

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİMDALI**

**OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİNE
İLİŞKİN ETKİNLİK ANALİZLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Eda KOÇAK

Ankara, 2014

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİMDALI**

**OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİNE
İLİŞKİN ETKİNLİK ANALİZLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Eda KOÇAK

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Fazıl GÖKGÖZ

Ankara, 2014

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİMDALI

OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİNE
İLİŞKİN ETKİNLİK ANALİZLERİ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fazıl GÖKGÖZ

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

Prof. Dr. Yalçın KARATEPE

Prof. Dr. Güray KÜÇÜKKOCAOĞLU

Doç. Dr. Fazıl GÖKGÖZ

İmzası


Tez Sınavı Tarihi: 24.12.2014

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (24/12/2014).

Tezi Hazırlayan Öğrencinin
Adı ve Soyadı


Eda KOÇAK

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜR	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık ve Temel Sağlık Hizmeti Kavramları	3
1.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Özellikleri.....	4
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Amacına Göre Sınıflandırılması	6
1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	6
1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	9
1.1.3. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Temel Özellikleri	9
1.1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Talep Yönü.....	10
1.1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Arz Yönü.....	11
1.2. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Sınıflandırılması	12
1.2.1. Milton I. Roemer'in Sınıflandırmasına Göre Ülke Sağlık Sistemleri.....	13
1.2.1.1. Serbest Piyasa Tipi Özellikli Sağlık Sistemleri.....	13
1.2.1.2. Refah Yönelimli Tipteki Sağlık Sistemleri	14
1.2.1.3. Kapsayıcı (Bütüncül) Tipteki Sağlık Sistemleri.....	15
1.2.1.4. Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri.....	16
1.2.2. Milton I. Roemer Sonrası Ülke Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına Yönelik Yaklaşımlar	16

1.3. Sağlık Sistemlerinin Etkinlik göstergeleri Açısından Karşılaştırılması.....	21
1.3.1. Ekonomik Açıdan Sağlık Göstergeleri.....	22
1.3.2. Sağlık Durumu Göstergeleri.....	25
1.3.3. Sağlık İşgücü Göstergeleri ve Hizmet Kaynakları Açısından Ülkeler.....	28
1.4. Uluslararası Sağlık Kuruluşları ve Anlaşmalar.....	31
1.4.1. WHO (World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü)	31
1.4.2. UNICEF (United Nations International Childrens Emergency Fund- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)	34
1.4.3. UNESCO (United Nations Education Scientific and Cultural Organizations- Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu)	36
1.4.4. FAO (Food and Agricul Tural Organization of The United Nations-Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü).....	38
1.4.5. ILO (International Labour Organization-Uluslararası Çalışma Örgütü)	38
1.4.6. UNEP (Unites Enviornment Programme-Birleşmiş Milletler Çevre Programı).....	39
1.4.7. UNDP (United Devolving Programme-Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı).....	40
1.4.8. UNFPA (United Nation Fund For Population Activities-Birleşmiş Milletler Nüfus Etkinlikleri Fonu)	41
1.4.9. Uluslararası Kızılhaç Örgütü (International Committee of The Red Cross)	41
1.4.10. UNDRO (Office of The United Nations Dirsaster Relief Coordinator-Birleşmiş Milletler Afetzedeler Yardım Kuruluşu).....	42
1.4.11. Kızılay	42
1.5. OECD Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Sistemlerinin İşleyişi.....	43
1.5.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi	44
1.5.2. Almanya Sağlık Sistemi	49
1.5.3. Avustralya Sağlık Sistemi	50
1.5.4. Avusturya Sağlık Sistemi	52
1.5.5. Belçika Sağlık Sistemi	53

1.5.6. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi.....	56
1.5.7. Çek Cumhuriyeti Sistemi	59
1.5.8. Danimarka Sağlık Sistemi	60
1.5.9. Estonya Sağlık Sistemi	62
1.5.10. Fransa Sağlık Sistemi	64
1.5.11. Finlandiya Sağlık Sistemi.....	66
1.5.12. Hollanda Sağlık Sistemi	67
1.5.13. İrlanda Sağlık Sistemi	69
1.5.14. İspanya Sağlık Sistemi	70
1.5.15. İsrail Sağlık Sistemi	72
1.5.16. İsveç Sağlık Sistemi	74
1.5.17. İsviçre Sağlık Sistemi.....	76
1.5.18. İtalya Sağlık Sistemi.....	77
1.5.19. İzlanda Sağlık Sistemi	78
1.5.20. Japonya Sağlık Sistemi.....	80
1.5.21. Kanada Sağlık Sistemi	82
1.5.22. Güney Kore Sağlık Sistemi	85
1.5.23. Lüksemburg Sağlık Sistemi	87
1.5.24. Macaristan Sağlık Sistemi.....	88
1.5.25. Meksika Sağlık Sistemi	90
1.5.26. Norveç Sağlık Sistemi	91
1.5.27. Polonya Sağlık Sistemi.....	93
1.5.28. Portekiz Sağlık Sistemi	93
1.5.29. Slovakya Sağlık Sistemi.....	95
1.5.30. Slovenya Sağlık Sistemi.....	96
1.5.31. Şili Sağlık Sistemi	98
1.5.32. Türkiye Sağlık Sistemi	99
1.5.33. Yeni Zelanda Sağlık Sistemi	102
1.5.34. Yunanistan Sağlık Sistemi	103

İKİNCİ BÖLÜM

VERİ ZARFLAMA ANALİZİ

2.1. Etkinlik Kavramı ve Türleri	105
2.1.1. Teknik Etkinlik ve Tahsis Etkinliği	105
2.1.2. Toplam Etkinlik ve Ölçek Etkinliği	107
2.2. Veri Zarflama Analizi Yöntemi	109
2.2.1. Yöntemin Doğuşu ve Kullanım Alanları	110
2.2.2. Yöntemin Uygulanmasında İzlenen Süreç	111
2.2.2.1. Karar Verme Birimlerinin Seçilmesi.....	112
2.2.2.2. Girdi ve Çıktıların Seçimi	112
2.2.2.3. Verilerin Güvenilirliği ve Göreli Etkinlik Ölçümü	113
2.2.2.4. Sonuçların Değerlendirilmesi	114
2.2.3. Genel VZA Modelleri	114
2.2.3.1. Ölçeğe Göre Sabit Getiri Varsayımına Dayanan Charnes Cooper Rhodes (CCR) Modeli	114
2.2.3.2. Ölçeğe Göre Değişken Getiri Varsayımına Dayanan Banker Charnes Cooper (BCC) Modeli	117
2.3. Sağlık Alanında Veri Zarflama Analizi Uygulamaları	119

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK ALANINDA VERİ ZARFLAMA ANALİZİ UYGULAMALARI

3.1. Amaç – Veri – Yöntem	127
3.2. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizleri.....	130
3.2.1. 2011 Yılına İlişkin CCR Modeli Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizi Sonuçları.....	131
3.2.2. 2011 Yılına İlişkin BCC Modeli Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizi Sonuçları.....	133
3.2.3. 2011 Yılına İlişkin Sağlık Harcamalarına Ait Ölçek Etkinliği ve Gelişme Oranları Analiz Sonuçları	135

3.2.4. 2012 Yılına İlişkin CCR Modeli Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizi Sonuçları.....	139
3.2.5. 2012 Yılına İlişkin BCC Modeli Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizi Sonuçları.....	140
3.2.6. 2012 Yılına İlişkin Sağlık Harcamalarına Ait Ölçek Etkinliği ve Gelişme Oranları Analiz Sonuçları	142
3.3. OECD Ülkeleri Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına Dair Hizmet Etkinlik Analizi	145
3.3.1. 2011 Yılına İlişkin CCR Modeli Sağlık İşgücü Ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Analizi Sonuçları.....	147
3.3.2. 2011 Yılına İlişkin BCC Modeli Sağlık İşgücü Ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Analizi Sonuçları.....	149
3.3.3. 2011 Yılına İlişkin Sağlık İşgücü Ve Kaynak Kullanımına Ait Ölçek Etkinliği ve Gelişme Oranları Analiz Sonuçları	151
3.3.4. 2012 Yılına ilişkin CCR Modeli İşgücü ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Analizi Sonuçları	156
3.3.5. 2012 Yılına İlişkin BCC Modeli Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin Etkinlik Analizi Sonuçları.....	158
3.3.6. 2012 Yılına İlişkin Sağlık İşgücü Ve Kaynak Kullanımına Ait Ölçek Etkinliği ve Gelişme Oranları Analiz Sonuçları	160
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	165
KAYNAKÇA	173
ÖZET.....	184
ABSTRACT	185

TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimi ders dönemim ve tez çalışmalarım süresince her zaman olumlu tavırlarıyla bana yön veren ve her konuda benden desteğini esirgemeyen değerli hocam, tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Fazıl GÖKGÖZ'e tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Ayrıca lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca aldığım dersleri aracılığıyla engin bilgilerini aktararak akademik gelişimime zengin bilgi kaynağı sunan tüm Ankara Üniversitesi hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Onlarla geçirmem gereken zamanları tez çalışmalarına ayırdığım için ufacık bir sitem göstermeyen ve her zaman yaptığım her işte beni destekleyen en kıymetli varlığım aileme sonsuz teşekkür ediyorum.

Tez çalışmalarım süresince desteğini bir an olsun benden esirgemeyen sevgili meslektaşım Dr. Mehmet Güray ÜNSAL'a içten dostluğu ve yardımları için teşekkür ediyorum

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACA	: Affordable Care Act (Ekonomik Bakım Yasası)
AIHW	: Australian Institute of Health and Welfare (Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü)
BCC	: Banker Charnes Cooper
BM	: Birleşmiş Milletler
CCR	: Charnes Cooper Rhodes
DRG	: Diagnosis Related Groups -Teşhisle İlgili Gruplar
FAO	: Food and Agriculture Organisation of the United Nations (Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü)
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
HC-SC	: Health Canada- Sante Canada (Kanada Sağlık)
ILO	: International Labour Organisation (Uluslararası Çalışma Örgütü)
INAMI	: Institut National d'Assurance Maladie Invalidite- Belgium Health Insurance Agency (Belçika Sağlık Sigortası Kurumu)
INSALUD	: Instituto Nacional de la Salud- İspanya Ulusal Sağlık Enstitüsü
KBGSYİH	: Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
MS	: Multiple Skleroz –Beyin ve Omurilikle İlgili Bağışıklık Hastalığı
OECD	: Organisation for Economic Cooperation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
SB	: T.C. Sağlık Bakanlığı
SHA	: Strategic Health Authorities- Stratejik Sağlık İdareleri
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
UN	: United Nations (Birleşmiş Milletler)
UNCED	: United Nations Conference on Environment and Development (Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı)
UNCTAD	: United Nations Conference on Trade and Development (Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı)

- UNEP** : United Nations Environment Programme (Birleşmiş Milletler Çevre Programı)
- UNESCO** : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu)
- USH** : Ulusal Sağlık Hizmeti
- VZA** : Veri Zarflama Analizi
- WB** : World Bank (Dünya Bankası)
- WHO** : World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1. Sağlık Alanında Etkinlik Ölçümüne ilişkin Literatür Özeti.....	120
Tablo 2.1. Sağlık Alanında Etkinlik Ölçümüne ilişkin Literatür Özeti.....	121
Tablo 3.1. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları OECD Ortalaması Üstünde Olan Ülkeler (ABD\$)	128
Tablo 3.2. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları OECD Ortalaması Altında Olan Ülkeler (ABD\$)	128
Tablo 3.3. Sağlık Harcama Etkinliği Ölçümü için Veri Zarflama Analizinde Kullanılan Girdi-Çıktı Değişkenleri.....	129
Tablo 3.4. Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanım Etkinliği Ölçümü için Veri Zarflama Analizinde Kullanılan Girdi-Çıktı Değişkenleri.....	129
Tablo 3.5. 2011 Yılına ait veri setine ilişkin Sağlık Harcamaları Etkinlik Ölçümü İçin Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin İstatistiksel Bilgileri.....	130
Tablo 3.7. 2011 Yılı için OECD Grup 1 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	132
Tablo 3.8. 2011 Yılı için OECD Grup 2 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	133
Tablo 3.9. 2011 Yılı için OECD Grup 1 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	134
Tablo 3.10. 2011 Yılı için OECD Grup 2 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	135
Tablo 3.11. 2011 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin Ölçek Etkinliği Analiz Sonuçları	136
Tablo 3.12. 2011 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin CCR Modeline Göre Gelişme Oranları	137
Tablo 3.13. 2011 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin BCC Modeline Göre Gelişme Oranları	138
Tablo 3.14. 2012 Yılı için OECD Grup 1 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	139

Tablo 3.15. 2012 Yılı için OECD Grup 2 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	140
Tablo 3.16. 2012 Yılı için OECD Grup 1 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	141
Tablo 3.17. 2012 Yılı için OECD Grup 2 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	142
Tablo 3.18. 2012 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin Ölçek Etkinliği Analiz Sonuçları	143
Tablo 3.19. 2012 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin CCR Modeline Göre Gelişme Oranları	144
Tablo 3.20. 2012 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin BCC Modeline Göre Gelişme Oranları	145
Tablo 3.21. 2011 Yılına Ait Veri Setine İlişkin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Ölçümü için Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin İstatistiksel Bilgileri.....	146
Tablo 3.22. 2012 Yılına Ait Veri Setine İlişkin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Ölçümü için Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin İstatistiksel Bilgileri.....	147
Tablo 3.23. 2011 Yılı için OECD Grup 1 Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	148
Tablo 3.24. 2011 Yılı için OECD Grup 2 Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	149
Tablo 3.25. 2011 Yılı için OECD Grup 1 Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	150
Tablo 3.26. 2011 Yılı için OECD Grup 2 Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	151
Tablo 3.27. 2011 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin Ölçek Etkinliği Analiz Sonuçları	152
Tablo 3.28. 2011 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin CCR Modeline Göre Gelişme Oranları.....	153
Tablo 3.29. 2011 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin BCC Modeline Göre Gelişme Oranları.....	155

Tablo 3.30. 2012 Yılı için OECD Grup 1 Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	157
Tablo 3.31. 2012 Yılı için OECD Grup 2 Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	158
Tablo 3.32. 2012 Yılı için OECD Grup 1 Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	159
Tablo 3.33. 2012 Yılı için OECD Grup 2 Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları	160
Tablo 3.34. 2012 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin Ölçek Etkinliği Analiz Sonuçları	161
Tablo 3.35. 2012 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin CCR Modeline Göre Gelişme Oranları.....	162
Tablo 3.36. 2012 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin BCC Modeline Göre Gelişme Oranları.....	163

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1.1. Milton I. Roemer'in Kategorileri için Pazar Odaklı Reformların Sonuçları.....	20
Şekil 2.1. Teknik Etkinlik ve Tahsis Etkinliği.....	107
Şekil 2.2. Etkin Üretim Yüzeyi.....	108

GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No

Grafik 1.1. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamaları GSYİH Oranı	23
Grafik 1.2. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamalarının Artış Hızı.....	24
Grafik 1.3. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları	25
Grafik 1.4. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Bebek Ölüm Oranları	27
Grafik 1.5. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri	28
Grafik 1.6. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Doktor Sayıları	29
Grafik 1.7. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Hemşire Sayıları	29
Grafik 1.8. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Hastane Yatak Sayıları	30

