkiye’nin 2002-2014 yılları arasında sağlık sigortası kapsamının genişlediği açıkça görülmektedir. ABD’de ise sadece %3,7’lik bir kapsama artışı görülmektedir. Özellikle Medicaid, Medicare ve CHIP gibi çok kapsamlı koruma programlarının varlığına rağmen ABD sigorta kapsamı daha dar kalmıştır. Türkiye’de 2002 yılında sigortalı nüfusun neredeyse tamamı kamu sigortası koruması altındayken ABD’de bu oran %24,1’dir. Özel sağlık sigortası kapsamında olan nüfusun oranı ise %68,6’dır.

**Tablo 3. Sağlık Sigortasına Sahip Nüfusun Oranı (%)**

Ülke	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Türkiye	69,8	71,6	83,8	86,6	90,3	93,2	93,2	94,0	96,2	97,6	98,2	98,0	98,4
Kamu	69,8	71,6	83,8	86,6	90,3	93,2	93,2	94,0	96,2	97,6	98,2	98,0	98,4
Özel	1,0	1,0	1,2	1,4	1,8	2,5	3,1	2,5	2,8	4,6	5,5	5,6	5,8
ABD	84,8	85,4	85,5	85,4	84,9	85,3	85,2	81,3	84	84,9	85,3	85,5	88,5
Kamu	24,1	25,2	25,4	26,2	27,4	27,4	28,5	26,4	30,8	31,8	32,6	33,0	34,5
Özel	68,6	68,2	67,7	67,1	65,2	65,5	64,4	62,3	60,6	60,6	60,3	60,1	61,6

**Kaynak:** OECD Stats

Tablo 4’de Türkiye ve ABD’nin sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranları görülmektedir. Bu oranlara bakıldığında ABD’nin GSYİH’dan sağlık harcamalarına ayırdığı miktarın Türkiye’nin çok üzerinde olduğu görülmektedir. 2000 yılından 2015 yılına Türkiye’nin GSYİH’dan sağlık harcamalarına ayırdığı oran sadece %0,5’lik bir artış gösterirken ABD için bu artış %4,4 olmuştur.



**Tablo 4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)**

Ülke	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Türkiye	4,7	5,0	5,2	5,2	5,1	5,1	5,4	5,5	5,5	5,8	5,3	5,0	5,0	5,1	5,1	5,2
<b>Kamu</b>	2,9	3,4	3,7	3,7	3,7	3,5	3,7	3,8	4,0	4,7	4,2	4,0	3,9	4,0	3,9	4,0
<b>Özel</b>	1,8	1,6	1,5	1,5	1,4	1,6	1,7	1,7	1,5	1,1	1,1	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2
ABD	12,5	13,2	14,0	14,5	14,5	14,5	14,7	14,9	15,3	16,4	16,4	16,4	16,4	16,4	16,6	16,9
<b>Kamu</b>	5,5	5,9	6,3	6,5	6,5	6,6	6,8	6,9	7,2	7,9	7,9	7,9	7,9	8,0	8,2	8,4
<b>Özel</b>	7,0	7,3	7,7	8,0	8,0	7,9	7,9	8,0	8,1	8,5	8,5	8,5	8,5	8,4	8,4	8,5

**Kaynak:** OECD Stats

OECD verileri kapsamında Türkiye ve ABD sağlık hizmetleri kullanımının incelemesi Tablo 5'te görülmektedir. Buna göre Türkiye'de bir birey 2000 yılında ortalama 2,8 kere muayene olurken, ABD'de bu sayı 3,7'dir. 2000 yılından 2010 yılına kadar bu sayı Türkiye için giderek artış göstermiş ve yılda 7,3'e ulaşmışken ABD'de bu sayı 4 bandına yükselmiştir. Türkiye'de düzenli olarak artan muayene sayısı ABD'de dalgalanma göstermektedir. Bu noktada akla iki soru gelebilir. Birincisi acaba Türkiye Sağlık Reformları gereksiz kullanımı mı teşvik etti? İkinci soru ise ABD sağlık reformlarının temelinde olan hizmete erişimin artırılması isteği tersine mi döndü? Bu iki sorunun cevaplanması Türk ve ABD sağlık sistemleri için son derece önemlidir.

Bir diğer sağlık hizmetleri kullanımı verisi olan bağışıklamada ise Türkiye ABD'nin gerisinde kalmaktadır. Buna göre Türkiye'de çocukların %85'i 2000 yılında Difteri, Tetanos, Boğmaca gibi hastalıklara karşı aşılanmışken ABD'de bu oran %94'tür. Yine aynı yıl Türkiye'de çocukların %87'si kızamığa, %71'i ise Hepatit B'ye karşı aşılanmışken ABD'de bu oranlar sırasıyla %91 ve %90'dır. Ancak yapılan reformlar neticesinde Türkiye 2014 yılında aşılanmış çocuk oranında ABD'yi yakalamış; Difteri, Tetanos, Boğmaca aşılmasında ABD'nin oranı %94 iken Türkiye'nin %96, Kızamık aşısında ABD %91 iken Türkiye %94 ve Hepatit B aşısında ABD %90 iken Türkiye %96 oranına ulaşmıştır. Bu da sağlıklı nesiller yetiştirmek adına Türkiye'nin reformlarının daha başarılı olduğu sonucunu doğurmaktadır.

Hastane yatış süresinde ise ABD 2000-2010 yılları arasında 4,9 ile 4,8 gün arasında bir ortalama sabit kalırken Türkiye'de gittikçe kısalan bir hastane yatış oranı göze çarpmaktadır. Buna göre Türkiye'de hastane yatış süresinde 2000 yılında 6 gün olan ortalama süreyi 2010 yılına gelindiğinde 4,1 güne kadar düşürmüştür. Bu da az önce sorulan "Türkiye gereksiz kullanımı mı teşvik ediyor?" sorusunun sadece ayaktan hastalar için soru işareti olarak kaldığını, yatarak tedavi gören hastalar için durumun daha iyi olduğunu göstermektedir.

