

Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ve Performans Analizi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme ¹

Cuma SUNGUR

Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi,
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
cumasongur@gmail.com

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

Öz

Her sistem belirli sosyal amaçlarını gerçekleştirmek için doğrudan ya da dolaylı olarak devlet müdahalesini gerektirir. Sistemler toplumsal ihtiyaçları karşılamak için gereklidir. Basit bir şekilde ifade etmek gerekirse sağlık sistemi sonuca ulaşmak için bir araçtır. Sağlık sistemi, vasıtaların (yapısal bileşenlerin) belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere oluşturduğu ilişkiler bütünüdür. Bu yüzden sağlık sistemini anlamak için sağlık sistemlerinin amaçlarını ve yapısal bileşenlerini analiz etmek bir zorunluluktur. Sağlık sisteminin nihai amacı toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi, toplumu finansal riske karşı koruması ve toplumun sağlık hizmetlerine bağlı memnuniyet düzeyinin iyileştirilmesidir. Bunun için yetkili otorite kontrol düğümleri (finansman, geri ödeme, yönetim, örgütlenme, düzenleme, davranış) olarak isimlendirilen araçları harekete geçirmelidir. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin nihai amaçlarından hareket ile bölgesel, ulusal ya da uluslararası seviyede sağlık sistemi performans değerlendirmesi yapılmalı, beklenen sağlık performansı ile arzulan sağlık performansı arasındaki fark ortaya konulmalı ve gerekli iyileştirmeler sağlanmalıdır. Bu çalışmada ülke sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve performansının analizi konuları incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, Sağlık Sistemi Fonksiyonları, Performans Analizi.

¹ Makale Geliş/Kabul Tarihi: 22.06.2021 / 21.12.2021

Künye Bilgisi: Sungur, C. (2021). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve performans analizi üzerine kavramsal bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18 (3), 2174-2201. DOI: 10.33437/ksusbd.956240

A Conceptual Study on Classification and Performance Analysis of Health Systems

Abstract

The health system is the whole set of relations that the mediators (structural components) have built to achieve a specific purpose. Therefore, in order to understand the health system it is imperative to analyze the aims and structural components of the health systems. Increasing the health status of the final aimed community of the health system is the protection of society against financial risk and improving the level of satisfaction with the community's health services. To do so, the competent authority must activate the so-called control buttons (financing, reimbursement, management, organization, regulation, behavior). On the other hand, health system performance evaluation should be carried out at the regional, national or international level with the ultimate goal of health care services, the difference between the expected health performance and the desired health performance should be provided and necessary improvements should be provided. In this study, the classification of country health systems and the analysis of their performance are examined.

Keywords: Health System, Functions of Health System, Performance Analysis.

GİRİŞ

İyi bir sağlık, herkes için temel insan haklarından biridir. Hedef popülasyonların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmetleri sunacak bir kurum, kuruluş ve kaynak organizasyonunun sağlanması devletin sorumluluğundadır. Sağlık sistemi planlaması ve halka yönelik planlı bir sağlık hizmeti sunmada sigorta şirketleri, hükümetler, sendikalar, yardım kuruluşları, dini veya diğer koordineli organların her birinin değişik görev ve sorumluluğu mevcuttur, fakat sağlık sistemi içerisinde yer alan bu kurum ve kuruluşların hepsi de nihayetinde sağlığın korunması ve gelişmesine katkı sağlamalıdır (Oyibochovd., 2014: 29). Sağlık sistemi, sağlığı geliştirmek ile ilgili tüm aktör, kurum ve kaynakları kapsamaktadır. Güçlü bir sağlık sistemi, sağlıklı ve adil bir toplumun vazgeçilmez bir parçasıdır (Anand, 2014: 4).

Yoksulluk, eğitim, altyapı, sosyokültürel yapı ve politika gibi sağlık sisteminin dışındaki birçok faktör toplum sağlığını etkilemektedir. Sağlık sistemleri dış faktörlerden etkilenmeye açık oldukları için açık sistemler olarak bilinmektedir. Kapsamı ve sınırı belli bir alanda faaliyet gösteren (ör. Klinikler, hastaneler, yerel sağlık birimleri, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları)

daha küçük sistemler toplumsal veya ulusal seviyede bir araya gelerek daha büyük bir sistemi oluşturmaktadır. Bir açık sistem olarak sağlık sistemleri çevresi ile sürekli etkileşim halindedir, çevresindeki değişme ve gelişmelerden etkilenmektedir. Sağlık sisteminin bu özelliğinden dolayı, sistem düşünürleri sağlık sistemlerini “kompleks adaptif sistemler” olarak ifade etmişlerdir. Sağlık sistemlerinin “kompleks adaptif sistemler” olarak kabul edilmesi, sağlık sistemlerinin daha iyi sağlık sonuçları üretmesine veya daha verimli veya eşitlikçi bir yaklaşımla uygulanması için önemli sonuçlar doğurmasına olanak tanımaktadır. Sağlık sisteminin diğer sistemlerden ayıran en önemli yönü, amacın doğrudan insan sağlığı ile ilgili olmasıdır. Sağlık sistemi, birçok paydaşa sahiptir. Sağlık hizmeti kullanıcıları olarak hastalar, hasta yakınları ve toplumun yanı sıra sağlık bakanlıkları, sağlık hizmeti sunucuları ve organizasyonları, ilaç şirketleri, sağlık hizmetleri finansman organları ve sigorta şirketleri gibi kuruluşları sağlık sistemi üzerinde önemli etkiye sahiptir (Annex, 2007: 1).

SAĞLIK SİSTEMİ KAVRAMI, AMACI VE FONKSİYONU

Aşağıda kavramsal olarak sağlık sistemi kavramı, sağlık sisteminin temel amacı ve temel fonksiyonları konularına yer verilmiştir.

Sağlık Sistemi Kavramı

Roemer (2002) sağlık sistemini “kaynakların, organizasyonun, finansmanın ve yönetim bütünüün topluma sağlık hizmeti sunumuna yönlendirilmesi” olarak tanımlamıştır. Roemer bu tanımında sağlık hizmetlerinin kontrol düğmelerini, ara sonuçlarını ve nihai sonuçlarını ön plana çıkarmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (2000) ise, sağlık sisteminin tanımını şu şekilde yapmıştır: Sağlık sistemi: “Temel amacı sağlığı korumak, iyileştirmek ve sürdürmek olan tüm faaliyetlerdir.” Son yıllarda sağlık sisteminin amaç kısmına “hastalıktan kaynaklı hane halkı yoksulluğunun önlenmesi” ifadesi eklenmiştir (Annex, 2007: 1). Başka bir tanıma göre sağlık sistemi, belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere vasıtaların (yapısal bileşenlerin) oluşturduğu ilişkiler bütünüdür. Sağlık sistemini anlamak için sağlık sistemlerinin amaçlarını ve yapısal bileşenlerini analiz etmek gereklidir (Hsiao, 2003: 4). Bir sağlık sistemi, sağlık faaliyetlerinin finansmanı, düzenlenmesi ve sağlanmasıyla ilgili kaynakları, aktörleri ve kurumları içerir. Sağlık eylemi, birincil amacı sağlığı iyileştirmek ve sürdürmek olan faaliyetler kümesidir. Bu tanım sağlık sisteminin çok geniş bir perspektiften ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Örneğin birincil amacı trafik kaza oranlarını azaltmak için yol ve araç güvenliğinin sağlanması olan bir hizmet, sağlığa katkıda bulunsun ya da bulunmasın kişisel bir sağlık hizmetidir. Sağlığa katkıda bulunma temel amacı olan tüm aktörler ve kurumlar, sağlık sistemi performansının değerlendirilmesinde bir bileşen olarak ele alınmaktadır. Sağlık hizmetine katkıda bulunmanın temel amaç olduğu her türlü eylemler sağlık sistemi

kapsamında ele alınmaktadır. Kısacası sağlık sisteminin sınırlarının belirlenmesindeki temel kıstas, eylemin öncelikli amacının sağlığı korumak, iyileştirmek veya sürdürmeye yönelik olmasıdır. Fakat sağlığı etkileyen tüm eylemleri sağlık sisteminin bir parçası olarak görmek mümkün değildir. Örneğin genç kızları eğitmek sağlığı önemli ölçüde etkilemesine karşın, aslında eğitimin temel amacıdır. Bu yönü ile sağlık sisteminin bir parçası değildir. Fakat amaç sağlığın belirleyicilerini iyileştirmek için genç kızların okutulması ya da sosyal eşitsizliklerin azaltılması olduğunda bu sağlık sisteminin bir parçası olmaktadır. Sektörler arası seviyedeki bu çabalar sağlığın geliştirilmesi için tasarlandığında, sağlık sisteminin birincil amaçlarına hizmet etmektedir. Sağlık eyleminin açıkça ifade edilen bir tanımı olsa dahi, bazı eylemler farklı kişiler tarafından sağlık eylemi olarak yorumlanırken, bir başkası tarafından sağlık eylemi olarak yorumlanmayabilir (Murray ve Frenk, 1999: 4).