GİRİŞ

Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu tanım neticesinde sağlık insanoğlunun sahip olduğu en önemli, en kıymetli değerdir. Hayatın her evresinde sağlıklı olmak insan için önemli olmuştur. Sağlık koşulları iyi olmadan bireyin yaşamını sağlıklı sürdürmesi mümkün değildir. Sağlık, bireysel olarak ele alındığı gibi sağlıklı toplum da güçlü ve gelişmiş devletlerin yaşamlarını sürdürebilmelerinin en önemli faktördür. Sağlıklı toplumları oluşturmak insanların ve devletlerin ortak hedefidir. Sağlık toplumsal ve bireysel hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır. Toplumların en önemli zenginliği sağlıklı ve iyi yetişmiş insan gücüdür. Bu yüzden toplumu oluşturan bireylerin sağlıklarını korumaya veya iyileştirmeye yönelik çalışmalar toplumsal refahı artıracak bir etken olarak görülürse sağlığın önemi devletler için bir kat daha artmaktadır. Sağlık ve sağlık hizmetleri bir ülkenin kalkınmışlık ve gelişmişlik seviyesini belirleyen en önemli toplumsal hizmetlerin başında gelir. Sonuçta sağlık hizmetleri insana yapılmış yatırımdır. Artık günümüzde devletlerin sağlık hizmetlerine yaptığı yatırımlar devletlerin bireylerine yaptıkları yatırımları ifade etmektedir ve bu yatırımlar da gelişmişlik göstergesi olarak görülmektedir ve o devletlerin bireylerine verdiği değeri yansıtmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin kamusal hizmet olarak tanımlanmasına ve devlet eliyle sunulması gereken hizmet olarak değerlendirilmesine sebep olmuştur. Bu nedenle, gerek sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynakların sağlanması gerekse kısıtlı olan mali kaynakların doğru ve etkin kullanımı devletlerin sağlık politikalarının sınırını belirlemektedir ve bu noktada iktisat biliminin yardımına ihtiyaç duymaktadır.

Bu çalışmanın amacı OECD ülkelerinin sağlık hizmetleri sektörlerini incelemek ve ülkelerin sağlık sektöründe birbirlerine kıyasla hangi durumda olduklarını matematiksel programlama yoluyla belirlemek, etkin olan ve etkin olmayan ülkeleri analiz ederek, etkin olmayan ülkeler için politika önerileri sunmaktır. Bu amaçla, hazırlanan tezin birinci bölümünde sağlık hizmetinin kavramsal çerçevesi ele alınarak sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin temel özellikleri, sağlık hizmetleri piyasası ve özellikleri, ülkeler için temel sağlık

göstergeleri ve dünyada sağlık sistemlerinin sınıflandırılması gibi kavramlar açıklanmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde alan çalışmasında kullanacağımız parametrik olmayan etkinlik ölçüm yöntemlerinden çok sık kullanılan Veri Zarflama Analizi detaylı olarak anlatılmıştır. Bu kapsamda yöntemin doğuşu, kullanım alanları, teorik temelleri ve sağlık alanında yapılan yöntemin kullanıldığı öne çıkan çalışmalar yer almaktadır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise Veri Zarflama Analizi yöntemi ile OECD ülkeleri sağlık sektörleri etkinlik ölçümü yapılmaktadır. Bu amaçla ülkelerin 2011 ve 2012 yılına ilişkin sağlık sektörüne özel göstergeler kullanılarak sağlık harcamaları ile sağlık iş gücü ve kaynak kullanımına dair etkinlikleri ayrı ayrı analiz edilmiştir. Etkinlik analizleri temel veri zarflama analizi modellerinden CCR ve BCC yöntemleri üzerinden gerçekleştirilmiştir. Etkin ve etkin olmayan OECD ülkeleri belirlenerek, etkin olmayan ülkelerin etkin olabilmesi için girdilerinde yapmaları gerekli olan değişim ihtiyacına yönelik politika önerileri getirilmiştir.

Çalışmanın sonuç bölümünde ise, göreceli etkin bulunan ülkeler sahip oldukları girdi ve çıktı değişkenler olan sağlık göstergeleri dikkate alınarak yorumlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık ve Temel Sağlık Hizmeti Kavramları

Sağlık en temel insan hakkı olarak görülmelidir. Sağlıkın ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırımı gözetilmeksizin doğumla kazanılan temel bir hak olduğu ilk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-DSÖ)'nün anayasasında yer almıştır. İnsanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürebilmeleri için sağlıklı olmak birinci koşuldur. DSÖ sağlığı, “ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan iyi olma durumu” olarak tanımlanmıştır. Sağlıkın geliştirilmesi kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil eder, yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum sağlığı ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmalarını böylece kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997).

Sağlığın geliştirilmesine yönelik ulusal ve uluslararası düzeyde birçok çalışma yapılmakta, hükümetler bütüncül bir sağlık anlayışı oluşturmak için politikalar üretmektedir. Sağlık yalnızca devletin ya da sağlık profesyonellerinin sorumluluğunda da görülmez. Bu uygulamalar aynı zamanda toplumsal yarar gözetilen devlet dışı kuruluşların da sorumluluk alanı içinde tanımlanır. Bu anlamda, 1997 yılında DSÖ tarafından Jakarta'da gerçekleştirilen 4. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda sağlığa ilişkin sosyal sorumluluğun geliştirilmesi, sağlığı geliştirici yatırımları ve girişimleri artırma, sağlığa ilişkin ortaklıkları ve birleşmeleri yaygınlaştırma, sağlık sorunlarına ilişkin bireyleri güçlendirme ve sağlığı geliştirme için sağlam bir altyapı oluşturma gibi konular ele alınarak tartışılmıştır (Bulduklu ve Koçak, 2010). Bir diğer önemli hareket olan, Ottawa Sözleşmesi'nde (1999) sağlık, temel insan haklarından biri olarak ele alınmaktadır ve bu bağlamda sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik üç temel strateji

belirlenmiştir. Bunlar; yukarıda değindiğimiz gerekli sağlık koşullarının yaratılması için sağlığın desteklenmesi, insanların tam sağlık potansiyellerine erişimlerinin sağlanması ve sağlık arayışında toplumdaki farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapılmasıdır.

Sağlıklı insanların yaşadığı mutlu toplumları oluşturmak, tüm ülkelerin ve insanların en önemli hedeflerinden birisidir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ise ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fizikî çevre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, bireylerinin hayat tarzında gerekli olumlu değişikliklerin yapılması ve gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir. Bu bakış açısına göre “sağlık hizmetleri”, insanların bedenî ve ruhî yönden korunması, onarılması ve iyileştirilmesine yönelik faaliyetler olarak tanımlanabilir (Kurtulmuş, 1998:18; Yıldırım, 2004:122).

1.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden hem arzı hem de talebi açısından ayrılması sağlık hizmetleri piyasasında da farklı işleyişe neden olur. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran temel özelliklerden ilki yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfında olmasıdır. Kamusal mal olma özelliğinden, bu hizmetleri bir tüketiciye sunarken diğerlerinin de bu hizmetten fayda alması kaçınılmazdır. Sunulan sağlık hizmetlerinde bir taraftan bireysel fayda sağlanırken diğer taraftan da toplumsal fayda sağlanmaktadır. Örneğin koruyucu/önleyici tedavi hizmetlerinin faaliyetleri içinde yer alan çevrenin, hastalık doğurabilecek olumsuz faktörlerini ortadan kaldırmak için yapılan bir hizmet tüm topluma etki eder. Çevre sağlığı için bir bataklığı kurutmanın yararını herkes paylaşır, fayda tek tek bireyler arasında paylaştırılmaz. Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği “dışsallık”tır.

Bir ekonomik birim diğer ekonomik birimlerin üretim ve tüketim fonksiyonlarını etkiliyorsa bu faaliyetlerin dışsallığından söz edilmektedir. Dışsallık pozitif veya negatif olabilir. Örneğin bulaşıcı hastalıklara karşı yapılan aşılama uygulaması ile aşılanan bireyin bu hastalıklardan korunması beraberinde toplumdaki diğer bireylerin de korunmasını sağlamış olacaktır. Bu pozitif dışsallıktır. Diğer taraftan olumsuz çevre koşulları ve gelir seviyesindeki düşüklük gibi nedenlerle

sağlık hizmetinin iyi, yeterli sağlanamamış olması negatif dışsallıklara neden olacaktır (Çalışkan, 1999:17).