**Tablo 5. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına İlişkin Veriler**

	Ülke	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Kişi Başına Muayene Sayısı	<b>Türkiye</b>	2,8	3	3,2	3,4	3,8	4,7	5,3	6,1	6,7	7,3	7,3	8,2	8,2	8,2	8,3
	<b>ABD</b>	3,7	4,1	4,1	3,9	3,8	4	3,8	4	3,9	4,1	4	---	---	---	---
Bağışıklama (%) (Difteri, Boğmaca, Tetanos)	<b>Türkiye</b>	85	88	78	68	85	90	90	96	96	96	97	97	97	98	96
	<b>ABD</b>	94	94	94	96	96	96	96	95	96	95	95	95	96	94	94
Bağışıklama (%) (Kızamık)	<b>Türkiye</b>	87	91	83	75	81	91	98	96	97	97	97	98	96	98	94
	<b>ABD</b>	91	91	91	93	93	92	92	92	92	90	92	92	92	91	91
Bağışıklama (%) (Hepatit B)	<b>Türkiye</b>	71	77	72	68	77	85	82	96	92	94	96	96	97	97	96
	<b>ABD</b>	90	89	88	92	92	93	93	94	94	92	92	92	91	90	90
Hastane Yatış Süresi (Gün)	<b>Türkiye</b>	6	5,6	5,8	5,9	5,9	---	---	5	4,3	4,3	4,1	3,9	4	3,9	4
	<b>ABD</b>	4,9	4,9	4,9	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,9	4,9	4,8	---	---	---

**Kaynak:** OECD Stats

Tablo 6’da Türkiye ve ABD’nin sahip oldukları sağlık teknolojilerine ilişkin veriler yer almaktadır. Veriler incelendiğinde Türkiye’nin yaklaşık 4 katı daha fazla nüfusa ve 4 katı daha fazla hastaneye sahip olan ABD’nin sahip olduğu Tomografi, MR, PET, Gama Kamerası, Anjiyografi Ünitesi, Mamografi ve Radyo Terapi Ünitesi sayıları Türkiye’nin sahip olduğundan 10 katından daha fazladır.

**Tablo 6. Sağlık Teknolojisi**

	Ülke	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Tomografi</b>	Türkiye	838	904	974	1017	1058	1071	---
	ABD	---	---	12740	13775	13745	13065	13150
<b>MR</b>	Türkiye	625	678	709	720	751	757	---
	ABD	---	9750	---	10815	11220	12135	12515
<b>PET</b>	Türkiye	42	40	47	71	85	101	---
	ABD	---	---	1450	1570	---	1635	1645
<b>Gama Kamerası</b>	Türkiye	163	171	172	218	252	260	---
	ABD	---	---	15900	---	14825	---	---
<b>Anjiyografi Ünitesi</b>	Türkiye	256	264	320	344	354	363	---
	ABD	3180	---	---	---	---	---	---
<b>Mamografi</b>	Türkiye	668	638	727	936	905	903	---
	ABD	12813	12445	12299	12474	13010	13795	---
<b>Radyo Terapi Ünitesi</b>	Türkiye	134	131	150	180	192	196	---
	ABD	---	3495	3880	3915	---	---	---

**Kaynak:** OECD Stats

Tablo 7’de ise Türkiye ve ABD’ye ait farklı gruplar için doğumda beklenen yaşam süresi ve ölüm oranları verilmiştir. Buna göre Türkiye için 2000 yılında beklenen ortalama yaşam süresi 71,1 yıl iken 2014 yılında 78’e yıla yükselmiştir. ABD için ise 2000 yılında 76,7 yıl doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 2014 yılında 78,8’e yükselmiştir. Bu göstergeler Türkiye’nin geçen süre zarfında sağlık alanında daha başarılı hamleler yaptığını ortaya koymaktadır.

Ölüm oranlarında ise Türkiye’nin durumu ABD’ye göre daha kötüdür. Türkiye’de toplam ölüm oranı 2009 yılında 100.000’de 835,7 iken 2013 yılında 898,4 olmuştur. Aynı yıllarda ABD’de bu oran 100.000’de 838,8’den 826,2’ye düşmüştür. 2000’li yılların başlarında doğumda, neonatal ve perinatal bebek ölüm oranları Türkiye’de oldukça yüksek iken 2013-2014 yıllarına doğru bu oranlarda çok ciddi düşüşler görülmektedir. ABD’de ise bu oranlar 2000’li yılların başında zaten düşük iken 2013-2014 yıllarına doğru daha da düşüş göstermiştir ve bu oranlarda ABD Türkiye’ye göre daha iyi bir görünüme sahiptir. Anne ölüm oranlarında ise 2003 yılında sonra çok ciddi bir düşüş gözlenirken ABD’de ise tam tersine bir yükseliş gözlemlenmektedir. Bebek ölümlerindeki azalmalara karşılık anne ölümlerindeki artışlar ABD adına en dikkat çekici istatistiklerden birisidir.

