

## SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASINA YÖNELİK YAKLAŞIM VE YÖNTEMLER

Jebağı Canberk Aydın<sup>1</sup> • Gülbiye Yenimahalleli Yaşar<sup>2</sup><sup>1</sup> Arş. Gör. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü<sup>2</sup> Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

ARTICLE INFO	ÖZET
<b>Makale Türü:</b> Geleneksel Derleme	<i>Bireyin ve toplumun sağlık ihtiyaçları, tarih boyunca tıbbi uygulamalar ve teknolojilerdeki gelişmeyle birlikte artış göstermiştir. Bireyin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına yanıt verebilmek ve sağlık hizmetlerinin tüm topluma yaygınlaştırılabilmesi için gerçekleştirilen faaliyetlerin sonucunda sağlık sistemleri ortaya çıkmıştır. Sağlık sistemleri her toplumun kendine özgü; tarihsel, sosyal, ekonomik ve politik yapısına uygun olarak gelişmişlerdir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin kendilerine özgü özelliklerinin incelenmesi ve sağlık sistemleri türlerinin belirlenmesi her zaman araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Bu amaçla gerçekleştirilen çalışmalar, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması olarak adlandırılmıştır. Bu araştırmanın amacı; sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmalarını tarihsel gelişimi içerisinde incelemek, günümüzde geline aşamayı açıklamak ve sürdürülen tartışmalara katkı sağlamaktır. Bu amaçla, bu çalışmada sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmalar tarihsel gelişimleri içerisinde teorik yaklaşım, yöntem ve kullanılan değişkenler açısından incelenecektir. Ayrıca sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmalarda Türkiye'nin durumu da bu araştırma kapsamında değerlendirilecektir.</i>
<b>Anahtar Sözcükler:</b> Sağlık, sınıflandırma, sağlık sistemleri, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması	<i>Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik araştırmalar 1950'li yıllarda başlamış ve özellikle 2000'li yıllardan itibaren hız kazanmıştır. Öncül çalışmalar genellikle ülkelerin teorik bir çerçeve üzerinden değerlendirildiği ve sınıflandırıldığı araştırmalardır. Fakat son yıllarda sağlık sistemlerinin ülkeler açısından karşılaştırılabilir olabilmelerini sağlayan verilerin derlenmesi ile istatistiksel analizlerle desteklenen sağlık sistemlerinin sınıflandırılması çalışmaları ağırlık kazanmıştır.</i>
<b>Sorumlu Yazarlar</b> <sup>1</sup> Jebağı Canberk Aydın <sup>2</sup> Gülbiye Yenimahalleli Yaşar	<i>İlgili literatür incelendiğinde, sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmalar genel olarak iki ana yaklaşım üzerinden gerçekleştirilmektedir. Bunlardan ilki, teorik bir yaklaşımla sağlık sistemlerinin sınıflandırıldığı tımdengelim yöntemini uygulayan çalışmalardır. İkincisi, ülkelerin belirli değişkenlerle nicel veriler ve istatistiksel yöntemlerle desteklendiği, tümevarım yöntemini uygulayan çalışmalardır. Bu çalışmalarda sağlık sistemleri mülkiyet ilişkileri, devlet müdahaleleri, finansman, hizmet sunumu ve düzenleme gibi değişkenler üzerinden incelenmekte ve sınıflandırılmaktadır. Türkiye, sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik karşılaştırmalı çalışmalarda yeterli düzeyde yer almamaktadır. Bunun nedeni olarak da karşılaştırılabilir veri eksikliği neden olarak gösterilmektedir.</i>
<b>Adres:</b> <sup>1</sup> Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü <sup>2</sup> Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü	
<b>E-mail:</b> <sup>1</sup> jcanberkaydin@gmail.com <sup>2</sup> gulbiyey@gmail.com	

## GİRİŞ

Bireyin ve toplumun sağlık ihtiyaçları, tarih boyunca tıbbi uygulamalar ve teknolojilerdeki gelişmeyle birlikte artış göstermiştir. Bireyin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına yanıt verebilmek ve sağlık hizmetlerinin tüm topluma yayılabilmesi için gerçekleştirilen faaliyetlerin sonucunda sağlık sistemleri ortaya çıkmıştır. Sağlık sistemleri her toplumun kendine özgü; tarihsel, sosyal, ekonomik ve politik yapısına uygun olarak gelişmişlerdir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin kendilerine özgü özelliklerinin incelenmesi ve sağlık sistemleri türlerinin belirlenmesi her zaman araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Bu amaçla gerçekleştirilen çalışmalar, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması olarak adlandırılmıştır.

Sağlık sistemlerinin incelenmesi ve karşılaştırılmasına yönelik çalışmaların başlangıcında “ideal tipler” ve ülkelerin tarihsel durumları çıkış noktasıdır. Weber’in metodolojisi ve Andersen’in refah devletleri yaklaşımını benimseyen öncül çalışmalarda eksik olan, sağlık sistemlerinin kendilerine has özellikleri için tasarlanmış bir kavramsal çerçeveye sahip olmamalarıdır (Wendt ve ark., 2009). Ülkeler arası sağlık sistemleri sınıflandırmasına dair ilk ve erken sayılabilecek çalışmalardan birisi Odin Anderson tarafından 1963 yılında gerçekleştirilmiştir. Çalışma, Batı Avrupa ve Kuzey Amerika’da sağlık sistemlerinin gelişimine tarihsel bir bakış açısıyla yaklaşarak sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumu açısından ABD, İsveç ve Büyük Britanya örneklerini incelemiştir. Anderson sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ile ilgili şunları ifade etmiştir:

*“Sağlık hizmetleri sistemleri, temelinde yer alan kamu politikalarının göstergesi olan birtakım kriterlere göre sınıflandırılabilirler. Hükümetten ve özel kaynaklardan elde edilen fonların oranına göre sağlık sistemleri düzenlenebilir. Sağlık sigortalarının devlet destekli olması veya bir tür özel sigorta planına bağlı olma derecesine bağlı olarak düzenlenebilirler. Sağlık sigortasının her türlü sağlık hizmetini, hastane hizmetlerini, hekim, ilacı ve diğer masrafların tümünü veya bir kısmını kapsayıp kapsamadığına göre sigortalı hizmetler açısından düzenlenebilir. Ülkeler, tüm nüfusun sigorta kapsamında olma derecesi bakımından düzenlenebilir. Son olarak da devletin hizmet sağlayıcı olması bakımından yani hastaneleri ve hekimleri kontrol edip etmemesi veya sadece bir hizmet alıcısı mı olduğuna göre düzenlenebilirler”* (Anderson, 1963: 841).

Daha sonraki yıllarda sağlık sistemleri ve politikalarının, karşılaştırmalı analizi ve sınıflandırma çalışmaları 1970’li yıllarda çoğunlukla sosyologlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Onları 1980’li ve 1990’lı yıllarda sağlık ekonomistleri ve siyaset bilimciler takip etmişlerdir. Bu araştırmalar Avrupa ülkeleri, OECD ülkeleri ve dünya genelini kapsam dahiline almaları bakımından farklılıklar göstermektedirler (Freeman ve Frisina, 2010). Bu araştırmanın amacı, ilgili literatürde sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmaları tarihsel gelişimleri içerisinde teorik yaklaşım, yöntem ve kullanılan değişkenler açısından literatür taraması yöntemi ile incelemektir. Ayrıca sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmalarda Türkiye’nin durumu da bu araştırma kapsamında değerlendirilecektir.

## 1. SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik araştırmalar 1950’li yıllarda başlamış ve özellikle 2000’li yıllardan itibaren hız kazanmıştır. Öncül çalışmalar genellikle ülkelerin teorik bir çerçeve üzerinden değerlendirildiği ve sınıflandırıldığı araştırmalardır. Fakat son yıllarda sağlık sistemlerinin ülkeler açısından karşılaştırılabilir olabilmesini sağlayan verilerin derlenmesi ile istatistiksel analizlerle desteklenen sağlık sistemlerinin sınıflandırılması çalışmaları ağırlık kazanmıştır. Çalışmanın bu bölümünde literatür taraması sonucunda, ön plana çıkan sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmalarla ilgili bulgular aşağıdaki gibidir.

### 1.1. Field Sınıflandırması

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik öncü araştırmalardan birisi Mark G. Field tarafından 1973 yılında gerçekleştirilen “Makrososyolojik Düzeyde Sağlık Sistemi Kavramı” isimli çalışmadır. Bu çalışmada sağlık sisteminin kavramsallaştırılması için şu sorular çerçevesinde bir tartışma geliştirilmiştir:

- Sağlık sisteminin kendisine dair fonksiyonel problemler
- Bir toplumun Gayri Safi Tıbbi Ürünü (Gross Medical Product) üretmek için kullandığı başlıca yöntemler

- Sistemin sınırları
- Sistemin iç bileşenleri (hizmetler, uzmanlık eğitimi ve araştırma)
- Toplumdan sisteme aktarılan yapısal destekler (meşruiyet/yetki, bilgi ve teknik, personel ve ekonomik kaynaklar)

Bu sorular çerçevesinde sağlık sistemi, genelleştirilmiş kaynakları sağlık hizmetleri biçiminde özel çıktılara dönüştüren toplumsal bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan hareketle sağlık sistemi, sınırlı girdiler için diğer tamamlayıcı sistemlerle bir rekabet ilişkisi içerisindedir. Bu nedenle sağlık sisteminin, diğer sistemler ve toplumla eklemlenmesi sistemin yapısını belirleyen önemli özelliklerden birisidir. Field, bu sorular ve tanım çerçevesinde sağlık sistemlerini dört ideal tipoloji olarak sınıflandırmıştır. Bunlar: çoğulcu, sosyal sigorta, ulusal sağlık sistemi ve sosyalleştirilmiş sağlık sistemleridir. Field Sınıflandırması'ndaki dört ideal tip sağlık sistemi ve örnek ülkeler Tablo 1'de listelenmiştir.

