

Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı

A. Erdal SARGUTAN*

ÖZET

Makalede, ülkelerin sağlık sistemlerinin incelenmesinde XX. Yüzyıl'ın ortalarından itibaren görülmeye başlayan "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri" yaklaşımının tanıtılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık sistemleri, karşılaştırmalı sağlık sistemleri

Comparative Health Systems Approach

ABSTRACT

The objective of the literature is introduce to the "Comparative Health Systems" approach in the examination of the countries' health systems which were beginning to seen in the middle of Twentieth Centuries.

Key Words: Health systems, comparative health systems

1. GİRİŞ

Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri yaklaşımı kavramı, iki veya daha fazla ülke sağlık sisteminin istenilen yönlerini birbiri ile karşılaştırarak, kullanılabilir bilgi ve sonuçlara kıyaslamalarla ulaşmayı amaçlayan bir araştırma yöntemini nitelemektedir.

Karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımında, herkes tarafından kabul edilmiş ve kurallaşmış genel veya özel **belli metotlar yoktur**. Araştırmacılar, araştırdıkları konulara uygun olduğunu düşündükleri farklı tür ve içeriklerdeki kıyaslamaları farklı biçimlerde yapılandırmaktadırlar. Bazı araştırmacılar, karşılaştırma yapmanın yanında, karşılaştırma yaklaşımının hiç olmazsa belli amaçlara yönelik biçimlerini sistemleştirmek üzere metotlar geliştirmeye çalışmakta ve bunları tartışılmak ve kullanılmak üzere önermektedirler.

* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

1931 yılında başlayan karşılaştırma çalışmalarını kural ve metotlara bağlamak için yapılan öneriler II. Dünya Savaşından sonra görülmeye başlanmıştır. Bu uygulama ve önerilerin en önemlileri bu çalışmada ele alınarak kısaca tanıtımları yapılacaktır. Bunlar arasında dünyada en yaygın olarak kullanılan, Milton Roemer'in, önceki önerilerinden sonra çok ayrıntılı biçimde açıkladığı ve zengin uygulamalarla örneklediği metottur. İleride görüleceği gibi, Roemer da önerdiği yaklaşımı sürekli değişikliklerle yenilemiş ve geliştirmiştir.

20. Yüzyıl'da yaşanan gelişmeler sonunda ülkeler kapalı birer sosyal örgüt olmaktan çıkmış, bir yandan sürekli olarak birbirinden etkilenirken, diğer yandan çeşitli alanlarda birlikte hareket etme, benzeşme ve hatta bütünleşme çabaları içine girmişlerdir. Ülkelerin çeşitli sektör ve sistemleri içinde bu oluşumlar yaşanırken, sağlık sistemleri ve sağlık hizmetleri alanındaki gelişmeler, bu alandaki etkilenme, birlikte hareket etme, benzeşme ve bütünleşme çalışmalarına oldukça eski tarihlerde başlanılmasına yol açmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında pek çok ülkede ortaya çıkan kötü sağlık koşulları, sağlığın bir kamu sorumluluğu olduğu anlayışı, gelişen sağlık teknik ve teknolojilerinin aşırı ve kontrolsüz yayılışı, hızla ve önüne geçilmez biçimde yükselen sağlık harcamaları, artan sağlık hizmeti talepleri, sağlık sorunlarının uluslar arası etkilerinin açıkça görülmesi ve benzerleri gibi büyük ve ağır gelişmeler, sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlerle ilgili tüm sektörel faaliyetleri içeren sağlık sistemlerinin önemini ilk defa bu kadar kuvvetle öne çıkarmıştır. Ülkeler bunlarla ilgili sorunlarını çözmek için uğraşırken, savaş sonrası yakınlaşmaların ve genişleyip hızlanan bilgi iletişim ortamının da etkisiyle, başka ülkelerde yaşanan sorunlar ve alınan tedbirler konusunda da daha fazla şey bilir ve bunlar üzerinde düşünebilir hale gelmişlerdir. Son yirmi yıl içinde dünyayı dalgalar halinde kaplayan küresel ekonomik ve sosyal krizlerin etkisi ise, bu "bilme" lüksünü, sorunlara çareler üretip uygulamak bakımından bir zorunluluk haline getirmiştir. Sağlık sisteminin işletilmesi ve sağlık hizmetlerinin verilmesinden şu veya bu şekilde sorumlu olanların yanında, bu hizmetleri talep edenler de, içinde buldukları şartların iyileştirilmesi için çaba harcamaktadırlar.

"Yapabilmek" için "bilmek" gereklidir. Bilgi edinmenin en önemli ve yaygın bir biçimi "gözlem"dir. Gözlem yoluyla karşılaştırma, kıyaslama, sonuç çıkarma ve genellemeler yapma imkanı bulunur. Karşılaştırmalı gözlem, temel bilimsel metotlardan biridir. Bize sağladığı bilgileri kullanarak, olabilecekleri önceden tahmin etme ve gerekiyorsa önlem alma imkanını ve gücünü elde edebiliriz. Bu sebeple politika belirleyiciler, planlayıcılar, yöneticiler, uygulayıcılar, akademisyenler, bilim adamları, araştırmacılar ve benzerleri, "karşılaştırma" metodunu sürekli olarak kullanırlar ve bundan yararlanırlar.

Benzer şekilde, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık politikası belirleyicileri, planlayıcıları, yöneticileri, uygulayıcıları, araştırmacıları ve hizmet talep edicileri de, önce kendi sağlık sistem ve hizmetlerini tanımak ve sonra da buradaki eksiklik ve aksaklıkları gidererek hizmetleri geliştirmek amacıyla, başka ülkelerin sağlık sistemlerini inceleme ve karşılaştırmalar yapma metodunu kullanırlar.

Bu noktada, **sistem** ve **sektör** kelimeleri ile bunların konu açısından ilişkilerini açıklamak yararlı olacaktır. Mark G. Field'in 1989 yılında yayımladığı "Success and Crisis in National Health Systems" adlı kitabında belirttiği gibi, **sistem** sözü burada örgütlü bir yapı veya aktiviteden daha çok, sağlık konularıyla ilgili tüm eylemleri kapsar bir biçimde ve **sektör** boyutunda kullanılmalıdır. Bu anlamıyla **sağlık sektörü** kavramı, **sağlık sistemi** kavramını da içine alacak bir biçimde, bilinçli olarak oluşturulmuş veya kendiliğinden oluşmuş, son hedefi kişi ve toplum için sağlık elde etmeyi amaçlayan tüm faaliyet ve ürünleri içeren sistemlerin, üst ve alt sistemlerin, diğer sistemlerle çakışan ortak sistem alanlarının tamamını ifade etmektedir. Her iki kapsamda da, karşılaştırma yaparak, bazı uluslararası ölçüleri kesinlik ve tutarlılıkla saptamak, bir dereceye kadar mümkün olabilir.

Çok önemli olan bir konu, diğer sektörler gibi sağlık sektörünün de **üretim / arz ve talep / tüketim alt sektörleri ile bunların ayrı ayrı finansmanlarından** oluştuğu, bunların birbirini kuvvetle etkileyerek bütün bir sektörü veya sistemi oluşturdukları, sürekli olarak hatırlanması gerektiğidir. Bu sebeple, "sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı" şeklindeki ifade ve gruplandırma, sağlık sisteminin ancak yarısını içeren bir ifade olabilir. Her nesnede olduğu gibi sağlık hizmetleri sektörü ve sistemi de, arz ve talep olarak iki alt sektörü, sistemi ve faaliyeti içerir. Bunların her birinin de ayrı ayrı finansmanı söz konusudur. "Talep" faaliyetini "sunumun finansmanı" olarak basitleştirmek, sistemin temel dinamiği ve sorunların ana kaynağı olan talebi küçümseyerek, konuya sadece arz / sunum odaklı olarak yaklaşmak yanılığını doğurabilir. Sonuç olarak **üretim / arz / sunum** ve onun **finansmanı** ile, **talep / istem / tüketim** ve onun **finansmanı** ayrı ayrı ele alınmalıdır.

Bir diğer konu, karşılaştırmalı sağlık sistemleri çalışmalarının, sağlık sistemlerini inceleyip karşılaştırarak sonuçlar çıkarmayı amaçladığı, **sağlık göstergelerinin** ise, sistemlerin çalışmaları sonucunda elde edilen çıktılar ve etkilerden sadece biri olduğudur. Bu sebeple gösterge kıyaslamalarının önemi oldukça tartışmalıdır.

II. KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK SİSTEMİ ÇALIŞMALARININ KULLANIM ALANLARI

Sağlık sistemleri araştırmalarına ve kıyaslamalarına duyulan ilginin sebepleri nelerdir? Değişik zaman ve yerlerde sağlık politikaları ve uygulamalarının analizini yapmak için bu kadar güç neden harcanmaktadır? Bu konuda birkaç sebep ileri sürülmektedir:

1- Her şeyden önce, **başka ülkelerin sağlık sistemlerini öğrenmek, kendimizinkini anlamak konusunda bize görüş açısı (perspektif) vermekte yardımcı olabilir.** Başka yerlerde karşılaşılan ve çözümlenmiş olan sağlık sistemi problemleri, kendi sorunlarımızın çözümünde bize yol gösterebilir. Bu çözüm bizim için uygulanabilir olmasa da, tecrübenin paylaşılması sağlık sistemi problemlerini "olabilir" ve "yönetilebilir" hale getirerek, bir güven verebilir. Böylece **sağlık sistemimiz amaçlarını gerçekleştirmekte yeni bir güç kazanabilir.**

2- İkinci ve daha somut neden, **bir sağlık sisteminin gerçek yüzünün, bir diğeri için dersler içermesidir.** Başka ülkelerin sağlık hizmetlerinin sosyal örgütlenmesinin aktarılması tartışmalı ve fazla zaman alıcı olsa da, ilke ve uygulamalarının sızması hızlıdır. Hastahanelerin yapı ve işleyişi, diğer sağlık birimleri, sağlık programları, sigorta, yeniden yapılanma, performansı artırma, kalite, halkın katılımı, sağlık teknolojisi gibi sağlık politikaları böyledir. Bu gibi uygulamaların sonuçlarından yararlanılarak, **örnekler yoluyla yeni çözümler ve uygulamalar için kamuoyu oluşturulabilir.**

3- Üçüncü neden, **çeşitli durumlarda sağlıkta adaleti sağlamanın stratejilerini gözlemlemektir.** İhtiyaca uygun sağlık hizmetlerinin adil dağılımı için politik baskılar bütün dünyada artmaktadır. Değişik sağlık sistemleri bunu gerçekleştirmek için nasıl çalışmaktadır? Kişisel ve sosyal sorumluluk ile özel ve kamu sektörleri arasındaki denge nasıl sağlanmaktadır? Bunlar gözlemlenebilir.

4- Dördüncü neden, **en yüksek verimliliği sağlamayı amaçlayan çeşitli metotlarının tanımlanabilmesidir.** Bu konuda ülkelerin farklı sebeplerle yaptıkları farklı uygulamalarla aldıkları farklı sonuçlar incelenebilir.