**Tablo 7. Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri ve Mortalite Oranları**

Yıllar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Kadın)</b>															
Türkiye	73,1	73,5	73,9	74,4	74,8	75,2	75,6	75,9	76,2	76,5	76,8	77,1	77,2	80,7	80,7
ABD	79,3	79,4	79,5	79,6	79,9	79,9	80,2	80,4	80,6	80,9	81	81,1	81,2	81,2	81,2
<b>Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Erkek)</b>															
Türkiye	69,0	69,4	69,8	70,2	70,6	71,0	71,2	71,4	71,5	71,7	71,8	72,0	72,0	75,3	75,3
ABD	74,1	74,2	74,3	74,5	74,9	74,9	75,1	75,4	75,6	76	76,2	76,3	76,4	76,4	76,4
<b>Ortalama Beklenen Yaşam Süresi</b>															
Türkiye	71,1	71,5	71,9	72,3	72,7	73,1	73,4	73,7	73,9	74,1	74,3	74,6	74,6	78,0	78,0
ABD	76,7	76,8	76,9	77,1	77,4	77,4	77,7	77,9	78,1	78,5	78,6	78,7	78,8	78,8	78,8
<b>Kadın Ölüm Oranı (100.000)</b>															
Türkiye	---	---	---	---	---	---	---	---	---	686,9	690,4	695,5	686,1	730,9	---
ABD	836,5	824,2	815,4	805,2	773,5	771,4	748,9	736,2	735,1	707,6	704,4	703,9	696,3	696,7	---
<b>Erkek Ölüm Oranı (100.000)</b>															
Türkiye	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1030,9	1015	1048,2	1031,9	1116,4	---
ABD	1210,4	1179,1	1159,9	1137,6	1092,7	1087,1	1057	1049,9	1036,1	1006	1002,9	993,8	984,6	988,7	---
<b>Toplam Ölüm Oranı (100.000)</b>															
Türkiye	---	---	---	---	---	---	---	---	---	835,7	832,9	848,6	837,2	898,4	---
ABD	994,6	976,1	964,4	950	912,8	910,3	884,8	872,9	868	838,8	835,3	832	824,1	826,2	---
<b>Bebek Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda)</b>															
Türkiye	28,4	28,6	29,6	29,1	27,4	25,8	24,5	16,5	15,7	13,7	12	11,7	11,6	10,8	11,1
ABD	6,9	6,8	7,0	6,8	6,8	6,9	6,7	6,8	6,6	6,4	6,1	6,1	6,0	6,0	---
<b>Neonatal Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda)</b>															
Türkiye	---	---	---	---	---	---	---	---	---	8,9	7,6	7,3	7,6	6,9	7,3
ABD	4,6	4,5	4,7	4,6	4,5	4,5	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,1	4,1	4,0	---
<b>Perinatal Ölüm Oranı (1000 Doğumda)</b>															
Türkiye	---	---	---	24	---	---	---	---	19,0	13,0	12,8	12,6	8,3	8,2	8,1
ABD	7,0	6,9	6,9	6,8	6,7	6,6	---	6,4	6,5	6,2	---	6,3	6,2	6,2	---
<b>Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda)</b>															
Türkiye	---	---	64,0	61,0	50,2	39,3	28,5	21,2	19,4	18,4	16,4	15,5	15,4	15,9	15,2
ABD	9,8	9,9	8,9	12,1	13,1	15,1	13,3	12,7	---	---	---	---	---	---	---

Kaynak: OECD Stats

**DEĞERLENDİRME VE SONUÇ**

Küreselleşmenin etkisiyle birlikte her alanda olduğu gibi kamu yönetimi alanında da ülkeler arasında kamu politikası transferi konusu, karşılaştırmalı kamu yönetimi yaklaşımının bir bölümünü oluşturmakla birlikte (Kutlu, 2003: 83-84); gerek gelişmiş ülkelerin az gelişmiş ülkelerin kamu yönetimleri hakkında bilgi edinme amaçları, gerekse az gelişmiş ülkelerin Batılı ülkelerin teknolojileri yanında yönetsel sistemlerini kendilerine adapte etme girişimleri karşılaştırmalı kamu yönetimi çalışmalarını önemli hale getirmiştir. Bu noktada, kamu yönetiminin karşılaştırmalı yönü sadece gelişmiş ülkelerin kullandığı bir alan olmaktan ziyade, küresel alanda işlev gördüğü ve aynı zamanda kamu yönetimi disiplinine katkıları göz ardı edilememelidir.

Bu çalışmada yürütme organının merkezilik derecesi, yürütme organının yapısı ve idari örgütlenme yapısı açısından karşılaştırmalı siyaset ve yönetim perspektifinde Türkiye ve ABD sağlık sistemleri karşılaştırılmıştır. İki ülkenin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında belli başlı sağlık göstergelerinden genel nüfus ve 65 yaş üzeri nüfus, hekim ve hemşire sayısı, hastane ve hasta yatağı sayısı, sağlık sigortası kapsamı, sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı, kişi başına düşen muayene sayısı, hastane yatış günü sayısı, bağışıklama oranları, sağlık teknolojileri, ortalama yaşam süresi, anne ve bebek ölüm oranları kullanılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan paradigma dönüşümünün sonucu olarak hastalık yapıları ve tedavi şekilleri değişmektedir. Akut, yaşamı tehdit eden, bulaşıcı hastalıklar 21 yüzyılda yerini kanser, diyabet ve tansiyon gibi kronik hastalıklara bırakmakta ve bunun sonucunda toplumun demografik yapısında önemli değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 144). 2000 yılında Türkiye nüfusunun % 5,28’ni oluşturan 65 yaş ve üzeri nüfus, 2015 yılına gelindiğinde % 7,87’ye yükselmiştir. Benzer şekilde 2000 yılında ABD nüfusunun % 12,43’ünü oluşturan 65 yaş ve üzeri nüfus, 2015 yılına gelindiğinde % 14,89’a çıkmıştır. 2000-2015 arasında 65 yaş ve üzeri nüfusun oranındaki artış her iki ülkede de yaklaşık aynı olmakla birlikte, ABD’de bu oran Türkiye’nin iki katıdır. Kuşkusuz bu durum sağlık hizmetleri sunumunu ve finansmanını doğrudan etkilemektedir.