**Tablo 1.** Field Sınıflandırması'nda Dört İdeal Tip Sağlık Sistemi ve Özellikleri

Sistem Türü	Genel Özellikleri	Örnek Ülke
<i>Çoğulcu Sağlık Sistemi</i>	Sağlık ve sağlıkla ilgili hizmetlerin sağlanması için bir araya gelmiş olan çeşitli kurumsal düzenlemelere sahiptir. Doktorlar, özel muayenehanede, toplu olarak veya maaşlı olarak çalışmaktadır. Tıp alanı, çalışma yaşamını düzenlemede ve mesleki konularda büyük oranda özerkliğe sahiptir. Sağlık kurumlarında mülkiyet biçimleri, özel mülkiyetten, kar amacı gütmeyen kooperatif tarzı gruplara veya kamu mülkiyeti biçimlerine göre çeşitlilik göstermektedir.	ABD tipik bir örnektir
<i>Sosyal Sigorta Sistemi</i>	Sistem kısmen çoğulcu sisteme benzemektedir, fakat kurumlara veya hizmet sunuculara mali transferlerin çoğu devlet kurumları veya işçi sendikaları gibi üçüncü taraf kurumlar tarafından gerçekleştirilir. Bu nedenle sigorta sistemi, bir topluluktan veya gruptan vergi, harç veya katkı paylarının toplandığı ve hizmet kullanımı sonrasında doğrudan hizmet sunuculara ödeme yapıldığı finansal mekanizmalardan oluşur. Üçüncü taraf ödeme kurumları sayesinde, potansiyel olarak hizmet sunucular üzerinde bir kontrol unsuru getirmektedir. Hekimler, çoğulcu sistemde olduğu gibi büyük oranda özerkliğe sahiptir.	Batı Avrupa ülkelerinin çoğu (Birleşik Krallık hariç) ve Japonya
<i>Ulusal Sağlık Sistemi</i>	Çoğu sağlık kurumunun mülkiyetinin devlet kontrolünde (kamusallaştırılmış) olduğu bir sistemdir. Hekimler, özel muayenelerinde (büyük çoğunluğu) veya kamu hastanelerinde de çalışsalar ödemeler hasta başı, maaş ve yıllık ücretler şeklinde devlet hazinesinden karşılanmaktadır. Bu sistemde toplum hekimlerinin kendilerini hangi hastayı kabul edebileceklerini seçme hakkına sahip özel pratisyen hekimler olarak kabul ettikleri unutulmamalıdır. Hekimler, çoğulcu ve sosyal sigorta sisteminde olduğu kadar profesyonel özerkliğe sahiptirler.	Birleşik Krallık
<i>Sosyalleştirilmiş Sağlık Sistemi</i>	Tüm sağlık kurumlarının mülkiyetinin ve yönetimin devlet kontrolünde olduğu bir sistemdir. Tüm sağlık çalışanları (hekimlerden diğer tüm personele) devlet çalışanlarıdır ve ücretlerini maaş bazında devlet hazinesinden ödeme almaktadırlar. Hekimler genellikle bölgesel bazda ve mesleki temelde kendilerine tahsis edilen bir hasta grubundan sorumludurlar. Hekimlerin mesleki konularda sahip oldukları özerklik miktarı (yine kayda değer olsa da) diğer üç sistemden nispeten daha düşüktür.	SSCB ve Doğu Avrupa

**Kaynak:** Field, 1973.

## 1.2. Frenk-Donabedian Sınıflandırması

Sağlık hizmetlerine devlet müdahalesinin hem yaygınlığı hem de çeşitliliği nedeniyle, bu durumun ayrıntılı bir şekilde incelenmesi ve bu müdahalenin biçimlerinin ortaya çıkarılması önem taşımaktadır. Bu amaçla Frenk ve Donabedian tarafından 1987 yılında “Tıbbi Bakıma Hükümet Müdahaleleri: Türler, Eğilimler ve Değişkenler” isimli araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın temel amacı, sağlık hizmetlerine devlet müdahalesinin dünyada uygulanan modellerini açıklamaya yardımcı olabilecek bir teorik çerçeve geliştirmek ve karşılaştırmalı bakış açısı ihtiyacını gidermektedir. Bu amaçla devlet müdahaleleri, araştırmacılar tarafından *devlet kontrolünün şekli* ve *uygunluk temeli* olarak iki ana başlıkta incelenmiştir. **Tıbbi bakımda devlet müdahale yöntemlerinin tipolojileri** ve alt boyutları Tablo 2’de listelenmektedir.

**Tablo 2.** Tıbbi Bakımda Devlet Müdahale Yöntemlerinin Tipolojileri

Devlet Kontrolünün Şekli	Uygunluk Temeli		
	1. Vatandaşlık	2. Katkı/ayrıcılık	3. Yoksulluk
A. Yoğunlaşmış Mülkiyet	A1. Çoğu sosyalist ülkede ulusal sağlık hizmeti; İsveç sağlık sisteminin büyük çoğunluğu; İngiliz Ulusal Sağlık Hizmeti’nin hastane bakımı; Yeni Zelanda ve birkaç Batı Avrupa ülkesinde ulusal sağlık sigortası programlarında hastane bakımı	A2. İspanya, Venezuela ve Hindistan’da sosyal güvenlik; birçok ülkede ordu için sağlık hizmetleri	A3. Sosyalist olmayan az gelişmiş birçok ülkede kamu yardımı
B. Dağılmış Mülkiyet	B1.	B2. Meksika’da sosyal güvenlik; ABD federal hükümetinin kamu mülkiyetindeki sektörler (Gaziler İdaresi, Kızılderili Sağlık Hizmetleri)	B3. Sosyalist olmayan az gelişmiş birçok ülkede kamu yardımı; ABD’de eyalet ve belediye hastaneleri ve klinikler
C. Yoğunlaşmış Finansman	C1. Kanada, Yeni Zelanda (ayakta tedavi) ve Fransa (ayakta tedavi ve hastane bakımının bir parçası)’da ulusal sağlık sigortası; İngiliz Ulusal Sağlık Hizmeti’nde pratisyen hekimlik uygulamaları	C2. Brezilya ve Lübnan’da sosyal güvenlik	C3. ABD’de Medicaid
D. Dağılmış Finansman	D1. Federal Almanya Cumhuriyeti, Avusturya, İsviçre, Belçika, Japonya’da ulusal sağlık sigortası; Hollanda’da katastrofik kamu sağlık sigortası	D2. Arjantin’de sosyal güvenlik; Hollanda’da katastrofik olmayan kamu sağlık sigortası; ABD’deki kamu sağlık sigortası sektörü (Medicare, CHAMPUS, Federal Çalışanların Sağlık Yardımı Programı, İşçi Tazminatı)	D3.