Sağlık Sisteminin Amaçları

Sağlık sistemi, sağlıkla ilgili temel amaçları gerçekleştirmek üzere parçalardan ya da yapısal bileşenlerden oluşmuş ilişkiler bütünüdür. Sağlık sistemini doğru bir şekilde tanımlanması ve değerlendirilmesi için hem amaçların hem de yapısal bileşenlerin analiz edilmesi şarttır. Diğer taraftan ülkelerin sağlık hizmetleri programlarındaki amaçlarına bağlı olarak hedeflerde de farklılıklar olabilmektedir. Örneğin, bazı programlar sağlık statüsünü geliştirmeyi, bazıları verimliliği maksimize etmeyi, bazıları yoksulluğun önlenmesini bazıları ise hizmet kalitesini iyileştirmeyi hedeflemektedir. Fakat bunların hiçbiri ülkenin sağlık politikasındaki nihai hedeflerden değildir. Bunlardan bazıları orta seviyede sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi, belirli bir hastalık türü ya da nüfus grubu ile ilgilidir. Sistemik düzeyde, bir ülke için ara çıktılar (erişim, kalite, hakkaniyet, verimlilik) ile nihai sonuçlar (toplum sağlığını iyileştirme, toplumun meşru beklentilerinin karşılanması ve adil finansman) arasındaki farklılıkları ayırt etmek gerekmektedir. Ara sonuçlar önemli olmak ile birlikte nihai sonucu etkileyebilir, ancak bunlar sadece aracı ve kısmi sonuçlardır. Sağlık sistemlerinin açık ve örtük hedeflerini belirlemek için birden fazla ülkenin sağlıkla ilgili mevzuatının, politika doküman ve raporlarının incelenmesi gerekmektedir (Hsiao, 2003: 4). Toplumların değer verdiği sonuçları üreten aktörlerin ve eylemlerin karmaşık, çok boyutlu bir alanı olduğu konusunda genel bir fikir birliği vardır. Sağlık sisteminin amaçları bağımsız değişkenler olup, sağlık sistemi türüne veya çevresine bakılmaksızın sabit kalır (ulaşım seviyeleri gerçekten de dinamik olmasına rağmen). Literatürde yer alan sağlık sistemleri tanımlarındaki bazı farklılıklara rağmen, sağlık sisteminin amaçları konusunda genel olarak fikir birliğine varılmış durumdadır. Dünya Bankası'nın Sağlık Sektörü Temel Reformu (Flagship Program on Health Sector Reform) ve Roberts vd.'nin (2003) Sürdürülebilir Finansman (Sustainable Financing) isimli çalışmasına göre sağlık sisteminin üç temel amacı bulunmaktadır (Shakarishvili,

2010). Bunlardan ilki toplum sağlığını iyileştirmektir. Bu temel amaç altında insidans (hastalık sıklığı) ve mortalite (ölüm) oranlarını düşürmek veya belirli hasta grupları için hayatta kalma oranlarını arttırmak özel bir amaç olabilir. Sağlık sisteminin ikinci temel amacı adil finansmanı sağlamak amacıyla sağlık hizmeti kullanıcıları üzerinde anketler yapılarak cepten yapılan harcamaların büyüklüğü ortaya konulabilir, toplumun katstrofik sağlık harcamaları (aylık veya yıllık hane halkı gelirinin önceden belirlenmiş bir oranı aşan kısmı) ile karşı karşıya olup olmadığı tespit edilebilir (Berman ve Bitran, 2011: 8). Sağlık sisteminin finansmanında adil olmak için iki zorluğa dikkat edilmelidir. Birincisi, sağlık hizmeti kullanımına bağlı olarak hane halkı yoksullaştırılmamalı ya da aşırı bir oran ödemek zorunda olmamalıdır. Başka bir ifade ile mali katkıda adalet önemli derecede risk havuzlaması ile mümkündür. İkincisi, yoksul hane halkları zengin olanlara göre sağlık sistemine daha az ödeme yapmalıdır. Yoksul haneler gelirlerinin büyük bir kısmını sağlık hizmeti kullanımından ziyade yiyecek ve barınma gibi temel ihtiyaçlarına ayırmaktadırlar. Bu yüzden mali yapıda adaletin sağlanması için zenginden yoksula yönelik bir sübvansiyon olmalıdır. Çok fakir hane halkı söz konusu olduğunda ise “adil pay” onların hiç ödeme yapmaması ile sağlanabilir. Ödemeler gelir temelli olmalıdır ve çoğunlukla sağlık hizmeti kullanımına ve riske dayanmamalıdır. Yoksullar için adil bir paylaşımın sağlanması konusunda genel kabul edilebilir görüş, genel gelir dağılımında sağlık sistemine verilen role bağlıdır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 13). Sağlık sisteminin üçüncü temel amacı ise toplumun meşru beklentilerinin karşılanmasıdır. Bunun karşılanması; siyasi liderler ve demokratik toplumların politika yapıcıları için bir hedef olduğu açıktır (Hsiao, 2003: 6). Bunun için düzenli olarak sağlık hizmeti kullanıcıları memnuniyeti anketlerinden veya resmi hasta şikayetlerinden alınan bilgilerden yararlanılabilir (Berman ve Bitran, 2011: 9).

Günümüzde otoriter devletlerin liderleri dahi uzun vadede halkı tatmin etmenin gerekliliğine inanmaktadır. Ülkeler, sağlık sisteminin istikrarının yeterli bir kamu tatmini olmadan sağlanamayacağı gerçeğine her geçen gün daha çok inanmaktadır. Sağlık sisteminde köklü bir değişim ya da revizyon gerektiren durumlar, kamuoyunun sağlık sistemine ilişkin memnuniyet düzeyi ile önemli ölçüde ilişkilidir (Hsiao, 2003: 6). Beklentilerin karşılanmasının iki ana bileşeni vardır. Birincisi etik boyutu ile sağlık sistemi arasındaki bireysel etkileşim yönlerini ele alan “insanlara saygı” yönüdür. İnsanlara saygının ise üç yönü vardır (Murray ve Frenk, 2000: 720):

İnsani Haklara Saygı: Sağlık sistemleri, bulaşıcı rahatsızlığı olan insanları toplumdan uzaklaştırarak ya da genetik rahatsızlığı olan insanları kısırlaştırarak daha yüksek sağlık statüsüne erişebilir, fakat bu aynı zamanda temel insan haklarının ihlalidir. İnsani haklara saygı, aynı zamanda hastaların fiziksel ya da klinik muayenesi nedeniyle utanması konusunda hekimlerin hassas ve sağduyulu yaklaşmasını da içermektedir.

Bireysel Özerkliğe Saygı: Kişi kendi sağlığı hakkında seçim yaparken, özerk olarak hareket edebilmelidir. Hasta ya da hasta vekili hangi tıbbi müdahalelerin uygulanıp uygulanmayacağını seçme hakkına sahip olmalıdır.

Kişisel Bilgilerin Gizliliğine Saygı: Sağlık sistemi ile etkileşime giren bireyin kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğinin korunması hakkı olmalıdır. Bireyler kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğine saygı duyulacağından emin olduklarında, sağlık hizmeti sunucularına tıbbi geçmişi hakkında önemli bilgiler verme olasılığı artar. Bu yönüyle gizliliğe saygı sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye yönelik bir amaca hizmet etmektedir. Buna ek olarak kişisel bilgiler üzerinde bireysel kontrolün sağlanması ve mahremiyetin korunması açısından gizliliğe duyulan saygı önemlidir.

İkinci bileşen, müşteri memnuniyetinin çeşitli boyutlarını içeren “müşteri yönelimli olma” yönüdür. Müşteri yönelimli olmanın ise dört türü vardır (Murray ve Frenk, 2000: 720):

Sağlık İhtiyaçlarına Odaklanma: Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak düzenli olarak memnuniyet anketlerinin yapılması sağlık ihtiyaçlarının ortaya konulması açısından kilit bir bileşendir. Anketler sağlık sonuçlarının daha iyiye gitmesi için gereklidir.

Temel Olanaklar: Temiz bekleme odaları, hastanelerde yeterli yatak ve yiyecek vb. imkanları çoğunlukla nüfus tarafından yüksek oranda değer verilmektedir.

Sağlık Hizmeti Kullanıcıların Sosyal Destek Ağlarına Erişimi: Kişinin sağlık hizmeti kullanım ihtiyacı anında karşılanırsa bile bu hizmetler bireyin ailesinden ve çevresinden uzak olacak bir şekilde sağlanırsa bakım ve iyileşme sürecinde bireyin sosyal destek ağlarına erişimi engellenebilir. Sosyal desteğe erişim beklentisinin karşılanması özünde değer verilmesi gereken bir konu olmakla birlikte aynı zamanda sağlık sonuçlarını iyileştiren bir olgudur.

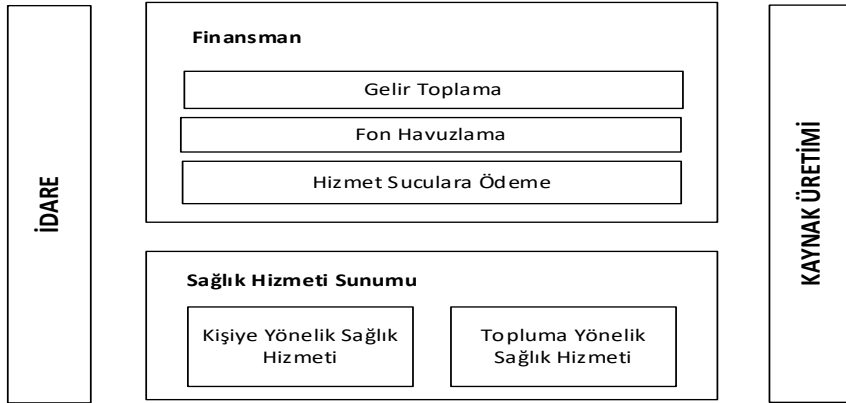
Kurum ve Hekim Tercih: Hastalar tedavi amaçlı kurum ya da hekim tercihinde bulunmak isteyebilir. Bu, sağlık hizmeti kullanıcılarının meşru bir hakkıdır.

Sağlık sisteminin yukarıda ele alınan üç temel amacın her birinde belirli bir performans hedefini yakalamayı amaçlayan özel amaçlar bulunabilmektedir. Fakat, toplumların sağlık sistemi hedefleri ve bu hedeflerin evrensel boyutlarına nasıl ulaşılacağı konusunda önemli tartışmalar bulunmaktadır (Shakarishvili, 2010: 10). Sağlık sistemleri arasında performans değerlendirme çoğunlukla diğer ülkelerin sağlık sistemleri ile kıyaslamalarda bulunarak veya bazı performans değerlendirme kriterlerine ilişkin bir gösterge temel alınarak yapılmaktadır. Bir

ülkenin sağlık alanındaki mevcut performansı ile önceki dönemlere ilişkin performansı arasında karşılaştırmalar yaparak değerlendirmelerde bulunabilir ve başarı seviyesi ortaya koyulabilir. Ancak bu ihtiyaç duyulan politikalar hakkında çok az şey ifade etmektedir. Çoğu zaman birden fazla değişken sonuçlara etki eder. Örneğin, birinci basamak sağlık hizmetinin kırsal kesimlerde düşük kullanılması; yetersiz sayıda sağlık tesisi ya da çalışanın olmasından, mevcut çalışanlar arasında bilgi ve beceri eksikliğinin olmasından, uzun seyahat mesafelerinden, süresinden ya da ulaşım maliyetlerinden kaynaklanıyor olabilir. Bir ülkenin bazı bölgelerinde sıtma vakalarının görülme sıklığının diğer bölgelere göre yüksek olması, çevresel bir değişime bağlı olarak sıtma taşıyan sivrisineklerin sayısının artmasına veya sıtma önleyici ilaçların azalmasına veya sıtma önleyici ilaçların fiyat artışına bağlı olabilir. Doğrudan cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle hane halkı yoksulluğunun artması; sağlık sigortası kapsamının daraltılmasından, tıbbi bakım maliyetlerinin artmasından, hane halkı gelirlerinin düşük olmasından ya da bunların üçünden de kaynaklanıyor olabilir. Kötü sağlık performansına neden olabilecek nedenler üzerine kurulan tanımlayıcı nitelikteki hipotezler düşük sağlık performansının kök nedenini bulmaya katkı sağlamakta ve sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkilerde bulunmaktadır (Berman ve Bitran, 2011: 9).

Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Her sağlık sistemi şu dört temel işlevi yerine getirmelidir: Finansman, tedarik, idare, kaynak üretimi (insan gücü, fiziksel varlık, bilgi, teknoloji). Her sağlık sistemi bu işlevleri kolaylaştıracak kurum ve kuruluşların tasarlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve yeniden düzenlenmesinin kilit sorunlarıyla ilgilenebilir (Murray ve Frenk, 2000: 723).



Kaynak: Murray ve Frenk, 2000: 724.

Şekil 1. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Finansman: Sağlık sisteminin finansmanı; gelirlerin birincil ve ikincil kaynaklardan toplanması, toplanan kaynakların fon havuzlarında biriktirilmesi ve son olarak sağlık hizmeti sunucularına faaliyetlerine karşılık olarak bu fonların tahsis edilmesi süreci olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda sağlık sistemi finansmanını üç temel işleve sahiptir: Bunlar; gelir toplama, fon toplama ve hizmet sunucularına ödemedir (Murray ve Frenk, 2000: 724).

Gelir Toplama: Sağlık hizmetlerine ödeme yapmak üzere birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil kaynaklardan (hükümetler ve bağış ajansları) gelen paranın toplanmasıdır. Gelir toplama mekanizmaları genel vergilendirme, yardımlar (Dünya Bankası, IMF gibi), zorunlu ya da gönüllü riske dayalı prim ödemeleri, doğrudan cepten yapılan harcamalar ve diğer kişisel tasarruf hesap türleridir. Halk sağlığı sistemleri genel olarak vergilendirme yoluyla finanse edilir, sosyal güvenlik kuruluşları ise genellikle işçilerin ve işverenlerin zorunlu katkılarıyla finanse edilir (bordro katkıları gibi) (Annex, 2007: 2, 3).

Fon Havuzlama: Risk havuzlaması, mali kaynakların bir bireyden tüm havuz üyelerine yayılmasını sağlayacak şekilde finansal kaynakların toplanması ve yönetilmesidir (Annex, 2007: 3). Bu sayede fon havuzlamada oluşan mali kaynaklar artık belirli bir katılımcının değildir. Fon havuzlamaya katkıda bulununlar finansal riski paylaşmaktadırlar (Murray ve Frenk, 2000: 724). Finansal risklerin havuzlaması sağlık sigortası mekanizmalarının temel fonksiyonudur. Finansal korumanın sağlanması için etkin risk havuzlamaya katılmak esastır. Özellikle toplumun yoksul kesimindeki bireyler hastalandığında veya yaralandığında finansal nedenlere bağlı olarak sağlık hizmeti almaları önündeki bariyerler ortadan kaldırılmalıdır. Her toplum finansal riskleri havuzlamak için farklı bir finansman yöntemi seçebilir. Çoğu yüksek gelirlili ülkelerde iki ana sağlık sistemi modelinden biri kullanılmaktadır: Bismarck modeli (Bismarck'ın 1883 tarihli Sağlık Sigortası Kanunu) ve Beveridge modeli (1942 tarihli Beveridge Raporu) (Annex, 2007: 3).

Hizmet Sunucularına Ödeme: Fon havuzlamada toplanan gelirlerin sağlık hizmeti sunumunda kullanmak için kurumsal ya da bireysel sağlık hizmeti sunucularına tahsis edilme sürecidir. Hizmet sunucularına ödeme süreci için iyi bir stratejik tasarım gereklidir. Stratejik tasarım; nelerin, nasıl ve kimden satın alınacağı ile ilgili kararları içerir. Hizmet sunucularına ödeme yapılmasına ilişkin stratejik tasarım satın alınan ürünün seçimi, hangi sağlık hizmetinin ödeneceği, hangisinin ödenmeyeceği ile ilgili ölçütler ile ilgilidir. Stratejik tasarım hizmet sunucuları ile ilgili komuta ve denetim prosedürlerinin belirlenmesi, hizmet sunucularının seçim kriterlerinin oluşturulması, sunuculara yapılacak ödeme mekanizmasının belirlenmesi konularını da içermektedir. Satın alınan hizmetlerin niceliğinin ve kalitesinin kontrol edilmesi hizmet sunucularına ödeme yönetiminin en önemli konularındandır (Murray ve Frenk, 2000: 724).

Sağlık Hizmeti Sunumu: Bu işlev, girdilerin belirli bir organizasyon ortamında gerçekleşmesini ve bir dizi müdahalenin yapılmasına katkı sağlayan üretim süreci kombinasyonundan oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri doğrudan kişiye ya da topluma sunulabilmektedir. Yani sağlık hizmetinin koruyucu, tedavi ve rehabilite edici olması ile dışsallık yaratıp yaratmadığına bakılmaksızın doğrudan birey tarafından tüketilmesi o sağlık hizmetinin kişiye yönelik; topluma (kitle sağlık eğitimi gibi) ya da çevrenin insan dışı bileşenlerine (temel sağlık hizmetleri gibi) yönelik uygulanması o sağlık hizmetinin topluma yönelik olduğunu gösterir (Murray ve Frenk, 2000: 725). Topluma yönelik sağlık hizmetleri kamusal bir nitelik taşıdığından dolayı tümüyle devlet güvencesinde yürütülmektedir (Aktan ve Işık, 2007: 7).

Kaynak Üretimi: Sağlık sisteminin güçlendirilmesi için hangi yatırımın neden yapılması gerektiği, beklenen sonuçların neler olduğu ve bunun hangi yöntem ile gerçekleştirileceği net ve rasyonel bir şekilde belirtilmelidir (WHO, 2007: 3).

İdare: Sağlık sistemlerinin tartışmasız en karmaşık ama en kritik yapı taşıdır (WHO, 2007: 24). İdare, genel sağlık sistemi için durum ve politik çerçevenin belirlenmesi ve yönetilmesiyle ilgili faaliyet konularını içerir. Bu türden faaliyetler genellikle devletin sorumluluğu altında yerine getirilmektedir (Annex, 2007: 2). Kamu yararına olan vatandaş davranışlarını düzenleme ve bireysel davranışları düzenleme gücü devlete aittir. Dolayısıyla tüm ülkelerde, halk sağlığı hedeflerini sürdürmek ve sağlık yasalarını uygulamakla görevli bir devlet vardır. Devlet halk sağlığı kurumlarının nasıl organize edilmesi gerektiğini, sağlık çalışanlarının nasıl işe alınması gerektiğini ve hastalık salgınlarını tespit etmek, önlemek ve hafifletmek için gereken hizmetleri verimli bir şekilde sunmak için nasıl yönetilmesi gerektiğini anlamaya yardımcı olur (Khemani vd., 2020: 5). Devlet, kamu yararını korumak için kamu sağlık sisteminin yanı sıra özel sağlık sistemlerini de gözetir ve yönlendirir. Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması devletin sorumluluğunda olması, tüm bu işlevlerin merkezi hükümet tarafından yürütülmesini gerektirmez.

Birçok sağlık sisteminde ihmal edilen en temel konulardan biri, sağlık sistemi içinde yer alan aktörlerin görev ve sorumluluklarında geleneksel yapının ötesine geçmemesidir (WHO, 2007: 24). İdare fonksiyonu kapsamında yanıt aranması gereken sorulardan bazıları şunlardır (Annex, 2007: 2):

- Kamu kaynaklarının öncelikli kullanım alanları nelerdir?
- Ülkenin sağlık öncelikleri nelerdir?
- Sağlık sistemi içinde yer alan aktörlerin görev ve sorumlulukları ne olmalıdır?

C.Sungur Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ve Performans...

- Hangi faaliyetler sağlık alanı dışındaki diğer sistemler ile koordine edilmeli ve nasıl (örneğin, otoyol güvenliği, gıda kalite kontrolü) yapılmalıdır?
- Sağlık önceliklerinde ve kaynak üretiminde eğilimler nelerdir ve bunların önümüzdeki 10, 20 veya 30 yıllık dönemler için ne gibi etkileri olacaktır?
- Salgın hastalıkların önlenmesi, etkilerinin azaltılması ve sağlıkla ilgili konularda en doğru kararların alınması için hangi türden bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır ve bu kararlar kimler tarafından alınmalıdır?