5- Beşinci neden olarak, **sağlık sistemlerinin toplumların sağlık statüsüne etkisini öğrenmek** olduğu ileri sürülebilir. Bu konuda ihtiyatlı olmak gerekir. Çünkü, toplumun sağlığı, sağlık hizmetlerinden daha çok, onun ulaşılabilirliğine, kullanılabilirliğine ve alınışına / kabul edilebilirliğine bağlı olarak gelişir. Gerçekten, toplumun bir çok kesimi için sağlık sistemi, sağlığı etkileyen çok sayıdaki başka faktörden daha az önemlidir.

Sağlığın ve hastalıkların belirleyici unsurları hakkında yeni bilgiler edindikçe, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere, sağlık hizmetleri daha da etkili olmaktadır. Yaşama standartları birbirine oldukça benzeyen fakat sağlık sistemleri belirgin biçimde farklı olan ülkelerin kıyaslanmasından, sağlık hizmetlerinin etkisi hakkında bazı sonuçlar çıkarılabilir. Ekonomik ve sosyal seviyeleri çok düşük olduğu halde sağlık statüsü kayıtları / verileri iyi olan ülkelerin sağlık sistemleri, özel ilgiyi hak etmektedir. Bu sebeple sağlık sistemlerine, küresel bir laboratuardaki araştırmanın bir görünümü olarak bakılabilir. İyi ve kötü yanlar ile bunların sebeplerinin test edildiği, sonuçların kıyaslandığı, dikkatle kontrol edildiği, çeşitli karışımlarının uygulamalı olarak yapıldığı bir laboratuvar. Sonuçlar değerlendirilemese bile, halkın sağlık sistemine karşı tavrı ve memnuniyeti ölçülebilir ve kıyaslanabilir.

6- Altıncı neden, **bilimsel genellemeler yapmaktır**. Herhangi bir doğal veya sosyal bilgi, değişik zaman ve yer koşullarında yapılan gözlemlerin sonucu olarak ortaya çıkan bir genel hükümdür. Sayısız sağlık sistemlerini doğrudan gözleme imkanımız olmasa da, dikkatli çalışmalarla seçilen örneklerin görünümleri, bir genelleme yapmaya imkan verebilir. Milli gelirden sağlığa ayrılan payın artması, şehirleşme, hastahane harcamalarının yükselmesi, sağlık sisteminde devletin rolü gibi konular bunun örnekleridir (Roemer 1991:5).

7- Temel bilimsel metotlardan biri olan “karşılaştırmalı gözlem” yoluyla elde edilen bilgiler bize, **olabilecekleri önceden tahmin** etme ve gerektiğinde **önlem alma** imkan ve gücü sağlayabilir.

III. KARŞILAŞTIRMADA SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Her ne kadar karşılaştırma, kıyaslama ve genellemeler bilimin temel araçlarından biri olsalar da, bilimsel kıyaslamalar yapmak genel olarak karmaşık, uzun ve zor bir süreçtir. Çeşitli riskler içerir. Sosyal bilimlerde bu işlem daha da zorlaştığı gibi, hata ihtimali de artar. Konu "sistem" incelenmesi olduğunda, inceleme ve sonuç çıkarma daha büyük güçlükler içerir.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımlar yıllardır oluşturulmaya çalışılmaktadır ve bu arayışlar bundan sonra da devam edecektir. Tümüyle doğru ve her ülkeyi içine alan kapsamlı bir sınıflandırma yapmak henüz mümkün olmamıştır. Bir ülkenin sağlık sistemi, onu oluşturan çok sayıda parçanın çeşitli özelliklerine göre şekillenmektedir. Her ülke kendi tarihini, kültürünü, ekonomik kalkınmasını ve ülkesindeki baskın politik ideolojiyi yansıtan bir ulusal sağlık sistemine sahiptir. Ayrıca uluslar arası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileyebilmektedir.

Bunun da ötesinde, çoğu zaman aynı ülkede birden fazla örgütlenme ve finans yöntemi de bir arada bulunabilmektedir. Dolayısıyla, sağlık sistemleri birbirine bütünüyle benzeyen ülkeler bulmak imkansızlaşmaktadır.

Öte yandan, uluslar arası sağlık sistemlerinin kıyaslanmasında:

- Genellikle **ülke verilerinin kıyaslanabilir olmaması,**
- Çıktıların ölçülmesindeki yetersizlikler sebebiyle **sistemlerin genel performanslarını değerlendirmenin kolay olmaması,**
- Sosyal, tıbbi, kültürel, demografik, ekonomik ve diğer önemli özellik ve farklılıkları bakımından **ülkeleri değerlendirmenin ve bunları sürekli izlemenin zor olması,**
- Bir ülkede başarılı olan **sağlık politikalarının başka ülkelere aktarılabilirliğinin şüpheli olması**

gibi unsurlardan kaynaklanan önemli kısıtlılıklar bulunmaktadır.

Bu gibi farklı sebepler yüzünden çok çeşitli tiplerde sağlık sistemleri oluşmuştur. Sağlık sistemlerinin incelenmesi ve karşılaştırma yaparak sonuç çıkarılması da bu sebeplerle kolay değildir. Özel bir dikkat gerektirir.

Şu hususlar akılda tutulmalıdır:

- Karşılaştırma yapmak zor bir işlemdir, **hata payı yüksektir,** uzmanlık ister.
- Karşılaştırma **tam ve doğru verilere dayanmalıdır.**
- Karşılaştırmada coğrafya, kültür, nüfus ve sosyal yapı, doğal kaynak, ekonomik seviye, hastalık yapısı gibi unsurları **benzer olan ülkelerin kıyaslanmasına dikkat edilmelidir.**
- Sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin girdi ve çıktılarını ölçmenin zor olduğu,** bu sebeple genel sonuçları değerlendirmenin de bazen imkansızlaştığı unutulmamalıdır.
- Kişinin sağlığını ve ülkenin sağlık sisteminin yapı ve işleyişini etkileyen çeşitli unsurların varlığı sebebiyle, **sağlık sistemleri kendi ortamları içinden soyutlanmadan değerlendirilmelidir.**
- Bir sağlık sistemi ve politikasının değerlendirilmesi, o **ülkenin diğer sistemlerinden bağımsız olarak yapılamaz.** Sektörler ve sistemler arası etkileşim de incelenmelidir.
- Başarılı olduğu belirlenen bir sağlık sistemi veya onun bir uygulaması, bir **başka ülke veya ortamda başarısız olabilir.**
- Ülkelerin sağlık sistemlerinin çeşitli nedenlerle birbirinden farklılıklar göstermesi sonucu ortaya çıkan bütün bu güçleştirici hususlar sebebiyle, sağlık sistemleri ve politikalarının tümüyle bir başka ülkeye aktarılması ve uygulanması imkansız olsa da, bunların **bazı yaklaşım ve uygulama sonuçlarından diğer sağlık sistemlerinin yararlanması mümkün ve**

faydalı olmakta, bazı genellemeler yapılarak kullanılabilir sonuçlar elde edilebilmektedir (Roemer 1991:7).

Bu sonuncu husus, karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımına başvurmanın temel gerekçesini oluşturmaktadır.

IV. KARŞILAŞTIRMALI SAĞLIK SİSTEMLERİ KONUSUNDA BAŞLICA ÇALIŞMALAR VE SINIFLANDIRMA ÖNERİLERİ

IV.1. Başlangıç

1931 yılında bir Amerikan hayır derneğince Londra'da bastırılan, Arthur Newsholme'un 3 ciltlik "International Studies on the Relation Between the Private and Official Practice of Medicine with Special Reference to the Prevention of Disease" adlı, birkaç Avrupa ülkesinin sağlık sigortası uygulamalarını inceleyen kitabının, ilk kapsamlı ulusal sağlık sistemlerini incelenmesi olduğu söylenebilir.

Bundan iki yıl sonra 1933 yılında ABD'de, Sovyetler Birliği ile ABD'nin sağlık sistemlerini kıyaslayan, Arthur Newsholme ve John A. Kingsburg'ün "Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia" adlı kitabı yayımlandı.

1933 yılında Amerika da basılan Henry E. Sigerist'in "American Medicine" adlı kitabı, bu ülkenin kıyaslamalı bir incelemesidir.

1936 yılında I. S. Falk'ın ABD'de basılan "Security Against Sickness: A Study of Health Insurance" adlı kitabı da Sovyetler Birliği sağlık sistemi ile ABD'yi kıyaslamak amacıyla yazılmıştır.

II. Dünya Savaşından sonra uluslar arası kıyaslamalı sağlık sistemi araştırmaları büyük bir artış gösterdi. Çeşitli kesimlerden araştırmacı ve gazeteciler, savaş sonrasında ihtiyaçlarının da etkisiyle bu alanla ilgilendi. Birleşmiş Milletler teşkilatının çeşitli organlarının bu alanla doğrudan ilgilenmesi de bu eğilimi artırdı.

1948 yılında Franz Goldmann, "Foreign Programs of Medical Care and Their Lessons" adlı bir makale yayımladı (A.B.D).

1947 yılında J. W. Mountin ve G. St. J. Perrott, "Health Insurance Programs and Plans of Western Europe " adlı bir makale yayımladı (A.B.D).

1948 yılında John B. Grant, "International Trends in Health Care" adlı makalesini yayımladı (A.B.D).

1952' de Rene Sand'in yazdığı "The Advance to Social Medicine" adlı çalışması, dünya çapında sağlık sistemlerinin gelişmesini incelemeyi amaçlamaktadır.

1959'da WHO'nun bastığı "First Report on the World Health Situation: 1954-1956" adlı kitap, 157 ülkenin sağlık sistemlerini inceleyen ilk geniş çaplı yayındır.

Daha sonraki yıllarda, ülkelerin sağlık sistemlerini gruplar halinde sınıflandırarak incelemeyi amaçlayan araştırmacıların önemli çalışmaları aşağıda özetlenmiştir:

IV.1.1. 1960, Karl Evang, "Health Services, Society and Medicine"; (London, Oxford University Press) adlı kitabında, sağlık hizmetleri sistemlerinin başlıca tiplerini 4 grupta toplamıştır:

- * Batı Avrupa tipi
- * Amerikan tipi
- * Sovyet Rusya tipi
- * Gelişmemiş ülkeler tipi

IV.1.2. Fulcher 1974 yılındaki çalışmasında 3 grup önermişlerdir:

- * Ulusal sağlık hizmeti olan ülkeler
- * Ulusal sağlık sigortası olan ülkeler
- * Pazar ekonomisi ülkeleri

IV.1.3. 1978, Vincent Navarro, "Class Struggle, the State and Medicine: An Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain" , New York,

1981, Vincent Navarro (ed), "Imperialism, Health and Medicine" New York adlı kitaplarında bir sınıflandırma yapmamakla beraber, Marksist bir yaklaşımla şunları söyler:

Sosyal ve tıbbi hukukun ana belirleyicisi, çalışan sınıf ve orta sınıf arasındaki ilişkiler ile, orta sınıfın üst ve alt bölümlerinden kaynaklanan gelişmelerdir. Çalışanları temsil eden etkili bir politik parti varsa, toplumun milli bir sigorta içinde tıbbi hizmet almasını sağlayabilir. Gelişmekte olan ülkelerde, sağlık sistemi uluslar arası ilişkiler ve emperyalist istismar sebebiyle, güçlük içindedir. İşçi kuruluşları / sendikaların varlığı, bunu sağlamaya her zaman yetmeyebilir (Japonya örneğinde olduğu gibi).