**Kaynak:** Frenk ve Donabedian, 1987.

### 1.3. Roemer Sınıflandırması

Milton I. Roemer tarafından 1993 yılında gerçekleştirilen “Dünya Geneline Ulusal Sağlık Sistemleri” isimli çalışma, sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik 1990’lı yıllarda ön plana çıkan çalışmalardan birisidir. Bu araştırma her ülkenin; kendi tarihini, ekonomik gelişimini ve egemen siyasi ideolojisini yansıtan bir ulusal sağlık sistemi olduğu fikrinden yola çıkmıştır. Buna göre, bir ülkedeki sağlık sisteminin türü, sistemi oluşturan her bir bileşenin özelliklerine bağlıdır. Roemer’a göre; herhangi bir ekonomik kalkınma düzeyinde olan bir ülkenin sağlık sistemi, beş ana bileşen üzerinden analiz edilebilmektedir. Bunlar; kaynaklar, organizasyon, yönetim, ekonomik destek ve hizmetlerin sunumudur.

Roemer’a göre; her bir ulusal sağlık sistemi, sağlık sisteminin yukarıda listelenen beş bileşenine göre türlere ayrılmasına olanak sağlar. Tarih, ekonomik gelişmişlik düzeyi ve siyasi ideolojiler bu türlerin belirlenmesinde önemli rol oynamakta ve özellikle devletlerin sağlık hizmetleri piyasasına müdahalesine göre sağlık sistemleri sınıflandırılabilir. Devletlerin sağlık hizmetleri piyasasına müdahaleleri arz, talep, rekabet ve fiyat boyutlarında gerçekleşmektedir. Roemer’ın çalışmasında yaklaşık 165 ülkenin ulusal sağlık sistemleri, devletlerin sağlık hizmetleri piyasasına müdahale derecelerine göre (azdan, çoğa) dört ana türe ayrılabilir. Bunlar; girişimci (kapitalist serbest piyasa), refah yönelimli, evrensel ve sosyalist tipte sağlık sistemleridir. Ayrıca bu sınıflandırma ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeylerine göre; yüksek, orta ve düşük seviyelerde bulunan ülkelere göre de detaylandırılabilir (Roemer, 1993). Roemer’ın sağlık sistemi sınıflandırması ve ülke örnekleri Tablo 3’te listelenmektedir.

**Tablo 3. Roemer’ın Sağlık Sistemi Sınıflandırması ve Örnek Ülkeler**

Sağlık Sistemi Türleri	Gelişmiş ve Sanayileşmiş	Gelişen ve Değişimci	Az Gelişmiş	Kaynak Zengini
<i>Girişimci (Kapitalist Serbest Piyasa)</i>	ABD	Tayland Filipinler Güney Afrika	Gana Bangladeş Nepal	
<i>Refah Yönelimli</i>	Batı Almanya Fransa Japonya Kanada	Brezilya Mısır Malezya	Hindistan Burma	Libya
<i>Evrensel</i>	Birleşik Krallık Norveç Yeni Zelanda	İsrail Nikaragua	Sri Lanka Tanzanya	Kuveyt Suudi Arabistan
<i>Sosyalist/Merkezi Planlama</i>	SSCB	Küba Kuzey Kore	Çin Vietnam	

**Kaynak:** Demirci, 2019.

### 1.4. Reibling Sınıflandırması

Nadine Reibling tarafından 2010 yılında “Avrupa’da Sağlık Sistemleri: Hasta Erişiminin Dahil Edilmesine Doğru” isimli araştırma yayımlanmıştır. Bu çalışmada mevcut sağlık sistemi tipolojilerinin temelinde; sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmet sunumu ve düzenlemelerin yer aldığı üç boyutlu bir kamu-özel sektör karışımının yer aldığını vurgulamaktadır. Ancak bu çalışma, bu üç boyutun dışında ayrıca sağlık hizmetine erişimi bir boyut olarak incelemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla, sağlık hizmetlerine erişim kavramı; bakıma erişim, hizmet alımını etkileyen düzenlemeler ve mali teşvikler bakımından incelenmekte ve kavram genişletilmektedir. Çalışma kapsamında sağlık hizmetlerine erişim üç gösterge üzerinden incelenmiştir. Bunlar; *yasal düzenlemeler/kapitütuculuk, mali teşvikler/maliyet paylaşımı ve tedarik/sağlayıcı yoğunluğu/tıbbi teknoloji*’dir. Reibling Sınıflandırması’nda yer alan göstergeler ve ülke grupları Tablo 4’te listelenmektedir.

**Tablo 4. Reibling Sınıflandırması**

Gösterge	Açıklama	Ülkeler
Kapitütuculuk	Hastaların sisteme girişini ve sistem içi geçişlerini yapılandıran kurumsal düzenlemeler	(1) Avusturya, Belçika, Fransa, İsveç ve İsviçre
Maliyet Paylaşımı	Sağlık hizmeti ihtiyacının insanları mali yönden risk altında bırakmasının önlenmesi. Fakat “ahlaki tehlikeye” karşı kısmi mali caydırıcı unsurlar varlığı	(2) Çekya, Almanya ve Yunanistan
Tedarik	Mevcut personel kaynakları ve tıbbi teknolojiler açısından ülkelerin sağlık hizmetleri potansiyeli	(3) Danimarka, Hollanda, Polonya, İspanya ve Birleşik Krallık (4) Finlandiya, İtalya ve Portekiz

