

# Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı

A. Erdal SARGUTAN\*

## ÖZET

“Sağlık Sektörü” içerikli seri makaleler üçlemesinin ilki olan bu makalede, sağlık sektörü bir bütün olarak ele alınmakta, bütün ülkeler için geçerli olabilecek ortak bir sağlık sektörü, ve sağlık sistemleri “yapısı” özeti önermek amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık sektörü, Sağlık sistemleri, Sağlık sistemlerinin yapısı

## Health Sector and Structure of Health Systems

### ABSTRACT

In this article which is the first of the serial article triplet of “Health Sector”, health sector is discussed as a whole and it is aimed to offer a summary of “a structure” of a common health sector and health systems that can be valid for all countries.

**Key Words:** Health sector, Health systems, Structure of health systems

## I. GİRİŞ: SAĞLIK SİSTEMLERİNİN GÖVDESİ SAĞLIK SEKTÖRÜ

### I.1. Sağlık Sektörü Kavramı

“Sağlık Sektörü” sağlığa dolaylı, doğrudan veya asıl etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek / arz etmek ve talep etmek / tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında kurulmuş sistem ve alt sistemler ile, bunların içerdiği kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır.

\* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

## **I.2. Sağlık Sektörünün Alanları**

Sağlık sektörü kapsamında mal ve hizmet arz ve talep **sistemleri**, bunlara bağlı **alt sistemler** ile, değiştirilmesi hiç olmazsa kısa vadede mümkün olmayan bağlayıcı şartlar / belirleyiciler / **statüler** yer almaktadır.

Sağlık sektörünün bu yapıdaki kapsamı, merkezden çevreye doğru genişledikçe yoğunluğu azalan hizmet / etki alanları (halkaları) şeklinde, ürünlerinin insan sağlığına etki / katkı dereceleri esas alınarak, şöyle belirlenebilir:

### **A. Sağlığa Uzak / Dolaylı Etkili Hizmet Alanları**

Gelir ve refah dağılımı, işsizlik–tam istihdam, turizm, gençlik, ulaştırma, hukuk, standardizasyon, eğitim sistemi, kültür seviyesi, haberleşme, demografik özellikler, bilimsel ve teknolojik gelişmeler, milletler arası ilişkiler, tarım, ormancılık, enerji, insani ve ekonomik kaynaklar, sanayi yapısı, mesleki eğitim, çalışma hayatı, tüketici örgütleri, kamu idaresi ve benzeri gibi, başka sektör ve alanlarda yer almakla birlikte sağlık sektörü ile de örtüşen ve asıl sağlık hizmetlerine uzak / dolaylı hizmet etkileri / katkıları olan mal ve hizmetlerin, üretim / arz ve talep / tüketim sistem, alt sistem ve statülerinin görüldüğü, en dıştaki, geniş kapsamlı alandır.

### **B. Sağlığa Yakın / Doğrudan Etkili Hizmet Alanları**

Aile yapısı, coğrafya, sosyal / antropolojik yapı, beden eğitimi ve spor, sosyal politikalar, eğitim ve istihdam, sağlık politikaları, sosyal güvenlik, epidemiyolojik yapı, çevreye yönelik temel koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındaki içme suyu şebekesi, kanalizasyon, belediye hizmetleri türündeki bir kısım hizmetler, veterinerlik ve bitki sağlığı hizmetleri, sağlık insangücü, biyomedikal teknoloji, ilaç ve sağlık donatımları (araç, gereç, cihaz, ortez, protez vb.) üretimi ve benzerleri gibi, çoğunlukla başka sektör ve alanlarda yer almakla birlikte, asıl sağlık hizmetleri alanı ile büyük ölçüde kesişerek ona yakın / doğrudan ve güçlü hizmet etkisi / katkısı olan mal ve hizmetlerin, üretim / arz ve tüketim / talep sistem, alt sistem ve statüleri kapsayan orta halkayı oluşturan alandır.

### C. Asıl Sağlık Hizmetleri Alanı

Sağlıklı insanlar, hastalar ve sağlık personeli gibi kişiler ile, hastahane, eczahane, sağlık ocağı, laboratuvar, muayenehane, Sağlık Bakanlığı, SSK, belediyeler, özel sektör ve benzeri kurum ve kuruluşlarca verilen bağışıklama, tanı ve tedavi, halkın sağlık eğitimi, ilk yardım, evde bakım, eczacılık, AÇS-AP hizmetleri ve diğer benzeri konular gibi kişiye yönelik koruyucu-geliştirici, birinci kademe tedavi ve yataklı tedavi türü yataklı ve yataksız sağlık hizmetlerinin yer aldığı, kısaca **sağlık hizmeti** olarak adlandırılan **Asıl Sağlık Hizmetlerinin** üretim / arz ve tüketim / talep sistem, alt sistem ve belirleyici statülerin ve hizmetlerin oluşturduğu, merkezdeki alandır. Bu alan, kendisini kuşatan diğer iki alandan / halkadan kuvvetle etkilenir (Sargutan 1993:6; Sargutan 2004:97).

#### I.3. Sağlık Sektörünün Ve Sağlık Hizmetlerinin Amacı, Hedefleri, Nitelikleri

**Sağlık** kavramı yaygın olarak “insanın hastalık ve sakatlığının olmaması yanında beden, ruh ve sosyal bakımdan tam iyilik halinde bulunması” olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram ve tanımın Türkçe tam karşılığı “**sıhhat, esenlik**” veya ilintili olarak “sağaltma, sağaltım” kelimeleri olmakla beraber, “**ölü olmamak**” anlamındaki “**sağ**” kökünden türetilen “sağlık” ve benzeri sözcükler, yanlış da olsa, tam bir yaygınlıkla kullanılmaktadır.

Sağlık sektörünü oluşturduğunu varsaydığımız iç içe üç alandan / halkadan, “sağlık” elde etmeyi ve korumayı amaçlayan en içteki Asıl Sağlık Hizmetleri alanı ile, ortadaki Yakın / Doğrudan Etkili hizmet alanında verilen hizmetler “sağlık hizmetleri” olarak adlandırılabilir. Ancak, bu kullanım her zaman doğru anlamı ve kapsamı vermediğinden, “sağlık hizmetleri” kavramı daha doğru olan aşağıdaki kapsamda kullanılmalıdır:

**Sağlık Hizmeti** kavramı, **sağlık sektörünün merkezinde yer alan Asıl Sağlık Hizmetleri**'nin, daha kısa olan bir başka söyleyiş biçimidir

Günümüzde sağlık hizmetleri, “sağlık” çıktısını / ürününü / hizmetini / sonucunu oluşturan tüm kişi, kuruluş, ürün ve hizmetlerin **tedbir, tarama, teşhis, tedavi, tedavi sonrası** gibi, ortak sağlık hizmeti üretimleri görünümündedir.

**Sağlık Hizmetleri Sistemi** ve daha kısa söylenişiyile **Sağlık Sistemi** kavramları, sağlık hizmetleri **arz** ve **talebinin** oluşumunu ve bunun gerçekleştiği düzenleri / süreçleri / yapıları / sistemi tanımlarlar.

**Sağlık sektörü** ve **sağlık hizmetleri** ile, sektör içinde asıl ve büyük yeri oluşturup onun varolmasına yol açan hedef faaliyetlerin yer aldığı **asıl sağlık hizmetleri** arz ve talep unsurlarının ortak **amacı: Kişilerin sağlıklı olmasını sağlamak** ve bunu koruyup geliştirmek yoluyla **toplumu sağlıklı kılmaktır**. Bu amaç çevreye, topluma ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin arzını ve talebini kapsar ve bu yolla ulaşılabilecek **son hedef sağlıklı dünyayı oluşturmaktır**.

**Sağlık hizmetlerinin amacının gerçekleşmesi için:**

- Toplumun tüm fertlerine, ihtiyaçları olan bütün sağlık hizmetlerini

\* Yaşamın sağlık yönünden kalitesinin ve süresinin artırılması esas alınarak, eşitlik ve hakkaniyet içinde, insanların ihtiyaç ve beklentilerine uygun, ucuz, kaliteli, ulaşılabilir, yararlanılabilir, yeterli, kaliteli, verimli, etkili, bilimsel yönetim ilkeleri ile yönetilen, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşam gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı, birey-aile ve toplumu bilgilendirip bilinçlendiren, toplum sağlığının elde edilmesi, korunması ve geliştirilerek sürdürülmesini sağlayan bir “şekilde”,

\* Coğrafi, sosyal, maddi ve diğer imkan ve unsurlarla mümkün olduğunca sınırlanmayan ve iyi çalışan “yapılar” içinde

verilmesi,

-Fert ve topluma sağlıklı yaşam bilgisi, şuuru, istek ve davranışının kazandırılması,

-Kişisel, toplumsal ve çevresel sağlıklı ortamlar sağlanması

**hedeflenmektedir.**

Bu amaç ve hedeflere yönelmiş iyi bir sağlık sektörünün ürünü olan **sağlık hizmetlerinin nitelikleri:**

- Fertlerin, toplumun ve son hedefte dünyanın sağlıklı olması için çalışan,
- Çekirdeğinde “Asıl Sağlık Hizmetleri” denilen ve doğrudan fertlere verilen sağlık hizmetlerinin bulunduğu,
- Hizmetleri ve ürünleri arasında, kurumları ve kesimleri arasında, arz ve talep sistemleri arasında, ilgili sektörler arasında “bütünlük” niteliği bulunması gereken,

- Kendi dışında kalan tüm sektörleri, üretim alanlarını, ekonomik ve sosyal gücü de kuvvetle ve doğrudan etkileyen,
- Toplumun güçlü, gelişmiş, müreffeh, kaynaşmış ve istikrarlı olmasında, birlik ve bütünlüğün kurulmasında ana unsurlardan birini oluşturan,
- Sosyal ve hizmet yönü ağır basan,
- Çok yönlü ve karmaşık,
- Teknik ve teknolojik nitelikleri ağırlık kazanan ve gittikçe daha pahalı teknik ve teknolojiler kullanmaya yönelen,
- Sürekli ve süratli olarak değişip gelişen,
- Kamu malı ve hizmeti olma niteliğine sahip

olarak belirtilebilir (Sargutan 1993:3,4,13-20; Sargutan 1996:1; Sargutan 2004:45).