IV.1.4. 1980'de WHO'nun dergisi World Health From'da çıkan Milton Terris'in "The Three World System of Medical Care: Trends and Prospects" adlı makalesinde, Roemer'ın 1960 yılında önerdiği sınıflandırmayı basitleştirmiş ve

* Toplumsal Yardım

* Sağlık Sigortası

* Ulusal Sağlık Hizmeti (İngiltere tipi)

olarak gruplandırılmıştır.

Grupların özellikleri, aşağıdaki Tablo'da gösterildiği gibi sıralanmaktadır:

Tablo 1: Milton Terris Sınıflandırması

Model Adı	Hizmet Kapsamı	Ödeme Biçimi	Hizmetin Özelliği	Örnek Ülkeler	Dünya Nüfus Payı
Toplumsal Yardım (Public Assistance)	Herkese Ulaşmaz	Bütçeden ve Yetersiz	Tedavi Edici (Koruyucu Hizmet Az)	Gelişmekte olan ülkeler: Meksika, Şili, Cezayir, Türkiye, Endonezya	%49
Sağlık Sigortası (Health Insurance)	Çoğunluğa Ulaşır	Sigorta Primi + Vergiler	Koruyucu Ve Tedavi Edici	Sanayileşmiş ülkeler: ABD, Kanada, Japonya, Almanya	%18
İngiltere Tipi (National Health Service)	Herkese Ulaşır	Bütçeden ve Yeterli	Kapsayıcı	Sosyalist ülkeler: SSCB, Küba, Çin, D.Almanya İngiltere	%33

IV.1.5. 1980, Ray H. Elling, "Cross-National Study of Health Systems" New Jersey,

1981, Ray H. Elling, "The Capitalist World System and International Health", International Journal of Health Services 11 (1): 21-51,

1989, Ray H. Elling, "The Comparison of Health Systems in World-System Perspective", Research in the Sociology of Health Care, Vol:8, pp: 207-226.

Yazar, bu üç çalışmasında ülkelerin ve sağlık sistemlerinin, ülkedeki işçi hareketinin gücüne bağlı olarak 5 tipte sınıflandırılabilceğini söylemektedir:

* Kapitalist özlü: ABD, İsviçre, Batı Almanya

* Kapitalist özlü, sosyal refah: Kanada, Büyük Britanya, İsviçre, İskandinav

* Endüstrileşmiş sosyalist uyumlu, SSCB, Doğu Almanya, Doğu Avrupa

- * Sosyalist uyumlu, dünyaya kapalı: Çin, Küba, Nikaragua, Tanzanya
- * Diğer

IV.1.6. 1989, Mark G. Field: "Success and Crisis in National Health Systems" adlı çalışmasında sağlık sistemlerinin iki yöntemle analiz edilebileceğini söyler:

A-Yatay analiz (cross-national): Sistemlerin her alanı tek tek karşılaştırılır. Bu tür bir analizde iki farklı teorik görüş ileri sürülebilir:

* Üniversalistik görüş: Tüm ülkeler sanayileştikçe, sosyal yapıları ve sağlık sistemleri birbirine benzeyecektir. Sanayileşmenin bu evrensel gücüne "konvenjans" denir.

Tablo 2: Mark G. Field Sınıflandırması

	Tip 1 Az Gelişmiş Veya Yeni Ülkeler Tipi (Emergent)	Tip 2 Korumacı Piyasa Tipi (Pluralistic)	Tip 3 Sigorta Veya Sosyal Güvenlik Tipi (Insurance / Social Security)	Tip 4 Ulusal Sağlık Hizmeti Tipi (National Health Service)	Tip 5 Sosyalize Edilmiş Tip (Socialized)
Genel Tanım	Sağlık hizmetleri tümü ile bir tüketim maddesidir.	Sağlık hizmeti genellikle bir tüketim maddesi olarak görülür.	Sağlık hizmeti sigorta garantisi altında olan bir tüketim maddesi olarak görülür.	Sağlık hizmeti devlet garantisi altında olan bir tüketim maddesi olarak görülür.	Sağlık hizmeti kamu hizmeti olarak görülür.
Hekimin Konumu	Tek başına, özel	Tek / grup, özel	Tek / grup, özel	Tek / grup, özel	Devlet memuru
Finansman	Özel	Özel / kamu	Özel / kamu	Çoğunlukla kamu	Kamu
Ödemeler	Doğrudan	Doğrudan / Dolaylı	Çoğunlukla dolaylı	Dolaylı	Tümüyle dolaylı
Hükümet Rolü	Az	Dolaylı / zayıf	Dolaylı / güçlü	Doğrudan / güçlü	Tümüyle güçlü
Örnek	Yok	ABD, İsviçre	Kanada, Fransa, Japonya, İspanya, Yeni Zelanda, Yugoslavya	İngiltere, İskoçya	SSCB

* Partikularistik görüş: Ülkeler arasındaki kültürel farklılıklar en evrensel kuralların uygulanmasında bile farklılıklar yaratır. Kültürün bu gücüne "diverjans" denir. Bu güç evrensel tıbbi bile yerelleştirebilir. Aslında bunların ikisi de doğrudur. Tıp bilimi gereklerinden doğan genel bir benzeşme olabilir, fakat bunun içinde de kültürel ve ulusal farklılıkların bulunacağı söylenebilir. Bu bir diyalektik çelişkidir.

B- Dikey Analiz (historical): Her ülkenin sağlık sisteminin, tarihsel gelişimi incelenir. Field'e göre 20. Yüzyıl başına kadar ülkelerin farklılaşmış ve sistemleşmiş sağlık sunumu yoktu. Hekim-hasta ilişkisi şeklinde tabii bir durum oluşmuştu. Hizmet, genellikle, parayı verebilenlerini.

2. Dünya Savaşından sonra, sistemler gelişmeye başladı. Bu gelişmenin doğurduğu yapılanmanın üç ana yönü:

- * Kapitalist Örgütlenme,
- * Sosyalist Örgütlenme ve
- * Gelişmemiş / az gelişmiş ülkelerin Yetersiz Örgütlenmeleriydi.

Bu oluşumların sonunda bugünkü dünyada var olan ulusal sağlık sistemi tiplerini Field Tablo 2'deki gibi gruplandırmıştır.

IV.1.7. 1990 Paul F. Basch, "Textbook of International Health" (New York) adlı kitabında şu görüşü belirtir: Ülkelerde değişik tür sağlık sistemleri yalnız veya bir arada bulunabilir.

Bunlar gelir kaynaklarına göre şu yedi tipte olabilir: Genel gelirler veya vergiler, özel amaçlı katkılar, işçi ve işveren ödemeleri, işçi ve işveren katkıları, bağış ve benzerleri, sözleşmeler, ücretler, kişisel ödemeler.

IV.1.8. 1991, Barbara Starfield, "Primary Care and Health: A Cross-National Comparison", (JAMA, 266 (16) :2268- 71), 10 batılı ülkeyi inceleyen çalışmasında, aşağıdaki 3 ölçüte göre yaptığı kıyaslamayla bir toplam değere (skor) ulaşmaya çalışır:

- * Birincil Sağlık Hizmeti Değeri (Skoru)
- * Sağlık Düzeyi Değeri (Skoru)
- * Memnuniyet / Maliyet İndeksi

Barbara Starfield, 1992 yılında yayımladığı "Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn From One Another", Journal of Health Politics, Policy and Law, 17 (4), 613- 635 çalışmasında, Roemer 1991'e benzer bir esas kabul etmiş, ülkeleri Arz Yönlü ve Talep Yönlü olmak üzere: Piyasa Tipi, Refah Yönelimli, Kapsayıcı, Sosyalist olarak gruplamıştır.

IV.2. Milton I. Roemer'in Sınıflandırmaları

Milton I. Roemer, dünya ülkelerinin ulusal sağlık sistemleri hakkında önemli çalışmalar yapan ünlü bir araştırmacıdır. Araştırmaları ve karşılaştırma amaçlı sağlık sistemi tasnif çalışmaları oldukça eskiye dayanmaktadır.

Bunların başlıcaları şunlardır;

IV.2.1. 1956 Yılındaki Roemer Sınıflandırması

1956 da, WHO yayını olarak çıkan "Medical Care in Relation to Public Health- A Study of Relationships Between Preventive and Curative Health Services Throughout the World" adlı kitabında ülkelerin sağlık sistemlerini 4 tipte sınıflandırmıştır:

- Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak özel sağlık personeli ile özel hasta arasında olduğu ülkeler.
- Ağırlıklı olarak devlet sorumluluğunda olan sağlık hizmetlerini hastanın bir ödeme yapmadan aldığı ülkeler.
- Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak, kamu-kolektif finansmanıyla, sigortaların da katkısıyla özel sağlık elemanlarından alındığı ülkeler.
- Sağlık hizmetlerinin tümüyle devlet tarafından bir kamu hizmeti olarak ücretsiz verildiği ülkeler.

IV.2.2. 1960 Yılındaki Roemer Sınıflandırması

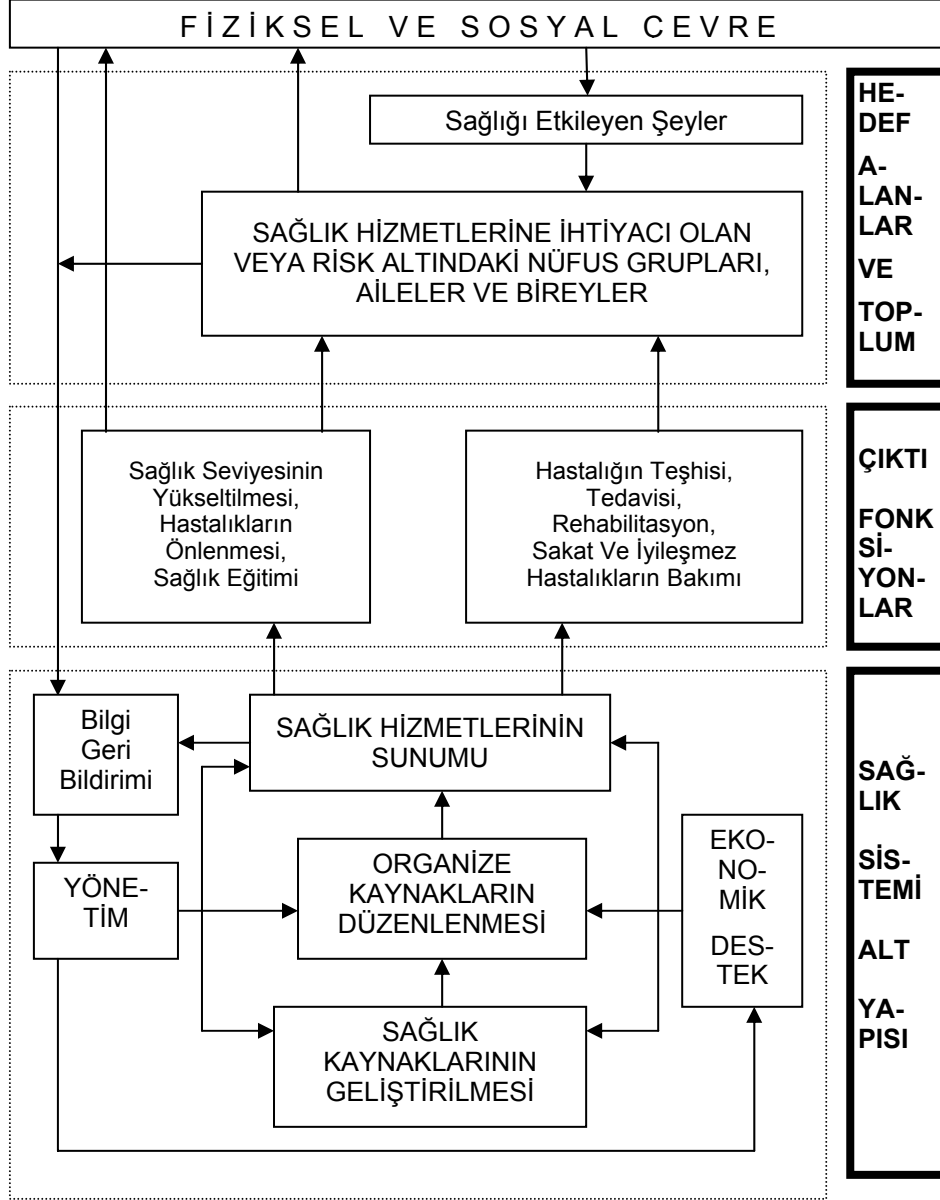
1960 da yayımladığı "Health Services, Society and Medicine" adlı kitabında, ülkelerin sağlık sistemlerini şöyle sınıflandırmıştır.