**Kaynak:** Reibling, 2010.

### 1.5. Rothgang-Wendt Sınıflandırması

Heinz Rothgang, Mirella Cacane, Simone Grimmeisen ve Claus Wendt tarafından 2005 yılında “Devletin Sağlık Sisteminde Değişen Rolü” isimli çalışma yayımlanmıştır. Bu makalede, OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinde devletin değişen rolüne ilişkin iki ana soruya odaklanılmaktadır. Bunlardan ilki, son 30 yılda devletin sağlık sistemlerine dahil olma seviyesindeki değişimdir. İkinci olarak ise devletin oynadığı rol ile karakterize edilen ve kapitalizmin “Altın Çağ” olarak adlandırılan dönemde gelişen üç farklı sağlık sistemi modelindeki değişimi incelemektir. Daha önceki çalışmalarda özellikle finansal ve harcamalar düzeyinde incelenen sağlık sistemleri, yazarlar tarafından ayrıca finansman, hizmet sunumu ve düzenleme düzeyinde ele alınmaktadır. Rothgang-Wendt’in devletin rolüne göre sağlık sistemleri Tablo 5’te listelenmektedir.

**Tablo 5. Devletin Rolüne Göre Sağlık Sistemleri**

Sağlık Sistemi Türü	Temel Değerler ve İlkeler	Finansman	Hizmet Sunumu	Düzenleme	Örnek Ülke
Ulusal Sağlık Sistemi	Eşitlik: Herkes için hizmetlere eşit erişim	Kamu: Gelire (doğrudan vergiler) ve tüketime (dolaylı vergiler) göre vergiler	Kamu sağlayıcıları	Baskın Düzenleyici Mekanizma: hiyerarşi, kapsamlı planlama ve sıkı devlet denetimi	Birleşik Krallık
Sosyal Sigorta Sistemi	Dayanışma: Sigorta kapsamında olan herkes için hizmetlere eşit erişim	Kamu: Gelire göre katkılar.	Özel ve kamu sağlayıcıları	Baskın Düzenleyici Mekanizma: toplu sözleşme, yasal çerçeve ve kısmi devlet kontrolü	Almanya
Özel Sağlık (Sigorta) Sistemi	Eşdeğerlik ilkesi: Ödeme gücüne göre hizmet	Özel: Bireysel risklere göre prim	Özel sağlayıcılar	Baskın Düzenleyici Mekanizma: piyasalar, sigortalar ve hizmet sunumu üzerinde sınırlı devlet kontrolü	ABD

**Kaynak:** Rothgang ve ark., 2005.

## 1.6. Sağlık Sistemleri Tipleri Yaklaşımı

Claus Wendt, Lorraine Frisina ve Heinz Rothgang tarafından 2009 yılında “Sağlık Sistemleri Tipleri: Karşılaştırma İçin Kavramsal Bir Çerçeve” isimli çalışma yayımlanmıştır. Bu çalışma, sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik gerçekleştirilen çalışmaları inceler ve literatürde sistem türleri açısından bir kavramsal netlik olmadığı sonucuna ulaşır. Bu nedenle, sağlık sistemleri ve sistemlerin dönüşümlerini analiz etmek için kapsamlı bir kavramsal çerçeve oluşturulması, araştırmacıların temel amacı olarak belirtilmiştir. Çalışma sağlık sistemlerini; finansman, tedarik ve düzenleme başlıkları altında üç farklı boyutta incelemektedir. Bu üç boyut, “Weber’in ideal tipler” yaklaşımı ve tümdengelim yöntemiyle sağlık sistemlerini 3 ideal tür altında 27 alt boyutta incelemektedir. İdeal sağlık sistemi türleri ve alt boyutları Tablo 6’da listelenmektedir.

**Tablo 6.** İdeal Türler Açısından Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık Sistemi Türü	Düzenleme	Finansman	Tedarik
1 <i>İdeal Tür: Devlet Sağlık Sistemi</i>	<i>Devlet</i>	<i>Devlet</i>	<i>Devlet</i>
2 Devlet tabanlı karma tür	Devlet	Devlet	Toplumsal
3 Devlet tabanlı karma tür	Devlet	Devlet	Özel
4 Devlet tabanlı karma tür	Devlet	Toplumsal	Devlet
5 Devlet tabanlı karma tür	Devlet	Özel	Devlet
6 Devlet tabanlı karma tür	Toplumsal	Devlet	Devlet
7 Devlet tabanlı karma tür	Özel	Devlet	Devlet
8 Toplumsal tabanlı karma tür	Devlet	Toplumsal	Toplumsal
9 Toplumsal tabanlı karma tür	Toplumsal	Devlet	Toplumsal
10 Toplumsal tabanlı karma tür	Toplumsal	Toplumsal	Devlet
11 <i>İdeal Tür: Toplumsal Sağlık Sistemi</i>	<i>Toplumsal</i>	<i>Toplumsal</i>	<i>Toplumsal</i>
12 Toplumsal tabanlı karma tür	Toplumsal	Toplumsal	Özel
13 Toplumsal tabanlı karma tür	Toplumsal	Özel	Toplumsal
14 Toplumsal tabanlı karma tür	Özel	Toplumsal	Toplumsal
15 Özel tabanlı karma tür	Devlet	Özel	Özel
16 Özel tabanlı karma tür	Özel	Devlet	Özel
17 Özel tabanlı karma tür	Özel	Özel	Devlet
18 Özel tabanlı karma tür	Toplumsal	Özel	Özel
19 Özel tabanlı karma tür	Özel	Toplumsal	Özel
20 Özel tabanlı karma tür	Özel	Özel	Toplumsal
21 <i>İdeal Tür: Özel Sağlık Sistemi</i>	<i>Özel</i>	<i>Özel</i>	<i>Özel</i>
22 Saf karma tür	Devlet	Özel	Toplumsal
23 Saf karma tür	Devlet	Toplumsal	Özel
24 Saf karma tür	Özel	Devlet	Toplumsal
25 Saf karma tür	Özel	Toplumsal	Devlet
26 Saf karma tür	Toplumsal	Devlet	Özel
27 Saf karma tür	Toplumsal	Özel	Devlet