İdare, üç önemli fonksiyonu içermektedir: Sağlık sisteminin temel kurallarının belirlenmesi, uygulanması ve izlenmesi; sistemdeki tüm aktörler için (özellikle satın alanlar, sağlayıcılar ve hastalar) dengeli bir faaliyet ya da oyun alanının sağlanması ve bir bütün olarak sağlık sistemi stratejilerinin tanımlanmasıdır. Bunun için gerekli sorumluluklar ise altı tanedir. Bunlardan birincisi genel sistem tasarımıdır. Bu kavram, politikaların genel formülasyonu ile ilgilidir. Sağlık sisteminin diğer tüm fonksiyonlarının bir araya getirilmesini içermektedir. Bir diğer sorumluluk performans değerlendirmedir. Sağlık sisteminde sürdürülebilirliği sağlamak ve sağlık sistemine ilişkin stratejiler oluşturmak için özellikle gelir toplama, hizmet sunuculara ödeme yapma, hizmet sunumu ve kaynak geliştirme konularında sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesi gerekmektedir (Murray ve Frenk, 2000: 726). İdarenin üçüncü temel sorumluluğu öncelik belirlemedir. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi sağlık sektörüne ayrılan kaynakların ilk olarak hangi hizmetlere, bölgelere, programlara, hastalara ya da hastalıklara ayrılması gerektiğine ilişkin çok boyutlu ve karmaşık karar verme sürecidir. Ülkelerin gelir seviyesine göre sağlıkta öncelikleri değişebilmektedir. Düşük gelirli bir ülkede bağışıklama ve sağlığı koruma, yüksek gelirli bir ülkede ise yaşlı bakımı ve sağlığı geliştirme konuları çözüm bekleyen temel sorun alanı olarak görülebilir (Top, 2006: 95). İdarenin politika oluşturmadaki bir diğer sorumluluğu sektörler arası etkileşimi sağlamaktır. Diğer sosyal sistemlerin sağlık hedeflerini geliştirecek politikalara teşvik edilmesi ile ilgili bir süreçtir. Daha önce belirtildiği üzere sağlık statüsünün sosyal ve ekonomik belirleyicileri (kadınların eğitimi gibi) sağlık sisteminin bir parçası değildir. Fakat, bu belirleyiciler sağlığın korunması ve geliştirilmesine açıkça katkı sağlamaktadır ve bu nedenle sağlık sisteminin sınırları içine girmektedir. İdare açısından önemli sorumluluklardan diğeri yasal düzenlemeler yapmak ve tüketiciyi korumaktır (Murray ve Frenk, 2000: 726). Sağlık bakım hizmetlerinin niteliğinden dolayı sağlık çalışanları üzerinde düzenleme yapmak zordur. Ülkeler, daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak, arz taraflı talebi azaltmak ve faturalandırmadaki suiistimalleri önlemek için yasal düzenlemelerden ziyade çoğunlukla kurumlarda özdenetimin gerekliliğine inanmaktadır (Hsiao, 2003: 17).

SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Son 40 yıl içinde sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırma sürecine girmesiyle birlikte ülkelerin ademi merkezileştirme çabaları artmakta, çok paydaş katılımlı yasal düzenlemelerin ve hesap verebilirliğin önemi vurgulanmaktadır. Sağlık sistemine dahil olan (yani kamu, profesyonel ve özel) aktörlerin katılımı ve dengesi, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve analizi için önemli bir kriter olmuştur (Espinosa-González vd., 2019: 2).

Günümüzde ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması konusunda birkaç sınıflandırma yapılmıştır. Ülke sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması konusunda başta sağlık hizmetlerinin finansman modeli ve merkezi hükümetin sağlık hizmeti sunumu konusunda üstlenmiş olduğu sorumluluk olmak üzere az sayıda bileşen kullanılırken, bazı çalışmalarda ise bu bileşenlere ilaveten toplumun sağlık hizmetini kullanma alışkanlıkları (kamu ya da özel sektör), ağırlıklı olarak kullanılan geri ödeme yöntemi ve diğer bazı sağlık bileşenlerinin ya da göstergelerin yer aldığı görülmektedir. Aşağıda sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin öne çıkan sağlık sistemi modellerine yer verilmiştir. Bunlar arasında “Milton I. Roemar’ın Sağlık Sistemleri Sınıflandırma Modeli”, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması konusunda literatürce en kabul gören ve en yaygın olarak kullanılan modeldir.

Frenk ve Donabedian’ın Sağlık Sistemi Sınıflandırması

Frenk ve Donabedian (1987) tarafından geliştirilen ve aynı zamanda kendi adları ile ifade edilen Frenk ve Donabedian (1987) Modeli, ülkelerin sağlık sistemi sınıflandırmalarında kullanılan modellerden biridir. Frenk ve Donabedian ülkelerin sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında pek çok gösterge kullanmıştır. Bu göstergeler şunlardır: Hizmet sunuculara ödeme modeli, merkezîyetçi yönetim düzeyi, sağlık sisteminde kamu sektörünün yüzdesi, hizmet sunumunun kontrolü için devlet tarafından kullanılan araçlar, sağlık güvenceli nüfus oranı, sağlık sigortalarının kapsamı ve derinliği, sağlık hizmetlerinden yararlanma kriterleridir (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016; Frenk ve Donabedian 1987).

Hollings Worth vd’nin Sağlık Sistemlerini Sınıflandırması

Sağlık sistemi ile ilgili bir diğer model Hollings worth vd. (1990) tarafından geliştirilmiştir. Bu modelde ülkelerin sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında finansman yöntemi ve diğer kaynakların üretilmesinde daha çok devlet müdahalesinin düzeyine odaklanılmıştır. Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu, finansmanı ve geri ödemesi noktasında biri kamu hakimiyetinin derecesi (the degree of concentration), diğeri yönetim odağı (management focus) olmak üzere ülkelerin sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında temel iki gösterge kullanılmaktadır. Örneğin, İngiltere’de kamu sağlık hizmetlerinin sunumu ve

finansmanında devletin baskın olması nedeniyle İngiltere, kamu hakimiyet düzeyi yüksek olan ülke grupları arasında yer alır. Diğer taraftan İsveç'te kamu sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamu hakimiyet derecesi düşük olduğundan kamu hakimiyet düzeyi düşük, ABD'de ise sağlık hizmeti sunum ve finansmanı gibi konularda özel sektörün kontrolü yüksek olduğundan, ABD kamu hakimiyet derecesi düşük olan ülkeler arasında gösterilmektedir (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184).

OECD'nin Sağlık Sistemleri Sınıflandırması

Bir diğer sağlık sistemi modeli ise OECD (1987) tarafından yapılmıştır. Bu modelde sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında üç temel kriter dikkate alınmaktadır: Kullanılabilirlik, finansman yöntemi ve sağlık hizmeti sunucularının türleri (kamu-özel). Bu sınıflandırmada hasta egemenliği ve sosyal adalet yaklaşım düzeyleri temel göstergeler olarak ele alınmıştır. OECD'ye göre sağlık sistemleri üç temel modelden oluşmaktadır:

- Ulusal sağlık sistemi (National Health Services-NHS)
- Sosyal Sağlık Sigortası (Social Health Insurance-SHI)
- Özel Sağlık Sigortası (Private Health Insurance-PHI)

Ulusal Sağlık Sistemi'ni benimseyen ülkelerde sosyal adalet ilkesi çok önemlidir. Bu sistemlerde, sağlık sisteminin kapsamı evrensel ve finansmanı tamamıyla vergilere dayalıdır. Bu model aynı zamanda Beveridge Modeli olarak da bilinir. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi ise hasta egemenliği ve sosyal adalet yönelimli bir sağlık sistemidir. Bu sistemi benimseyen ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı işçi-işveren katılımlı zorunlu sağlık sigortacılığı aracılığıyla karşılanmaktadır. Bu sistem aynı zamanda Bismarck Modeli olarak da bilinir (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184). Bu sağlık sigorta türünde, sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmına ücretsiz erişim sağlanır. Sigorta kapsamına dahil olmayan hizmetler, hastalar tarafından ön ödeme veya ek ödeme ile karşılanmaktadır. Paket kapsamına girmeyen veya ilgili sosyal sağlık sigortası fonu tarafından karşılanmayan hizmet türleri doğrudan ödeme yapılır. Ancak belirli gruplar için (kronik olarak hasta, belirli bir gelir seviyesinin altında vb.) katkı payı muafiyeti sağlanmaktadır (European Union, 2012: 11). Diğer taraftan kişiler sosyal sağlık sigorta kapsamında alamadığı hizmetler için özel sağlık sigortası (tamamlayıcı ya da ikame sağlık sigortası) yaptırabilirler. Özel Sağlık Sigortası Sistemi, hasta egemenliğinin hakim olduğu bir sağlık sistemi türüdür ve sosyal sigorta bu sistemin özünde bulunmamaktadır. Bu sistemlerde insanlar işveren aracılığıyla ya da bireyler şahsen özel sağlık sigortası yaptırabilmektedir. Böyle bir sağlık sisteminde açıkça çok sayıda kişi sağlık sigortalı olmayabilir (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184).

Milton I. Roemer'in Sağlık Sistemleri Sınıflandırması

Sağlık sisteminin sınıflandırılması konusunda en bilinen ve yaygın olarak kullanılan model Milton I. Roemer tarafından yapılan sınıflandırmadır. Roemer "National Health Systems of the World" isimli çalışmasında sağlık sistemlerini dört başlık altında toplamıştır. Bunlar (Atabey, 2012: 43):

- 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'dur.

Geliştirilen bu sınıflandırmadaki sağlık sistemi tiplerinin her birinin özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Bir ülke dört sağlık sistemi tiplerinden sadece birine ait niteliklere/özelliklere sahip olabileceği gibi birden fazla niteliklerine/özelliklerine de sahip olabilir. Bir ülkenin hangi sağlık sistemi kapsamında yer alacağını belirlemede şu iki soruya verilen yanıt belirleyici olacaktır:

- Ülkede bu dört sağlık sistemlerinden hangisinin tipik özellikleri en baskın ve yaygındır?
- Ülkedeki halkın çoğunluğunun sağlık hizmetlerini karşılama şekli hangi sağlık sistemi özellikleri ile daha çok uyumludur?

Bu iki soruya da verilen yanıt aynı sağlık sistemini işaret ediyor ise söz konusu ülkenin sağlık sistemi odur (Sargutan, 2006: 53).

Tablo 1. Sağlık Sistemi Tipleri ve Ayırt Edici Özellikleri

Özel Teşebbüs/Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı/Bütüncü/ Tekcil Hizmet Tipi	Sosyalist/Merkezi Planlama Tipi
1. Kişisel, doğrudan ödeme ve/veya isteğe bağlı sigortalar ile hastalık ve sağlık hizmeti talebi karşılanmaktadır. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebini karşılasa da asıl unsur değildir. 3. Özel sektör, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin karşılanmasında asıl unsurdur.	1. Tüm bireylere yönelik zorunlu, kişisel prim ödemeye dayalı sağlık sigortası mevcuttur. Hastalık (bazen de sağlık) hizmeti talebi asıl unsurdur. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetleri talebinde asıl unsurdur. Sağlık hizmetleri arzında daha az yer almaktadır. 3. Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir.	1. Tüm bireylere yönelik tam kapsamlı, zorunlu sağlık sigortası mevcuttur. Ücretsiz kamu sağlık arz ve talebi asıl unsurdur. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur. 3. Özel sektör de sağlık hizmetleri arzında olabilir, talebinde ek imkanlar sunar.	1. Tüm bireylere yönelik zorunlu, toplumun ortak/kolektif sağlık güvencesi ile sağlık hizmeti talebi karşılanmaktadır. Sağlık hizmeti arzı ise ücretsizdir. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur. 3. Özel sektör sağlık hizmetinin arz ve talebinde yer almaz veya çok az yer alır.