Sağlık sisteminin önemli parçalarından birisi de insan kaynaklarıdır. Ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında ve performanslarının değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulacak ölçütler arasında kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı yer almaktadır. 2000 yılında Türkiye’de 795 kişiye bir hekim düşerken, 2013 yılına gelindiğinde bu sayı 506’ya düşmüştür. ABD’de ise bu gösterge sırasıyla 407 kişiye bir hekimden, 370 kişiye bir hekime gerilemiştir. Benzer şekilde 2000 yılında Türkiye’de 975 kişiye bir hemşire düşerken, 2013 yılında bu sayı 550’ye inmiştir. ABD’de ise bu gösterge sırasıyla 98 kişiye bir hemşireden, 90 kişiye bir hemşireye düşmüştür. Her ne kadar kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı bakımında önemli bir ilerleme kaydetse de, ABD ile karşılaştırıldığında özellikle hemşire sayısı açısından ciddi bir uçurumun bulunduğu görülmektedir.

Sağlık sistemlerinin performansının değerlendirilmesinde kullanılan diğer bir ölçüt de hasta yatağı sayısıdır. 2000 yılında Türkiye’de 502 kişiye bir hasta yatağı düşerken, 2013 yılına gelindiğinde bu sayı 379’a gerilemiştir. ABD’de ise tam tersine 2000 yılında 287 kişiye bir hasta yatağı düşerken, 2013 yılına gelindiğinde 346 kişiye bir hasta yatağı düştüğü görülmektedir. Her iki ülkede de söz konusu dönemlerde nüfus artış hızının yaklaşık %12 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, toplam nüfus ve yaşlı nüfus sayısındaki artışa rağmen ABD’nin hastane ve hasta yatağının oransal olarak azaldığı, buna karşılık Türkiye’de ise tam tersine rakamsal ve oransal olarak ciddi bir artışın olduğu dikkat çekmektedir.

Kamu, özel ve kar amacı gütmeyen özel hastaneler (non-profit private hospital) arasında hasta yatağı sayısının dağılımı incelendiğinde, sağlık sisteminin farklılıklarından dolayı 2000 yılında ABD’de toplam hasta yatağının %60,6’sının kar amacı gütmeyen özel hastanelere ait olduğu, kamuya ait hasta yatağının %26,3 ve özel sektöre ait hasta yatağının ise %13,1 olduğu görülmektedir. 2013 yılına gelindiğinde bu oranlar sırasıyla %60,8, %22,7 ve %16,5 olarak hesaplanmıştır. Bu oranlara göre ABD’de söz konusu dönemde kamuya ait hasta yatağı sayısının yaklaşık %3,5 oranında azaldığı ve özel sektöre ait hasta yatağı sayısının aynı oranda arttığı, kar amacı gütmeyen özel hastanelere ait hasta yatağı sayısının ise değişmediği sonucuna varılmıştır. Kamu ve özel sektöre ait hastane ve hasta yatağı sayısındaki değişim trendinin Türkiye’de benzer çizgide seyrettiği, kamuya ait hasta yatağı oranının 2000 yılından 2013 yılına gelindiğinde %11 azaldığı, özel sektöre ait hasta yatağı oranının da aynı dönemde %11 arttığı dikkati çekmektedir.

Sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında ve performanslarının değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulacak önemli ölçütlerden biri de sağlık hizmetlerinin finansmanında adaletin sağlanması, diğer bir ifadeyle sağlık sigortası kapsamının mümkün olduğu ölçüde toplumun geneline yaygınlaştırılmasıdır (WHO, 2000). 2002 yılında Türkiye’de nüfusun %69,8 sağlık sigortası kapsamında yer alırken, bunun tamamı Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart adı altında kamu sağlık sigortasına sahipti. Türkiye’de 2012 yılında Genel Sağlık Sigortasının hayata geçmesiyle birlikte nüfusun neredeyse tamamının sağlık sigortasına sahip olduğu görülmektedir. 2002 yılından 2014 yılına gelindiğinde sağlık sigortası kapsamına giren nüfus oranı %28,6’lık artışla %98,4’e yükselmiştir. Özel sağlık sigortasına sahip nüfus oranının ise 2014 yılına gelindiğinde %4,8’lik artışla %5,8’e çıktığı görülmekle birlikte, bu oranın düşük olmasının yanı sıra özel sağlık sigortasına sahip nüfusun aynı zamanda genel sağlık sigortası kapsamında da yer aldığını belirtmekte fayda vardır. Türkiye’deki tablonun tersine ABD’de 2002 yılından 2014 yılına gelindiğinde sağlık sigortası kapsamında giren nüfus oranında kayda değer bir artış görülmediği (%3,7), bununla birlikte kamu sağlık

sigortasına sahip nüfus oranının %10,4 arttığı ve özel sağlık sigortasına sahip nüfus oranının ise %7 azaldığı dikkati çekmektedir. Sağlık sisteminin farklılıklarından dolayı ABD’de 2014 yılı verilerine göre toplam nüfusun %88,5’nin sağlık sigortası kapsamında yer aldığı ve oranın %61,6’sının özel sağlık sigortasına sahip nüfustan oluştuğu görülmektedir. Her ne kadar kamu sağlık sigortasına sahip nüfus oranında artış ve özel sağlık sigortasına sahip nüfus oranında azalış görülese de, ACA’nın sürdürülebilirliği konusunda dile getirilen endişeler nedeniyle önümüzdeki dönemlerde bu değişim trendinin tersine seyredeceği öngörülmektedir.

Toplumun ekonomik gelişmişliği ile beşeri sermayenin unsurlarından olan sağlık düzeyi arasında yakından ilişki bulunduğu, sağlık harcamalarına yapılan yatırımların ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin çok yönlü ve uzun dönemde ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 60-61; Kar ve Taban, 2003: 153-154). Bununla birlikte sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında zayıf bir ilişki olduğu, özel sektör yatırımlarının kamu sektörüne nispeten daha verimli ve etkin olduğu, dolayısıyla devletin sağlık yatırımları alanındaki varlığını daha da küçültmesi, özel sektörün ağırlığının artırılması yönünde görüşler de mevcuttur (Çetin ve Ecevit, 2010: 179-180).