Sağlık hizmetleri piyasasının yapısı, iyi işleyen rekabete dayalı piyasa yapılarından oldukça farklıdır. Diğer deyişle, sağlık hizmetleri piyasası standart piyasa koşullarını yerine getirmekten uzaktır. Sağlık hizmetleri piyasası yapısı gereği “aksak rekabet” ve “eksik bilgi” özelliklerini taşır. Sağlık hizmetinin önemli bir özelliği “eksik bilgi” kavramı ile ilişkilidir. Hekim-hasta ilişkisinde tarafların sağlık sorunu ve giderilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri arasında çok büyük bir fark vardır. Hasta başka hizmetlerde pek görülmeyen ölçüde kendi gereksinimlerinin ve talebinin belirlenmesini hekime bırakmaktadır. Bu ilişkide hekim hizmeti arz eden taraf olmakla birlikte talebi belirleyen tarafta olmaktadır. Standart rekabetçi piyasalarda, çok satıcı, maksimum kara odaklanmış firmalar, iyi bilgilenmiş alıcılar, tüketicilerin malın bedelinin tamamını ödemeleri gibi nitelikler söz konusudur. Sağlık hizmetleri piyasası ise bu standart niteliklerden farklı bir şekilde şu özellikleri barındırır:

- Büyük kentler dışında sınırlı sayıda hastane,
- Çok büyük karlara odaklanamayan firmalar,
- Çoğu zaman eksik ve kötü bilgilenmiş alıcı,
- Tüketici ya da kullanıcıların çoğunlukla sahip oldukları sigorta vb. nedeniyle maliyetlerin tamamına katlanmaması (Altay, 2007:33).

Sağlık hizmetleri talebi ertelenemez niteliktedir. Çünkü bireyin sağlık bakım talebi için hastaneye başvurusu zaten birtakım hastalık belirtileri neticesinde gerçekleşir. Çoğu durumda da acilen karşılanması gerekir. Kişiye ağrı acı veren, sağlığını tehlikeye düşüren, düşürecek olan sağlık hizmetlerinin talebi ertelenmez ve ertelenmemelidir. Çünkü bu durum bireyi sakatlayabilir, ölümüne yol açabilir. Sağlık hizmetleri talebi önceden kestirilemez ve düzensizdir. Hastalık durumundan iyileşme durumuna geçişte süre belirsizdir önceden tahmin edilemez. Diğer mallara yönelik bilgimiz daha önceden tüketmiş olma imkanıyla daha belirgindir ancak sağlık bakım hizmetlerinde bu durum belirsizdir. Diğer yandan günlük yaşantımızda bir mal ya da hizmet yerine değiştirerek rahatça başkasını almamız söz konusu iken sağlık hizmetlerinde bu durum geçerli değildir. Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur.

Örneğin bir hastaya kalp ameliyatı yapılacaksa daha ucuz diye mide ameliyatı yapılamaz.

Sağlık hizmetlerinin kapsamını ve boyutunu hizmeti alan değil hekim belirler. Örneğin bir ameliyat yapılacaksa hizmeti alan su kadar parça alın şeklinde bir talepte bulunamaz, kendi tedavisini düzenleyemez. Hekim çoğu kez tıp bilimi doğrultusunda kararlar vererek hizmet sunar (Tokalaş, 2006:15). Yukarıda da değindiğimiz gibi, hekim talep yaratma ve talebi yönlendirme açısından büyük bir güce sahiptir. Hekim bu güç aracılığıyla sunulan hizmetin kapsamını gereğinden fazla genişletip harcama düzeyini yukarı doğru itme olanağına sahiptir. Sağlık hizmetlerinde devletin önemli bir yeri vardır. Bu durum tabii ki sağlık hizmetlerine bakış açısıyla ilgilidir. Ancak genel olarak çoğu sağlık sisteminin işleyişinde devlete özel bir görev yüklenmektedir. Çünkü sağlık hizmetinin tümüyle piyasaya bırakılması demek, bundan yararlanmanın gereksinime göre değil, satın alma gücüne göre belirlenmesi demek olacaktır. Bu da gelir ve servet farklarına göre büyük eşitsizlikler yaratacağı gibi, düşük gelirli kesimlerin bazı hizmetlerden hiç yararlanamaması sonucuna yol açacaktır.

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Amacına Göre Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin temel amacı kişilerin ve toplumun sağlığını korumak, hastalıkların oluşumuna engel olmaktır. Bu amaçla yürütülen hizmetlerin ilk aşaması koruyucu/ tedbir alıcı sağlık hizmetleridir. Tabii ki herkesi hastalıktan korumak mümkün olmadığından ikinci aşama olan, hastalıkların tedavi hizmetlerine geçilir. Tedavi süreci boyunca ölümler veya sakatlanmalar yaşanmaktadır, sakat kalanların başkalarına muhtaç olmadan hayatlarını idame ettirebilmeleri için rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerini koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç başlık altında inceleyebiliriz.

1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla

önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir" (Altay, 2007:34). Toplum sağlığı için bir bireyin dahi hastalık ihtimali azaltılırsa toplumun hastalık ihtimali azaltılmış olur. Buradan hareketle koruyucu sağlık hizmetleri hem kişilerin sağlığını hem de içinde yaşanılan çevreyi korumaya yönelik alınması gereken birçok tedbiri içermektedir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık uygulamaları doktor, hemşire, ebe gibi sağlık uzmanları tarafından yürütülen bağışıklama, yetersiz beslenmeyi önleme, aile planlaması, ilaçla koruma, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi vb. temel hizmetlerdir. Çevreye yönelik hizmetlerin amacı ise insanların etkilenebileceği çevresel fiziksel, biyolojik, kimyasal olumsuz faktörleri yok ederek, düzelterek insan sağlığını korumaktır. Bu hizmetler kapsamında atıkların zararsız hale getirilmesi, çevre kirliliğinin önlenmesi, temiz su temini vb. hizmetler sayılabilir (Çilingiroğlu, 1995:376; Çalışkan, 1999:11).

Avrupa Birliği hem insan sağlığının en yüksek düzeyde korunması hem de kaynakların verimli kullanımı ilkesini benimsemiştir. Bu nedenle kişileri daha hastalanmadan korumaya yönelik uygulanan koruyucu hizmetler, onları, hastalığın getireceği hasardan ve acılardan koruduğu gibi, tedavi edici hizmetlere göre daha etkili, kolay ve daha ucuzdur. Bu nedenle de gerek insanların/toplumun sağlık düzeyinin daha yüksek olması için ve gerekse kaynakların daha verimli ve etkili kullanımı açısından sağlık sektöründe koruyucu hizmetlere öncelik ve ağırlık verilmesi daha akılcıdır (Akdur, 2006:18).

Koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmaktadır. Çünkü bu gruba giren hizmetlerin faydası tüm topluma ait olan bölünemeyen mal ve hizmet niteliğindedir. Örneğin sağlığa zararlı boyutta bir çevre (hava ya da su) kirlenmesinin önlenmesi amacıyla atılan adımların yararı kişilere tek tek sunulamaz, herkes eşanlı olarak yararlanır. Böyle bir hizmetin yararını fiyat karşılığında sunmak ve fiyat ödemeyenleri dışlamak olanaksızdır. Dolayısıyla bu tür "bölünemeyen hizmet" niteliğindeki sağlık hizmetleri devletçe üretilmek zorundadır, aynı nedenle bu hizmetlerin maliyetlerinin kamusal finansmanla karşılanması zorunludur (Şenatalar, 2003:26).

1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık riskinin ortaya çıkmasıyla başlayıp kişi sağlığına kavuşuncaya kadar yapılan tüm uygulamaları içine alır.

- i) Birinci basamak tedavi hizmetleri,
- ii) İkinci basamak tedavi hizmetleri,
- iii) Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak kendi içinde gruplandırılır.

Birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde ve ayakta tedavi kapsamında olup, hastanede yatmadan yürütülür. Bu tür hizmetler yataksız tedavi kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada yürütülür. Bu hizmetleri veren birimlere de birinci basamak sağlık birimi/kuruluşu adı verilmektedir.