Kaynak: Sargutan, 2006: 53.

Ülkelerin sağlık sistemi tipleri ve ayırt edici özelliklerinden hareket ile bazı ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeylerine göre ait olduğu sağlık sistemi sınıfı Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Sağlık Sistemi Politikalarına Göre Ülkeler

Ekonomik Düzey (Kişi Başı GSMH)	Kapitalizm ve Liberalizm	Refah Yönlü	Evrensel/ Kapsayıcı	Sosyalist ve Merkezi Planlama
Zengin ve Sanayileşmiş	ABD	Almanya Kanada Japonya	Büyük Britanya Yeni Zelanda Norveç	Rusya Çek Cumhuriyeti
Gelişen ve Değişen	Tayland Filipinler	Türkiye Brezilya	İsrail Nikaragua	Küba Kuzey Kore

	Güney Afrika	Mısır Malezya		
Çok Fakir	Gana Bangladeş Nepal	Hindistan Myanmar	Sri Lanka Tanzanya	Çin Vietnam
Kaynak Zengini		Libya Gabon	Kuveyt Suudi Arabistan	

Kaynak: Atabey, 2012: 44.

Refah Yönelimli Sağlık Sistemi/Bismarck Modeli: Bu sistem ilk olarak 19. yüzyılda Almanya’da kullanılmıştır. Bu dönemde Almanya Başbakanlığı (Şansöyle) yapmış olan Ottovon Bismarck öncülüğünde geliştirilen “Bismarck Modeli” refah yönelimli sağlık sistemi ile karakterizedir. Model, Almanya’da 1883-1891 yılları arasında çalışan ve işverenin her ikisinin de prim ödemek kaydı ile sağlık yardım sandıklarına katılımını zorunlu tutan bir sosyal sigorta modeli olarak kullanılmaya başlamıştır. Bismarck Modeli, dünyada ilk hastalık, iş kazası, malullük ve yaşlılık sigortasının kullanılmasını sağlayan bir modeldir (Sargutan, 2006). Devletin sağlık hizmetlerini bir sosyal refah projesi olarak kabul etmesi, kamu yararına toplanan zorunlu ve primlerle sağlamayı esas aldığı için model “Refah Yönelim Sağlık Sistemi” olarak isimlendirilmektedir (Sargutan, 2005: 418). Bu modele göre sigortanın konusu “vatandaş” değildir. Çalışanlar gelir düzeylerine göre üçüncül taraflara prim ödemesi yaparlar (Öztürk ve Karakaş, 2015: 44).

Zorunlu Sosyal Sigorta (veya Bismarck) modelinde sağlık hizmetlerinin finansmanı kar amacı gütmeyen bir sigorta şirketi aracılığıyla işveren ve çalışanların ödediği primlerden ve az da olsa devlet katkısından oluşmaktadır (Burau ve Blank, 2006: 65; Öztürk ve Karakaş, 2015: 44). Aktif olmayan nüfus, başka bir ifade ile emekliler ve bağımlılar, çalışanlar üzerinden kapsama dahil edilirler. Sigortacılar hizmet sunucuları ile toplu sözleşmeler yapmak suretiyle hastaları adına hizmetleri satın almaktadırlar. Hastaların hekimini ve hastanesini seçebilme imkanı sunması Ulusal Sağlık Hizmetleri Modeli’ne göre daha fazladır (Öztürk ve Karakaş, 2015: 44). Ulusal Sağlık Sistemi’nde sağlık hizmetleri kamunun mülkiyetinde iken, Bismarck modelinde sağlık hizmetleri kamu veya özel mülkiyetinde olabilmektedir (Burau ve Blank, 2006: 65; Öztürk ve Karakaş, 2015: 44). Bismarck Modeli’nde karma altyapı (kamu ve özel) söz konusudur. Hekimler kamu sektörünün yanı sıra özel sektörde de çalışabilmektedir. Sağlık hizmetleri sunumuna karşılık yapılan ödemeler Beveridge Modeli’nde maaş karşılığı yapılırken, Bismarck Modeli’nde sağlık hizmeti sunumuna karşılık yapılan geri ödemelerde ayrıca hizmet başı ödeme yöntemi de tercih edilmektedir. Bismarck Modeli’nde devlet müdahalesi temel düzeyde organizasyonel yapıyı sağlamaya yönelik olduğundan, Beveridge Modeli’nin aksine bu model daha kompleks bir yapıya sahiptir. Bu yüzden Bismarck

Modeli'ni benimseyen ülkelerde çok sayıda kuruluş bulunmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015: 43). Almanya, Japonya ve Hollanda genellikle bu modeli kullanan öncü ülkeler olarak görülmektedir (Burau ve Blank, 2006: 65).

Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH)/Beveridge Modeli: Ulusal sağlık hizmeti (veya Beveridge) modelinde; genel vergilendirme, kamu mülkiyeti ve sağlık hizmeti dağıtımının kontrolünün devlet eliyle yürütülmesi bu modelin temel özelliklerindedir. Beveridge Modeli bu özelliklerinden dolayı evrensel kapsayıcı bir sağlık sistemi modeli olarak görülmektedir (Burau ve Blank, 2006: 65). Beveridge Modeli'nde tüm vatandaşlar, çalışma, gelir ve aile durumlarına bakılmaksızın aynı biçimde kapsama alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ağırlıklı olarak ulusal bütçeden (vergilerden) sağlanmaktadır. İşte Beveridge Modeli'nin bu özellikleri ona evrensel ve kapsayıcı bir sağlık sistemi olma özelliği kazandırmıştır. Bu modele göre kapsamın konusu 'vatandaşlar'dır. Beveridge Modeli dört ana prensibin üzerine kurulmuştur:

- Tüm nüfusu kapsamaması,
- Evrensel koruma,
- Merkezi ulusal yönetimi gerektiren bütünleştirilmiş bir sistem ve
- İhtiyaç temelinde aynı faydalardan yararlanma.

Sağlık hizmetlerinde önemli düzeyde devlet müdahalesi bulunmakta, sağlık hizmetleri hükümet (ya da Sağlık Bakanlığı) tarafından merkezi olarak planlanmakta, sağlık çalışanları kamu sektörüne istihdam edilmekte ve maaş karşılığında çalışmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015: 43). Bu model en çok İngiltere ile özdeşleşmiş olmasına rağmen, Yeni Zelanda "1938 Sosyal Güvenlik Yasası" ile tüm vatandaşlara sağlık kurumlarından ihtiyaç duyduğu tüm sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim hakkı veren ilk ulusal sağlık hizmeti modelini yürürlüğe koymuştur. İsveç, ulusal sağlık hizmeti modelini öncü olarak kullanan ülkelere bir başka örnektir, ancak her üç ülke de değişik derecelerde bu saf modelden uzaklaşmıştır (Burau ve Blank, 2006: 65).

Kapitalist/Liberal Sağlık Sistemi: Sağlık hizmeti bireysel ve / veya işveren katkılarıyla finanse edilir ve sağlık sunumu çoğunlukla özel mülkiyettedir (Burau ve Blank, 2006: 65). Özel sektör hem hizmet arzı hem de talebinin temel unsurudur. Sağlık hizmeti finansmanı cepten yapılan ödemeler ve özel sigortalar tarafından finanse edilen ödemeler ile karşılanmaktadır. Böyle bir sistemde zengin olan sağlık sigortasına sahip olurken, yoksullar herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayabilmektedir. Özel sektörün hizmet arzını düzenlemekte olduğu bu modeli ağırlıklı olarak kullanan ülkelere ABD ve Brezilya örnek olarak

verilebilir (Işık vd., 2015: 504). Ancak yakın zamanda Avustralya da modeli temsil eden ülkeler ile birlikte anılmaya başlamıştır; fakat günümüzde birçok ülkenin sağlık sisteminde liberal sağlık sisteminin temel özelliklerini görmek mümkündür (Burau ve Blank, 2006: 65).

Sosyalist/Merkezi Planlama Sağlık Sistemi: Sosyalist ya da Merkezi Sağlık Sistemi, merkeziyetçiliğin en çok olduğu sağlık sistemidir. Shemasko tarafından 1920'li yılların başında oluşturulan bu model, ayrıca Shemasko Sağlık Modeli olarak da isimlendirilmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 53). Sosyalist Tıp Sağlık Sistemi, tüm vatandaşlara ücretsiz, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunmakla karakterizedir. Sağlık hizmeti sunumunda özel sektör rol oynamaz. Sağlık hizmeti sunumu tamamen kamu yetkilileri tarafından yönetilmektedir (Işık vd., 2015: 504). Sistemin gelir kalemlerini merkezi ve yerel yönetim bütçelerinde yer alan vergi gelirleri ile poliklinik bütçesinden elde edilen gelirler oluşturmaktadır (Çelebi ve Cura, 2013: 53). Eski Sovyetler Birliği ve Küba bu sisteme örnektir (Işık vd., 2015: 504).

Tüm sağlık sistemleri, değişen derecelerdeki başarılarıyla daha iyi sağlık ve yaşam beklentisine katkıda bulunmaktadır. Görünüşte benzer kaynaklara sahip ülkelerde bile sonuçlar önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Günümüzde halen sağlık sistemlerinin performansı üzerindeki politika etkileri büyük ölçüde belirsizliğini korumaktadır. Ancak sağlık sistemlerinin performansını izlemek ve değerlendirmek, ülkeler arası karşılaştırmalar yapmak, ülke sağlık sistemlerinin daha iyi seviyelere yükseltilebilmesi açısından önemlidir (Franken ve Koolman, 2013: 28).