Dünya Sağlık Örgütü bir ülkenin sağlık harcaması payının o ülkenin GSYİH’nın en az %5’i olması gerektiğine vurgu yaparak gelişmekte veya az gelişmiş olan ülkeler için bunu hedef olarak göstermektedir. Bu çerçevede OECD ülkelerinin ortalaması 1980-2012 yılları arasında yaklaşık olarak %6,7’den %9,3’e yükselmiştir. Ancak kişi başına düşen sağlık harcamaları benzer olan ülkelerde sağlık harcamaları paylarında farklılıklar görülebilmektedir. Bu durum, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını etkileyen sebeplerin yalnızca sosyo-ekonomik ve piyasa faktörleriyle açıklanamayacağını, sağlık sistemleri model tercihlerinin, kurumsal özelliklerin, yönetim, örgütlenme ve finansman farklılıklarının da sağlık harcamalarının payını ve büyüme hızını etkileyebileceğini göstermektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 113-114).

Türkiye’de 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranının %4,7 olarak gerçekleştiği dikkate alındığında, bu oran Dünya Sağlık Örgütü’nün gösterdiği hedefin altında yer almıştır. 2015 yılına gelindiğinde ise sadece %0,5’lik bir artışla bu oran %5,2 olarak belirlenmiştir. Söz konusu dönemde kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %1,1’lik artışla %4,0’a yükselirken, özel sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %0,6’lık azalışla %1,2’ye düşmüştür. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranında en yüksek sağlık harcaması yüzdesine ABD sahiptir. 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %12,5 olarak gerçekleştiği ABD’de, 2015 yılına gelindiğinde bu oran %4,4’lük artışla %16,9’a yükselmiştir. Diğer taraftan, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranında kamu ve özel sağlık harcamalarının eşit olduğu da görülmektedir (%8,4 ve %8,5). Obama döneminde yürürlüğe konan sağlık reformlarının etkisiyle, kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı, söz konusu dönemde %2,9’luk artışla özel sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranından iki kat fazla artmış olsa da, ACA’nın sürdürülebilirliği konusunda yaşanan sorunlar nedeniyle önümüzdeki dönemlerde bu değişim trendinin tersine seyredeceği düşünülmektedir.

2014 verilerine göre kişi başına düşen muayene sayısı AB ortalaması yıllık 6,3’tür. Muayene sayısı sadece ülkeler arasında değişmemekte aynı zamanda farklı nüfus grupları arasında da değişmektedir, ayrıca gelir durumuna göre de farklılık göstermektedir. Macaristan ve Çek Cumhuriyetinde bu sayı 11’in üzerindedir diğer taraftan İsveç, Finlandiya ve Güney Kıbrıs’ta kişi başına düşen muayene sayısı ise 3 civarındadır. 2000 yılından bu yana AB’de ortalama kişi başına düşen muayene sayısı artış göstermiştir. Bunun nedeni birçok ülkede kişi başına düşen doktor sayısındaki artıştır (Balçık ve Nangır, 2016: 93). Türkiye’de ise 2000 yılında kişi başına düşen muayene sayısı yaklaşık 3’tür. Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında bu sayı ciddi biçimde artmış, AB ortalamasının üstüne çıkmış ve 2015 yılında 8,3’e yükselmiştir. 2010 sonrasında herhangi bir veriye ulaşılamamakla birlikte, ABD’de kişi başına düşen muayene sayısının istikrarlı bir seyir izlediği ve 4 civarında olduğu görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve artmasının yanı sıra, Genel Sağlık Sigortasının hayata geçmesiyle birlikte kişi başına düşen muayene sayısının 2000-2015 arasında yaklaşık %300 arttığı düşünülmektedir. Ancak bu

artışın katastrofik sağlık harcamalarına yol açtığını ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini tehlikeye attığını göz önünde bulundurmakta fayda vardır.

Kişi başına düşen muayene sayısının aksine, hastane yatış günü sayısının 2000-2015 arasında %33 azaldığı ve 6'dan 4'e düştüğü görülmektedir. Sağlık teknolojilerinde, teşhis ve tedavi yöntemlerinde yaşanan gelişmelerin etkisiyle bu sayının düştüğü düşünülmektedir. Poliklinik hasta sayısındaki ciddi artışa rağmen, klinik hastaların ortalama yatış sürelerinde azalmanın sağlıkta paradigma dönüşümüne uyumlu olduğunu ve sağlık harcamalarını olumlu yönde etkileyeceğini söylemek mümkündür. ABD'de ise kişi başına düşen muayene sayısında olduğu gibi hastane yatış gün sayısının da istikrarlı bir seyir izlediği ve 5 civarında olduğu görülmektedir. Ancak ABD'de 2010 sonrasında her iki göstergeye ait verilere ulaşılamaması, Obama döneminde uygulanan sağlık reformlarının sağlık hizmetlerine erişimi arttırdığı ve bunun sonucu olarak söz konusu göstergelerde öngörülemeyen artışların ortaya çıktığı düşüncesini akla getirmektedir. Nitekim Trump'ın başkanlık koltuğuna oturduktan çok kısa bir sonra ACA'yı yürürlükten kaldırma girişiminde bulunması, bu ihtimali güçlendirmektedir.