- Hür Teşebbüs (Free Enterprise)
- Sosyal Sigorta (Social Insurance)
- Toplumsal Yardım (Public Assistance)
- Kapsayıcı Hizmet (Univeral Service)

IV.2.3. 1984 Yılındaki Roemer Sınıflandırması

1984 yılında, Milton I. Roemer, Bogdan, M. Kleczkowski ve Albert Van Der Werff'in birlikte hazırladıkları "National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All: Guidance for Policy-Making" (WHO, Public Health Papers Nu: 77 sayfa-13-39) adlı kitapta ulusal sağlık sistemi modeli, yapısı ve fonksiyonel ilişkileri Şema 1'de gösterildiği gibi verilmiş, aynı çalışmada "Milli Sağlık Sistemlerinin, Örgütlenme Derecelerine ve Ekonomik Seviyelere Göre Başlıca Tipleri/Kategorileri" Tablo 3'deki şekilde gruplandırılmıştır

Şema 1: Ulusal Sağlık Sistemi Modeli Ve Fonksiyonel İlişkiler



Tablo 3: Ulusal Sağlık Sistemlerinin Başlıca Tipleri

Ekonomik Seviye	Sağlık Sisteminin Örgütlenme Derecesi		
	Orta Derece Örgütlenmiş	İyi Örgütlenmiş	Çok İyi Örgütlenmiş
<p>Gelişmiş (Refah) Ülkeler</p> <p>Kişi Başına GSMH 3000\$ ve yukarısı</p> <p>Her türlü kaynak bol</p>	<p>Örgütlenme çoğulcu. Çok sayıda program var. Özel teşebbüs ağırlıklı ve bir programın parçası değil, serbest. Finansman çeşitli ve çoğunlukla doğrudan kişisel veya kâr amaçsız sigortalarla. Yönetim çoğulcu ve esnek. Planlama mahalli ağırlıklı. Kontrol ve standardizasyon güçlü. Sistemde bazı yetersizlikler var.</p> <p>ABD. Tip 1</p>	<p>Kaynaklar nispeten bol. Eğitim ve binalar devletin. Hizmetler tüm topluma. Programlar hükümetçe. Muayenehane var. Kaynakları bütçe ve sigorta fonları. Mahalli yönetimlere yetki devri var. Harcamalarda yerel yetki var. Yönetim yapısı oldukça üniform. Kontrol ve standardizasyon sistemleri güçlü.</p> <p>FRANSA Tip 2</p>	<p>Hekim sayısı çok. Diğer kaynaklar sınırlı. Finansman kamudan. Kaynak ve harcamalar hükümette / bakanlıkta. Hizmetler tek tip Personel maaşlı memur. Serbest hekim sınırlı. Koruma ve tedavi entegre Yönetim üniform ve hiyerarşik. Hizmetler yerel. Merkezi plan ve karar.</p> <p>İNGİLTERE Tip 3</p>
<p>Gelişmekte olan (Geçişteki) Ülkeler</p> <p>Kişi Başına GSMH:\$ 3000-400, çoğunlukla ~1.500 \$</p> <p>Kaynaklar daha sınırlı</p>	<p>Hekim ve hemşire az Geleneksel sağlık (üfürükçü çıkıççı vs) uygulaması var. Hekimler çoğunlukla serbest çalışır. Örgütlenme zayıf. Bakanlık ve bakanlık dışı programlar var. Yerel yönetimler yetkisiz. Koruyucu hizmetler hükümette ve zayıf. Masraflar çoğunlukla kişilerce. Yönetim zayıf. Hükümet seviyesinde koordinasyon. Hizmet eşit değil.</p> <p>VENEZÜELLA Tip 4</p>	<p>Daha iyi örgütlü. Kır-kent farkı var. Hastahaneler büyük şehirlerde ve büyük. Hekimlerin çoğu resmi ancak serbest çalışma da yaparlar. Bakanlık iyi örgütlü fakat, kaynak ve hizmet parçalı (SSK benzeri) Koruma ve tedavi devlet birimleriyle. Finans: Bütçe+sigorta (toplumsal finans) En önemli finans kaynağı sigorta. Hizmet, koordinasyon, kontrol devletin ve iyi organize. Yerel yönetimin rolü sınırlı. Hizmette eşitlik gayreti.</p> <p>MEKSİKA Tip 5</p>	<p>Personel bol, kaynaklar tip 5 ten daha da kıt. Kaynakların tümü hükümette. Serbest rekabet yok gibi. Bakanlık yerel yönetimle üniform. Koruma ve tedavinin tümü hastahanelerde. Finansmanın hemen tamamı bütçeden. Harcamalar çoğunlukla yerel. Yönetim oldukça desantralize. Merkezi planlama esas. Standartlar var fakat yerel özellikli.</p> <p>KÜBA Tip 6</p>

<p>Az Gelişmiş (Fakir) Ülkeler</p> <p>Kişi Başına GSMH: 400\$ ve aşağısı</p> <p>çoğunluğu~300 \$</p> <p>Kaynaklar fakir.</p>	<p>Sağlık kaynakları çok az. Çoğu sömürge olmaktan yeni kurtulmuş. Sağlık personeli ender ve başkentte toplanmış, çoğu vakitleri serbest çalışmada. Hastahaneler büyük şehirde ve anlamsızca gösterişli, birbirinden uzak. Geleneksel hekimlik yaygın Sağlık harcamaları çoğunlukla bütçeden. Halk sağlığı hükümetin. Yönetim personeli memur ve sayıları az. Gönüllü örgütler az ve zayıf. Finans çok az ve geriliyor. İleriye yönelik bir programları yok.</p>	<p>Kaynaklar 7. tipten daha iyi ve organize. Kaynaklar artmakta. Personel ve hastahaneler şehirde. Kırsal alana hizmet götürme çabaları artıyor. Doktorların çoğu devlete, azı özel çalışır. Bazı ülkelerde özel çalışma yasak. Yönetim hükümettedir. Yerel idare primer hizmetleri yüklenmekte. Özel yatırımlar görülüyor. Gönüllü örgütler daha çok. Dini misyonlar görev alıyor.</p>	<p>Kaynak ve hizmetler daha örgütlü, her seviyede devlet güdümünde. Primer sağlık hizmeti gelişimi için destek. Kırsal alanın da şehirler gibi gelişmesine çalışılıyor. Geleneksel tıp yaygın fakat entegre ediliyor. Özel çalışma artıyor. Özel sigorta geliyor. Hükümet yetkilerini yerel yönetime devrediyor. Standartlar katı. Koruyucu hizmetler güçlü, çevre sağlığı geliyor. Bağışıklama, aile planlaması ve eğitimde gelişme yüksek.</p>
	SUDAN Tip 7	KENYA Tip 8	VIETNAM Tip 9

IV.2.4. 1991 Yılındaki Roemer Sınıflandırması

1991 yılında Milton I. Roemer “National Health Systems of the World Vol:1Countries, (1991), Vol II: The Issues (1993) (Oxford University Press), adlı kapsamlı bir çalışma yayımladı. Daha önceki çalışmalarından geliştirilmiş olan bu iki ciltlik kitapta yer alan bazı konular, aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Ulusal Sağlık Sistemi Türlerinin Belirleyicileri

A- Ekonomik Belirleyiciler: Fert Başına Gayri Safi Milli Hasıla (GNP.PC), toplam milli kaynaklardan sağlık sektörüne düşen toplam pay, mili gelirin ülke fertlerine dağılım biçimidir.

B- Politik Belirleyiciler: Ekonomik belirleyiciler kadar hatta daha büyük bir belirleyicidir. Çünkü kaynakları ve ekonomik belirleyicileri, politik belirleyiciler kullanırlar. Politik belirleyiciler, mevcut hükümeti ve siyasi partileri aşan bir kavramdır. Toplum dinamikleri ile ilişkili bir oluşumdur. Tarihi bir süreçtir. ABD, Fransız, Rus ihtilalleri, endüstri devrimi, sömürgecilik, sanayileşme, uluslar arası ilişkiler, sosyal hareketler, toplum çatışmaları, ihtilaller, savaş, ideolojik gelişmeler, işçi hareketleri, büyük ekonomik olay ve

krizler vb. politik yapı üzerinde kalıcı ve belirleyici etkiler yapan politik belirleyicilerdir.

C- Kültürel Belirleyiciler: Sağlık sistemi üzerinde ekonomik ve politik güçlerden başka, sayısız diğer sosyal ve çevresel faktörler de etkilidir. Kültürel terimi burada antropolojik anlamda değil, toplumun sayısız sosyal kurumları ve geleneklerini içerir biçimde kullanılmaktadır. Bunların önemli olan bazıları teknolojik gelişmeler (genel ve tıbbi), din ve dini organizasyonlar, toplum yapısı, lisan ve kültürel kimlik, aile yapısıdır.

Toplumda Sağlık Sistemi

Günümüz toplumlarında sağlık sistemlerini etkileyen oluşumları Roemer şöyle sıralamaktadır: Sosyal yönelimler ve bunların çarpışması, sağlık sistemi gelişmeleri, sağlık sisteminde kamu / özel dinamikler, sağlık sistemi gelişiminin genel eğilimleri, sağlık sistemleri ve insan sağlığı beklentileri, sağlık hizmetlerinin insan hakları içeriği.