**Kaynak:** Wendt ve ark., 2009.



## 1.7. Wendt Sınıflandırması

Claus Wendt tarafından 2009 yılında "Avrupa Sağlık Sistemlerinin Haritalanması: Finansman, Hizmet Sunumu ve Sağlık Hizmetlerine Erişim" isimli araştırma yayımlanmıştır. Bu araştırma, sağlık sistemlerinin ihtiyaç sahipleri açısından artık kurumsallaşmış olduklarını vurgulamaktadır. Bu nedenle, sağlık sistemleri üzerinden karşılaştırmalar yapabilmek için artık özellikle hizmet sunumundaki farklılıklar ve sağlık hizmetlerine erişimin hangi şekilde düzenlendiğine odaklanılması gerekliliğine değinilmektedir. Makale, 15 Avrupa ülkesindeki sağlık sistemleri üzerine; harcamalar, finansman, hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerine erişim açısından karşılaştırmalı analiz ve sağlık sistemleri türlerinin belirlenmesi amacını taşımaktadır. Wendt **sınıflandırmasında** kullanılan göstergeler ve açıklamaları Tablo 7'de listelenmektedir.

**Tablo 7.** Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması İçin Göstergeler

Gösterge	Ülke Grupları		
	Küme 1	Küme 2	Küme 3
	<i>Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Lüksemburg</i>	<i>Danimarka, İtalya, İrlanda, İsveç, Birleşik Krallık</i>	<i>Portekiz, İspanya, Finlandiya</i>
<b>Kişi Başı Sağlık Harcaması</b>	Yüksek düzeyde kişi başı sağlık harcaması (ortalama 2805\$)	Orta düzeyde kişi başı sağlık harcaması (ortalama 2269\$)	Düşük düzey kişi başı sağlık harcaması (ortalama 1721\$)
<b>Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı</b>	Yüksek düzey kamu sağlık harcaması oranı (%80)	Yüksek düzey kamu sağlık harcaması oranı (%80)	Orta düzey kamu sağlık harcaması oranı (%73)
<b>Özel Cepten Ödemelerin Toplam Sağlık Harcamasına Oranı</b>	Orta düzey cepten ödeme oranı (%13)	Orta düzey cepten ödeme oranı (%15)	Yüksek düzey cepten ödeme oranı (%22)
<b>Yatan Hasta Bakımı İndeksi</b>	Orta düzey indeks değeri (105)	Orta düzey indeks değeri (103)	Düşük düzey indeks değeri (80)
<b>Ayakta Hasta İndeksi</b>	Yüksek düzey indeks değeri (133)	Düşük düzey indeks değeri (81)	Orta düzey indeks değeri (107)
<b>Sağlık Hizmeti Alma Hakkı</b>	Primler	Vatandaşlık	Vatandaşlık
<b>Pratisyen Hekimlere (GP) Ödeme</b>	Hizmet başı ödeme	Kişi başı	Maaş
<b>Hastaların Hizmete Erişimi</b>	Düşük düzenleme	Orta/Güçlü düzenleme	Güçlü düzenleme

**Kaynak:** Wendt, 2009.

Claus Wendt tarafından 2014 yılında "Sağlık Sistemi Türlerindeki Değişim" isimli araştırma yayımlanmıştır. Bu çalışma; 2009 yılında yine kendisi tarafından 15 Avrupa ülkesi üzerinde gerçekleşen sınıflandırma çalışmasının, 32 OECD üyesi ülke üzerinde güncellenmiş şekli olarak görülebilir. Araştırma kapsamında, 32 OECD ülkesinin 2001 ve 2007 yıllarındaki verileri incelenmiş ve bu sayede hem sağlık sistemleri sınıflandırılmış hem de bu yıllar arasında sağlık sistemleri türleri arasındaki değişim incelenmiştir. OECD ülkeleri üzerine yapılan analizde, 2009 yılında kullanılan göstergeler olan; toplam sağlık harcaması, sağlık finansmanında kamu-özel karması, özel cepten ödemeler, ayakta ve yatan hasta indeksleri, hekimlere ödeme yöntemleri ve hastaların hizmete erişim değişkenleri kullanılmıştır. Sağlık hakkı göstergesi bu çalışmada kapsam dışında bırakılmıştır. Söz konusu göstergelere ilişkin ülke değerleri Tablo 8'de listelenmektedir.



**Tablo 8. Sağlık Sistemleri Türleri, Ülkeler ve Değişimleri**

Tip 1		Tip 2		Tip 3		Tip 4		Sınıflandırılmamış	
2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Avustralya	Avustralya	Finlandiya	Finlandiya	İsrail	İsrail	Almanya	Almanya	ABD	ABD
Birleşik Krallık	Birleşik Krallık	İspanya	İspanya	Türkiye	Türkiye	Avusturya	Avusturya	Güney Kore	Güney Kore
Çekya	Çekya	İsveç	İsveç	Yunanistan		Belçika	Belçika	İsviçre	İsviçre
Danimarka	Danimarka	İzlanda	İzlanda			Fransa	Fransa	Norveç	Norveç
Estonya	Estonya	Portekiz	Portekiz			Japonya	Japonya		Yunanistan
Hollanda	Hollanda					Kanada	Kanada		
İrlanda	İrlanda					Lüksemburg	Lüksemburg		
İtalya	İtalya					Yeni Zelanda	Yeni Zelanda		
Macaristan	Macaristan								
Polonya	Polonya								
Slovak Cumhuriyeti	Slovak Cumhuriyeti								
Slovenya	Slovenya								