Bağışıklama en başarılı ve etkili toplum sağlığı müdahaleleri arasında yer almaktadır. Bu çerçevede Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF 2006-2015 yılları boyunca üye ülkelerle çalışarak bir Global Bağışıklama Vizyon ve Stratejisi geliştirmiştir (Sönmez, 2006: 9-10). Gelişmiş ülkelerle, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin bebek ölüm hızları arasında çok açık farklılıkların olduğu; koruyucu sağlık hizmetlerinden olan bağışıklamanın bebek ölümlerini düşürmede etkin olduğu ve desteklenmesi gerektiği ortadadır (Eğri, 1997: 156). Nitekim aşılama oranlarına bakıldığında, düşük gelirli ülkelerde aşılama oranları % 77'lerde iken, yüksek gelirli ülkelerde bu oran % 95'ler seviyesindedir (Tekingündüz vd., 2016: 37). 2000'li yıllarda bağışıklama oranları açısından Türkiye sağlık sisteminin performansının düşük olduğu görülmektedir. Difteri-Boğmaca-Tetanos aşısında hedef nüfusun %85'i, Kızamık aşısında hedef nüfusun %87'si, Hepatit B aşısında ise hedef nüfusun %71'nin aşılandığı 2000 yılından ortaya çıkan tablonun olumsuz sonuçları, başta bebek ölümleri olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerinde birtakım sorunları da beraberinde getirmiştir. 2015 yılına gelindiğinde ise aile hekimliği ve performansa dayalı ek ödeme uygulamasının sonucu olarak, bağışıklama hizmetlerinde kayda değer bir iyileşmenin ortaya çıktığı görülmektedir. Sonuç olarak, söz konusu aşılarda hedef nüfusun sırasıyla %96, %94 ve %96'sının aşılandığı görülmektedir. Bu oranlar, aynı dönemde ABD'nin bağışıklama oranlarının da üzerinde gerçekleşmiştir.

Yeni teknolojiler sağlık hizmeti kalitesini artırsa da sağlık harcamalarını etkilemekte ve maliyetleri artırmaktadır. AB ülkelerinin birçoğunda son on yılda Bilgisayarlı Tomografi (BT) cihazları ile Manyetik Rezonans (MR) cihazları sayısı artış göstermiştir. 2012 yılında Türkiye'de bir milyon kişi başına düşen MR ünitesi sayısı 9,9, AB ortalaması 10,5; Türkiye'de bir milyon kişi başına düşen BT cihazı sayısı 13,6 ve AB ortalaması da 20,0'dır. 2013 verilerine göre Türkiye'de bir milyon kişi başına düşen MR cihazı sayısı 10,4 ve BT cihazı sayısı da 14,1'dir. Türkiye'nin sağlık teknolojilerinde belirtilen göstergeler itibarıyla AB ortalamasına yakın olduğu görülmektedir. Türkiye'de MR ve BT test sayılarının artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Türkiye'deki MR ve BT cihaz sayıları AB ortalamasına yakın fakat MR ve BT test sayıları AB ortalamasının üzerindedir (Balçık ve Nangır, 2016: 93-95). Bu çalışmada OECD istatistiklerinden elde edilen verilere göre sağlık teknolojileri açısından Türkiye ve ABD arasında dönemsel olarak sağlıklı bir karşılaştırma ve değerlendirme yapmaya imkân sağlayacak veriye ulaşılamamıştır.

Toplumların sağlık durumlarının göstergesi olarak kullanılan diğer bir ölçüt ise ortalama yaşam süresidir. Ortalama yaşam süresinin az gelişmiş toplumlarda daha düşük olduğu görülmektedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 60). Kalkınmışlığı tanımlamada en yaygın çok değişkenli temsili gösterge Birleşmiş Milletler tarafından 1990 yılından bu yana hesaplanan "beşeri kalkınma endeksi"dir. Bu indeksin hesaplanmasında kullanılan göstergelerden biri de yaşam beklentisidir (Çiftçi, 2008: 52). Yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkileri araştıran birçok çalışmaya göre, yaşam beklentisi, yüksek ekonomik büyüme performansı ile ilişkilidir (Erdoğan, Bozkurt, 2008: 25). Diğer bir ifadeyle, ekonomik büyümedeki artışın yaşam süresini artırdığı da kabul edilmektedir (Kar ve Taban, 2003: 173). Ortalama yaşam süresi göstergesi açısından

Türkiye'nin 2000-2014 yılları arasında ilerleme kaydettiği görülmektedir. 2000 yılında 71,7 olan ortalama yaşam süresi 2014 yılında 78'e yükselmiştir. Aynı dönemde ABD'de ortalama yaşam süresinin sırasıyla 76,7'den 78,8'e çıktığı görülmektedir.

Sağlık sistemlerinin performansının karşılaştırılmasında ve değerlendirilmesinde kullanılan göstergelerden biri de sağlık statüsüdür (WHO, 2000). Şüphesiz sağlık statüsünü ortaya koyan kriterlerin başında doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı, beş yaş altı çocuk ölüm oranı ve anne ölüm oranı gibi göstergeler gelmektedir (Günsoy, 2005: 41). Bebeklikte ve yaşamın ilk beş yılındaki ölümlerin sıklığı, çocuk sağlığını etkileyen, toplumsal, ekonomik ve çevresel koşullar hakkında fikir vermektedir. Bu nedenle 2000 yılında düzenlenen Birleşmiş Milletler Binyıl Zirvesi'nde, beş yaşından önceki çocuk ölümlerinin 1990 ile 2015 yılları arasında üçte iki oranında azaltılması Binyıl Kalkınma Hedefleri arasında yer almıştır (Eryurt ve Koç, 2009: 113). Anne ve bebek ölüm oranı göstergelerinde 2000'li yıllarda Türkiye sağlık sisteminin performansının düşük olduğu görülmektedir. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile söz konusu göstergelerde ulaşılan kayda değer ilerleme dikkatleri çekmektedir. Nitekim 2000 yılında bebek ölüm oranı her 1.000 canlı doğumda 28,4'ten 2014 yılında 11,1'e; 2002 yılında anne ölüm oranı her 100.000 canlı doğumda 64'ten 2014 yılında 15,2'ye gerilemiştir. ABD'de ise bebek ölüm oranlarının istikrarlı bir seyir izlediği ve her 1.000 canlı doğumda 6 civarında olduğu görülmektedir. Fakat anne ölüm oranlarında dikkat çekici bir artış göze çarpmaktadır. 2002 yılında anne ölüm oranı her 100.000 canlı doğumda 8,9'dan 2007 yılında 12,7'ye yükselmiştir ve söz konusu dönem sonrasına ait veri bulunmamaktadır.