Ulusal Sağlık Sistemlerinin Temel Bileşenleri

Roemer'e göre, bugün tüm sağlık sistemlerinin, (tanımlamanın nispeten kolay olması bakımından) kendi arasında ilişkili olan beş büyük aktivite bileşiminden oluştuğunu söylemek mümkündür. Gelişmişlik seviyesi ne olursa olsun, ülkelerin sağlık sistemleri kendini oluşturan 5 temel unsur olan kaynaklar, örgütlenme, ekonomik destek, yönetim ve hizmet sunumu özelliklerine göre analiz edilebilir. Bu beş bileşenin özellikleri ülke sağlık sistemlerinin hangi tipte oluşacağını önemli ölçüde etkiler. Bu unsurlar şöylece özetlenebilir:

A- Kaynaklar (Kaynakların temini): İnsani ve fiziki olanlar gibi pek çok tipteki kaynaklar çeşitli yollarla üretilmeli veya temin edilmelidir. Başlıca kaynak temini konuları şunlardır:

a- İnsangücü

- Doktorlar ve şifacılar (tıbbın gelişmesi, tabip ve diğer personel sayılarında büyük artış sağlamıştır.)
- Diğer bağımsız sağlık çalışanları
- Bağımsız sağlık çalışmalarına yardımcı personel (hemşire, hemşire yardımcıları, ebe, laboratuvar, röntgen, diş vb. teknisyenleri, diyetisyen, beslenmeci, tıbbi arşivci, terapist, eczacı vb.)
- Gözetim altında doğrudan hizmet veren personel (toplum sağlıkçısı, halk sağlıkçısı, diş hemşiresi, sağlık eğitimcileri, sağlık bakım yöneticileri, sağlık danışmanları, halk sağlığı hemşireleri, ziyaretçi hemşireler vb.)

b- Sağlık Yapıları: Hastahaneler, genel ayakta sağlık bakımı birimleri, özel grup klinikleri, uzun süreli bakım yapıları, çevre sağlığı koruma yapıları, diğer özelleşmiş sağlık birimleri

c- Sağlık Teçhizatı Ve Malzemeleri: İlaçlar ve biyolojik maddeler (geleneksel, modern, markalı, jenerik adlı), tıbbi gereçler, tıbbi donatım

d- Bilgi

B- Programlar (Programların Örgütlenmesi / Oluşturulması): Yukarda sözü edilen kaynaklarla, ülkelere göre değişik büyüklüklerde olabilen sağlık programları örgütlenir. Bu programların içinde, düzenlenmemiş de olsa bir serbest pazar umumiyetle yer alır. Programların oluşturulması devletin görevi olup, başlıca sorumluluklar ve programlar şöylece sıralanabilir:

a- Sağlık Bakanlığı Koruyucu hizmetler, tedavi hizmetleri, eğitim, diğer büyük fonksiyonlar (çevre sağlığı, eczacılığın düzenlenmesi, akıl ve ruh sağlığı, kronik hastalıklar vb.), kurmay fonksiyonlar (finansman, personel, bütçe, planlama, ulusal- uluslar arası ilişkiler), yerel sağlık hizmetleriyle ilişkiler gibi.

b- Sağlık fonksiyonları olan diğer devlet kuruluşları: Sosyal güvenlik programları, sağlık sigortası, iş sağlığı ve güvenliği, Eğitim Bakanlığı, çevre kuruluşları, Tarım Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Ticaret Bakanlığı, sosyal refah, ulaştırma ve toplum / kamu hizmetleri, Adalet Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, milli planlama örgütü gibi.

c- Gönüllü Organlar: Hastalığa özel gönüllü kuruluşlar, kişi tipine özel kuruluşlar (çocuk, kadın, yaşlı vb.), Diğer özel sağlık fonksiyonları için kuruluşlar (acil servisler, Kızılhaç, Kızılay, aile planlaması, ambulans, kronik hastalıklar vb.), profesyonel sağlık dernekleri (meslek örgütleri), dini örgütler, yardım fonları, genel amaçlı sosyal organizasyonlar (kadınlar, işçiler vb.) gibi.

d- Müteşebbisler / İşverenler: Şehirli müteşebbisler (fabrika vb. sahipleri), kırsal alan müteşebbisleri (tarım vb. işletme sahipleri) gibi.

e- Özel Nitelikli Pazar: Geleneksel şifacılar, özel sigortalar, tabip ve dış tabipleri, işveren destekli sağlık bakımı, eczacılar ve ilaç satış yerleri, özel hastahaneler gibi.

C- Ekonomik Destek: Çeşitli kaynaklardan elde edilen ekonomik destek, sağlık kaynaklarının yapılandırılması ve ihtiyaç duyulan hizmetlerin temini için kullanılır. Başlıca kaynaklar şunlardır: Kişiler ve aileler, genel vergi gelirleri, sosyal güvenlik, gönüllü sigorta, işveren, mahalli idareler, hayır ve bağışlar (çekiliş ve şans oyunları: piyango ve şans oyunları), dış / yabancı yardım gibi.

D- Yönetim (İdari Usuller) Kamu ve özel çeşitli program örgütlerinin her ikisi de en verimli hizmetleri sunabilmeleri için yönetime ihtiyaç duyarlar. Burada yazar “Yönetim”i “Management” kelimesiyle ve “Administration”u da içine alan dört fonksiyonla ifade etmektedir. Bu fonksiyonlar şöyle sıralanmaktadır:

a- Planlama / sağlık planlaması,

b- Yürütme / Yönelme (Administration): Yazar, “management: yönetim” terimini “bir organizasyonda çeşitli türlerdeki kontrol çalışmaları” içeriğinde kullandığını belirtmektedir. Büyük veya küçük bir sağlık programı, en az şu süreçleri içerir: Kaynakların düzenlenmesi, kadrolama ve bütçeleme, performans sağlanması, problemlerin çözümlenmesi, ikmal ve cihazlanmanın düzenlenmesi, hukuki düzenleme, kayıt ve raporlama, koordinasyon, değerlendirme gibi.

c- Düzenleme: Çevresel şartlar, eczacılık, sağlık personeli ve yapıları, toplumun korunması, kişisel sağlık hizmetleri, kişilerin korunması vb.

d- Mevzuat: Kaynak temininin düzenlenmesi, programlara izin verme, sağlık bakımının sosyal finansmanı, kalite gözetimi, zararlı davranışların önlenmesi, kişisel hakların korunması vb.

E- Hizmet Sunumu Halkın tümüne veya hastalar, sağlamlar, çocuklar vb. gibi çeşitli toplum gruplarına yönelik hizmetlerin sunumudur.

• **Birincil / Primer sağlık hizmetleri:** Koruyucu hizmetler, Tedavi hizmetleri

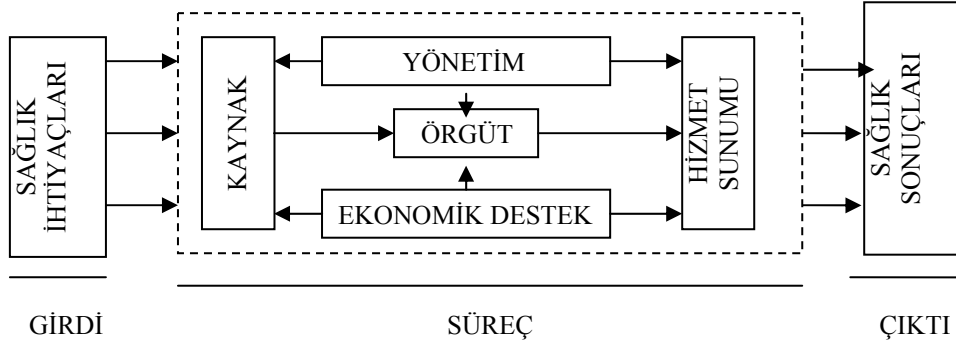
• **İkincil sağlık hizmetleri:** İhtisaslaşmış seyyar sağlık hizmetleri, Genel hastahane bakımı, Tıbbi olmayan ihtisaslaşmış hizmetler, Genel uzun süreli bakım, Hizmetlerin yerleştirilmesi, Kullanım denetimi vb.

• **Üçüncül sağlık hizmetleri** (karmaşık ve çok yüksek maliyetli): CT, MR, ileri teknoloji, özürlülerin rehabilitasyonu, spinalkord incinmeleri, ihtisas kuruluşları vb.

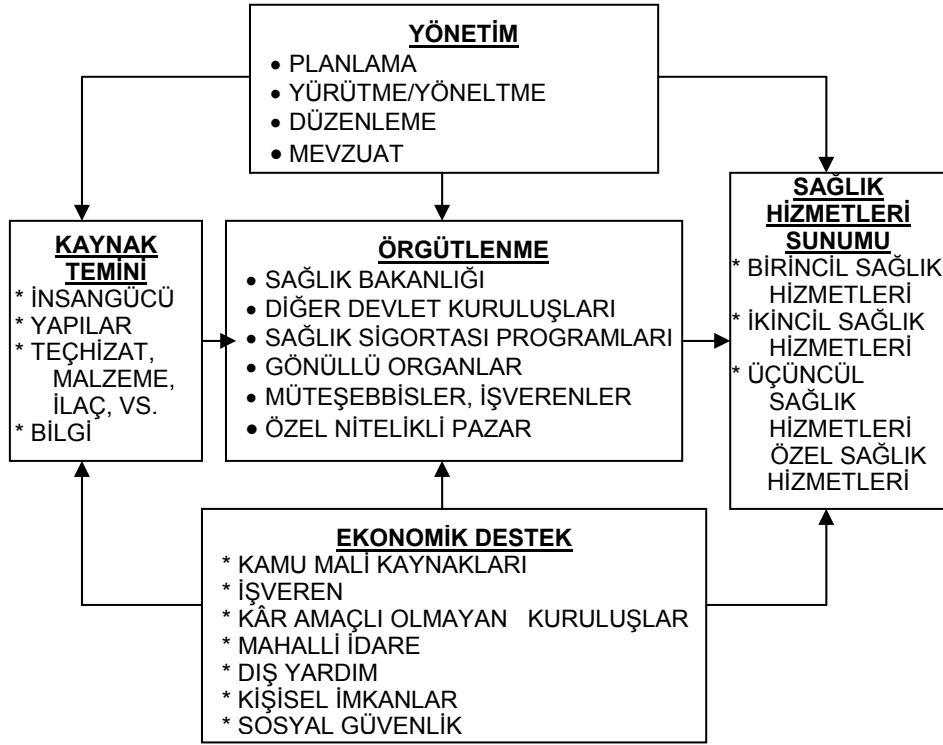
• **Özellikli sağlık hizmetleri:** Subaylar ve aileleri, Erken doğumlar, Ana ve çocuk, Sanayi çalışanları, Kırsal nüfus, Engelliler için programlar, Kronik hastalıklar, Bulaşıcı hastalıklar, Ağız ve diş sağlığı, Çevre sağlığı vb.