**Sağlık sisteminin işlevsel ve duygusal hedefleri** 5D başlığıyla şöyle sıralanmaktadır:

- Ölüm (Death),
- Hastalık (Disease),
- Sakatlık (Disability),
- Rahatsızlık (Discomfort),
- Doyumsuzluk (Dissatisfaction).

Bu olumsuzluklara karşı kullanılan 6 silah da şöyle sıralanmaktadır:

- Koruma (önlem),
- Tanı,
- Tedavi,
- Rehabilitasyon,
- İzlem (gözlem),
- Halkın Sağlık Eğitimi.

**Sağlık sisteminin görevini istenilen kalite ve biçimde yerine getirebilmesi için gereken ön şartlar:**

- Yasal Düzenlemeler / Yönlendirmeler,
- Ekonomik Destek / Finansman,
- Personel / Hizmet Sunumu,
- Bilgi, Teknik, Teknoloji ve benzerlerinden oluşan Yardımcı Unsurlar Sunumu

olarak sayılmaktadır.

#### **I.4. Sağlık Hizmetlerinin Dört Temel Unsuru**

Sağlık sektörlerinin ve sistemlerinin varlık sebebi olan sağlık hizmetleri, gerek üretim / arz ve gerekse talep / tüketim aşamasında, aşağıdaki dört temel unsura ihtiyaç göstermektedir.

##### **A. Sağlık İnsangücü**

Başta tabip olmak üzere, sağlık hizmetleri üretiminde asli unsur olan yeterli nicelik ve nitelikte sağlık insangücüne ihtiyaç vardır. Sağlık sektörünün vazgeçilmeyen dört temel unsurundan “olmazsa olmaz” özellikte olanı sağlık insangücü ve en başta da tabiptir. Bu sebeple, çağdaş batı tıbbi anlayışı söz konusu olduğunda, çok genel bir söyleyişle, “tabip yoksa sağlık hizmeti de yoktur” denilebilir.

##### **B. Yardımcı Unsurlar**

Sağlık insangücünün sağlık hizmeti üretmesi için gerekli olan bilgi, alt yapı, fiziki alan, enerji, ilaç, donatım (makine, teçhizat, cihaz, araç, malzeme) donanım, diğer ihtiyaç maddeleri, personel giderleri, malî kaynak ve benzerleri gibi, her türlü kuruluş, işletme, üretim, pazarlama, sunum ve talep / tüketim faaliyetleri ile ilgili olarak gerekli olan yeterli yardımcı unsurların varlığına ihtiyaç duyulmaktadır.

##### **C. Arz Ve Talep Düzenleri**

Sağlık insangücünün, yardımcı unsurları kullanarak sağlık ürünlerini üretip arz edeceği ve ihtiyacı olanların da talep edip tüketeceği yeterli arz ve talep düzenleri (mekanizmaları) ayrı ayrı oluşturulmalıdır.

##### **D. Yönetim Yapıları**

- Sağlık hizmetlerinin amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek üzere
- sağlık hizmetlerinin amaçlarına en uygun sağlık hizmeti ürünlerini
  - kaynakları en etkili ve verimli kullanacak ve geliştirecek biçimde,
  - tıp biliminin gereklerine uygun şekilde,
  - ihtiyaçlar ve amaçlar için en elverişli tarzda,
  - yeterli nicelik ve niteliklere sahip olarak,
  - yönetim yetersizlikleri ve görev ihmalleri olmayan sistemler içinde,

- sağlık idaresi bilim alanının kurallarına göre  
- üretim arz etmek ve / veya talep edip tüketmek amacıyla  
sağlık hizmeti arz ve talep düzenlerini kuracak ve çalıştıracak, işletecek,  
yönetecek profesyonel sağlık yöneticilerinin görev yaptığı  
- Üst Kademe Sağlık İdaresi,  
- Birincil / Primer Sağlık Hizmetleri İdaresi,  
- İkincil / Sekonder ve Üçüncül / Tersiyer (İkinci Basamak, yataklı, tedavi)  
Sağlık Kurumları İdaresi  
yönetim yapılarına gerek duyulmaktadır (Sargutan 1996:2; Sargutan 2004:100).

## II. SAĞLIK SİSTEMLERİ

### II.1. Sağlık Sektörlerinin Ve Sağlık Sistemlerinin Yapıları

**Sağlık Sektörü** en genel çerçevesiyle onu oluşturan sistem ve alt sistemlerin yapılarını, ürünlerin üretim ve tüketim düzenlerini ele alan **Sistem Yapısı** ile, bu üretim ve tüketimin maliye (finans) yapısını ele alan **Malî Yapı** olarak iki boyutta incelenebilir.

**Sağlık Hizmetleri Sistemleri (Sağlık Sistemleri)** ve **Sağlık Hizmetleri** de, bu ikili yapıdaki incelenme biçimi içinde, Sektörün en ağırlıklı, en önemli ve asıl faaliyetlerin yürütüldüğü bölümü olarak sağlık mal / hizmet ürünleri, bunların üretim / arz ve talep / tüketim düzenlerini ele alan Sistem Yapısı boyutu ile, bu sistemlerin üretim ve tüketim safhalarındaki maliye (finans) yapısını ele alan Malî Yapı boyutunda incelenmiş olmaktadır. Bu ikili incelemenin sebebi, sağlık sistemlerinin ürünleri benzer olsa da, bunların arz ve talep düzenleri ile malî yapılarının pek çok farklı karışımında oluşabilmeleridir.

**Sistem Yapısı boyutu** sağlık mal ve hizmeti ürünlerinin arz ve talep düzenlerinin yapısı, bunlarla ilgili ulaşılabilirlik, kullanılabilirlik, ihtiyaca uygunluk, etkililik, yeterlilik, süreklilik, eşitlik, adillik, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin ağırlığı, bebek ve anne ölümleri, en çok öldüren ve sakat bırakan hastalıklar, beklenen ortalama ömür, sağlık personelinin dağılımı ve personel başına nüfus sayısı gibi ölçüt ve göstergelerle değerlendirilir.

**Malî Yapı boyutunun** temel ölçüt ve göstergelerini toplam harcama, toplam harcamanın kamu bütçesi ve Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'ya oranı, ekonomiklik, verimlilik, kişi başına sağlık harcaması, malî kaynakların nitelik ve niceliği,

hizmetleri satın alma gücü, kamu ve özel sektörler ile kişisel / hane halkı harcamalarının büyüklükleri, hastalıkların sağlık sistemindeki malî yükleri ve toplam ekonomiye etkileri gibi unsurlar oluşturmaktadır (Sargutan 2004:95).

## **II.2. Kişi Sağlığını Ve Ülke Sağlık Sisteminin Yapı Ve İşleyişini Etkileyen Başlıca Unsurlar**

Kişilerin sağlıkları, kendilerini çevreleyen sosyal ve fiziksel unsurlardan ve kendi kişisel özelliklerinden etkilenirken, aldıkları hizmetler de sağlık örgütünün ve sağlık insangücünün özelliklerinden doğrudan etkilenmektedir.

Ülkelerin sağlık sistemleri de, ülke insanların bu özellikleri yanında, yine sosyal ve fiziksel unsurlar ile, örgütsel ve mesleki unsurların etkisiyle şekillenmekte ve çalışmaktadırlar. Bu alanda ülkelere ve araştırmacılara göre farklılıklar görülmekle birlikte, genel ve kapsamlı bir gruplandırma şöyle yapılabilir (Sargutan 1993:13,14; Sargutan 2004:48).