İkinci basamak tedavi edici hizmetler hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesidir. Bu hizmetleri veren genel hastanelere de ikinci basamak tedavi kuruluşu/birimi denmektedir. Hastaneler 50-100 yataklı ve 3-4 uzman hekimin çalıştığı hastaneler olabileceği gibi, tam teşekküllü hastaneler de olabilir.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri genellikle özel bir alanda uzman hastanelerde ya da eğitim hastanelerinde yürütülür. Konusunda gelişmiş teknolojiyle ve üst düzeyde uzmanlaşmış personelle donanmış olan yataklı tedavi kuruluşlarına üçüncü basamak sağlık birimi/kuruluşu adı verilmektedir. Bu tür hastanelere özel bir yaş grubuna hizmet sunan çocuk hastalıkları hastanesi, cinsiyete göre doğum hastaneleri ya da hastalığın türüne göre verem, ruh ve akıl hastalıkları, onkoloji hastaneleri vb hizmet veren hastaneleri örnek verebiliriz.

Tedavi edici hizmetlerin hem etkili ve ekonomik olması hem de hizmet alanlar ile hizmet verenlerin hoşnut olduğu bir ortamda üretilebilmesi için, mutlaka yukarıda verilen basamaklar halinde, kademeleşmiş olması ve bu basamaklar arasında iyi bir sevk zincirinin bulunması gerekir (Akdur, 2006:19).

1.1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

“Rehabilitasyon, kaza, savaş, doğal afetler gibi önceden tahmin edilebilmesi mümkün olmayan insanların sakat kalmasına sebep olan veya çalışma güçlerini, motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrasında hastaların topluma kazandırılması ve böylece bireylerin ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmesini sağlamaya yönelik tüm hizmetleri kapsar.” İki türü vardır:

- *Tıbbi Rehabilitasyon:* Fiziksel olarak meydana gelen organ kaybı gibi durumlarda uygulanan bir yöntemdir.
- *Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon:* Sakatlık nedeniyle eski işini yapamayanlara ya da başka nedenlerle belli bir işte çalışamayanlara iş bulma, işi öğretme ve bulunan mesleğe uyum sağlama yönünde yapılan her türlü hizmettir.

1.1.3. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Temel Özellikleri

Sağlık ekonomisi analizleri yapılırken ekonominin temel kavramlarından olan arz ve talepten yararlanır. “Talep -fiyat dışında- talebi etkileyen tüm faktörler sabit iken, belirli bir fiyatla satın alınmak istenen miktarlar arasındaki ilişkiyi verir.” Arz ise, üreticilerin belirli bir zamanda, çeşitli fiyatlardan satmak üzere piyasaya sundukları miktarlar olarak tanımlanabilir. Talep ve arzın kesiştiği bir noktada piyasa dengelenmiş olur. Sağlık hizmetlerinde de arz ve talebin kesişmesi, sağlık hizmetinin denge fiyat ve miktarının belirlenmesine sebep olur. Sağlık alanında üretilen hizmet arzının çeşitli nedenlerden dolayı azalması ya da çoğalması, sağlık piyasasındaki denge noktalarını değiştirebilir ve yeni bir dengenin oluşmasına neden olur. Denge noktasında sağlık hizmetlerinden faydalananlar, her zaman için faydalarını maksimize etmeye çalışırlar. Sağlık hizmetleri toplam fayda eğrisi, tüm sağlık ekonomisine uygulanabileceği gibi sağlığın alt birimlerine örneğin, dişçilik, cerrahi hizmetler vb. gibi hizmetlere de uygulanıp toplam faydanın maksimize edildiği noktalar bulunabilir (Aktan, 2001:1486).

1.1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Talep Yönü

Sağlık hizmetlerine olan talep ile ekonomi literatüründe tanımlanan talep farklılık göstermektedir. Bunun nedeni yine sağlık hizmetleri piyasasının özelliklerinden dolayıdır. Normal mal ve hizmet piyasalarında tüketicilerin tatmin düzeyi hemen hemen aynı tatmin düzeyine ulaşırken sağlık hizmetleri tüketiminde tatmin düzeyi bireylere göre büyük farklılıklar gösterebilir. Sağlık hizmetlerine her zaman ihtiyaç vardır. Fakat toplumumuzun geleneksel bazı özelliklerinden ve sağlık bilincinin yeterince gelişmemesinden dolayı sağlık hizmetine olan ihtiyaç, sağlık hizmeti talebine her zaman dönüşmemektedir. Örneğin başı ağrıyan birinin bu ağrıyla yaşamaya alışması ve tedavi için herhangi bir yola başvurmaması ya da yaşlıların çözümlenebilecek sorunları olduğu halde bunu yaşlılığın bir sonucu olarak görmeleri nedeni ile herhangi bir tedaviye başvurmamaları gibi çeşitli ihtiyaçların talebe dönüşmemesi sayılabilir. Bazen de hekimlerin istismarları ile ya da hastalık hastası olan kişilerin görünürde talep olan başvuruları gerçek bir talebi ortaya koymayabilir. Dolayısıyla da sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan girdiler (birbiri ile ikame edilebilen), talebinden bağımsız olarak incelenilmemelidir (Avcı, 1997:30-31).

Sağlık bakımı hizmetleri piyasasında kişiler kendi isteklerine göre bağımsız olarak mal ve hizmet satın alamazlar. Doktorlar hastalar adına mal ve hizmet alımına karar vermektedir. Dolayısıyla sağlık mal ve hizmetleri talebi türetilmiş bir talep niteliğindedir. Doktor aldığı tıp eğitimi doğrultusunda, hastanın ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini belirler. Sağlık hizmetlerinin talebini doktorlar belirler. Kısacası bireyler hasta olarak; doktor, hemşire, sağlık kuruluşu, medikal kuruluşlar ile ilaç firmaları karşısında bağımlı durumdadır. Sağlık hizmetlerine olan talebin ne zaman ve ne şekilde olacağının önceden belirlenememesi ve ertelenemez olması gibi faktörler sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın tam olarak bilinmemesine sebep olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin talep yapısı farklılaşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinin anlatıldığı kısımda belirttiğimiz gibi sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Mal ve hizmetler arasında tercih yapma şansımız olmadığından talep esneklikleri düşüktür. Tüketicinin gelirinde meydana gelecek herhangi bir artış ya da azalış talep edilen miktarda hiç bir değişiklik

yapmayacak ya da çok az bir değişikliğe neden olacaktır. Talebin fiyat ve gelir esneklikleri düşüktür. Örneğin kanser, kalp ve böbrek hastalıkları gibi hastalıkların tedavisinde karşılaşılan fiyat ve kişinin geliri ne olursa olsun bu hastalıkların tedavisinden vazgeçmek olanaksızdır. Bu tür sağlık hizmetlerinin miktarı, hizmetin fiyatından ve kişinin gelirinden etkilenmemektedir (Çalışkan, 1999:14). Ancak bir kısım sağlık hizmetlerinin talebi de gelir artışına ve bireylerin zevk ve tercihlerine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Estetik operasyonları örnek verebiliriz. Bu tür hizmetlerde talebin gelir esnekliği yüksek olmaktadır.

1.1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Arz Yönü

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğü, hükümet politikaları, finansman yöntemleri, öngörülen sağlık sisteminin yapısı gibi faktörlere bağlıdır. Sağlık hizmetleri arzının düzeyini, miktarını, kalitesini ve dağılımını belirleyen iki temel faktör vardır. Bunlar sağlık sektörü içinde yer alan sağlık personeli ve sağlık mal ve hizmetlerini üreten sağlık üretim birimleridir.