Roemer ulusal sağlık sistemlerinin temel bileşenleri konulu bu açıklamayı, 1984’ten farklı bir şema olarak aşağıdaki iki biçimde vermektedir (Cilt 1, S.33, 74):

Şema 2: Ulusal Sağlık Sistemi Modeli, Bileşenleri, Sağlık Statüsü İle İlişkileri



Şema 3: Ulusal Sağlık Sistemi Bileşenleri, Fonksiyonları, Dayanakları



Sağlık Sistemi Dinamikleri

Romen'e göre bir milli sağlık sisteminde sağlık hizmeti sağlayıcıları (hizmet verenler) ve hizmet alanlar (ödeme) arasındaki muhtemel ilişkiler şöyledir (Cilt 1, s.78):

Tablo 4: Sağlık Hizmetinde Arz-Talep İlişkisi

Hizmet alanlar (Talep)		Hizmet verenler (Arz)	
		Kamu	Özel
Kamu		A	B
Özel		C	D

Roemer, 1991 yılında yaptığı gruplandırmada, 1984 yılında önerdiği 9 tipli gruplandırma yerine, aşağıdaki 16 tipli ve 14 örnekli bir "dünya sağlık sistemleri" gruplandırması önermektedir (Cilt 1, s:97):

Tablo 5: Ekonomik Seviye Ve Sağlık Sistemi Politikalarına Göre Sınıflandırılmış Ulusal Sağlık Sistemi Tipleri

EKONOMİK SEVİYE (Kişi Başına Gayri Safi Milli Hasıla)	SAĞLIK SİSTEMİ POLİTİKALARI (Pazar'a Müdahale)			
	Girişimci Ve Serbest	Refah Yönelimli	Genel Ve Kapsayıcı	Sosyalist Ve Merkezden Planlanmış
Zengin Ve Sanayileşmiş	1 ABD	2 Batı Almanya Kanada Japonya	3 Büyük Britanya Yeni Zelanda Norveç	4 Sovyetler Birliği Çekoslovakya
Kalkınan Ve Değişimci	5 Tayland Filipinler Güney Afrika	6 Brezilya Mısır Malezya	7 İsrail Nikaragua	8 Küba Kuzey Kore
Çok Fakir	9 Gana, Bangladeş Nepal	10 Hindistan Burma	11 Sri Lanka Tanzanya	12 Çin Vietnam
Kaynak Zengini	13	14 Libya Gabon	15 Kuveyt Suudi Arabistan	16

Gelişmişlik seviyeleri ne olursa olsun, ülke sağlık sistemlerinin oluşumlarını önemli bir şekilde etkileyen **beş temel unsur** olan **kaynaklar**, **örgütlenme**,

ekonomik destek, yönetim ve hizmet sunumu özelliklerine göre **analiz** edilebileceğini söyleyen Roemer, bu analizi uygulamak üzere, ülkeleri bir **gruplandırma** içinde ele almayı dener. Böyle bir gruplandırma, seçilecek pek çok ölçüye göre farklı biçimlerde oluşturulabilir.

Bütün sağlık sistemi örgütlenmelerinde, niteliği ve özellikleri devletin müdahale derecesine göre değişen, gizli veya açık bir özel sağlık hizmeti piyasasının var olduğuna inanan Roemer, sağlık sistemlerinin tipini **devletin piyasaya / sağlık piyasasına müdahale derecesine** göre gruplandırmayı tercih etmiştir. Buna göre, 165 bağımsız Dünya ülkesinin sağlık sistemlerini, devletin müdahalesinin en azdan en çoğa doğru dizildiği şu dört sağlık sistemi tipine göre **gruplandırıldığını** ve incelediğini ifade etmektedir:

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

Daha sonra her grubu, Kişi Başına Gayrı Safi Milli Hasıla ölçөгindeki Ekonomik Seviyelerine göre, kendi içinde şu **alt gruplara** ayrıntılandırmıştır:

- Kişi Başına GSMH'sı 5.000 \$ ve üstü olan Zengin Ve Sanayileşmiş ülkeler
- KBGSMH'sı 500-5.000 \$ arası olan Kalkınan Ve Değişimci ülkeler
- KBGSMH'sı 500 \$ ve altı olan Çok Fakir ülkeler
- KBGSMH'sı 5-10.000 \$ arası olan Kaynak Zengini ülkeler alt grupları.

Roemer'in bu sınıflandırmasında bazı konular tartışmaya açık görünmektedir. Örneğin, Tablo'da ülke örnekleri olarak verilen ve ayrıca kitap içinde çok ayrıntılı olarak anlatılan Hindistan, Mısır, Libya gibi ülkeler yanında, çok kısa değinilen Peru gibi ülkelerde sosyal sigortaların kapsamı çok kısıtlı olduğu ve halk sağlık hizmeti ihtiyaçlarını genellikle kendi imkanlarıyla karşıladığı veya hiç karşılayamadığı halde, bu ülkeler Girişimci Ve Serbest grubunda değil Refah Yönelimli grupta verilmiştir. Refah Yönelimli özellikleri çok daha baskın olan Yunanistan Genel Ve Kapsayıcı grubuyla ilişkilendirilmiştir. Siyasi rejimi sosyalist / komünist olduğu halde sağlık sistemi öteden beri ağırlıklı olarak talepte doğrudan kişisel ödemeler ve sigorta, arzda ise özel teşebbüs olan Çin, Sosyalist Ve Merkezden Planlanmış ülkeler grubuna alınmıştır. Ayrıca, bir yanlışlık olarak nitelendirilemeyeceği halde, araştırmanın yapıldığı tarihten sonra siyasal ve sağlık sistemi rejimleri büyük değişim gösteren eski Demir Perde ülkelerinin Sosyalist ülkeler olarak incelenip yeni rejimlerinin incelenememesi de önemli bir eksiklik ve eskilik olarak değerlendirilebilir.

Bütün bunlara karşın, Roemer'in bu çalışması karşılaştırmalı sağlık sistemler alanı ve araştırmalarının en önemli eserlerden biri olarak değerini korumakta, bu alana dikkat çekerek yeni araştırmaların yapılmasını güdülemekte, kendinden sonraki çalışmalara metodolojik olarak yol göstermekte, araştırmaların geliştirilerek sürdürülmesi ile içeriklerin ve sonuçlarının zenginleştirilip yararlanılmasına zemin hazırlamakta etkili olmaktadır.

IV.2.5. 1993 Yılındaki Roemer Önerisi

Roemer yukarıda incelediğimiz kitabından sonra, 1993 yılında Annual Review Public Health adlı derginin 14. sayısının 335-353. sayfalarında yayımlanan "National Health Systems Throughout the World" adlı makalesinde de yukarıdaki bölümlendirmesini tekrarlamıştır.

IV.3. Sonraki Çalışmalar Ve Türk Araştırmacılar

Roemer'in çalışma ve yayınlarından sonra, tüm dünyada gözlenen sağlık sistemlerinde reform hareketlerinin de kattığı ivmeyle, karşılaştırmalı sağlık sistemlerini konu alan pek çok çalışma ve yayın yapılmaya devam etmiştir. Bunların bazıları şöyle sıralanabilir:

IV.3.1. WHO, yıllardan beri çeşitli yayınlarında çok çeşitli sınıflandırmalar kullanmaktadır. Bunlar belli bir kalıba oturmamış olup, konuların gerektirdiği çeşitli yapılarda sürekli olarak geliştirilmekte ve değiştirilmektedir. Örneğin, "Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services (Technical Report)" adlı yayınında WHO, OECD'ye üye ülkelerde 3 modelin yaygın bulunduğu belirtilmekte ve bunlar şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

* Kapsayıcı (Bütüncül / Tümelci / Bütünleşmiş / Entegre) Model: Vergi yoluyla finans (İngiltere)

* Kamu Kontratı Modeli: Zorunlu Sigortayla finans (Almanya)

* Kamu Geri Ödeme (Reimbursement) Modeli: Zorunlu sigortada önce kişi ödemeyi yapar, sonra sigortadan geri alır (Fransa, Belçika).

WHO yayın ve raporlarında görülen farklı sınıflandırmalar, genellikle yayını hazırlayan kişi ve grubun denemelerini veya tercihlerini yansıtmakta olup, WHO'nun kendisinin kabul edip duyurduğu resmi bir sınıflandırma yoktur.

IV.3.2. Tam adı "The International Bank for Reconstruction and Development" olan ve "The World Bank: Dünya Bankası" kısa adını kullanan örgüt, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması amacıyla, konuların gerektirdiği çeşitli yapılarda tablolar oluşturmaktadır. Konu ile ilgili yayını olan "World Development Report" adlı yıllık yayınlarında birbirinden farklı sınıflandırmalar kullanmaktadır.

Örnek olarak:

- * Coğrafi Bölge Esası: Sahra Altı Afrika, Ortadoğu ve Kuzey Afrika, Batı Avrupa...vb.
- * Kişi Başına Milli Gelir: Yüksek (7911\$ ve üstü), Üst-Orta (2556-7910\$), Alt-Orta (2555-636\$), Düşük (635\$ ve altı)
- * Sosyoekonomik Yapı: Serbest Pazar Ekonomisi, Sosyalist Ekonomi, Gelişmekte, Gelişmemiş.
- * Coğrafi Bölge + Ekonomik Sistem: Ortadoğu - Kuzey Afrika, Doğu / Güney Asya- Adalar, Latin Amerika-Karayıpler, Sahra Altı Afrika, Hindistan, Çin, Eski Sosyalist Ekonomiler, Serbest Pazar Ekonomileri

Bir başka örnek olarak, World Bank Dünya Gelişme Raporu'nda yer alan coğrafi bölge + milli gelir birleşik kriteri şöyledir:

Tablo 6: The World Bank Sınıflandırma Ölçütü

		Sahra Altı Afrika, Afrika		Orta Doğu Kuzey Afrika		Asya		Avrupa - Orta Asya		Amerika
		Doğu + Güney Doğu Afrika	Batı Afrika	Orta Doğu	Kuzey Afrika	Doğu Asya+ Pasifik	Güney Asya	Doğu Avrupa + Orta Asya	Batı Avrupa	
Düşük Gelir 635\$ ve altı										
Orta Gelir	Alt Orta 636\$-2555\$									
	Üst Orta 2556\$-7910\$									
Yüksek Gelir 7911 \$ ve üstü	OECD									
	Diğer									

Aynı raporda yer alan "mali kaynağı ve harcama yeri"ni esas alan birleşik kriter şöyledir:

Tablo 7: The World Bank Mali Kaynak/Harcama Yeri Gruplaması

Harcama Yeri	Kaynak	Genel Vergi / Bütçe	Sosyal Sigorta	Özel Sigorta	Doğrudan Harcama
	Kamu				
Özel (kâr amaçlı)					
Özel (kâr amaçsız)					

Raporda Kişi Başına Milli Gelire göre yapılan Sağlık Sistemleri gruplaması şöyledir:

Tablo 8: The World Bank Milli Gelire Göre Gruplaması

Kişi Başına Milli Gelir Grupları US \$	Sağlık arcaması		Ana Özellikleri	Örnek
	GSMH %si	Kişi Başına US \$		
Düşük Gelir 100- 600	2 - 7	2 -40	Geleneksel tıp yaygın, İlaça yüksek para harcaması. Genel vergilerle yapılan kamu hizmeti Sigorta azdır.	Bengaldeş, Pakistan, Hindistan, Sahra Altı Afrika'nın çoğu
Orta Gelir 601 – 7.900 Özel Sigorta	2 - 7	20-350	Orta ve düşük gelirli kesime hazineden devlet hizmeti. Özel sigorta var (Nüfusun %10 dan azı)	Güney Afrika, Zimbabve
Orta Gelir 601-7.900 Sosyal Sigorta	3 - 7	20-400	Düşük gelir grubuna toplum sağlığı ve tedavi hizmeti hazineden, Çalışanlar için sigorta var.	Kostarika, Türkiye, G.Kore
Eski Sosyalist Avrupa 650-6.000	3 - 6	30-200	Hazineden düşük seviyeli kamu hizmeti. İlegal çalışan çok yaygın özel sektör.	Çek Cum., Polonya, Slovakya, Eski SSCB
Yerleşmiş Pazar Ekonomisi (ABD hariç) 5.000-34.000	6 - 10	400 - 2.500	Hazine veya sosyal sigortadan nüfusun hemen tamamına hizmet. Üçüncü taraf (kamu) prim ödemesi ve genel bütçe kullanımı var.	<u>Sosyal Sigorta:</u> Fransa, Almanya, Japonya <u>Hazine:</u> İngiltere, Norveç, İsveç.
ABD 22.000	12	2.800	İsteğe bağlı özel sigorta ve hazineden hizmetler bir arada. Düzensiz, açık uçlu, hizmet başına ödeme. Sigorta ve hizmet sunumunda yüksek düzeyde yönetsel harcama.	ABD

IV.3.3. Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü: OECD, üyesi olan ülkelerin sosyal politikaları ve sağlık hizmetleri ile ilgili olarak, ülkeler özelinde veya karşılaştırmalı olarak çok sayıda yayın yapmaktadır. Bunlar, sağlık sistemlerini bir bütün olarak kıyaslamaktan daha çok, belli konularda yapılan özel karşılaştırmalar türündedir. Bunlar arasında üzerinde en çok durulan, sağlık sistemlerinin finansmanı (mali kaynaklandırılması) ile ilgili konulardır. Özellikle 1987 tarihli "Financing and Delivering Health Care", 1992 tarihli "The Reform of Health Care: A Comparative Analyses of Seven OECD Countries", 1994 tarihli "The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries" adlı yayınlarında ve ülke verileri ile ilgili

yıllıklarında, ülkelerin sağlık sistemlerinin finansman ve harcama türlerinin sınıflandırılmasında OECD'nin bir çatı geliştirmek istediği görülmektedir.

2000 yılında yayımladığı “OECD Health Data” adlı yayınlığında, bu sınıflandırmanın 2000 yılı uyarlamasında da aynı finansman kaynağı ve ödeme biçimleri esas alınmıştır. Finansman kaynağı olarak

- özel / gönüllü
- genel / zorunlu

olmak üzere iki grup esas alınmıştır. Bu iki esas içinde, sağlık hizmeti sunucularına ücretlerinin ödenmesi ve bunun geri ödenmesi (reimbursement) türü olarak dört metot gösterilmektedir:

-Sağlık sigortası olmayan sağlık hizmeti kullanıcısının, sağlık hizmeti sunanların ücretini doğrudan (cebinden) kendisinin ödemesi

-Ücreti kullanıcının doğrudan (cebinden) kendisinin ödemesinden sonra, bunun sağlık sigortalarınca kullanıcıya geri ödenmesi

-Sağlık hizmeti sunanların ücretlerinin, üçüncü taraflarca (party) ve sözleşmeler yoluyla dolaylı olarak ödenmesi

-Ücretin, sigorta ve sağlık hizmetini birlikte sunan üçüncü taraf örgütlerce, bütçe ve aylıklar yoluyla dolaylı olarak ödenmesi.

OECD, reimbörsmanı (reimbursement) kavramını, sigortacılık ve sağlık hizmeti alanlarındaki genel kullanıma uygun olarak, kaynağın genel veya özel olmasına bakılmaksızın, “hizmet sunucularına finansman kaynaklarının (ücretlerinin) dağıtımını”, yani ücret / masraf ödemek, ve / veya geri vermek içeriğinde kullanmaktadır. Eğer hizmeti kullanan sigortalı, hizmet sunucunun ücretini doğrudan (cebinden) kendisi ödemiş ise hem bu ödemeyi, hem de sigortanın hizmet kullanıcıya yaptığı geri ödemeyi reimbursement olarak değerlendirmektedir.

Finansman kaynağı ve hizmet sunucuya ödeme boyutları bir arada ele alındığında, OECD'ye göre, sağlık hizmetlerinde sekiz ayrı finansal model bulunmaktadır. Bunlardan ikincisi OECD ülkelerinde uygulanmamakta olup, diğer modellerden birkaçı bir arada kullanılıyor olabilir. Birleşik Krallık ve İtalya ağırlıklı olarak 7. Model'e en yakın görünmekte, Belçika 6. ve 8. Model'e dönmemekte, Kanada doktorlarda 6. ve hastahanelerde 8. Model'e uyumlu görünmekte, Fransız sistemi 3., 5. ve 8. Model'lerle uyumluluk göstermekte, Almanya ağırlıklı olarak 6. Model'e, tamamlayıcı olarak 5. ve 7. Model'e başvurmakta, ABD'nde daha karmaşık olarak, sigortasızları korumak için 1. Model, sigortalılar için 3. Model, Medicare ve Medicaid kapsamındakilere 6. Model uygulanmaktadır.

Tablo 9: OECD Sağlık Hizmeti Finansman Kaynakları Ve Ödeme Metotları İlişkisi

GERİ ÖDEME (Reimbursement)	FİNANSLAMA (Financing)	
	Özel / Gönüllü	Genel / Zorunlu
Kişilerin Doğrudan (Cepten) Ödemesi	1. Model	2. Model
Sigorta Geri Ödemeli Kişisel Doğrudan Ödemeler	3. Model	4. Model
Üçüncü Taraf Sözleşme	5. Model	6. Model
Üçüncü Taraf Bütçe Ve Aylık	7. Model	8. Model

1. Model: Sağlık sigortası bulunmayan hizmet kullanıcısının, hizmet sunucuya kendi isteğiyle doğrudan (cebinden) ödeme yaptığı sistem.

2. Model: Hizmet kullanıcısının, hizmet sunucuya zorunlu olarak doğrudan (cebinden) ödeme yaptığı sistem. (OECD, bu modelin uygulamada zorlukla bulunabileceğini söylemektedir).

3. Model: Sağlık sigortası olan kullanıcının, sunucuya ödeme yaptıktan sonra sigorta kaynaklarından kendisine geri ödeme yapıldığı; kullanıcıların geri ödeme ile isteğe bağlı finanse edildiği sistem.

4. Model: Genel mali kaynaklı sigortanın olduğu ve kullanıcının sunucuya ödeme yaptıktan sonra sigortaca kendisine geri ödeme yapıldığı; kullanıcının geri ödeme ile genel kaynaklarca finanse edildiği sistem.

5. Model: Hizmetlerin kullanıcılar için genellikle ücretsiz olduğu ve hizmet sunucularına isteğe bağlı sigorta programlarınca sözleşmeler yoluyla geri ödeme yapıldığı; üçüncü taraf ödeyiciler veya sigortacılarla sözleşmelerle ve isteğe bağlı finansman yoluyla sunucularla doğrudan ödeme yapıldığı sistem.

6. Model: Hizmetlerin kullanıcılar için genellikle ücretsiz olduğu ve hizmet sunucularına genel kaynaklı sigorta programlarınca sözleşmeler yoluyla geri ödeme yapıldığı; sigortacılarla sözleşmelerle ve genel mali kaynaklı finansman yoluyla sunucularla geri ödeme yapıldığı sistem.

7. Model: Tipik olarak hastahaneler ve ücretli doktorlar için global bütçelerin olduğu, kullanıcılara hizmetlerin ücretsiz verildiği ve (sağlığı koruma örgütü gibi) isteğe bağlı sigortalarca finanse edildiği; bu finansman türü yanında sağlık sigortasının ve hizmet sağlanmasının aynı örgütte birleştirildiği sistem.

8. Model: Genellikle hastahaneler ve ücretli doktorlar için global bütçelerin olduğu, kullanıcılara hizmetlerin ücretsiz verildiği ve genel mali kaynaklı

sigortalarca finanse edildiği; genel finansman yanında sağlık sigortasının ve hizmet sunumunun birleştirildiği sistem.

IV.3.4. Ray H. Elling, önceki sınıflandırmalarından sonra, Roemer'in 1991 sınıflandırmasına benzeyen fakat Marksist yaklaşımlı bir beşli ayrımında: **Tümüyle Liberal** (ABD), **Liberal Yönelimli** (Arjantin), **Sosyal Yönelimli Liberal** (Kanada, Japonya), **Sosyal Liberal** (İngiltere), **Sosyalist / Komünist** (SSCB, Çin, Küba) sınıflamasından bahseder. **Dinsel yönelimli** İran, ABD destekli Tayvan, G.Kore, **petrol zengini** Araplar gruplandırılmada yer almamaktadır. G.Yemen, Suriye, Mısır gibi sosyalist yönelimli ülkeler için "**perifer grup**" diye ayrı bir yer; Sri Lanka, Kostarika gibi ülkeler için de "**Kapitalizme Bağımlı Ülkeler**" ile "**Yarı Bağımsız Sosyalist Ülkeler**" arasında ayrı bir yer açılabilir görüşündedir.

1994'de yayımladığı "Theory and Method for Cross-National Study of Health Systems", (International Journal of Health Services, 24 ss: 285-309) başlıklı yazısında, sağlık sisteminin işleyişini ve devletin müdahale biçimini değil, ülkelerin ekonomik, sosyal ve siyasal yapılarını esas alan gruplandırmasını bütünleştirmiştir. Ekonomik, sosyal ve siyasal yönleriyle benzeşen ülkelerin sağlık sistemlerinin de benzer olacağı görüşünden hareket etmektedir. Gruplandırması şöyledir:

Merkezi Kapitalist Ve Piyasa Yönelimli ülkeler: Ekonomisi gelişmiş ve diğer ülkeler üzerinde güçlü etkileri olan ABD ve İsviçre gibi piyasa yönelimi baskın Merkezi Kapitalist ülkelerin merkezi otoritelerinin yetkileri alt birimlere devredilmiş, sendikal ve diğer işçi hareketleri durgun, sosyal refahın dağılımı aksak veya bozuk, sağlık sistemleri serbest pazar yönelimli ve eşitsizdir.

Merkezi Kapitalist Ve Refah Yönelimli ülkeler: İngiltere, Kanada, Japonya, Almanya, İskandinav Ülkelerinde olduğu gibi, merkezi otoritenin yetkileri alt idari birimlere devredilmiş, işçi sınıfı etkili, sosyal refah düzeni sosyal güvenlik temelli ve gelişmiş, eşitsizlikler azaltılmış, sağlık sistemi iyi örgütlenmiş, yararlanma daha eşit ve kolay, genel sağlık göstergeleri yüksektir.