### **A. Sağlık Hizmeti Alanlarla İlgili Unsurlar (Kişisel Unsurlar)**

- Kişinin genetik ve biyolojik özellikleri
- Kişinin fizyolojik yapısı
- Kişinin cinsiyeti
- Kişinin yaşı
- Kişinin yaşam biçimi
- Kişinin mesleği
- Kişinin içinde bulunduğu fiziki çevre
- Kişinin sosyal ve kültürel seviyesi
- Kişinin ekonomik durumu
- Kişinin bağışıklık durumu
- Kişinin geçirdiği önceki hastalıklar ve sakatlıklar
- Kişinin genel ve sağlık eğitimi seviyeleri
- Kişinin sağlık konularına verdiği değer ve beklentiler
- Kişinin sağlık sistemine duyduğu güven
- Kişinin örnek aldığı ve etkilendiği davranış ve insan kalıpları
- Kişinin kendi sağlığına verdiği önem (**2. önemli belirleyici unsur**)
- Kişinin sağlık güvenliği kapsamında olup olmadığı

### **B. Sosyal Ve Fiziksel Unsurlar (Düzenleyici Unsurlar)**

- Ülkenin coğrafi ve jeolojik özellikleri
- Ülkenin iklim özellikleri



- Ülkenin doğal kaynakları
- Ülkenin tarih süreci
- Ülkenin sosyal ortamı ve yapısı
- Ülkenin hukuk ortamı ve yapısı
- Ülkenin politik ortamı ve yapısı
- Ülkenin resmi ideolojisi
- Ülkede uygulanan genel politikalar
- Ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımı (**3. önemli belirleyici unsur**)
- Ülkenin bilim ve teknoloji seviyesi
- Ülkenin uluslar arası ilişkileri (genel ve sağlık alanında)
- Toplumun nüfus yapısı (demografi)
- Toplumun yerleşim biçimi ve kentleşme seviyesi
- Toplumun eğitim seviyesi
- Toplumun din, gelenek-görenek ve çeşitli konulardaki inanç ve davranışları (sosyal antropoloji)
- Toplumun sosyal ilişkileri
- Toplumun yaşam şekli ve alışkanlıkları
- Toplumun beslenme yapısı ve alışkanlıkları
- Toplumun sağlık alışkanlıkları ve davranışları (sağlık antropolojisi)
- Toplumun sağlık ve hastalık yapıları (epidemioloji)
- Toplumun sağlık bilgi seviyesi
- Toplumun temel koruyucu sağlık hizmetleri seviyesi

**C. Sağlık Hizmeti Verenlerle İlgili Unsurlar (Örgütsel Ve Mesleki Unsurlar)**

- Devletin sağlık politikaları (**en önemli belirleyici unsur**)
- Ülke sağlık sektörünün yapısı
- Sağlık sisteminden toplumun beklentileri
- Sağlık sisteminin ilkeleri
- Sağlık sisteminin örgütsel yapısı
- Sağlık sisteminin ve sektörünün sahip olduğu maddi unsurlar
- Sağlık sisteminin devletten aldığı destek ve kaynaklar
- Sağlık sisteminin yaygınlığı
- Sağlık sisteminin işleyişi
- Sağlık sisteminin etkililiği
- Sağlık sisteminin bütüncüllüğü (koruyucu ve tedavi edici kapsamda)
- Sağlık hizmetlerinin eşit ve adil oluşu
- Sağlık hizmetlerinin sürekliliği

- Sağlık hizmetlerinin kabul edilebilirliği
- Sağlık hizmetlerinin kolay kullanılabilirliği
- Sağlık hizmetlerinin yaygınlığı
- Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği
- Sağlık hizmetlerinin ihtiyaca uygunluğu (kullanılabilirliği)
- Sağlık hizmetlerinin yeterliliği
- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin uygunluğu
- Sağlık hizmetlerinin etkililiği
- Sağlık hizmetlerinin ekonomikliği
- Sağlık hizmetlerinin ödenebilirliği
- Sağlık insangücünün sayısı
- Sağlık insangücünün dağılımı
- Sağlık insangücünün kalitesi
- Sağlık insangücünün amaç, beklenti, yargı ve değerleri
- Sağlık insangücünün örnek aldığı ve etkilendiği davranış kalıpları ve insan modelleri
- Sağlık insangücünün hizmet sunuş biçimi
- Sağlık insangücü başına hasta yoğunluğu
- Sağlık yönetiminin başarısı

Kişi sağlığını ve ülke sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen başlıca unsurlar topluca incelendiğinde, bir **ülkede uygulanan resmi sağlık politikasının** o ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerinin en önemli belirleyicisi olduğu görülmektedir. Sağlık sistemi, resmi veya resmi olmayan bir **sağlık politikasına** dayalı olarak yürütülüyor olabilir yahut bir politikası olmayabilir. Bir politika, kişiler yoluyla toplumu sağlıklı kılma amacına uygun olarak, diğer belirleyici unsurların da etkisiyle ülkenin ihtiyaç, şart, imkan, alt yapı, bünye ve gerçeklerine dayalı olarak uzun yıllar içinde geliştirilmiş ve uygulanmakta olabileceği gibi, bambaşka çıkış noktalarından hareketle oluşturulmuş da olabilir. Yahut hiç bir politika ve ciddi resmi düzenleme bulunmayabilir. Fakat tüm bu şartlarda da sözü edilebilecek, oluşan veya oluşturulan iyi-kötü bir sağlık sistem vardır.

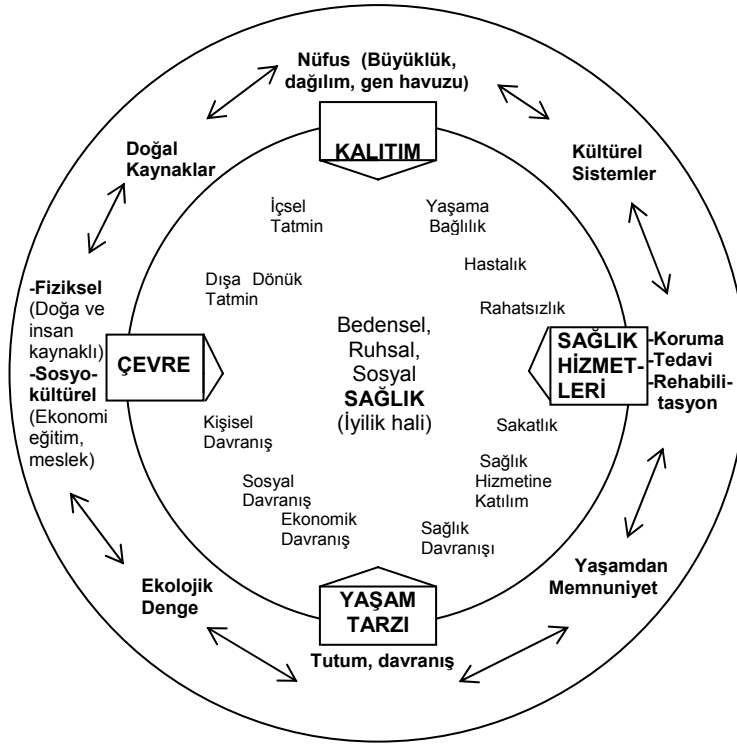
**Kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önem**, sağlık sistemlerini belirleyen ve sağlık politikalarının varlığını etkilediği gibi ondan da etkilenen, en önemli ikinci belirleyici unsurdur.

**Ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımı** da en önemli üçüncü belirleyici unsurdur.

Bunlardan sonra, önem sırası ve etkisi ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, diğer belirleyici unsurların etkileri de sağlık sisteminin özelliklerini şekillendirir.

Ancak, bütün bu unsurların her biri, ülkeler arasında farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Benzer ekonomik sistem ve şartlardaki, benzer siyasi yapıdaki, yakın sosyal bünyedeki, kıyaslanabilir sağlık sistemlerine sahip ülkelerin sağlık göstergeleri, anlaşılabilir nedenlerle farklı olabilmektedir. Bu farklar, önem verilen sağlık sorunlarını da farklılaştırmaktadır.

### Şema 1: Blum'a Göre "Alan Güçleri" Ve "Sağlıklılık" Hali



Kaynak: Toplum Ve Hekim (1995) c:9, S:64-65, s:83

Öte yandan, benzer ekonomik, sosyal, kültürel, teknolojik, ve benzeri atılımlar yapan ülkelerin sağlık göstergelerinde de benzer gelişmelerin kaydedildiği gözlemlenebilmektedir.

Blum, sağlığı etkileyen unsurları göstermek amacıyla bir şema geliştirmiştir. Bu şemanın merkezinde yer alan ve “kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklılık (iyilik) hali” olarak adlandırılan durumu belirleyen bazı olguların olduğunu söyledikten sonra, bu olgulardan:

- İç dairenin içinde görülen ilk ve yakın ortamda yer alan grubu “bireysel sağlıklılık” unsurları olarak,
- Dış dairenin içinde görülen ikinci ve daha uzak ortamda yer alan grubu da “alan güçleri” unsurları (paradigmaları) olarak tanımlamakta ve bunların neler olduğunu göstermektedir.

Sağlıkla ilgili oran, hız ve göstergelerin kıyaslanması, sistem kıyaslaması sürecinin en son basamaklarında kullanılabilen bir veri kullanım biçimidir ve yalnız başına fazla bir anlam ifade etmeyebilir. Asıl olan, sistemleri ve onların unsurlarını kıyaslamaktır. Ayrıca bunların güvenilirlikleri, verilerin sonuç ve bilgi haline getirilmesinde uygulanan süreç farklılıkları, yorumlanma biçimleri ve ülkeler bakımından birbirleriyle kıyaslanabilir özellikte standartlaştırılmış veri olmaları da çok önemli unsurlardır.

Bütün bunlara ek olarak, hangi sağlık göstergelerinin daha önemli olduğu konusunda da değişimler yaşanmaktadır. Bebek ölüm oranları, anne ölümleri, ortalama yaşam süresi, hekim ve sağlık personeli başına nüfus, yatak başına nüfus, GSMH (GNP) ve GSYİH (GDP)’dan sağlığa ayrılan pay, temel ve koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerine ayrılan kaynakların kıyası, kişi başına ortalama sağlık harcaması ölçütleri yanında, kişi başına sağlık hizmetine başvuru sayısı, ölüm sebepleri sıralaması, yaşam standartları, İnsani Kalkınma İndeksi (HDI) gibi yeni ölçütler de uygulamaya koyulmaktadır.