**Kaynak:** *Wendt, 2014.*

### 1.8. Sağlık Sistemi Dünyaları Modeli

Nadine Reibling, Mareike Ariaans ve Claus Wendt tarafından 2019 yılında "Sağlık Sistemi Dünyaları: OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri Tipolojileri" isimli araştırma yayımlanmıştır. Bu makale, OECD ülkelerinin sağlık sistemleri için genişletilmiş bir karşılaştırmalı sınıflandırma yapabilme amacı taşımaktadır. Bu amaçla, mevcut sınıflandırma kuramları ile güncel sağlık politikası tartışmalarını bütünleştirerek yeni bir yaklaşım ortaya konulmuştur. Bu yeni yaklaşımı, öncül çalışmalardan ayıran boyut toplum sağlığı ve sağlıkta eşitsizlikleri de kapsam dahiline alma arayışıdır. Bu yaklaşımla araştırmada önceki çalışmalarda da incelenen göstergeler olarak; tedarik, kamu-özel finansman karması ve sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili kurumsal düzenlemeler baz alınmıştır. Bu göstergeler; koruyucu ve tedavi edici birinci basamak hizmetler ile performansla ilgili göstergelerle birleştirilmiştir. Sağlık sistemleri dünyaları modelinde kullanılan göstergeler Tablo 9'da listelenmektedir.

**Tablo 9. Sağlık Sistemleri Dünyaları Modeli Göstergeleri**

<b>Tedarik</b>	Kişi başı sağlık harcaması, Dolar, SAGP Pratisyen hekimlerin 1000 kişilik nüfusa oranı
<b>Kamu-Özel Karması</b>	Kamu sağlık harcaması, toplam sağlık harcaması içerisinde % Özel hanehalkı cepten harcamaları, toplam sağlık harcaması içerisinde % Uzman hekimlere ödeme yöntemi (0= hizmet başı, 1=maaş)
<b>Erişim Düzenlemesi</b>	Erişim Düzenlemesi İndeksi Pratisyen hekimlere başvuruda maliyet paylaşımı Seçim kısıtlamaları
<b>Birinci Basamak Hizmetler</b>	Ayakta bakım harcamaları, toplam sağlık harcaması içerisinde % Pratisyen hekim/Uzman hekim oranı
<b>Performans</b>	15 yaş üstü nüfusun günlük tütün kullanımı, % 15 yaş üstü nüfusun kişi başı yıllık alkol tüketimi, litre Toplam kalite indeksi

**Kaynak:** *Reibling ve ark., 2019.*

Çalışma kapsamında 29 OECD ülkesi yer almıştır. Şili, İsrail, Litvanya, Letonya, Meksika ve Türkiye veri eksiklikleri nedeniyle çalışma kapsamına alınmamıştır. Tablo 10'da listelenen göstergelerle yapılan kümeleme analizi sonucunda ülkeler araştırmacılar tarafından 5 ana grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar; tedarik ve seçim odaklı sistem, performans ve birinci basamak odaklı kamu sistemi, düzenleme odaklı kamu sistemi, düşük tedarik ve düşük performanslı karma sistem ile tedarik ve performans odaklı özel sistemdir. Beş farklı sağlık sistemi modeli ve kapsamındaki ülkelere Tablo 10'da listelenmektedir.

**Tablo 10.** Sağlık Sistemi Dünyaları Modeli Sağlık Sistemleri ve Kapsamındaki Ülkeler

Tedarik ve Seçim Odaklı Sistem	Performans ve Birinci Basamak Odaklı Kamu Sistemi	Düzenleme Odaklı Kamu Sistemi	Düşük Tedarik ve Düşük Performanslı Karma Sistem	Tedarik ve Performans Odaklı Özel Sistem
Almanya Avustralya Avusturya Belçika Çekya Fransa İrlanda İzlanda Lüksemburg Slovenya	Finlandiya Güney Kore İsveç Japonya Norveç Portekiz Yeni Zelanda	Birleşik Krallık Danimarka Hollanda İspanya İtalya Kanada	Estonya Macaristan Polonya Slovakya	ABD İsviçre

**Kaynak:** Reibling ve ark., 2019.

### 1.9. OECD Sağlık Sistemlerinin Beş Türü

Katarina Böhm, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr ve Heinz Rothgang tarafından 2013 yılında "OECD Sağlık Sistemlerinin Beş Türü: Tümdengelimli Bir Sınıflandırma" isimli araştırma yayımlanmıştır. Bu makale, 30 OECD ülkesi sağlık sistemlerinin Rothgang-Wendt sınıflandırması olarak adlandırılan ve Sağlık Sistemleri Tipleri Yaklaşımı (2009) isimli çalışma ile kuramsal çerçevesi oluşturulan sınıflandırma modelinin tümdengelim yöntemiyle analiz edilmesidir. Bu çalışmada sağlık sistemleri üç temel boyutta ve hiyerarşik olarak değerlendirilmektedir. Bu hiyerarşinin en üstünde düzenleme, sonrasında finansman ve en sonunda da hizmet sunumu bulunmaktadır. Bu üç boyut ayrıca devlet, toplumsal ve özel aktörler düzeyinde alt boyutlara ayrılmaktadır. Yazarlar, geliştirdikleri hiyerarşik yaklaşım nedeni ile teorik olarak en fazla on altı boyut ile sınırlanmış olduğunu belirtmektedirler. Söz konusu hiyerarşik sınıflandırmaya göre olası sağlık sistemleri Tablo 11'de listelenmiştir