Ülkelerin sağlık sistemleri yapıları dinamik olduğundan daima bir değişim yaşanmaktadır. Bu çerçevede bazı ülke sağlık sistemleri geçiş süreci yaşamaktadır. Başka bir anlatımla yukarıda ortaya konulan temel sağlık sistemi tipolojileri zamanla değişmekte, ülkelerin gerçekleştirdikleri reformlara paralel olarak sistemler giderek 'melez sistem' özelliği kazanmakta ve giderek birbirine daha çok benzer hale gelmeye başlamışlardır (Öztürk ve Karakaş, 2015: 44). Her sistem belirli sosyal amaçları gerçekleştirme ve toplumsal ihtiyaçları karşılama için doğrudan ya da dolaylı olarak devlet müdahalesini gerektirir. Ülkelerin sağlık hizmetleri programlarındaki amaçlarına bağlı olarak hedeflerinde de farklılıklar olabilmektedir. Örneğin, bazı programlar sağlık statüsünü geliştirmeyi, bazıları verimliliği maksimize etmeyi, bazıları yoksulluğun önlenmesini, bazıları ise hizmet kalitesini iyileştirmeyi hedeflemektedir. Fakat bunların hiçbiri ülkenin sağlık politikasındaki nihai hedeflerden değildir. Bunlardan bazıları orta seviyede sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi, belirli bir hastalık türü ya da nüfus grubu ile ilgilidir. Sistemik düzeyde bir ülke için ara çıktılar (etkililik, verimlilik, erişim, kalite vs) ile nihai sonuçlar arasındaki farklılıkları ayırt etmek gerekmektedir. Ara sonuçlar önemli olmakla birlikte

nihai sonucu etkileyebilir, ancak bunlar sadece araç ve kısmi sonuç niteliğindedir. Sağlık sistemlerinin açık ve örtük hedeflerini belirlemek için birden fazla ülkenin sağlıkla ilgili mevzuatının, politika belgelerinin ve raporlarının incelenmesi gerekmektedir (Hsiao, 2003: 4).

SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANS ANALİZİ

Sağlık harcamalarının tüm dünyada artması, bireylerin sağlık kurumlarında artan beklentileri sağlık sistemlerinin performans analizini daha önemli hale getirmektedir. Sağlık sistemlerinin performans ölçümü yıllardır yapılmasına karşın, son yıllarda bu konuya olan ilgi artmaktadır (Yalçın Balçık ve Konca, 2019: 669). Ancak sağlık sistemlerinin performans ölçümü açısından büyük farklılıklar göstermektedir. Benzer gelir, eğitim ve sağlık harcamaları düzeyine sahip ülkeler temel sağlık hedeflerine ulaşma düzeyleri bakımından farklı sonuçlar elde edebilmektedir (Murray ve Frenk, 2000: 717). Sağlık sistemlerinin performans analizini yapabilmek için öncelikle onun temel bileşenlerini ve aralarındaki ilişkiyi anlamayı gerektirmektedir. Sağlık sistemi performansının temel bileşenleri kontrol düğmeleri, ara sonuçlar/temel ilkeler ve nihai sonuçlardır. Kontrol düğmeleri kavramı farklı analistler tarafından farklı ifade edilebilmektedir. Bazı kaynaklarda kontrol düğmeleri kavramı yerine araçlar, bazılarında ise “süreçler (prosesler)” ya da “sağlık sisteminin yapı taşları” kavramı kullanılmaktadır, fakat bu üç kavramdan hangisinin kullanımı tercih edilirse edilsin, hepsinde de kavramın temel fonksiyonları konusunda görüş birliği sağlanmıştır (Shakarishvili, 2010: 11; Healthdatanavigator, 2016). Bu çalışmada “kontrol düğmeleri” kavramının kullanımı tercih edilmiştir. Kontrol düğmeleri, sağlıkla ilgili düzenlemeleri uygulamaların araçları ya da sağlık sistemi aktörlerinin elindeki güç mekanizmaları olarak tanımlayabilir. Bunlar aracılığıyla sağlık sistemi içerisinde bir eylemin şekli ve nasıl yapılacağı (kaynak tahsisi yoluyla elde edilen fonun çapraz sübvansiyon yoluyla başka bir alanda uygulanması ya da geri ödeme mekanizmalarının değiştirilmesi gibi) belirlenmektedir. Başka bir tanıma göre ise kontrol düğmesi, politika yapıcılarının sağlık sisteminin ara ve nihai amaçlarına ulaşmaları için kullandıkları araçlar bütünüdür.

Ülkelerin sağlık ile ilgili nihai sonuçları iyileştirmenin bir aracı olarak modüle edilen kontrol düğmeleri beş ana bileşenden oluşmaktadır (Shakarishvili, 2010: 11; Hsiao, 2003: 9):

Finansman: Parayı toplayan kurumların tasarımı ve kaynakların farklı önceliklere tahsisi de dahil olmak üzere sağlık hizmeti faaliyetlerine ödenen paranın artırılması için kullanılan tüm mekanizmaları (genel vergiler, zorunlu sağlık primleri, cepten yapılan ödemeler vb) ifade eder.

Ödeme: Sağlık hizmeti sunucularına sağlık hizmeti sunumuna karşılık olarak paranın hangi geri ödeme yöntemi (vaka başı ödeme, hizmet başı ödeme, kişi başı ödeme vb.) ile ödenmesi gerektiği konularını içerir.

Örgütlenme: Sağlık bakım piyasasındaki sunucuların rol ve işlevlerini belirlemek için düzenleyicilerin kullandıkları mekanizmaları ifade eder.

Düzenleme: Devlet tarafından, sağlık sistemindeki aktörlerin davranışlarını değiştirmek için yasal müeyyide gücünün (kanun, tüzük, yönetmelik vb.) kullanılmasına atıfta bulunan bir kavramdır.

Davranış: Hem hastaların hem de sunucuların sağlık hizmetleri ile ilgili olarak uygun davranış biçimi kazanmalarıyla ilgili çabaların bütünüdür. Örneğin hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili eğitim seminerleri ya da toplum sağlığının geliştirilmesi için yapılan kamu spotları bu kapsamda değerlendirilebilir.

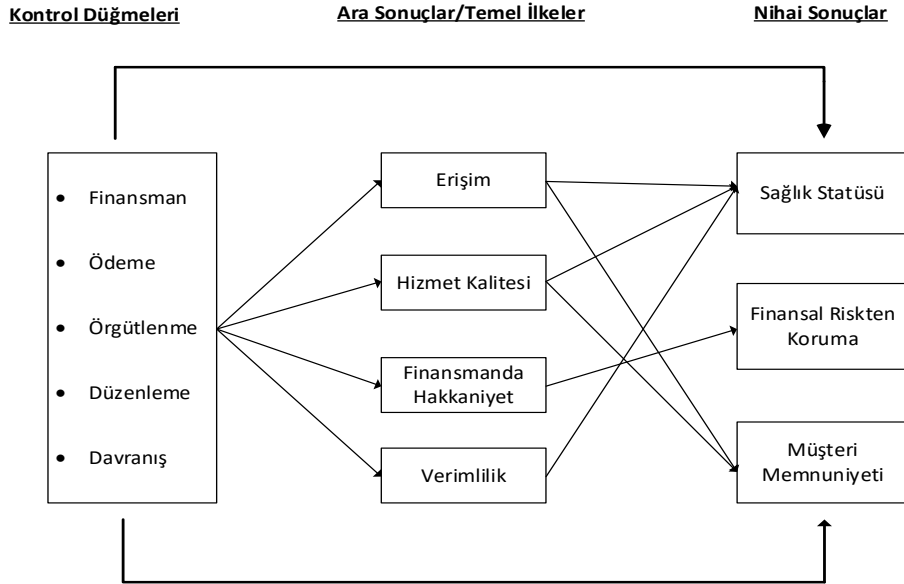
Performans ölçümünün politik doğası, sağlık sistemi içindeki çıkar gruplarının faaliyetlerinin kaçınılmaz bir sonucudur. Sağlık sistemlerinde çoğu zaman (diğerlerinin yanı sıra) aşağıdakileri kapsayan çıkar grupları yelpazesi vardır (Smith vd., 2009: 698):

- Vergi mükellefleri
- Seçmenler
- Hasta grupları
- Klinik profesyoneller
- Sigortacılar ve diğer alıcı kuruluşlar
- Tedarikçi kuruluşlar
- İlaç şirketleri
- Hükümetler

Sağlık sistemleri performansı genellikle bu grupların bazılarının çıkarlarına hizmet eder. Performans göstergeleri verileri, sağlık sistemi içinde daha etkin bir şekilde hesap verebilirlik sağlamada asli bir rol oynamakla birlikte; hükümetlerin, hizmet sağlayıcı kuruluşların, profesyonellerin ve sigortacıların hastalara ve daha geniş anlamda vatandaşlara karşı hesap verebilirliğini artırmaları için temel bir gerekliliktir (Smith vd., 2009: 698).

C.Sungur Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ve Performans...

Sağlık sistemi performans analizi için yüksek kalitede veriler üzerinden sağlanan istatistiksel analizler, performans ölçümünün güvenilirliğini sağlamak için bir zorunludur (Smith vd., 2009: 698). Bu kapsamda sağlık sistemi performansını ölçmek için sıklıkla nihai ve ara sonuç değişkenleri kullanılmaktadır. Bu değişkenlere dayanarak, analistler sağlık sistemi performansını değerlendirir ve ele alınması gereken sorunları (zayıf performans) tespit ederler. Bir sonraki aşamada performans seviyesini etkileyen nedenler analiz edilir ve bu nedenlere ilişkin hipotezler oluşturulur. Oluşturulan hipotezler ışığında genellikle finansman, hizmet sunumu veya kurumsal düzenlemeler konularında sağlık sisteminin farklı yönleri gözden geçirilmektedir. Düşük performans nedenlerinin analizi doğru politik müdahalelerin yapılabilmesi için önemlidir. Bu müdahaleler, nihai ve ara sonuçların nedenleri üzerinde öngörülebilir iyileştirmeler sağlanması için yapılmaktadır (Berman ve Bitran, 2011: 7).



Kaynak: Hsiao, 2003: 23-30.

Şekil 2. Sağlık Sisteminin Kontrol Düğmeleri, Ara ve Nihai Sonuçları

Sağlık sistemi analizinin kapsamı politikaların benimsenmesi ile başlamakta ve reformlar uygulanarak sona ermektedir (Bakınız Şekil 2). Ancak sağlık sistemi; izleme ve değerlendirme gerektiren ve yeni performans ile ilgili sorunların giderilmesi veya düzeltilmesi için fırsatlar sunan sürekli bir süreçtir.