Sonuç olarak karşılaştırmalı siyaset ve yönetim perspektifinde Türkiye ve ABD sağlık sistemlerini ele aldığımızda, yürütme organının merkezilik derecesi, yürütme organının yapısı ve idari örgütlenme yapısı açısından her iki ülkenin temel farklılıklara sahip olduğu görülmektedir. Bu farklılıklar kuşkusuz sağlık sistemlerinin yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sunumu boyutlarını doğrudan etkilemektedir. Özellikle finansman ve hizmet sunumu boyutlarında iki ülke arasında siyaset ve yönetim farklılıklarının yanı sıra, kamu ve özel sektörün ağırlık derecelerinin de belirleyici bir unsur olduğu düşünülmektedir. Nitekim bu çalışmada iki ülkenin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında ele alınan 65 yaş üzeri nüfus, hekim ve hemşire sayısı, hastane ve hasta yatağı sayısı, sağlık sigortası kapsamı, sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı, kişi başına düşen muayene sayısı, hastane yatış günü sayısı, bağışıklama oranları, sağlık teknolojileri, ortalama yaşam süresi, anne ve bebek ölüm oranları açısından ortaya çıkan farklılıkların temelinde şu hususların yer aldığı düşünülmektedir: Siyasal ve yönetsel farklılıklar, sosyo-ekonomik farklılıklar, sağlık sisteminde kamu ve özel sektörün ağırlığı. Kuşkusuz iki ülkenin sağlık sisteminin performansı üzerinde siyaset ve yönetim modellerin hangi boyutta ve ölçüde etkili olduğunu ortaya koymak için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

## **KAYNAKÇA**

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 02/11/2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete.

694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 25/08/2017 tarih ve 30165 sayılı Resmi Gazete.

ACA-Affordable Care Act (2010). Office of the Legislative Counsel.

Balcı, A. ve Kırılmaz H., “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, içinde Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aktan C. C. ve Saran U. (Eds.), Aura Kitapları, 2007, İstanbul, ss. 134-165.

Balçık, P. Y. ve Nangır, Ö. F., “Avrupa ve Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü ve Sağlık Teknolojileri”, Ankara Medical Journal, 2016, 16, 1, ss. 90-97.

Centers for Medicare & Medicaid Services, <http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/dsm-15.pdf>, (3 Mart 2017).

Çetin, M. ve Ecevit, E., “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi”, Doğu Üniversitesi Dergisi, 2010, 11, 2, ss. 166-182.

Çiftçi, M., “Kalkınma Göstergesi Olarak Ortalama Yaşam Beklentisine Göre Türkiye'nin AB İçindeki Konumu: Kritikler ve Çok Değişkenli İstatistik Uygulamaları”, Ekonometri ve İstatistik Dergisi, 2008, 7, ss. 51-87.

Daştan, İ., & Çetinkaya, V., “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2015, 5, 1, ss.104-134.

Dericioğulları, Ergun, A. ve Sallan Gül, S., “Küreselleşme, Ulus Ötesi Aktörler ve Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Piyasalaştırılması”, içinde Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi ve Hizmeti, Aydın, A. H., Taş, İ. E., Kılıç, M. ve Gül, Z. (Eds.), Kahramanmaraş, Sütçü İmam Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 136, 2010 ss. 209-227.

DPT (1990). Sağlık Sektörü Master Plan. Ankara, Devlet Planlama Teşkilatı Ulusal Sağlık Politikası (1993).Ankara, Sağlık Bakanlığı.

Eğri, M., “Gelişmekte Olan ve Az Gelişmiş Ülkelerde Bebek Ölümünü Etkileyen Faktörler: Çevresel Yaklaşım”, Journal of Turgut Özal Medical Center, 1997, 4, 2, ss. 155-160.

Emre, C., Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi – Birleşik Krallık, ABD, Fransa, Almanya ve Japonya’da Kamu Yönetiminin Yapısı ve İşleyişi, Ankara: Siyasal Kitapevi, 1997.

Erdoğan, S. ve Bozkurt, H., “Türkiye’de Yaşam Beklentisi-Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Modeli İle Bir Analiz”, Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 2008, 3, 1, ss. 25-38.

Ergun, T. ve Polatoğlu, A., Kamu Yönetimine Giriş, 3. Basım, Ankara: TODAİE Yayınları, 1988.

Erol, H., ve Özdemir, A., “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2014, 4, 1, ss. 9-34.

Eryurt, M. A. ve Koç, İ., “Yoksulluk ve Çocuk Ölümlülüğü: Hanehalkı Refah Düzeyinin Çocuk Ölümlülüğü Üzerindeki Etkisi”, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2009, 52, ss. 113-121.

Farazmand, A., Globalization and Public Administration, 1999, Public Administration Review, 59, 6, pp. 509-522.





Fitzpatrick, J., Malcolm, G., Tanya, H., Donald, K., Jason, M. and Christine, M., A New Look at Comparative Public Administration: Trends in Research and an Agenda for the Future, 2011, Public Administration Review, 71, 6, pp. 821–830.

Gaydos, L. M., “World Health Systems: Challenges and Perspectives”, <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=8a73d7a7-b0e9-4fcc-9aef-acd865922e65%40sessionmgr104&hid=121&bdata=Jmxhbmc9dHImc2l0ZT1lZHMtbG12ZSszY29wZT1zaXRl#AN=643672&db=e000xww>, (17 Aralık 2016).

Gıda ve İlaç İdaresi (FDA); <https://www.fda.gov/AboutFDA/WhatWeDo/default.htm>, (1 Mart 2017).

Günsoy, G., “İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı”, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 2005, 1, 2, ss. 35-52.

Hasta Merkezli Sonuçlar Araştırma Enstitüsü (PCORI); <http://www.pcori.org/about-us>, (1 Mart 2017).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC); <https://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm>, (1 Mart 2017).

Heady, F., Public Administration: A Comparative Perspective, New Jersey, Prentice-Hall, 1996.