Oran, hız ve göstergeler çoğunlukla sistemlerin girdi, çıktı ve etkilerinin, doğru yorumlanmaları ön koşullara bağlı olan, sayısal ortalamaları olarak görülmelidir. Girdi, çıktı ve etkiyi bize açıklayan şey ise süreç, sürecin unsurları, sürece etki eden unsurlar ve bu etkilerin biçimidir.

Ülkelerin sağlık sistemleriyle ilgili araştırmaların (analiz) ve sonuç birleştirmelerinin (sentez) yapılması sırasında dikkate alınması gereken alt başlıklar bunlar olmaktadır.

Sağlığın kişi kadar toplumu da ilgilendiren bir olgu olduğunu ister istemez kabul edince, bunun resmi veya resmi olmayan **üretim / arz ve talep / tüketim düzenlerinin** var olduğunu da kabul etmek gerekir. Bu arz ve talep düzenleri / biçimleri sağlık sisteminin karakterini oluşturur (Sargutan 2004:105-109).

### II.3. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Ülkelerin sağlık sistemlerini pek çok farklı türde gruplandıran çalışmalardan olan Milton I. Roemer sınıflandırması, en çok bilinen ve en yaygın başvurulardan biridir. Roemer, “National Health Systems of the World” (Vol I: Countries (1991), Vol. II: The Issues (1993) Oxford University Press) adlı kapsamlı çalışmasında “Ekonomik Seviye Ve Sağlık Sistemi Politikalarına Göre Sınıflandırılmış Ulusal Sağlık Sistemi Tipleri” başlığı altında

- \* Girişimci Ve Serbest sağlık sistemi politikaları grubu
- \* Refah Yönelimli sağlık sistemi politikaları grubu
- \* Genel Ve Kapsayıcı sağlık sistemi politikaları grubu
- \* Sosyalist Ve Merkezden Planlanmış sağlık sistemi politikaları grubu

olmak üzere sağlık sistemlerini dört başlıkta toplanmış, her grubu ayrıca Ekonomik Seviye (Kişi Başına GSMH) miktarına göre, bütün gruplar için birbirinin aynı olan dört alt grup oluşturmuştur (Roemer 1991,1993).

Roemer sınıflandırmasındaki bazı hususlar da gözetilerek, sağlık sistemi gruplarının incelenmesi amacıyla tarafımızdan geliştirilip güncelleştirilen yeni bir sınıflandırmadaki sağlık sistemi tiplerinin her birinin özellikleri, Tablo 1’de kısaca tanımlanmaktadır.

Bu yeni sınıflandırmada ölçüt olarak

- Ülkelerin sağlık sistemi hizmet arz ve talebinde kamu ve özel unsurların yaygın ve baskın olan durumunu / yerini / özelliklerini esas alan dört ana tip ve
  - Ülkelerin gelişmişliklerini ve gelirlerini esas alan dört düzey
- esas alınmıştır.

Bir ülkede bu dört ana sağlık sistemi tipinden birini veya birden fazlasının varlığını düşündüren özellikler bulunabileceği gibi, çok özel bazı uygulamalara da rastlanabilir. Ülkede, bu sistem tiplerinden birinin tipik özellikleri en baskın ve yaygın uygulama halinde ise ve halkın çoğunluğu sağlık hizmetlerini bu şekilde elde ediyorsa, ülke o grup içinde değerlendirilmelidir.

Tablo 1: Sağlık Sistemi Tipleri Ve Ayırt Edici Temel Özellikleri

Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet Tipi	Sosyalist / Merkezi Planlama Tipi
<p><b>1- Kişisel doğrudan ödeme</b> ve/veya <b>isteğe bağlı özel</b> (bazen da kamu) hastalık ve sağlık sigortalarıyla talep asıl uygulamalardır</p> <p><b>2- Kamu sektörü</b> sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da, asıl unsur değildir</p> <p><b>3- Özel sektör</b> sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur</p>	<p><b>1- Tüm bireylere</b> yönelik, <b>zorunlu</b>, kişisel <b>prim ödemeli</b> kamu (bazen özel) hastalık (bazen sağlık) <b>sosyal sigortasıyla</b> talep asıl uygulamalardır</p> <p><b>2- Kamu sektörü</b> sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur, arzda daha az olabilir</p> <p><b>3- Özel sektör</b> sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir</p>	<p><b>1-Tüm bireylere</b> yönelik, <b>zorunlu</b>, tam kapsamlı sağlık <b>sosyal güvenliğiyle</b> talep ve kamu sağlık hizmet nitelikli <b>ücretsiz arz</b> asıl uygulamalardır</p> <p><b>2- Kamu sektörü</b> sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir</p> <p><b>3- Özel sektör</b> sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir</p>	<p><b>1- Tüm bireylere</b> yönelik, zorunlu, <b>toplumun ortak / kolektif sağlık güvencesiyle</b> talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli <b>ücretsiz arz</b> asıl uygulamalardır</p> <p><b>2- Kamu sektörü</b> sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur</p> <p><b>3- Özel sektör</b> sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır</p>

Sonuç olarak, ayrıntılı biçimde incelediğimiz 80 ülke sağlık sistemi içinde, bu dört tipin 16 grubundan birinin kapsamına girmeyen sağlık sistemine rastlanmamıştır. Kendi içine dönük çok özel yapılar var olsa bile, bu ender yapıların grup oluşturacak ortak özellikleri olmadığında, önem taşımayacaklardır.

Yukarıdaki Tablo'da geçen **güvence**, **güvenlik** ve **sigorta** kelimeleri ayrı ve özel içerikli kavramları vurgulamaktadır. Tablo'da yer alan açıklama ve nitelendirmeler, tarafımızdan, aşağıda açıklanan anlam ve içeriklerle tanımlanmış ve kullanılmıştır.

**Güvence** / Teminat sözcüğü, ilgili olduğu şeyin / konunun mutlaka olacağını / yerine getirileceğinin / gerçekleştirileceğinin garanti edilmesini veya edildiğini belirtir.

**Sağlık Güvencesi** / **Sağlık Hizmetleri Güvencesi** kavramı da, ihtiyaç duyulacak kişisel sağlık hizmetlerinin mutlaka alacağı garantisini

belirtmektedir. Bu garanti çeşitli yollarla sağlanabilse de, genel nitelendirmesi Güvence / Teminat sözcüğüyle belirtilir.

**Kişisel Doğrudan Ödeme** yaparak sağlık hizmetlerini veya sağlık hizmetleri güvencesini elde etmek, sadece bu ödemeyi gerçekleştirebilecek varlığa sahip olanlar için bir imkan olabilir. Ancak bu uygulama herkes için geçerli olamadığı gibi, varlıklı olmak da değişmez bir hal değildir.

**Sigorta**, güvencenin, **kişilerden alınan sigorta primi** adlı peşin ödemeler karşılığında ve teorik olarak bu bedelin karşılığı olan önceden belirlenmiş hizmet paketi ile sınırlı olarak verilen bir diğer biçimdir.

**Ticari Sigorta**, özel sektör sigorta kuruluşlarının prim karşılığında herhangi bir konuda verebilecekleri ticari bir hizmet ve garantidir.

**Sosyal Sigorta**, aynı niteliklere sahip tüm bireylere aynı kapsamda ve pirim karşılığında belli konularda verilen sosyal / toplumsal nitelikli devlet güvencesidir.

**Hastalık Sosyal Sigortası**, genellikle hastalık hallerinde ihtiyaç duyulabilecek sağlık hizmetlerinin bir garanti paketi kapsamında ve pirim karşılığında verileceği konusunda devlet güvencesidir.

**Sağlık Sosyal Sigortası**, kişilerin ihtiyaçları olabilecek kişiye yönelik koruyucu, geliştirici ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerinin pirim karşılığında verileceğini içeren devlet güvencesidir.

**Güvenlik**, güvencenin, pirim gibi özel bir ödeme olmadan, kamu bütçesinden ayrılan kaynaklarla ve genellikle sosyal politikaları uyarınca devlet tarafından verilen bir başka biçimdir.

**Sosyal Güvenlik**, pirim gibi özel bir ödeme olmadan, devletin sosyal politikaları kapsamında kamu bütçesinden ayrılan kaynaklarla ve tüm bireylere yönelik bir sosyal dayanışma niteliğinde olması sebebiyle “sosyal”, devlet garantisinde sosyal güvenlik sağlamak amacıyla ve sigortadan daha güçlü bir kaynak ve kapsam içinde verilmesi sebebiyle “güvenlik” nitelemeleriyle vurgulanan bir diğer güvence türüdür.

**Sağlık Sosyal Güvenliği**, kişilerin ihtiyaçları olabilecek kişiye yönelik koruyucu, geliştirici ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerinin, pirim gibi özel bir ödeme olmadan, kamu bütçesinden ayrılan kaynaklarla ve sosyal politikaları uyarınca devlet tarafından verileceğini içeren devlet güvencesidir.

**Kolektif**, kelimesinin anlamı "çok sayıda kişi, **ortaklaşa**" olmakla birlikte, Marksist doktrin ve yazında yaygın olarak "**toplumun tümü**" anlamında kullanılmaktadır.