Reform uygulamalarının izlenmesi ve değerlendirilmesi, performans ölçümü ve değerlendirilmesi için yeni kanıtlar sunmaktadır. Bu süreçte elde edilen kanıtlar performansın belirleyicileri ve iyileştirme mekanizmaları (kontrol düğmeleri) hakkında yeni hipotezler geliştirir. Sağlık sistemleri analizi gibi sağlık sistemleri reformu da devam eden döngüsel bir çaba olarak görülebilir, çünkü sağlık sistemi analizi devamında reformları getirmektedir (Berman ve Bitran, 2011: 10). Örneğin, demografi, epidemiyoloji, politika, ekonomi, teknoloji ve sağlık sisteminin içinde bulunduğu diğer dış faktörlerin her biri sağlık sistemini etkileyebilmekte (ya da bunun tam tersi) ve sağlık sistemleri için öncelikleri belirleyebilmektedir (Shakarishvili, 2010: 12).

Sağlık sisteminin üç temel amacından her birinde belirli bir performans hedefini yakalamayı amaçlayan özel amaçlar bulunabilmektedir. Nihayetinde özel amaçlar genelinde sağlanan başarı ölçüsünde temel amaca ulaşmak mümkün olacaktır. Örneğin, “sağlık statüsünü iyileştirmek” temel amacı altında insidans (hastalık sıklığı) ve mortalite (ölüm) oranlarını düşürmek veya belirli hasta grupları için hayatta kalma oranlarını arttırmak özel bir amaç olabilir. Aynı şekilde “finansal katkıda adalet”i sağlamak amacıyla sağlık hizmeti kullanıcıları üzerinde anketler yapılarak cepten yapılan harcamaların büyüklüğü ortaya konulabilir, toplumun katstrofik sağlık harcamaları (aylık veya yıllık hane halkı gelirinin önceden belirlenmiş bir orana aşan kısmı) ile karşı karşıya olup olmadığı tespit edilebilir. “Müşteri beklentilerinin karşılanması” boyutu altında ise düzenli olarak müşteri memnuniyeti anketlerinden veya resmi hasta şikayetlerinden alınan bilgilerden yararlanılabilir (Berman ve Bitran, 2011: 8). Elde edilen bu bilgilere dayalı olarak fiziksel veya klinik muayene esnasında bireylere hangi düzeyde sağduyulu yaklaşıldığı (insani saygı), bireyin kendi sağlığı ile ilgili olarak ne düzeyde özgür karar verdiği (bireysel özerkliğe saygı) ve kişisel bilgilerin gizliliğine ne kadar saygı duyulduğu belirlenebilir. Ayrıca bireylerin sağlık hizmeti beklentilerinin genel olarak karşılanıp karşılanmadığı, sağlık kurumlarını temel sağlık olanaklarını ne seviyede karşıladığı, sosyal destek ağlarına erişim durumunun ne kadar etkili olduğu, kurum ve hekim tercihi konusunda beklentilerin karşılanma düzeyinin yeterli olup olmadığı saptanabilmektedir (Hsiao, 2003: 4; Sungur, 2018: 54).

Performans değerlendirme, çoğunlukla diğer ülkelerin sağlık sistemleri ile kıyaslamalarda bulunarak veya bazı performans değerlendirme kriterlerine ilişkin bir göstergeler temel alınarak yapılmaktadır. Bir ülkenin sağlık alanındaki başarı düzeyi dönemler arası ya da ülkeler arası yapılan değerlendirmeler ile ortaya konulabilir. Ancak bunu yapmak ihtiyaç duyulan politikalar hakkında kısıtlı bilgi sağlamaktadır, çünkü çoğu zaman birden fazla değişken sağlık sonuçlarına etki etmektedir. Örneğin, birinci basamak sağlık hizmetinin kırsal kesimlerde düşük kullanılması; yetersiz sayıda sağlık tesisi ya da çalışanının olmasından, mevcut çalışanlar arasında bilgi ve beceri eksikliğinin olmasından, uzun seyahat

mesafelerinden, süresinden ya da ulaşım maliyetlerinden kaynaklanıyor olabilir. Bir ülkenin bazı bölgelerinde sıtma vakalarının görülme sıklığının diğer bölgelere göre yüksek olması, çevresel bir değişime bağlı olarak sıtma taşıyan sivrisineklerin sayısının artmasına veya sıtma önleyici ilaçların azalmasına veya sıtma önleyici ilaçların fiyat artışına bağlı olabilir. Doğrudan cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle hane halkı yoksulluğunun artması; sağlık sigortası kapsamının daraltılmasından, tıbbi bakım maliyetlerinin artmasından, hane halkı gelirlerinin düşük olmasından ya da bunların üçünden de kaynaklanıyor olabilir. Kötü sağlık performansına neden olabilecek nedenler üzerine kurulan tanımlayıcı nitelikteki hipotezler düşük sağlık performansının kök nedenini bulmaya katkı sağlamakta ve sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkilerde bulunmaktadır. Geri ödeme sisteminde yapılan değişikliklerin hastane veya doktorun çıktıkları üzerindeki etkilerinin (ayakta tedavi ziyaretlerinin, ameliyatların veya çalışma saatlerinin sayısı gibi) analiz edilmesi suretiyle ödeme yöntemi ile onun nihai amaçları arasındaki ilişki incelenebilir. Buradaki kanıta dayalı bilgi, performansı artırması beklenen politika ve eylemin formüle edilmesine ışık tutmaktadır. Sağlık sistemi politikası ve programı üzerindeki müdahale önerileri (yani finansman, ödeme ve organizasyon alanlarından) bir veya daha fazla alanda yapılabilir (Berman ve Bitran, 2011: 9).

Genel olarak sağlığın belirleyicileri olan göstergeler ile sağlık statüsüne ilişkin göstergeler arasında neden sonuç ilişkisi mevcuttur. Sağlık sistemine daha fazla kaynak ayıran, sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan ülkelerin sağlık statüsüne ilişkin daha iyi sonuçlar elde edilmektedir. Sağlık sistemi performansının ölçümünde kullanılan göstergeler, nihai amaçlara ve ölçüm sorunlarının çözüm üretebilmelidir. Ülkeler, sağlık sistemin işleyişini rutin bir temelde izlemek ve değerlendirmek, ayrıca sağlık sistemleri finansmanı, organizasyonu ve politikaları hakkında daha bilinçli kararlar alınmasını sağlamak için kontrol düğmelerine ihtiyaç duymaktadırlar. Performans ölçümüne ilişkin seçilen göstergelerin güvenilir ve geçerli olmasının yanı sıra uygulanabilir olması gerekir. Ayrıca göstergeler arasında nedensellik ilişkisi olmalı ve politikadaki değişime duyarlı olmalıdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler bu nedenle sağlık sistemlerinin performansını ölçmede çok farklı göstergeler benimsemekte ve analiz birimine (örneğin tesis, bölge, ülke) bağlı olarak farklı göstergeler kullanmaktadırlar (Kruk ve Freedman, 2008: 264-265).

Performans değerlendirme, kullanılan yöntemlere ve tanımlara göre önemli ölçüde değişebilir. Ölçüm teknikleri ile ilgili meşru tartışmalar olsa da, küresel olarak sağlık sistemlerinde performansı iyileştirme ihtiyacı konusunda önemli ölçüde fikir birliği vardır. Ayrıca performans iyileştirme için olası yöntemler ve yaklaşımlar oldukça fazla olmasına karşın, seçim için kanıt temelli yöntemler yetersiz veya belirsizdir (Smith, 2002: 321). Genel olarak literatürde sağlık sistemlerinin performans analizi ağırlıklı olarak iki temel gösterge üzerinden

yapılmaktadır. Bunlardan ilki sağlığın belirleyicileri olan göstergeler, diğeri sağlık statüsüne ilişkin göstergelerdir. Sağlığın belirleyicileri olan göstergelere sağlık okuryazarlık düzeyi, kentleşme oranı, yeterli ve dengeli beslenen kişi oranı, kişi başı sağlık harcamalar, cepten yapılan sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları, hekim ve diğer insan kaynakları oranları örnek olarak verilebilir. Diğer taraftan sağlık statüsüne ilişkin temel göstergelere doğuştan beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, sağlık hizmetleri ve kaynakları kullanım oranları örnek olarak verilebilir. Moses ve diğerleri (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, farklı ülkelerin sağlık sistemi performansını ölçmek karşılaştırmak ve değerlendirmek için kişi başına poliklinik sayısı, kişi başına yatak günü, 1.000 kişi başına düşen hekim sayısı ve 1.000 kişiye düşen yatak sayısı değişkenleri kullanılmıştır. Elde edilen verilere göre ülkelerin teknik verimlilik düzeyleri ortaya konulmuştur. Kocaman ve diğerleri (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin etkinliği veri zarflama yöntemi ile incelenmiştir. İlgili çalışmada 1.000 kişi başına düşen hekim sayısı, 1.000 başına düşen hastane yatağı sayısı, kişi başına düşen sağlık harcaması, GSYİH'den sağlık harcamalarına ayrılan pay, MRI sayısı ve sigara kullanım oranı girdi değişkeni olarak kullanılırken; doğuştan beklenen yaşam süresi ve beş yaş altı ölüm oranı çıktı değişkeni olarak kullanılmıştır. Çınaroğlu (2017) tarafından yapılan çalışmada ise, Türkiye'de katastrofik sağlık harcamaları ile sağlık hizmetleri finansmanında eşitsizlik ve hakkaniyet arasındaki ilişki durumu ele alınmıştır. Buna ilişkin veriler 2003-2015 yıllarına ait TÜİK hanehalkı Bütçe Anketi'nden elde edilmiş ve ülke düzeyinde hanehalkı cepten sağlık harcaması miktarı ile sağlık sistemine katkı düzeyi eşitsizlik ve hakkaniyet bağlamında incelenmiştir.