**Tablo 11.** Olası Sağlık Sistemi Türleri

Düzenleme	Finansman	Hizmet Sunumu	Sağlık Sistemi Türü
Devlet	Devlet	Devlet	Ulusal Sağlık Sistemi
		Toplumsal	Kar Amacı Olmayan Ulusal Sağlık Sistemi
		Özel	Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi
	Toplumsal	Toplumsal	Devletçi Sosyal Sağlık Sistemi
		Özel	Devletçi Sosyal Sağlık Sigortası
		Özel	Devletçi Özel Sağlık Sistemi
Toplumsal	Toplumsal	Toplumsal	Sosyal Sağlık Sistemi
		Özel	Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi
		Özel	Korporatist Özel Sağlık Sistemi
Özel	Özel	Özel	Özel Sağlık Sistemi

**Kaynak:** Böhm ve ark., 2013.

Olası sağlık sistemi türlerine göre 30 OECD ülkesinin incelenmesi sonucunda ortaya çıkan 5 sağlık sistemi türü Tablo 12’de listelenmiştir.

**Tablo 12.** OECD Sağlık Sistemleri Türleri ve Ülkeler

Ulusal Sağlık Sistemi	Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi	Sosyal Sağlık Sistemi	Devletçi Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi	Özel Sağlık Sistemi
Birleşik Krallık Danimarka Finlandiya İspanya İsveç İzlanda Norveç Portekiz	Avustralya İrlanda İtalya Kanada Yeni Zelanda	Almanya Avusturya İsviçre Lüksemburg	Belçika Çekya Estonya Fransa Güney Kore Hollanda İsrail Japonya Macaristan Polonya Slovakya	ABD

**Not:** Slovenya, bu beş tip sağlık sistemi dışında özgün bir durumda bulunmaktadır. Bu nedenle Sosyal Tabanlı Karma Model olarak adlandırılmaktadır.

**Kaynak:** Böhm ve ark., 2013.

## 2. SONUÇ VE ÖNERİLER

**İlgili** literatür incelendiğinde, sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmalar genel olarak iki ana yaklaşım üzerinden gerçekleştirilmektedir. Bunlardan ilki, teorik bir yaklaşımla sağlık sistemlerinin sınıflandırıldığı tümdengelim yöntemini uygulayan çalışmalardır. İkincisi, ülkelerin belirli değişkenlerle nicel veriler ve istatistiksel yöntemlerle desteklendiği, tümevarım yöntemini uygulayan çalışmalardır. Bu çalışmalarda sağlık sistemleri mülkiyet ilişkileri, devlet müdahaleleri, finansman, hizmet sunumu ve düzenleme gibi değişkenler üzerinden incelenmekte ve sınıflandırılmaktadır.

Sağlık sistemlerinin birbirleriyle benzerlikler veya farklılıklar göstermesinde ülkelerin siyasal ve ekonomik tercihleri belirleyici olabilmektedir. Bu tercihler sağlık sisteminin planlanması, organizasyonu ve düzenlenmesinde niteliksel farklılıklar oluşturmaktadır. Bu niteliksel farklılıkların, nicel verilerle desteklenerek ortaya çıkarılması ve analiz edilmesi sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik çalışmaların temel amacıdır. Bu nedenle, özellikle ülkeler arasında karşılaştırılabilir verilerin son yıllarda artması daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılmasına olanak sağlamaktadır.

Türkiye, sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik karşılaştırmalı çalışmalarda yeterli düzeyde yer almamaktadır. Bunun nedeni olarak da karşılaştırılabilir veri eksikliği neden olarak gösterilmektedir. Bu nedenle özellikle gelecekte gerçekleştirilecek sağlık sistemleri sınıflandırılması çalışmalarında Türkiye’nin yer alabilmesi için sağlık sistemi ile ilgili verilerin uluslararası düzeyde standardize edilmiş ve karşılaştırılabilir olması gerekmektedir.

## KAYNAKÇA

- Anderson, O.W. (1963) Medical care: its social and organizational aspects. Health services systems in the United States and other countries. *New England Journal of Medicine*, **269**: 839–843, DOI: 10.1056/NEJM196310172691605.
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. and Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, **113**(3), 258-269.
- Demirci, H. (2019). Farklı Siyasal Rejimler ve Refah Sistemleri Bağlamında Tüm Yönleriyle ABD-Küba-Türkiye Sağlık Sistemi ve Uygulaması, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Field, M.G. (1973). The concept of the “health system” at the macrosociological level. *Social Science & Medicine* (1967), **7**(10): 763-785.
- Freeman, R. and Frisina, L. (2010). Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis*, **12**

(1-2): 163-178.

Frenk, J. and Donabedian, A. (1987). State intervention in medical care: types, trends and variables, *Health Policy and Planning*, **2** (1): 17–31.

Reibling, N. (2010). Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access. *Journal of European Social Policy*, **20**(1): 5-18.

Reibling, N., Ariaans, M. and Wendt, C. (2019). Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy*, **123**(7): 611-620.

Roemer, M.I. (1993). National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, **14**(1): 335-353.

Rothgang, H., Cacace M., Grimmeisen, S. and Wendt, C. (2005). The changing role of the state in healthcare systems. *European review*, **13**(5): 187-212.

Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems. A comparative analysis of financing, service provision, and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, **19**(5): 432–45.

Wendt, C. (2014). Changing healthcare system types. *Social Policy & Administration*, **48**(7): 864-882.

Wendt, C., Frisina, L. and Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: A conceptual framework for comparison, *Social Policy & Administration* **43**(1): 70–90.