Sağlık mal ve hizmetlerinde ulusal veya uluslararası monopoller vardır. Sağlık hizmetleri piyasasına girebilmek için belirli nitelikleri taşımak gereklidir. Örneğin en basiti hizmet arz edebilmek için diploma sahibi olmak zorunluluğu gibi. Belirli kuruluşlardan izin almak (ilaç ruhsatı almak gibi) ve yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından belirlenen asgari fiyat tarifelerine uymak gibi zorunluluklar piyasaya girişı zorlaştırmaktadır. Sağlık sektöründe arzın arttırılması ancak var olan kapasitenin arttırılması ya da yeni yatırımların yapılması ile mümkün olabilmektedir. Bu da çok yüksek maliyetlere katlanmak demektir. Ayrıca kısa dönemde sağlık sektörünün üretim olanakları da arttırılamaz. Çünkü sağlık personelinin eğitimi, altyapı yatırımlarının uzun zaman alması gibi etkenler kısa dönemde üretim olanaklarının arttırılmasını mümkün kılmamaktadır. Sağlık hizmetleri arzının belirlenmesinde hükümetler, idareler ve bunların aldıkları kararlar etkilidir (Tokalaş, 2006:32).

1.2. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Sınıflandırılması

Bir ülkenin sağlık sistemi büyük ölçüde o ülkenin siyasi, ekonomik ve sosyal yapılarının bir fonksiyonudur. Her ülkenin sağlık sistemi kendi tarihine, kültürüne, ekonomik kalkınmasına, hakim politik ideolojiye, nüfusun demografik özelliklerine, tıbbi bilgi ve teknolojisine bağlıdır. Ayrıca uluslararası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sisteminin finansman ve hizmet sunumunun şekillenmesinde doğrudan ya da dolaylı yoldan etkindir (Roemer, 1993). 1990'lı yıllardan bu yana sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına yönelik birçok çalışma yapılmıştır. En eski çalışmalardan Evang'ın (1960) çalışması öne çıkanlardan biridir. Evang sağlık sistemlerini Batı Avrupa Tipi, Amerika Tipi, Sovyet Rusya Tipi ve Gelişmiş Ülkeler Tipi olarak incelemiştir.

Field (1973) sağlık sistemlerini çoğulcu sağlık sistemleri (örn. ABD), sağlık sigortası sistemi (örn. Fransa), sağlık hizmetleri sistemi (örn. İngiltere) ve sosyalleşmiş sağlık sistemi (örn. Eski SSCB) biçiminde gruplandırmıştır. Field (1989) bir diğer çalışmada az gelişmiş ülkeler, Korumacı Piyasa, Sigorta/Sosyal Güvenlik, Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Sosyalist Tip olarak beş grupta incelemiştir.

Terris (1978) ise sağlık sistemlerini, sosyal/kamu yardım sistemi, sağlık sigortası sistemi ve ulusal sağlık hizmetleri sistemi olarak üç grupta ele almıştır. Hsiao (1992) genel bir sınıflandırma izleyerek arz yönlü sağlık sistemleri ve talep yönlü sağlık sistemleri olarak iki grupta incelemiştir. Bu zamana kadar kullanımı en yaygın olan ve en bilinen sınıflandırma tipi Milton I. Roemer'e aittir. Roemer (1993) çalışmasında sağlık sistemlerini girişimci ve serbest sağlık sistemleri, refah yönelimli tipteki sağlık sistemleri, genel ve kapsayıcı (bütüncül) sağlık sistemleri, sosyalist ve merkezden planlanmış sağlık sistemleri olarak dört grupta toplamıştır.

Sargutan (2004) ise sınıflandırmasında Roemer'in yaklaşımının temel unsurlarını gözeterek ülkelerin gelişmişliklerini ve gelirlerini de esas alan yeni bir sınıflandırma yaklaşımında bulunmuştur. Bu yeni sınıflandırmada ölçüt olarak ülkelerin sağlık sistemi hizmet arz ve talebinde kamu ve özel unsurların yaygın ve baskın olan durumuna göre dört ana tip (Roemer'in sınıflandırma yaklaşımı) ve ülkelerin gelişmişliklerini ve gelirlerini esas alan dört düzey esas alınmıştır.

Çalışmamızda Romer'in sınıflandırma tipi esas alınarak sağlık sistemlerinin genel işleyişi hakkında bilgi verilecektir.

1.2.1. Milton I. Roemer'in Sınıflandırmasına Göre Ülke Sağlık Sistemleri

Roemer (1991, 1993) "National Health Systems of the World" adlı kapsamlı çalışmasında sağlık sistemlerini sağlık hizmetleri piyasasına devletin müdahale sınırlamasının en az olanından, en çok olanına doğru girişimci ve serbest sağlık sistemleri, refah yönelimli tipteki sağlık sistemleri, genel ve kapsayıcı (bütüncül) sağlık sistemleri, sosyalist ve merkezden planlanmış sağlık sistemleri olarak dört grupta incelemiştir.

1.2.1.1. Serbest Piyasa Tipi Özellikli Sağlık Sistemleri

Sağlık sisteminin temel özelliği "kişisel ihtiyaçlar için doğrudan kişisel ödeme ve/veya sadece hastalık yahut genel sağlık hizmetlerini içeren isteğe bağlı ve kişisel prim ödemeli özel sigorta ağırlıklı sağlık hizmetleri talebi" olarak özetlenebilir.

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

Bu sağlık sistemi tipi, sağlık hizmetleri arz ve talebinin esas olarak serbest pazar şartlarında gerçekleştiği, yeterli olmayan kamu sektörü yanında ana unsur olarak özel sektör sağlık hizmetleri arzının ve kişisel talebin yaygın olduğu bir ortamı tanımlamaktadır. Bir taraftan sağlık hizmeti talep edenlerin, alacakları hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olamadıkları için, arz edenin kontrolüne her yönden açık ve korunmasız olduğu uygulamalardır. Hizmetin sunumu, ücreti, kalitesi, miktarı vb. üzerinde değerlendirme ve denetim olanakları çok kısıtlıdır.

Sonuç olarak, milli geliri yüksek, gelir dağılımı nispeten dengeli, yoksulları çok az, sosyal yardım etkili, toplum sağlığı hizmetleri yeterli, güçlü bir düzenleme ve denetim sisteminin çalıştığı ülkelerde uygulandığında, kişisel sağlık hizmetleri arz ve

talebinde sorunlara yol açmayabilir. İleri düzey gelişmiş ülkeler içinde bu sistemin en iyi örneği Amerika Birleşik Devletleridir (Sargutan, 2005:416).

1.2.1.2. Refah Yönelimli Tipteki Sağlık Sistemleri

“Refah Yönelimli Sağlık Sistemi” adlandırması ise, devletin, bir sosyal refah projesi olarak kabul ettiği sağlık hizmetlerini, kamu yararına/adına düzenlediği zorunlu ve primli sağlık sigortası yoluyla kişilere sağlamayı esas aldığı sağlık sistemlerini vurgulamaktadır. Bu sistemin tipik özelliği “hastalık hallerini kapsayan zorunlu, çalışan ve işveren prim ödemeli sağlık sigortası ve sosyal sigorta ağırlıklı sağlık hizmeti talebi” olarak özetlenebilir (Sargutan 2005:413).

Kanada, Japonya, Avustralya gibi Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda sağlık sistemleri refah yönelimli tiptedir. Bu sistemin ilk örneklerine 19. Yüzyıl’da rastlanır. Model, Almanya’da çok yaygın olan küçük boyutlu sağlık yardım sandıklarının 1883-1891 yılları arasında kamu denetiminde birleştirerek tüm çalışanların bunlara katılımını zorunlu kılan ve dünyada ilk hastalık, iş kazası, malullük ve yaşlılık sigortalarının kurulmasını sağlayan düzenlemelerle başlamıştır. Modelin uygulanmasını düzenleyip başlatan sosyal politika uygulamalarının öncülerinden Alman Başbakanı (Şansölye) Otto von Bismarck’ın adına atıfla ‘Bismarck Modeli’ olarak adlandırılmaktadır. Model diğer batı Avrupa ülkelerinde de Almanya ile benzer şekilde uygulanmaktadır. Birçok ülkede sağlık hizmetleri finansmanını yerel, bölgesel yönetimler yürütür. Örneğin Fransa’da kişi sağlık hizmetleri için doğrudan doktora ödeme yapmakta daha sonra ona önceden hükümet ve medikal birliklerin müzakereleri sonucu oluşturulmuş belli bir ücret geri ödeme olarak yapılmaktadır. Genellikle hizmetin %80 ini ödemekten sorumludur. Belçika, Hollanda ve Avusturya sağlık sistemlerinin de tipik işleyişi bu şekildedir (Roemer, 1993:15).