**Kolektif Mülkiyet**, aynı doktrinde "toplumun tümünün ortak mülkiyeti" anlamında kullanılmaktadır. Bireysel veya grup halinde değil, toplumun ortaklaşa sahip olduğu varsayılan / kabul edilen şeyleri nitelendirir. Marksist doktrin ve uygulamada, hemen her şey gibi, sağlık hizmetleri, kurumları ve hatta sağlığın kendisi **toplumun ortak malı / kolektif mülküdür**. Bu çerçevede, Sosyalist / Merkezi Planlama tipi sağlık sisteminde, bütün bireylere ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini elde etme güvencesini veren, aslında devlet değil, **toplumun bütünüdür**. Yine toplumun ortak malı olan **Devlet Örgütü**, asıl mülk sahibi olan toplum adına, sadece bunun örgütlenmesini ve amaca uygun çalışmasını sağlamakla görevlidir.

**Kolektif Güvence**, toplumun tümünün verdiği / sağladığı güvence olarak anlaşılmalıdır.

**Toplumun Ortak / Kolektif Sağlık Güvencesi**, Marksist düşünce ve uygulamada, sağlık örgütünün ve hizmetlerinin sahibi olan toplumun tümünün, yine toplumun tümüne sağlık hizmeti güvencesi vermesi anlamını içermektedir. Sosyal sigorta veya sosyal güvenlik örgütü gibi özel ve ayrı bir yapılanma ve kapsam içinde bir alt hizmet olarak değil, doğrudan doğruya sağlık hizmetleri örgütlenmesi yapısı ve kapsamı içinde, yine doğrudan toplumun ortak güvencesi olarak, kamu adına devlet görevlilerince tüm topluma, ihtiyaçları boyutunda verilir.

Görüldüğü gibi, Özel Teşebbüs ile Refah Yönelimli sistemler ve Kapsayıcı ile Sosyalist sistemler birbirine daha yakın yaklaşımlara sahiptir.

### **II.3.1. Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri**



Tipik özelliği “kişisel ihtiyaçlar için doğrudan kişisel ödeme ve / veya sadece hastalık yahut genel sağlık hizmetlerini içeren **isteğe bağlı** ve kişisel prim ödemeli **özel sigorta** ağırlıklı sağlık hizmetleri **talebi**” olarak özetlenebilir.

Bu uygulamada, sağlık hizmetleri **talebinin**, genellikle (herhangi bir sebeple) **doğrudan kişisel** ödemelerle veya özel sigorta aracılığıyla prim şeklindeki **yarı-doğrudan** ödemelerle **ücret karşılığında** kamu veya özel sektör hizmet arz edicilerinden **satın alınarak** karşılanması esastır.

Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, **kişisel sağlık hizmeti** ihtiyaçlarının **talebi** için, esas olarak **kişilerin doğrudan** ve/veya prim ve benzerleri türünde **yarı-doğrudan harcama yapmak zorunda olmaları**; buna karşılık, **devletin** diğer gelirlerinden ayrılan pay ile birlikte **kişilerin** gelirleri / varlıkları / refahları oranında verdikleri **vergilerin** belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderlerine **dolaylı** olarak katılımlarıyla oluşan **kamu kaynakları kullanımının** çok daha **az** olmasıdır.

Sağlık güvencesi imkanı, genellikle maddi olanağı olanların gönüllü olarak sağlık sigortasına katılmasıyla sağlanır. Bu sebeple teorik olarak, nüfusun sadece maddi imkanı olan kısmı sağlık hizmeti güvencesi edinebilir.

**Sağlık hizmeti arzı** harcamalarının büyük bir kısmını özel sektör karşılar, hastahane yataklarının büyük bir bölümü özel sektörün elindedir.

Bu sağlık sistemi tipi, sağlık hizmetleri arz ve talebinin esas olarak serbest pazar şartlarında gerçekleştiği, yeterli olmayan kamu sektörü yanında ana unsur olarak özel sektör sağlık hizmetleri arzının ve kişisel talebin yaygın olduğu bir ortamı tanımlamaktadır. Öte yandan, ekonomik doktrinin teorik olarak öngördüğü, “arz ve talebin birbirlerini serbest pazar ortamında serbestçe karşılayıp dengelemesi” esasının, uygulamada, beklenen olumlu, ihtiyaca uygun, dengeli, adil, toplum yararına sonuçların alınmasında çoğu zaman yetersiz kaldığı gözlemlenebilmektedir. Diğer alanlarda da olduğu gibi, sağlık sektöründe de arz ve talep dengesinin pazarda gerçekten serbest biçimde gerçekleşmemesinin ve sağlık hizmetlerinin pazar şartlarına uyumsuzluğunun yarattığı sonuçların, sağlık sisteminden beklenen yararları olumsuz olarak etkilediği görülmektedir.

Bu sebeplerle, bu tür sağlık sistemleri, sağlık hizmeti talep edenlerin, alacakları hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olamadıkları için, arz edenin kontrolüne her yönden açık ve korunmasız olduğu uygulamalardır. Hizmetin sunumu, ücreti, kalitesi, miktarı vb. üzerinde değerlendirme ve denetim imkanları çok kısıtlıdır.

Sonuç olarak, milli geliri yüksek, gelir dağılımı nispeten dengeli, yoksulları çok az, sosyal yardım faaliyetleri etkili, toplum sağlığı hizmetleri yeterli, güçlü bir düzenleme ve denetim sisteminin çalıştığı ülkelerde uygulandığında, kişisel sağlık hizmetleri arz ve talebinde sorunlara yol açmayabilir. Ancak bu durumda bile, birincil (primer) toplum sağlığı ve kişisel koruyucu-geliştirici sağlık hizmetleri ile, hizmete ulaşım ve yararlanma imkanları kısıtlı olan kişilerin tedavi hizmeti ihtiyaçları alanlarında hâlâ devam edecek olan bazı olumsuzlukların, kamu müdahalesiyle çözülmesi gerekliliği sürecektir. Bu uygulama, kişisel sağlık hizmetlerinin talep ve arzının en eski ve yaygın biçimi olarak nitelendirilebilir (Sargutan 2004:40).

### **II.3.2. Refah Yönelimli Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri**

Tipik özelliği “hastalık hallerini kapsayan **zorunlu**, çalışan ve işveren (ayrıca ilke olarak devlet tarafından ek) **prim ödemeli hastalık sosyal sigortası** ağırlıklı sağlık hizmeti **talebi**” olarak özetlenebilir.

Bu uygulamada, sağlık hizmetlerinin **talebi** için, mümkün olduğunca **tüm bireylerin, yarı-doğrudan kişisel ödeme** niteliğindeki **primlerle zorunlu hastalık sigortası** kapsamına alınması esastır. Kimi zaman, hastalık sigortaları yerine, daha kapsamlı olan zorunlu ve primli sağlık sigortasına yakın uygulamalar da görülebilir.

Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, **kişisel tedavi hizmeti** ihtiyaçlarının **talebi** için esas olarak, **kişilerin** prim türünde **yarı-doğrudan** ve katılım payı ve benzerleri türünde **doğrudan** ve **sürekli** bir **sağlık harcaması yapmak zorunda olmaları**; buna karşılık, **devletin** diğer gelirlerinden ayırdığı pay ile birlikte **kişilerin** gelirleri / varlıkları / refahları oranında verdikleri **vergilerin** belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderine **dolaylı** olarak katılmalarıyla oluşan **kamu kaynakları kullanımının** çok daha **az** olmasıdır.

**Sigortalının** ödediği primlere eklenmesi söz konusu olan **işveren** ve **devlet** primleri ve katkıları da birer yarı-doğrudan ve doğrudan sağlık harcamasıdır.

Prim ve katkı adıyla anılan tüm harcamalar, genel vergiler dışında alınan ek “**sağlık vergisi**” olarak da nitelendirilebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin **arzında kamu ve özel sektör bir arada** bulunabilir. Hizmet **talebinde özel** sektör ek imkanlar sağlayabilir.

İktisadi kalkınmayı sağlayarak devleti ve yurttaşları ekonomik ve sosyal refaha erdirmeyi hedefleyen “**refah devleti**”, bu zenginliği sosyal amaçlı “**sosyal refah**” projeleri için harcamayı benimsediğinde, “**sosyal devlet**” vasfını da kazanarak “**sosyal refah devleti**” nitelemesiyle anılmaktadır. “**Refah Yönelimli Devlet**” deyimi, kişilerin ihtiyaçlarının bedelini kendilerinin ödeyerek satın alabilecekleri, kişisel ve kamusal zenginleşirmeyi amaçlayan ve bu amaçla düzenleme ve çalışma yapan devlet anlayışı olarak tanımlanabilir.

“**Refah Yönelimli Sağlık Sistemi**” adlandırması ise, devletin, bir sosyal refah projesi olarak kabul ettiği sağlık hizmetlerini, kamu adına / yararına / niteliğinde düzenlediği zorunlu ve primli sağlık sigortası yoluyla kişilere sağlamayı esas aldığı sağlık sistemlerini vurgulamaktadır.

Bu sağlık sistemi modelinde, sosyal devlet anlayışıyla sağlık hizmetleri bir kamu görevi sayılmış, yurttaşların ödeme yapmadan yararlandıkları bir kısım kamu kaynaklı sağlık hizmetlerinin yanında, zorunlu ve birbirine benzer nitelikteki primler karşılığında, tedavi ağırlıklı belli hizmetlerinden mutlaka yararlanmaları esas alınmıştır.