Merkezi Kapitalist Ülkelere Yarı Bağımlı Veya Bağımlı Kapitalist ülkeler: Brezilya, Hindistan, Filipinler, Endonezya, Guatemala, Haiti, petrol zengini ülkelerde görüldüğü gibi merkezi otorite güçlü, işçi hareketleri kısıtlanmış, sosyal refah hizmetleri çok kısıtlı, her alanda eşitsizlikler ve sosyal olaylar yaygın, sağlık sistemi özel sektör ağırlıklı, hizmete ulaşım kısıtlı ve eşitsiz, geleneksel şifacılık yaygındır.

Sosyalist Yönelimli Ve Başka Devletlerin Baskısından Kısmen Uzak ülkeler: Küba, Çin, Nikaragua gibi merkezi otoritesi güçlü, işçi ve köylü

hareketleri etkili, sosyal refah seviyesi düşük olsa da dağılım daha eşit ve yararlanılabilir, sağlık sistemi iyi örgütlü ve halk katılımlı, düzeyi milli gelir düzeyine kıyasla çok daha iyidir.

Sanayileşmiş Ve Sosyalist Yönelimli ülkeler: Orta ve Doğu Avrupa'daki (eski) sosyalist ülkeler gibi merkezi otoritesi güçlü, işçi hareketleri merkezi denetim altında, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler oldukça az, sağlık sistemi merkezi otoritenin elinde ve ulaşılabilirliği yüksektir.

IV.3.5. Marie L. Lassey, William R. Lassey, Martin J. Jinks, 1997 yılında yayımladıkları "Health Care Systems Around The World, Characteristics, Issues, Reforms" (Prentice Hall press, New Jersey, USA) adlı kitapta konuyu ele aldılar. Kitap, toplam 370 sayfada, sağlık sistemlerinin temel unsur ve işlevleri ile ülke karakteristikleri üzerinde oldukça ayrıntılı bir girişten sonra, **Gelişmiş Endüstri Ülkeleri** (ABD, Kanada, Japonya, Almanya, Fransa, Hollanda, İsveç, Birleşik Krallık), **Eski Komünist Ülkeler** (Çek, Macar, Rusya) ve **Gelişen Ve Modernleşen Ülkeler** (Çin, Meksika) sınıflandırılması ayırımında ülkelerin sağlık sistemlerini ayrıntılı olarak anlatmış, son olarak da ana unsurların kıyaslanması bölümünde örgütsel değişiklikler ve reform, sağlık hizmetlerinin ekonomik örgütlenmesi, reformdan beklentiler başlıkları altında, ülke sağlık sistemlerini reform temelinde değerlendirmiştir. Bu alandaki çalışmalar için yararlanılabilecek bir kaynaktır.

IV.3.6. Khi V. Thai, Edward T. Wimberley, Sharon M. McManus editörlüğünde 2002 yılında Marcel Dekker yayınevince yayımlanan "Handbook of International Health Care Systems" adlı kitapta Wimberley ve Thai, 15 OECD üyesi ülkenin sağlık sistemlerini, OECD'nin gruplandırması olan: **Eski Sovyet Bloğu Ülkeleri, Kuzey Ve Orta Amerika, Kuzey, Orta Ve Doğu Avrupa, Akdeniz'e Kıyı ülkeler, Pasifik Çevresi devletleri** olarak gruplandırılmış halde ve çeşitli yazarlarca ele alınmış olarak vermektedir.

IV.3.7. Türkiye'de, Bülent Kılıç ve Çiğdem Bumin, Dünyadaki sağlık sistemlerini **Sigorta Ağırlıklı** (özel, sosyal), **Devlet Ağırlıklı** (İngiliz benzeri, sosyalist) ve **Diğer** (karışık/karmaşık yapılı, ilkel yapılı) olmak üzere 3 grup ve 6 tipte sınıflandırmışlardır (Toplum Ve Hekim; Şubat 1993)

IV.3.8. Türk Tabipleri Birliği yayın organı Toplum Ve Hekim dergisinin "Sağlık Sistemleri" özel sayısında (Kasım 1994-Şubat 1995, c: 9, s: 64-65) editör Gazanfer Aksakoğlu ve Bülent Kılıç: **Tümüyle Kapitalist Ülkeler** (ABD), **Çoğunlukla Sosyalist Yönelimli Kapitalist Ülkeler** (Kanada, Japonya, İspanya, Avustralya, İsrail, Almanya, İsviçre, Hollanda), **Tümüyle Sosyalist Yönelimli Kapitalist Ülkeler** (İngiltere, İrlanda, İsveç), **Sosyalist Ülkeler** (SSCB, Hırvatistan), **Kapitalizme Yönelimli Gelişmekte olan Ülkeler**

(Arjantin, Sahra Güneyi Afrika ülkeleri, Guatemala, Sierra Leone) olmak üzere bir sınıflandırma önermişlerdir. Dergide ayrıca İlker Belek'in konu ile ilgili bir kaynak taraması ile, çeşitli yazarların çeşitli ülkelerin sağlık sistemlerini tanıtan yazıları da yer almaktadır.

Başka sınıflandırma çalışmalarında :

* Beklenen değerlerle gözlenen değerler arasındaki sapmaya göre kıyas,

* Belli zaman aralıklarında, belli hızlardaki ilerlemelerin kıyası

gibi başka kriterlerin kullanıldığı da görülmektedir. (B. Kılıç, G. Aksakoğlu, Toplum Ve Hekim, Şubat 1995).

IV.3.9. A. Erdal Sargutan tarafından 1993 yılı başında hazırlandıktan sonra geliştirilen ve Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Finansman Ve Maliyetler Alt Komisyonu üyeleri için çoğaltılıp dağıtılan, daha sonra Sağlık-İş Sendikası tarafından 1993 yılında bastırılan Türk Sağlık Sektörünün Yapısı adıyla ve 2004 yılında basılan Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri adlı kitaplarında, sağlık sistemlerinin sınıflandırma modelleri verilmiştir.

V. SONUÇ

Buraya kadar anlatılan karşılaştırmalı sağlık sistemleri ülke gruplandırmalarında dikkati çeken husus, bu gruplandırmaların bir kısmının sağlıkla ilgili ölçütlerle değil, piyasa rejimi ve gelir gibi ekonomik ölçütlere göre yapılmasıdır. Buna ek olarak bu ölçütler, analizlerin ortaya koyduğu bir gereklilik veya sonuca dayalı olarak sonradan değil en başta koyulmakta, ülkeler bu çerçevelerin içine sığdırılmaya çalışılmaktadır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı UNDP dışındaki diğer gruplandırma çalışmalarının önemli bir bölümü de, sanki bir kaçınılmazlık gibi, sağlığı değil ekonomiyi esas alan ölçütlere ağırlık vermekte veya yapay bölümlere başvurmaktadır.

Dünya ülkelerinin kalkınmışlık sıralaması uzun yıllar ekonomik göstergeler ve bunlar arasında da Kişi Başına Milli Gelir (KBMG) dikkate alınarak yapılmıştır. Bu ölçütlerin her zaman gerçek kalkınmışlık düzeyini göstermedikleri yönünde yapılan itirazlar yıllarca sürmüştür. Yaptığı çeşitli çalışmalar sonunda UNDP, ekonomik göstergeler yanında, içinde sağlık seviyelerinin de bulunduğu **sosyal göstergeleri** birlikte dikkate alan İnsani Kalkınma İndeksi (Human Development Index: HDI) adlı bir değişken tablo (skala) geliştirerek, daha gerçekçi kalkınmışlık ölçütleri olarak kullanmaya başlamıştır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, Human Development Report adlı yıllık yayınında ve diğer çalışmalarında bu skalayı esas almaktadır. Dünya ülkeleri tarafından hemen benimsenen ve geliştirilmesine devam edilen

bu İndeks'in konumuz bakımından önemi açıktır. KBMG ve HDI ölçütleri ülkelerin kalkınmışlık sıralarını değiştirmektedir. Örneğin Japonya KBMG ve HDI sıralamalarının her ikisinde de 3., Finlandiya 6. ve 16., ABD 9. ve 8., BAE 10. ve 62., Kanada 11. ve 1., İngiltere 19. ve 10., Singapur 21. ve 43., Yunanistan 35. ve 25., Polonya 79. ve 49., Çin 143. ve 94., Hindistan 147. ve 135., Türkiye 78. ve 68. dir (UNDP, Human Development Report 1996).

Sonuç olarak, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri alanında yararlı ve gelişmiş çalışmaların gün geçtikçe arttığı, ancak uluslararası sağlık sistemleri sınıflandırma esaslarının geliştirilmesi ve olabildiğince ortak kullanılabilir hale gelmesi ihtiyacının sürmekte olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksakoğlu G. ve Kılıç B. (ed.ler) (1994) **Sağlık Sistemleri**, Toplum Ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği yayın organı, Kasım 1994-Şubat 1995, Ankara, c: 9, ss:64-65.
2. Elling R. H. (1980) **Cross-National Study of Health Systems**, New Jersey.
3. Elling R.H.(1981) **The Capitalist World System and International Health**, International Journal of Health Services 11 (1) ss:21-51.
4. Elling R.H. (1989) **The Comparison of Health Systems in World-System Perspective**, Research in the Sociology of Health Care, Vol:8, Part IV, ss:207-226.
5. Elling H.H. (1994) **Theory and Method for Cross-National Study of Health Systems**, International Journal of Health Services, 24 ss:285-309.
6. Evang K. (1960) **Health Services, Society and Medicine**, Oxford University Pres, London.
7. Fulcher D. (1974) **Medical Care Systems: Public and Private Health Coverage in Selected Industrialized Countries**, ILO Publications.
8. Kılıç B. ve Bumin Ç. (1993) **Sağlık Sistemleri**, Toplum Ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği yayın organı, Şubat 1993, ss:26-31, Ankara.
9. Lassey M.L., Lassey W.R., Jinks M.J. (1997) **Health Care Systems Around The World, Characteristics, Issues, Reforms**, Prentice Hall press, New Jersey, USA.
10. Navarro V. (1978) **Class Struggle, the State and Medicine: An Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain**, New York.
11. Navarro V. (ed) (1981) **Imperialism, Health and Medicine**, New York.

12. Roemer M.I. (1956) **Medical Care in Relation to Public Health- A Study of Relationships Between Preventive and Curative Health Services Throughout the World**, WHO Publications.
13. Roemer M.I., Kleczkowski B.M., Van Der Werff A. (1984) **National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All: Guidance for Policy-Making**, WHO, Public Health Papers Nu: 77 ss:13-39.
14. Roemer M.I. (1991, 1993) **National Health Systems of the World**, Vol:1Countries (1991), Vol II: The Issues (1993), Oxford University Pres, London.
15. Roemer M.I. (1993) **National Health Systems Throughout the World**, Annual Review Public Health, 14, ss:335-353.
16. Sargutan A. E. (2004) **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Başaran Teknik, Ankara.
17. Starfield B. (1991) **Primary Care and Health: A Cross-National Comparison**, JAMA, 266 (16) ss:2268-71.
18. Starfield B. (1992) **Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn From One Another**, Journal of Health Politics, Policy and Law, 17 (4), ss:613-635.
19. Thai K.V., Wimberley E.T., Sharon M., McManus S.M. (ed.ler) (2002) **Handbook of International Health Care Systems**, Marcel Dekker
20. Terris M. (1980) **The Three World System of Medical Care: Trends and Prospects**, World Health From, WHO Publications.