Avustralya ve Kanada’da sağlık sistemlerinin işleyişi aracı sigorta şirketleri kullanmaksızın tamamen hükümet kontrolündedir. Avustralya’nın çalışanlar için sigorta fonları kurulması gibi bir geçmişi yoktur ve sağlık sigortası yönetimi tek başına ulusal hükümet tarafından yönetilir. Kanada’da kilit yapılar bölgesel yönetimler ve federal hükümet tarafından aktarılan kısmi fonlardır. İki ülkenin de

sağlık hizmeti finansmanı için fonlar işveren, çalışan katkılarından ziyade genel vergilerden gelmektedir. Avustralya’da çoğu hastane yerel hükümetler/yönetimler tarafından finanse edilmektedir. Kanada’da ise çoğunlukla dini kuruluşlar ve gönüllü organizasyonların kontrolündedir (Roemer, 1993:15).

Sağlık kuruluşlarının ve sağlık personelinin önemli bir bölümü sağlık sigortasına hizmet verir. Sistemde görev alan sağlık personeli kamu ve özel sektörde aynı zamanda çalışabilir. Uygulamanın başarısına ve imkanlara bağlı olarak, kaynaklarda yetersizlikler ve kaynak dağılımında dengesizlikler görülebilir. Refah Yönelimli modelin, bir diğer sağlık hizmetleri güvencesi modeli olan ve kamu kaynaklarıyla ücretsiz, zorunlu sağlık güvenliği sağlamayı amaçlayan Kapsayıcı tipteki sağlık sisteminden farkı, sağlık hizmeti güvencesinin primli sağlık sigortası yoluyla sağlanmaya çalışılması ve genellikle tedavi hizmetlerini kapsamaktadır (Sargutan, 2005:418-419).

1.2.1.3. Kapsayıcı (Bütüncül) Tipteki Sağlık Sistemleri

Daha önce refah yönelimli tipte sağlık sistemlerine sahip olan bazı ülkeler, II. Dünya Savaşından sonra ortaya çıkan politik ve ekonomik sebeplerle, savaş sırasında yürütülen tek merkezli sistemden de ilham alarak, kapsayıcı sisteme yönelmişlerdir. Büyük Britanya bunun en iyi örneklerindedir ve 1950’lerde İskandinav ülkeleri de bu sistemi takip etmeye başlamıştır. İtalya 1970’lerde ulusal sağlık hizmetleri yasalarını yürürlüğe koymuştur. İtalya’yı Yunanistan ve İspanya’nın reformları takip etmiştir. Kapsayıcı sağlık sistemlerinin tipik özelliği hizmetin bütün nüfusu kapsamayı, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması, doktor ve diğer sağlık personelinin ücret sistemiyle istihdam edilmeleri ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm faaliyetlerin doğrudan hükümet kontrolünde sunulmasıdır (Roemer, 1993:15).

Sağlık alanında ulaşılmak istenen düzeye yaklaşmış olan ülkeler, çoğunlukla kapsayıcı sağlık sistemini tercih etmiştir. Bu sistemde her zaman güçlü bir kamu yönlendirmesi görülür. Gelir seviyesi yüksek olan ülkeler büyük çoğunlukla ya kapsayıcı ya da refah yönelimli politika izlemektedirler. Bütünüyle kamu kaynaklı olan bir kapsayıcı sağlık sistemi, milli geliri kişi başına ve toplam olarak düşük, gelir dağılımı bozuk, gelişmekte olan, orta alt gelir grubundaki ülkelerde de, halkın sağlık

hizmetlerini almasına daha fazla imkan sağlayıcı bir özellik göstermesine karşın, bu tip ülkelerin çok azında başarılı olarak uygulanma imkanı bulabilmektedir (Sargutan, 2004: 67-68).

1.2.1.4. Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri

Eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) sosyalist tipteki sağlık sistemini benimseyen ilk ülkedir. 1917 Rus devriminden sonra SSCB, 1937'ye kadar sağlık hizmetlerinde bir dizi reform başlatmıştır. Tüm doktor, hemşire, sağlık personeli kamu çalışanı olmuştur. Tüm hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları devletin yönetimindedir. Özel ilaç ve kimya endüstrisi millileştirilmiş ve üniversitelerde tıp eğitimi veren okullar kaldırılmış ve sağlık bakanlığına bağlı sağlık enstitüleri kurulmuştur. Tüm bu gelişmeler sonucunda halk sağlığında dikkate değer bir gelişme kaydedilmiştir. Ancak soğuk savaş döneminde ciddi bozulmalar başlamıştır. Büyük miktarda askeri harcamalar yapılmış ve sağlık hizmetlerine ayrılan fonlar yetersiz kalmıştır. 1970 ve 1980 arası sağlık harcamalarına ayrılan pay ülke milli gelirinin %4'ünden daha azdır. Bu oran endüstrileşmiş batı ülkelerinin çok çok altındadır ve ihtiyacı karşılamaktan uzaktır. Doğu Avrupa'da diğer sosyalist ülkelerin (Polonya, Macaristan vb.) sağlık sistemleri ise SSCB'den sonra şekillenmeye başlamış ve 1980'lerin başlarına doğru serbest piyasa ekonomisine yönelik dönüşümler gerçekleşmiştir. 1992 yılına kadar Polonya ve Macaristan sağlık ekonomilerinin sosyalist karakterde oldukları zamandaki gibi eski yapılarını koruduğu dikkat çekmektedir. Ülkelerdeki diğer sektörlerde çarpıcı dönüşümler meydana gelirken sağlık sisteminin eski yapısını koruması ilginçtir. Bu ülkelerin sağlık hizmetlerinin sadece %5'i özelleştirilmiştir ve bahsi geçen ülkelerin sağlık sektöründe finansman sıkıntısı yaşadıkları görülmektedir (Roemer, 1993:20).

1.2.2. Milton I. Roemer Sonrası Ülke Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına Yönelik Yaklaşımlar

Ortaya konan sınıflandırma çalışmalarının en geçerlisi ve en iyi sentezi kesinlikle Los Angeles California Üniversitesi'nden Prof. Milton I. Roemer'in olduğu kabul edilmekle birlikte günümüzde küreselleşmenin sağlık sistemleri üzerine etkilerini dikkate alarak hala ulusal temelli karşılaştırmalar yapmanın doğru

olmayacağı görüşüyle sağlık sistemleri sınıflandırma çalışmalarında yeni yaklaşımlar görülmektedir.