Refah Yönelimli modelin, bir diğer sağlık hizmetleri güvencesi modeli olan ve kamu kaynaklarıyla ücretsiz, zorunlu **sağlık güvenliği** sağlamayı amaçlayan Kapsayıcı tipteki sağlık sisteminden farkı, sağlık hizmeti güvencesinin primli **sağlık sigortası** yoluyla sağlanmaya çalışmasında ve genellikle tedavi hizmetlerini kapsamamasındadır.

Refah Yönelimli sistem genellikle birden fazla örgüt içinde, kişisel primler karşılığında, (sağlık değil) **sosyal hastalık sigortasıyla** (güvenliği değil) sadece tedavi hizmetlerini garanti ederken; Kapsayıcı sistemde genellikle tek bir örgüt içinde, kamu kaynağı esaslı **sosyal sağlık güvenliği** ile (sigorta değil), kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici birincil (primer) sağlık hizmetleri yanında tedavi edici sağlık hizmetlerinin tümünün, bütün ülkede ve herkese aynı şartlarda verilmesini sağlayacak **tam kapsamlı** bir sağlık güvenliği sağlanması

amaçlanmaktadır. Refah Yönelimli uygulamalarda çevreye ve topluma yönelik temel koruyucu sağlık hizmetleri ile, zorunlu sigorta kapsamı dışında kalan hizmetlerin tümü veya bir kısmı kamu görevi olarak verilebileceği gibi, bunların finansmanının tamamı veya bir kısmı da kamu kaynaklarından karşılanabilir; diğer hizmetler, özel kesim arz ve talebi olarak yürütülebilir. Bunlar, hizmeti vermede önemli farklılıklardır. Hastalık halinde hizmet veren zorunlu hastalık sigortası hizmetlerine ek olarak, kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin de zorunlu sigorta kapsamına alındığı farklı uygulamalar görülebilmektedir.

Bu sistemin ilk örneklerine 19. Yüzyıl'da rastlanır. Model, Almanya'da çok yaygın olan küçük boyutlu sağlık yardım sandıklarının 1883-1891 yılları arasında kamu denetiminde birleştirilerek tüm çalışanların bunlara katılımını zorunlu kılan ve dünyada ilk hastalık, iş kazası, malullük ve yaşlılık sigortalarının kurulmasını sağlayan düzenlemelerle başladı. Modelin uygulanmasını düzenleyip başlatan ve Beveridge gibi sosyal politika uygulamalarının öncülerinden olan Alman Başbakanı (Şansölye) Otto von Bismarck'ın adına atıfla, prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta uygulamaları '**Bismarck Modeli**' olarak adlandırılmaktadır

Refah Yönelimli modelin uygulandığı ülkelerde genellikle nispi bir kalkınmışlık ve şehirleşme görülür. Geleneksel tedavi biçimlerinden batılı anlamda tıp uygulamalarına geçilmiş veya geçilmektedir. Sağlık kuruluşlarının ve sağlık personelinin önemli bir bölümü sağlık sigortasına hizmet verir. Sistemde görev alan sağlık personeli, kamu ve özel sektörde aynı zamanda çalışabilir. Uygulamanın başarısına ve imkanlara bağlı olarak, kaynaklarda yetersizlikler ve dağılımında dengesizlikler görülebilir.

Bu politika zengin ülkelerde başarıyla uygulanabilmektedir. Aynı model gelişmekte olan pek çok ülkede de yaygın olarak uygulanmaktadır. Ancak Türkiye gibi gelir seviyesi düşük ve dağılımı dengesiz olan ülkelerde sürekli ve çeşitli olumsuzluklar yaygın olarak görülebilmektedir. Tüm aksaklıklarına karşın, uygulamada gösterilen başarıya bağlı olarak, gelişmekte olan ülkelerde de sistemin etkili olabildiğini söylemek mümkündür (Sargutan 2004:44,45).

### **II.3.3. Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri**

Tipik özelliği “hastalık dahil tüm kişisel sağlık hizmetlerini kapsayan zorunlu, kamu / bütçe kaynaklı sağlık sosyal güvenliği ağırlıklı sağlık hizmetleri **talebi**” olarak özetlenebilir.

Bu uygulamada, sağlık hizmetlerinin **talebi ve arzında** mümkün olduğunca **kamu / bütçe kaynakları** kullanılarak, **tüm bireylerin zorunlu kamu sağlık hizmetleri güvenliği** kapsamına alınması ve tüm ihtiyaçlarının **kamu sağlık kurumlarınca ücretsiz** olarak karşılanması esastır.

Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, toplumsal ve kişisel koruyucu, geliştirici ve tedavi edici **tüm sağlık hizmeti** ihtiyaçlarının **arzi ve talebi** için esas olarak, **kişilerin** prim ve benzerleri türünde **doğrudan** ve/veya **yarı-doğrudan** hiçbir **harcama yapmak zorunda olmamaları**; buna karşılık, **devletin** diğer gelirlerinden ayırdığı pay ile birlikte **kişilerin** gelirleri / varlıkları / refahları oranında verdikleri **vergilerin** belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderine **dolaylı** olarak katılmalarıyla oluşan **kamu / bütçe kaynaklarının kullanılmasıdır**. Talep finansmanı kamu / bütçe kaynaklı olduğu için, fertler genellikle vergiler dışında prim veya başka adlar altında bir ek “sağlık vergisi” olarak nitelendirilebilecek ödemelerde bulunmak yahut özel durumlar hariç ayrı bir dolaylı veya doğrudan harcama yapmak zorunda değildirlir.

Sağlık hizmetlerinin **arzında kamu** sektörü **asıl** olmakla birlikte güncel uygulamalarda **kamu** ve **özel** sektör **bir arada** bulunabilir. Özel sektörün hizmet arzı sırasında ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar, iyi bir denetim sistemiyle en aza indirilmeye çalışılır. **Hizmet talebinde özel sektör**, isteyenlere bedelli **ek imkanlar sağlayabilir**.

Kapsayıcı tipteki modelin, bir diğer sağlık hizmetleri güvencesi modeli olan ve **sadece hastalık halinde tedavi** imkanı sağlayan primli hastalık sosyal sigortası esaslı Refah Yönelimli sağlık sisteminden farkı; her türlü temel, koruyucu ve geliştirici birincil (primer) sağlık hizmetlerinin yanında, tedavi edici sağlık hizmetlerinin **tümünü**, bütün ülkede ve herkese, aynı şartlarda, genellikle tek bir örgüt içinde, **kamu / bütçe kaynağı** esasıyla ücretsiz olarak verilmesini sağlayacak, **tam kapsamlı** bir **sağlık sosyal güvenliği** sağlamayı amaçlamasıdır.

Sistemin asıl uygulama biçiminde, sağlıkla ilgili hizmet arz ve talep faaliyetlerinin hemen tamamında kamu sorumluluğu esastır ve **sistemin özünde**, nüfusun tamamı için tüm sağlık hizmetlerinin devlet tarafından üretilmesi ve ücretsiz olarak, sağlık sosyal güvenliği (sigorta değil) biçimindeki bir sağlık güvencesi kapsamında verilmesi öngörülür. Böylece sağlık hizmetleri arzının ve arz ücretsiz olduğu için de talebinin finansmanı ağırlıklı olarak vergilerden sağlanmış olur. Uygulandığı ülkelerde yurttaşların Kapsayıcı sağlık sistemlerine sahip çıkmalarının nedeni, Refah Yönelimli sistemlerdeki gibi sadece hastalık hallerinde işleyen **hastalık sosyal sigortası** yerine, her tür sağlık hizmetini tüm insanlara verecek tam bir **sağlık sosyal güvenliği** elde etme şansının bu sistemde en yüksek seviyeye ulaştığını görmeleridir denilebilir.

Uygulanma biçimine bağlı olarak, sağlık hizmeti üreten ve arz eden birimler devlete ait oldukları gibi, doktor ve diğer sağlık personelinin çoğu, ücret sistemiyle kamuda çalışır.

Bütünüyle kamu / bütçe kaynaklı finansman sistemi nedeniyle katlanılan maliyetin, iş gücü kaybının önlenmesi ve sağlık sistemi bozukluklarından kaynaklanabilecek giderlerin azalması v.b. gibi diğer olumlu çıktılarla ve etkilerle telafi edilebileceği hesaplanmaktadır. Ayrıca ülkenin GSMH'sından sağlığa ayrılan payın büyük bir bölümünün tedavi edici sağlık hizmetlerine harcadığı bir ülkede, Kapsayıcı sağlık sistemi benimsendiği takdirde, o ülkede koruyucu sağlık hizmetlerine, Kapsayıcı sistem sebebiyle daha fazla ağırlık verileceğinden, sağlık alanına yapılacak olan harcamalarda yine bir azalma olabilecektir.