Heady, F., Public Administration: A Comparative Perspective, Sixth Edition, New York, Marcel Dekker Inc., 2001.

[www.saglik.gov.tr/](http://www.saglik.gov.tr/), (21/09/2017).

<http://www.hssgm.gov.tr/>, (27 Şubat 2017).

<http://www.titck.gov.tr/>, (27 Şubat 2017).

<http://www.tkhk.gov.tr/>, (27 Şubat 2017).

<http://www.tuseb.gov.tr/tuseb-hakkinda>, (27 Şubat 2017).

[https://en.wikipedia.org/wiki/Balanced\\_Budget\\_Act\\_of\\_1997](https://en.wikipedia.org/wiki/Balanced_Budget_Act_of_1997), (5 Mart 2017).

<https://www.hhs.gov/about/historical-highlights/index.html>. (A) ,(5 Mart 2017).

<https://www.hhs.gov/healthcare/facts-and-features/key-features-of-aca-by-year/index.html> (B), (5 Mart 2017).

[https://www.nytimes.com/2017/03/24/us/politics/health-care-affordable-care-act.html?\\_r=0](https://www.nytimes.com/2017/03/24/us/politics/health-care-affordable-care-act.html?_r=0), (01 Nisan 2017)

<https://www.thsk.gov.tr/>, (27 Şubat 2017).

<https://www.whitehouse.gov/1600/executive-branch>, (01 Nisan 2017)

Jreisat, J. E., Comparative Public Administration: Is Back In, Prudently, Public Administration Review, 2005, 65, 2, pp. 231–242.

Jreisat, J. E., Globalism and Comparative Public Administration, New York, CRC Press, 2012.

Kar, M. ve Taban, S., “Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 2003, 58, 3, ss. 145-169.

Karasar, N., Bilimsel Araştırma Yöntemi, 27. Baskı, Ankara, Nobel Yayınları, 2014.

Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2010.

Kırılmaz, H. “Kamu Yönetimi Reformu: Sağlık Hizmetlerinin Özerkleşmesi ve Özelleştirilmesi”, içinde Demirkaya, Y. (Ed.), Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi: Yerel Yönetim Reformu, İstanbul, Dünya Yerel Yönetim ve Demokrasi Akademisi Vakfı, 2016, ss. 463-504.

- Kutlu, Ö., “İdari Reform Transferi: Ülkelerin Birbirlerinden Kamu Politikaları Transfer Etmeleri ve Öğrenmeleri”, Balcı, A., Nohutçu, A., Öztürk, N.K. ve Coşkun, B. Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2003, ss. 83-114.
- Kutlu, Ö., Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi Teorik Çerçeve ve Ülke Uygulamaları, Konya, Çizgi Kitabevi Yayınları, 2006.
- Marshall, C. and Rossman G. B., Designing Qualitative Research, 4<sup>th</sup> Edition, London, Sage Publications, 2006.
- Medicaid ve Medicare Geliştirme Merkezi, <https://innovation.cms.gov/About/index.html>, (1 Mart 2017).
- Medicaid ve Medicare Raporları (2015), <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/PieChartSourcesExpenditures2015.pdf> (4 Mart 2017).
- Medicaid, <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html> , (1 Mart 2017).
- Medicare, <https://www.medicare.gov/about-us/about-medicare.html> , (1 Mart 2017).
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Anderson, C., 2015, “International Profiles of Health Care Systems”, 2016, The Commonwealth Fund.
- National Center for Health Statistics, Department of Health and Human Services: National Health Interview Survey, 1966-2015.
- Neuman, W. L., Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches, 7<sup>th</sup> Edition, USA, Pearson Education-Allyn Bacon, 2009.
- Özbay, H., Öncül, H.G., Gökçimen, M., Arı, H. O. ve Mollohaliloğlu, S., Sağlık Sektörü Finansmanı Türkiye’de Sağlığa Bakış, Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2007.
- Parlak, B. ve Cantürk, C., Karşılaştırmalı Siyasal ve Yönetimsel Yapılar, Bursa, Alfa Aktüel Yayınları, 2005.
- Punch, K. F., Introduction to Social Research, 2<sup>nd</sup> Edition, London, Sage Publications, 2005.
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barnes, A. J., Saltman, R. B., and Van Ginneken, E., Health systems in transition, 2012, United States of America: Health System Review., 15, 3, ss. 1-431.
- Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurulu (AHRQ), <https://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html> (3 Mart 2017).
- Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi (HRSA); <https://www.hrsa.gov/about/index.html> (1 Mart 2017).
- Scott, S. J., “The Medicare prospective payment system”, American Journal of Occupational Therapy, 1984, 38, 5, ss. 330-334.
- Social Security Administration, Office of the Actuary. Unpublished data. 1987-2015.
- Sönmez, C., “2006 – 2015 Global İmmünizasyon Vizyon ve Stratejisi”, Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 2006, 5, 1-2-3, ss. 9-10.
- Tatar, M, Mollahaliloğlu, S, Şahin, B, Aydın, S, Moresso, A and Hernandez-Quevedo, C. Health System Review, Turkey 2011, pp. 1-186.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara, Nobel Yayınevi, 2015.
- Tekingündüz, S., Kurtudlu, A., Işık Erer, T., “Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik”, Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2016, 8, 4, ss. 32-43.



Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH); <https://www.nih.gov/about-nih/who-we-are> (1 Mart 2017).

Welch, E. and Wilson W., *Public Administration in a Global Context: Bridging the Gaps of Theory and Practice between Western and Non-Western Nations*, *Public Administration Review*, 1998, 58, 1, pp. 40-49.

WHO (World Health Organization), *The World Health Report, Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization Publishing, Geneva, 2000.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H., *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 4. Baskı, Ankara, Seçkin Yayınları, 2004.

Yumuşak, İ. G. ve Yıldırım, D. Ç., “Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme”, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 2009, 4, 1, ss. 57-70.