Ülkeler açısından sağlık sistemi performans analizi yapmanın en büyük faydası, ülke sağlık sisteminin anlık görünümünü ortaya koymak ve ideal olarak diğer ülkelerdekilerle karşılaştırmalar yapılmasını kolaylaştırmaktır. Bu tür karşılaştırmalar, karşılıklı öğrenme ve etkili bir ulusal sağlık politikası formüle etme olanağı sunar. Bu sayede üretilen bilgiler, kanıta dayalı politikaların oluşturulmasını desteklemektedir (Fekri vd., 2018: 7). Ancak sağlık sistemi performans değerlendirmede çeşitli zorluklara sahiptir. Bu zorluklardan ilki performans ölçümü için gerekli veri mevcudiyetinin sağlanamaması, sağlık sonuçları üzerinde etkili olan sağlığın belirleyicilerin çoklu etkisidir. Sağlıklı popülasyonlardan yüksek riskli popülasyonlara kadar tüm risk gruplarını tespit etmek için klinik ve demografik, sağlık davranışı, hasta tercihi ve sosyoekonomik faktörler dikkate alınmalıdır. Sağlık sisteminde performans ölçme ile ilgili en önemli zorluklarından bir diğeri, nüfus sağlığı sonuçlarını iyileştirmede kullanılan iyileştirme araçlarının sonuçlarının uzun zaman içinde ortaya çıkmasıdır. Bir diğer zorluk ise sağlığı belirleyen, hastalıkları önleyen veya doğrudan sağlık hizmetlerinde eşitliği ölçen süreçlerin ve sonuçların kapsamlı

ölçümleri tanımlanmadan, toplum nüfusunun sağlığı sonuçları anlamlı bir şekilde ortaya konulamaz (Vainieri vd., 2020: 4).

SONUÇ

Dünyada ülke sağlık sistemleri arasında büyük benzerlikler ve farklılıklar olmaktadır. Ülkelerin içinde bulunduğu coğrafi bölge, tarihsel süreçleri, kültürel, ekonomik ve sosyal yapılarına göre ülke sağlık sistemleri arasında benzerlikler olabilmektedir. Nüfusun yaşlanması, hane halkı sağlıklı davranış değişiklikleri, sağlık teknolojisinin sürekli gelişmesi, bireylerin eğitimlerinin artması sonucu kaliteli sağlık bakım talebindeki artış ve bilgi çağındaki gelişmeler gibi nedenlerden dolayı sağlık sistemlerinde sürekli reformlar yapılmaktadır. Sağlık sisteminin vazgeçilmez kriteri olan hakkaniyet/adalet/eşitlik noktasında sadece sağlık hizmetlerinde erişimde değil sağlık hizmetleri finansmanında bu ilkelere göre reform çalışmalarının yapılması kaçınılmazdır. Sağlık sistemi reformlarının sosyal güvenlik reformları ile sürekli entegre edilmesi gerekmektedir.

Sağlık sistemlerinin yapısı, içeriği ve yönetimindeki farklılıklar; sağlık hizmetinin sunumunu, toplumsal beklentilerin karşılanmasını ve hakkaniyetin sağlanmasını önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık hizmetleri planlaması konusunda karar vericiler, sağlık sistemi performans göstergelerini etkileyen faktörleri göz önünde bulundurarak daha iyi sonuçlar elde edecek politikalar belirlenmelidir. Sağlık sistemi performansını iyileştirmeye yönelik öneriler bu politikaların etkilerinin analizini de içermelidir. Bu öneriler kapsamlı veya spesifik nitelikte olabilir. Geri ödeme yönteminde bir düzenleme yaparak sağlık statüsü ve hakkaniyet düzeyini artırma amacının güdülmesi kapsamlı bir düzenlemeye örnek olarak verilebilir. Bebek ölüm hızının 17'den 10'a düşürme hedefi ise spesifik ve niceliksel nitelikteki düzenlemeye örnek olarak verilebilir.

Literatürde sağlık sistemine ilişkin bazı kavramların (örneğin, ara sonuçlar ile nihai amaçlar) sıklıkla karıştırıldığı görülmektedir. Erişim, kalite ve/veya verimliliği artırmak için sağlık politikalarına ve programlarına odaklanmak önemlidir, ancak bunlar sağlık sisteminin nihai amaçları için türevsel bir önem taşımaktadır. Ara sonuçlar sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemekte ve sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin servis kalitesinin iyileştirilmesi, toplum memnuniyetini ve sağlık sonuçlarını artırdığı sürece arzu edilir. Nihayetinde, bir ülkenin ara sonuçlara ulaşmadaki başarısı, nihai çıktılara katkıda bulunduğu ölçüde önemlidir. Dolayısıyla sağlık sisteminin kontrol düğmeleri (finansman, geri ödeme, yönetim, örgütlenme, düzenleme) üzerinde yapılan herhangi bir yapısal değişiklik sağlık hizmetinin nihai sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Diğer taraftan sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi çoğunlukla diğer ülkelerin sağlık sistemleri ile kıyaslamalarda bulunarak veya bazı performans değerlendirme kriterlerine ilişkin

bir göstereyi temel alınarak yapılmalıdır. Ancak sağlık sisteminin performansı ülke geneli, bölgesel ya da belirli bir alt sistem düzeyinde (koruyucu sağlık hizmetleri gibi) değerlendirilmesi mümkündür. Bir ülke, sağlık alanındaki mevcut performansı ile önceki dönemlere ilişkin performansı arasında karşılaştırmalar yaparak değerlendirmelerde bulunabilir ve başarı seviyesini ortaya koyabilir. Sağlık sisteminin performansı ve performans değişimini açıklayan önemli faktörler üzerine odaklanmak, ülkeler arası daha anlamlı ve karşılaştırılabilir politikalar geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Aktan, C. C., ve Işık, A. K. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, 10-21.
- Anand T. N. (2014). Development and Testing of A Scale to Measure Truston Public Health Care System, (Master Thesis), Achutha Menon Centre for Health Science Studies Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology.
- Annex L. (2007). What is a Health System. 25 Ocak 2021 tarihinde <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2816271154048816360/AnnexLHNPSstrategyWhatisaHealthSystemApril242007.pdf> adresinden erişildi.
- Atabey, S. E. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Gazi Kitapevi: Ankara.
- Balçık, P. Y., ve Konca, M. (2019). Malmquist İndeks İle OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemleri Performansının Değerlendirilmesi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 666-682.
- Berman, P., and Bitran, R. (2011). *Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening, Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper*, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank: Washington.
- Burau, V., ve Blank, R. H. (2006). Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems”, *Journal of Comparative Policy Analysis*, 8(01), 63-76.
- Çelebi, K., ve Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz, *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.

- Çınaroğlu, S. (2017). *Sağlık Hizmetleri Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet İle Katastrofik Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki*. [Yayımlanmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Espinosa-González, A. B., Delaney, B. C., Marti, J., and Darzi, A. (2019). The impact of governance in primary health care delivery: a systems thinking approach with a European panel, *Health research policy and systems*, 17(1), 1-16.
- European Union (2012). The management of health systems in the EU Member States - The role of local and regional authorities, 25 Nisan 2021 tarihinde <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-en.pdf> adresinde erişildi.
- Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. (2018). Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 55)
- Franken, M., and Koolman, X. (2013). Health system goals: a discrete choice experiment to obtain societal valuations. *Health Policy*, 112(1-2), 28-34.
- Frenk, J. And Donabedian, A. (1987). State Invention in Medical Care Types, Trends and Variables, *Health Policy and Planing*, 2: 17-31.
- Healthdatanavigator (2016). Control Knobs. 20 Ocak 2021 tarihinde <http://www.healthdatanavigator.eu/performance/frame> adresinden erişildi.
- Hsiao, W. C. (2003). What is a Health System? Why Should We Care”, *Harvard School of Public Health*. Working Paper. 13 Eylül 2020 tarihinde <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3404000573.html>, adresinden erişildi.
- Isık, M., Isık, F., and Kıyak, M. (2015). Analyzing Financial Structure of Turkish Healthcare System in Comparison with Us, German, British, French and Cuban Healthcare Systems, *Journal of Economics Finance and Accounting*, 2(4), 501-518.
- Khemani, S., Chaudhary, S., and Scot, T. (2020). Strengthening Public Health Systems: Policy Ideas from a Governance Perspective. Washington: The World Bank.

- Kocaman, A. M., Mutlu, M., Bayraktar, D., ve Araz, Ö. M. (2012). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi, *Engineer & the Machinery Magazine*, 23 (4), 14-31.
- Kruk, M. E. ve Freedman L. P. (2008). Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature, *Health Policy*, 85, 263–276.
- Moses, M. W., Korir, J., Zeng, W., Musiega, A., Oyasi, J., Lu, R., ... & Di Giorgio, L. (2021). Performance assessment of the county healthcare systems in Kenya: a mixed-methods analysis. *BMJ Global Health*, 6(6), 1-13.
- Murray, C. J., and Frenk, J. (1999). *A WHO Framework for Health System Performance Assessment, Evidence and Information for Policy*. USA: World Health Organization
- Murray, C. J., ve Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems”, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 717-731.
- OECD (1987). *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*, Paris: OECD.
- Okursoy, A. (2010). Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi.
- Oyibocha E.O., Irinoye, O. , Sagua, E.O. , Ogungide – Essien, O.T. , Edeki, J.E. ve Okome, O.L (2014). Sustainable Healthcare System in Nigeria: Vision, Strategies and Challenges, *IOSR Journal of Economics and Finance*, 5(2), 28-39.
- Öztürk, Z. ve Karakaş, E. T. (2015). Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2), 29-59.
- Rahmatollah G. and Rouzbehani K. (2016). Social, Economic, and Political Perspectives on Public Health Policy-Making, IGI Global.
- Roberts M., W. Hsiao, P. Berman, and M. Reich. (2003). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, Oxford University Press, Oxford, U.K.

- Roemer, M. I. (1991). *National Health Systems of the World*, Oxford University Press: USA.
- Roemer, M. I. (2002). National Health Systems, *Encyclopedia of Public Health*.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3):400-428.
- Shakarishvili, G., Atun, R., Berman, P., Hsiao, W., Burgess, C. and Lansang, M. A. (2010). Converging Health Systems Frameworks: Towards a Concepts-to-Actions Roadmap for Health Systems Strengthening in Low and Middle Income Countries, *Global Health Governance*, 3(2): 1-17
- Smith, P. (Ed.) (2002). *Measuring Up: Improving the Performance of Health Systems in OECD Countries*. Paris: OECD.
- Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I., & Leatherman, S. (2009). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge University Press.
- Top M. (2006). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye’de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 93-123.
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3-30.
- Vainieri, M., Noto, G., Ferre, F., & Rosella, L. C. (2020). A Performance Management System in Healthcare for All Seasons?, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 1-10.
- WHO (2000). *Health Systems: Improving Performance, The World Health Report 2000*. Paris: World Health Organization.
- WHO (2007). *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO’s Framework for Action*. Ginebra: OMS.