Günümüzde kamu ekonomilerinde yaşanan zorluklar / krizler, dünyada genişleyen "sosyal harcamaların azaltılması" ve özelleştirme gibi uygulamalara paralel olarak, Kapsayıcı tip sistemlerin asıl biçimi kısmen değiştirilerek, sadece talebin kamu / bütçe kaynaklarından yapılması, hizmet arzında kamu yanında özel sektöre de yer verilmesi, ayrıca çeşitli nedenlerle oluşabilecek özel hizmet talepleri için de özel sektörden yararlanılması uygulamalarını içeren Kapsayıcı tipinde uygulamalar yaygınlaşmaktadır. Bunların dışında halkın, sağlık giderlerine, genel vergilere ek olarak ayrıca sağlık vergileri veya primlerle de katılmasının mümkün veya zorunlu olduğu durumlarda, ek kaynak yaratmak amacıyla veya başka gerekçelerle, ilave finansman yolu olarak prim, özel vergi, katkı, katılım ve benzeri uygulamalara da başvurulabilmektedir. Ek

kaynakların toplam içindeki oranı makul bir miktarı aşmadığı sürece Kapsayıcı sistemin özü değişmemekte, sağlık hizmetlerinin tümünün tüm vatandaşlara aynı sistem içinde kamu / bütçe talep kaynakları ağırlığıyla verilmesi “temel ilke” niteliğinde korunarak uygulanmaya devam edilmektedir.

Tümüyle kamu / bütçe kaynaklı finansman yapısına sahip olan ülkelerin başında Birleşik Krallık (İngiltere) gelir. Sosyal politika ve sosyal güvenlik konusunda 1943 yılında verdiği raporda yer alan ve kamu mâli kaynaklı sosyal güvenlik modellerinin özünü oluşturan önerisiyle ilk defa bu ülkede Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service: NHS) adlı sağlık sistemin kurulmasına yol açan William Henry Beveridge’in adına, tüm dünyada **'Beveridge (Beviriç) Modeli'** olarak anılan uygulama doğmuştur.

Günümüzde geçerli olan sosyal politika görüşlerini etkileyip şekillendiren en önemli kişilerin başında, İngiliz iktisatçı ve sosyologu William Henry Beveridge'in (1879-1963) geldiği görüşü yaygındır. Keynes'in müdahaleci ekonomik ve sosyal görüşlerini benimseyen Beveridge, sosyal politika kavram ve uygulamalarını sistemleştiren ve dünyada kabul ettiren kişi olarak büyük bir üne sahiptir. Beveridge, 1941 yılında, İngiliz Hükümetince kurulan ve amacı, ülkede yapılan sosyal amaçlı pek çok harcamanın çoğu zaman beklenen sonucu vermemesinin sebeplerini araştırmak ve gerekli tedbirleri ile temel ihtiyaçların giderilmesine yönelik sosyal politikaların ana esaslarını belirlemek olan bir komisyonun başkanlığına getirilmiştir. Komisyon çalışmaları sonucunda, Aralık 1943 de 'Social Insurance and Allied Services: Sosyal Sigorta Ve İlgili Hizmetler' adlı bir rapor yayınlanmıştır. Daha sonra Beveridge Planı diye anılan bu raporda, yoksulluğun sebepleri ve buna karşı alınacak tedbirler konusunda tespit ve teklifler ileri sürülmektedir. Bunlar kısaca şöyle özetlenebilir.

**Yoksulluğun** üç ana, iki de yan sebebi vardır. **Ana sebepler** şunlardır:

1- **Gelir yokluğu riski** : İşsizlik gibi bir sebeple kişinin ve ailenin gelirlerinin olmaması veya yok olmasıdır. Buna çözüm olmak üzere herkese yeterli ve devamlı gelir getiren bir iş temin etmeli, bu amaçla tam istihdam sağlanmalıdır.

2- **Gider artıcı riskler**: Kişinin ve ailenin gelirlerini yetersiz hale düşüren hastalık, kaza, evlilik, yeni doğumlar, analık hali, bakmakla yükümlü olunan çok sayıda aile bireyinin varlığı gibi gider arttırıcı sebeplerin varlığıdır. Bu riski ortadan kaldırmak için, çalışanlara yeterli gelir sağlanmalıdır.

3- **Gelir azaltıcı riskler:** Hastalık, kaza, yaşlılık, sakatlık, ölüm (dulluk ve yetimlik), daha az ücret alma, işini kaybetme gibi gelir azaltıcı sebeplerdir. Bunun tedbiri, bu amaca yönelik sosyal güvenlik sistemlerinin kurulmasıdır.

Kişi ve ailede yoksulluğa yol açan bu üç sebep, toplumu da yoksulluğa sürükler. Ayrıca toplumda yoksulluğa yol açan iki felaket daha vardır. Bu yan / **ikincil sebepler** şunlardır:

1- Doğumların azalması sonucunda genç neslin azalıp yaşlı neslin artması ile ortaya çıkan aktif nüfusun ihtiyarlaması ve sayısının düşmesidir. Bunu önlemenin çaresi doğumların sağlıklı ortamlarda yapılması, ana ve çocuk sağlığının korunması, sağlıklı yeni nesiller yetiştirilmesidir.

2- İkinci toplumsal felaket de kamu sağlığının bozulmasıdır. Pek çok olumsuz sonuç doğuran bu felaketi önlemenin çaresi, çalışanların (işyeri ve işçi) sağlığının korunması, temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince verilmesi, hastalanan herkese hizmet verecek sağlık sigortası sisteminin kurulmasıdır.

Bu beş felaketten korunmak için öncelikle bunların geçici olarak değil, tamamen yok edilmeleri amacı benimsenmelidir. İkinci amaç da, sağlıklı bir hayat için gerekli yaşama araçlarına sahip olamamak demek olan 'ihtiyaç'tan, yani yoksulluktan kurtulmak olmalıdır. Tüm bunların çaresi de, genel bir Sosyal Güvenlik Sistemi kurmaktır. Rapor'a göre 'herkes için belli bir gelirin garanti edilmesi' sosyal güveniktir. Sefaletin sebebi olan işsizlik, gelir yetersizliği, nüfus yaşlanması, toplum sağlığının bozulması, açlık, cehalet, pislik ve aylıklıkla mücadeleyi öngören ve herkese gelir garantisi veren bir sosyal güvenlik sistemi kurulması gerekir. Sosyal risk denilen bu unsurlar böylece etkisizleştirilebilir. Sistem, milli gelirden aktarılan kaynaklarla beslenmelidir. Bu kaynaklardan kişilere ulaştırılan payın tespitinde kişilerin ekonomik verimliliği değil, ihtiyaçları esas alınmalıdır. Milli gelirin daha adil dağılımını amaçlayan bu temel sosyal güvenlik politikası, gelir durumu dikkate alınmadan, tüm vatandaşları kapsamına almalıdır. Kişilerin aldıkları pay, temel ihtiyaçlarının farklılığına göre değişebilmelidir.

Raporun teklifleri kabul edilerek, İngiliz Hükümetince mevcut sosyal güvenlik uygulamaları bu yönde yeniden yapılandırıldı. Beveridge, Sosyal politika kavram ve uygulamalarını sistemleştiren ve dünyaca, kabulüne yol açan bir kişi olarak önemlidir. Beveridge planı da, günümüzde yaygın olarak



benimsenmiş olan temel sosyal ve ekonomik ihtiyaçların garanti altına alınmasını amaçlaması, bunun için gerekli temel esasları belirleyip, uygulamaya yol açması sebebiyle sosyal politika ve sosyal güvenlik bakımından çok önemli bir belge ve dönüm noktasıdır. Rapor, adil gelir dağılımı, sefaletin yok edilmesi, iş garantisi gibi pek çok sosyal politikayı uygulamaya geçirdiği gibi, Atlantik Şartı, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Avrupa Sosyal Şartı da dahil olmak üzere, milli ve milletlerarası sosyal politika ve sosyal güvenlik sisteminin kurulmasında da, gündeme getirdiği prensipler bakımından esas alınmıştır.

Daha önce Refah Yönelimli tipte sağlık sistemlerine sahip olan bazı ülkeler, II.Dünya Savaşından sonra ortaya çıkan sosyopolitik ve ekonomik sebeplerle, savaş sırasında yürütülen tek merkezli sistemden de ilham alarak, Kapsayıcı sisteme yönelmişlerdir. Sağlık alanında ulaşılmak istenen düzeye yaklaşmış olan ülkeler, çoğunlukla Kapsayıcı sağlık sistemini tercih etmiştir. Bu sistemde her zaman güçlü bir kamu yönlendirmesi görülür. Gelir seviyesi yüksek olan ülkeler büyük çoğunlukla ya Kapsayıcı veya Refah Yönelimli politika izlemektedirler. Bütünüyle kamu / bütçe kaynaklı olan bir Kapsayıcı sağlık sistemi, milli geliri kişi başına ve toplam olarak düşük, gelir dağılımı bozuk, gelişmekte olan, orta gelir alt grubundaki ülkelerde de, halkın sağlık hizmetlerini almasına daha fazla imkan sağlayıcı bir özellik göstermesine karşın, bu tip ülkelerin çok azında başarılı olarak uygulanma imkanı bulabilmektedir (Sargutan 2004:67,68).

#### **II.3.4. Sosyalist / Merkezi Planlama Tipi Sağlık Sistemlerinin Özellikleri**

Tipik özelliği “toplumsal ve kişisel tüm sağlık hizmetlerinin bütünüyle **piyasa dışı** ve **toplum hizmeti alanı** niteliğinde ücretsiz **talep** ve **arzı**” olarak özetlenebilir.

**Bu uygulamada, sağlık hizmetlerinin** talebi ve arzında **sadece** toplumun ortaklaşa sahip olduğu kolektif kaynaklar **kullanılarak**, tüm bireylerin zorunlu, toplumun ortak / kolektif sağlık hizmetleri güvencesi **kapsamına alınması ve tüm ihtiyaçlarının** toplumun ortak sağlık kurumlarınca ücretsiz **olarak karşılanması esastır.**

Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, toplumsal ve kişisel koruyucu, geliştirici ve tedavi edici **tüm sağlık hizmeti** ihtiyaçlarının **arzu** ve **talebi** için esas olarak, **kişilerin doğrudan** ve/veya **yarı-doğrudan** hiçbir **harcama yapmak zorunda olmamaları**; buna karşılık, **toplumun** diğer gelirlerinden ayırdığı pay ile birlikte **kişilerin** (eğer ayrıca alınıyorsa) gelirleri / ücretleri oranında verdikleri **vergilerin** belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderine **dolaylı** olarak katılmalarıyla oluşan **toplum / bütçe kaynaklarının kullanılmasıdır**.

Sağlık hizmetlerinin **arzu** ve **talebi** ilke olarak **toplumsal tekel** niteliğindedir ve **özel sektör yoktur**.

Sağlık sistemini sosyalist ve merkezi planlama esaslarına göre düzenlemiş olan ülkelerde en fazla vurgu yapılan ilkeler: sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanıp yürütülmesi, öncelikleri toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenen hizmetlerin toplum mülkiyetinde üretilmesi, herkese toplum kaynaklı sağlık güvencesi (sigorta veya güvenlik değil) kapsamında ücretsiz sağlık hizmeti verilmesidir. Sağlık hizmeti üretimi, üretenler, sağlık kurumları, üretim araçları, dağıtımı, dağıtım kanalları ve sunumunun mülkiyeti kamuya / topluma aittir. GSMH'dan sağlığa toplam ve kişi başına ayrılan pay yüksektir. Sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin finansmanı toplum tarafından ve işveren olan devletten / kamudan / toplumdaki sağlanan büyük kaynaklarla karşılandığı ve özel sektör bulunmadığı için, fertler genellikle dolaylı veya doğrudan ayrı bir harcama yapmak zorunda değildirler. Hizmetin temelini birincil (primer) sağlık hizmetleri oluşturur. Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve önem verilir, her düzeyde tedavi hizmetleriyle entegredir. Kişi başına sağlık personeli sayısı yüksek, dağılımı dengeli ve tümü kamu / toplum görevlisidir. Sağlık personelinin sosyal statüsü ayrıcalıksızdır, aralarında hiyerarşi yoktur ve tümü toplum görevlisidir. Tesis sayısı büyük ölçüde yeterli, yatak oranı yüksek ve tümü topluma aittir. Halk, hizmete aktif olarak katılır, hizmeti ve kurumları çeşitli yol ve biçimlerde denetler. Bu denetim hizmetin kalitesi yanında, kaynak ve hizmet dağılımının coğrafi özellik, kişi, grup, sınıf v.b. farkı gözetmeksizin tüm topluma eşit, adil, ihtiyaç olduğu kadar, ulaşılabilir ve kullanılabilir olarak verilmesi gibi konuları da içerir.

Sosyalist sağlık sistemi ilk defa 1917 Rusya İhtilalinden sonra Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Marksist-Leninist teoriye göre kurulmuş, özelliklerinin hemen hapsi SSCB sağlık sistemi içinde oluşturulmuş ve

geliştirilmiş olması sebebiyle, bu ülkenin sağlık sistemi ve politikaları dünya çapında bir örnek teşkil etmiştir. 1917'de çok kötü durumda olan SSCB'de, 1970 sonrasında soğuk savaşın etkisiyle askeri harcamalara ayrılan kaynakların artışı sağlık hizmetlerindeki gelişmeyi yavaşlatmış olsa da, ülke sağlık sistemi ve göstergelerinin ulaştığı seviye sebebiyle, bu sağlık sisteminin pek çok yönüyle başarılı olduğu söylenebilir.

Birçok yönü başka ülkelerde tamamen veya kısmen örnek alınmış, temel özellikler ilke olarak aynı kalmak üzere sistem çeşitli ülkelerde ülkelerin özellikleri, ekonomik güçleri ve politik yaklaşımlarına göre çeşitli biçimlerde uygulanmıştır.

Tablo 2: Ülkelerin Sağlık Sistemi Tipleri Sınıflandırması

ARZ VE TALEPTE KAMU VE ÖZEL UNSURLARIN DURUMU				GELİŞMİŞLİK VE GELİR
<u>1. Özel Teşebbüs / Serbest Pazar</u>	<u>2. Refah Yönelimli</u>	<u>3. Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet</u>	<u>4. Sosyalist / Merkezi Planlama</u>	Gelişmişlik Ve Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (KBGSYİH) (ABD\$) Düzeyleri
Kişisel Doğrudan Ödeme ve/veya İsteğe Bağlı Sigorta ağırlıklı	Zorunlu Hastalık veya bazen Sağlık Sosyal Sigortası ağırlıklı	Zorunlu Tam Kapsamlı Sağlık Hizmetleri Sosyal Güvenliği ağırlıklı	Piyasa Dışı, Tümüyle Kolektif Hizmet Alanı ve Tam Güvence esaslı	
1.1. ABD	2.1. Almanya Avusturya Belçika Fransa Hollanda İsviçre Japonya Kanada Lüksemburg	3.1. Avustralya Büyük Britanya B.Arap Emirlikleri Danimarka Finlandiya İrlanda İspanya İsveç, İtalya İzlanda, Norveç	4.1. Eski Sovyetler Birliği	Çok Gelişmiş/ Sanayileşmiş Ve Zengin (20.001 ve üstü) Ülkeler
1.2. Güney Afrika	2.2. Arjantin Çek Estonya Güney Kore İsrail, Portekiz Yunanistan	3.2. Kuveyt Slovakya Slovenya Suudi Arabistan Yeni Zelanda	4.2. Eski Doğu Avrupa Ülkeleri	Gelişmiş Ve Yüksek Gelirli (10.001-20.000) Ülkeler
1.3. Brezilya Cezayir Çin Kazakistan Peru Tayland Türkmenistan	2.3. Bosna-Hersek Bulgaristan Hırvatistan Letonya, Litvanya Malezya, Meksika Rusya Federasyonu Sırbistan Karadağ Şili, Tunus Türkiye	3.3. Beyaz Rusya İran KKTC Libya Makedonya Polonya Romanya Ukrayna	4.3. Küba Kuzey Kore Eski SSCB'nin Asya Cumhuriyetleri	Gelişmekte Olan Ve Orta Gelirli (4.001-10.000) Ülkeler
1.4. Azerbaycan Bangladeş Endonezya, Fas Filipinler, Gana Hindistan Kenya Kırgızistan, Mısır Nepal, Özbekistan Pakistan, Sudan Suriye, Ürdün	2.4. Arnavutluk Gürcistan Macaristan	3.4. Ermenistan Moldova Nikaragua Sri Lanka	4.4. Vietnam Kamboçya	Gelişmemiş Ve Yoksul (4.000 ve altı) Ülkeler

Pek çok ülkede çeşitli nedenlerle çökmüş olmasına karşılık, bir teori ve uygulama modeli olarak halen yaşamaktadır. Bu ülkelerden kiminde, yıkılan ekonomik ve siyasal yapının yıkıntıları üzerinde yükseltilmeye çalışılan yeniden yapılanma çabalarında, eski sistemin üstünlüklerinden mümkün olanları toplum yararına devam ettirebilmek gayretiyle, sistemin aslı toplum mülkiyeti ve hizmeti olsa da, güncel uygulamalarda şartların zorlamasıyla kamu ve özel sektöre bir arada yer verilmeye çalışılmaktadır.

Öte yandan, bugün için özel sektörün sisteme sızma gücünü etkisizleştirecek imkanlar da bu ülkelerin elinde bulunmamaktadır. Özel sektörün varlığıyla ortaya çıkan ve çıkabilecek olumsuz durumlar, mümkün olan düzenleme ve denetimlerle en aza indirilmeye çalışılmaktadır (Sargutan 2004:81).

Geliştirdiğimiz bu gruplara giren ülkeler Tablo 2’de gösterilmiştir.

### III. SONUÇ

Dünya ülkelerinin sağlık sektörlerini bir tek model içinde toplamının tanımlamanın olanaksız olduğu kuşkusuzdur. Ancak, üç seri makalelik bu çalışmada sağlık sektörü veya sistemlerinin şemalaştırılması değil, sağlık sistemlerinin muhtemelen sahip olabilecekleri ortak unsurların belirlenip, tanımlanıp, bir sistem bütünlüğü içinde ilişkilendirilmesi yönünde öneri geliştirilmesine çalışılmıştır. Üç makalelik çalışmanın bütünü, tüm yönleriyle tartışılıp geliştirilmesinin gerekli ve yararlı olacağını, yazar önceden benimsemiştir.

### KAYNAKLAR

1. Roemer, M. I. (1991, 1993) **National Health Systems of The World**, Volume 1, 2, Oxford University Press, New York.
2. Sargutan, A. E. (1993) **Türk Sağlık Sektörünün Yapısı**, Sağlık-İş Yayınları, Ankara.
3. Sargutan, A. E. (1996) **Türk Sağlık Politikası- Değerlendirmeler İlkeler Öneriler**, Üçüncü Baskı, Sağlık Yayınları, Ankara.
4. Sargutan, A. E. (2003) **Sosyal Politika Bilimi- Sosyal Politikalar, Sosyal Devlet, Sosyal Güvenlik**, Başaran Teknik, Ankara.
5. Sargutan, A. E. (2004) **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Başaran Teknik, Ankara.