Giarelli'ye (1998) göre ulus devlet gibi siyasi yönetsel birimler (ilçeler, vilayetler, iller, bölgeler, devletler vs.) yerine eldeki verileri kullanarak uygun analiz birimleri tanımlamalıyız ve analizlerimizi toplumsal gerçekliği yansıtan bu uzamsal yapıya dayandırmalıyız. Yaklaşımımız uluslar-üstü ve ulusal siyasi yönetsel sınırlardan bağımsız olduğunu bildiğimiz gerçek farklılıkların ortaya çıkmasına neden olacaktır. Bu noktada Giarelli ulus-devlet ve kıta arasına konumlandırabileceğimiz tamamen coğrafi bir kavram olan ve antropolog G. William Skinner tarafından geliştirilen “büyük bölge (*macroregion*)” kavramını toplumsal gerçekliği betimlemek ve analiz etmek için önermektedir. Öncelikle büyük bölge düzeyinde sağlık sistemi olarak ele alıp karşılaştıracağımız şeylerin neler olması gerektiğine karar vermeliyiz. Ulusal sınıflandırmalarda sağlık sistemleri kaynak, örgütlenme, finansman ve yönetimin bir araya getirilerek sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılması olarak düşünülmektedir (Roemer, 1991:31). Bu tanımın en temel eksiği, sağlık sistemlerini sadece siyasi ve mali unsurlara dayandırması ve bu boyutları içinde, buldukları bağlamı ve bu bağlamla kurdukları ilişkileri hesaba katmadan yalıtılmış alanlar olarak ele almaktır. Aslında Roemer bu siyasi ve iktisadi unsurların yanı sıra, örneğin toplumsal-kültürel boyutun önemini de kabul etmektedir ancak bu boyutu analizine dahil etmenin çetin bir iş olduğunu ifade etmiştir. Sağlık sistemlerinin hem makro hem mikro düzeylerini inceleyen, çok boyutlu bir yaklaşıma dayalı anlamlı bir tipolojisini oluşturabilmek için sağlık sistemi modellendirmelerine sosyal aktörün toplumsal ve kültürel boyutu da katılmalıdır. Giarelli'ye göre toplumsal-kültürel boyutu analize dahil etme işi sosyologlara düşmektedir. İtalya da sağlık sosyolojisinin kurucusu Prof. Ardigo'nun (1981; 1997) ileri sürdüğü ve daha sonra Cipolla (2002) ve Giarelli'nin (1998) ayrıntılı şekilde geliştirdiği dört yönlü model bu yönde atılan ilk adımdır. Giarelli sağlık sistemini çok boyutlu analitik bağıntılardan oluşan karmaşık bir sistem olarak almıştır. Bu bağıntılar şunlardır (Keyder vd., 2007:188):

(i) Sağlık sistemi ile dış doğa arasındaki bağıntılar (1) *ekolojik bağlantı* adımı verdiği şeyi oluşturur. Örneğin çevrenin özelliklerine bağlı belirli hastalık riskleri,

(ii) Sağlık sistemiyle toplumsal sistemler arasındaki bağıntılar, başka bir deyişle sağlık alt sistemiyle siyasi, iktisadi ve kültürel alt sistemler gibi başka toplumsal alt sistemler arasındaki ilişkiler (2) *yapısal bağlantıyı* oluşturur,

(iii) Sağlık sistemiyle günlük yaşam ilişkileri içindeki özne arasındaki bağıntılar öznenin sağlık/hastalık deneyimiyle sağlık kurumları arasındaki etkileşimiyle ilgili olan (3) *olgusal bağlantıyı* temsil eder,

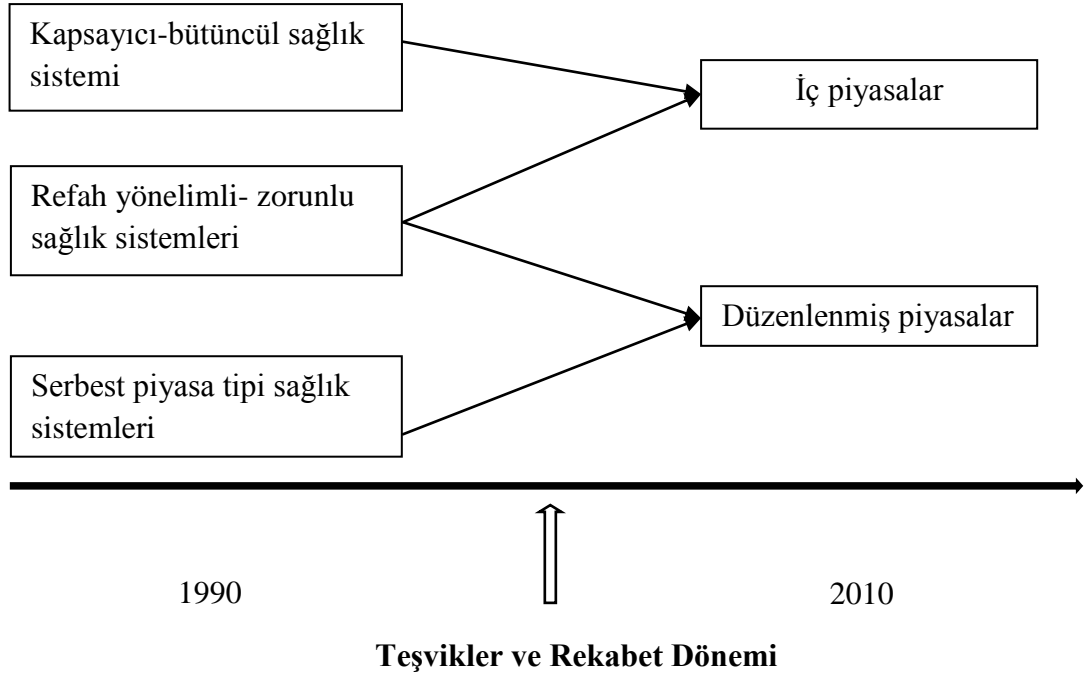
(iv) Sağlık bakım sistemiyle iç doğa arasındaki bağıntılar, sağlık bakım sisteminin etkileriyle ilgili olarak doğurganlık, hastalık oranı, ölüm oranı göstergelerini ele alan (4) *biyo-psişik bağlantıyı* oluşturur.

Görüldüğü gibi Giarelli'nin bu tanımlaması araştırmacıların sağlık göstergeleriyle ilintili kabul ettikleri bütün boyutları içermektedir. Kısaca Giarelli'nin önerisi, sağlık sistemlerinin önemli bağlamını temsil eden bu çok boyutlu bağıntıları analiz ederek belirli bir büyük bölge içerisinde aynı ya da en azından benzer belirli bir bağıntılar örüntüsünü paylaşan bir sağlık sistemi ailesini tanımlamaktır. Böylece çeşitli büyük bölgeler arasındaki fiili farklılıkları anlamak ve "bu farklılıkları söz konusu sosyolojik yaklaşıma göre yorumlayabilmek için farklı sağlık sistemleri farklı bağıntı örüntüleri olarak ele alınıp karşılaştırılabilmektedir (Keyder vd., 2007:189). Bir diğer dikkat çeken çalışmada ise serbest ekonomiye geçiş süreciyle birlikte ülkelerin sağlık sistemlerinde meydana gelen yönetsel değişimler ve pazar odaklı yaklaşımlar incelenmiştir. Bourque ve Farrah (2012) her biri daha önceden Roemer tarafından kategorize edilen 5 ülke -sağlık sistemi-aracılığıyla pazar odaklı reformların gelişimini incelemişlerdir.

Sağlık sisteminin ikisi (Kübec ve Maassuate) kuzey Amerika'dan seçilmiştir. Bourque ve Farrah (2012) Kanada ve ABD sağlık sisteminde alt düzeydeki ulusal kuruluşlarda meydana gelen reformlar nedeniyle sadece federal düzeyde çalışılmaması gerektiğini düşünerek bu eyaletleri seçmişlerdir. Diğer sağlık sistemleri Avrupa'dan Fransa, Hollanda ve İngiltere seçilmiştir. Bu ülkeleri seçmiş olmaları en az üç nedene dayanmaktadır: İlk olarak bu sağlık sistemleri birbirlerinden niteliksel olarak çok farklıdır. Bize farklı bağlamlarda pazar odaklı yönetim mekanizmalarının etkisini değerlendirme fırsatı verdikleri için seçilmiştir.

İkinci olarak bu sağlık sistemleriyle ilgili kapsamlı bir araştırma adı geçen yazarlardan biri tarafından önceden yapılmıştır (Bourque, 2007-2008), üçüncü neden ise bu sağlık sistemlerinin hepsinin son zamanlarda kapsamlı yönetim değişimleri ortaya çıkaran büyük reformlara uğramış olmasıdır.

Çalışmanın sonuçlarına göre Şekil 1.1’de görüldüğü üzere, hükümetlerin kapsayıcı sağlık hizmetlerini sağladığı yerde sağlık sisteminin belkemiğinin iç pazarlar olduğu gerçeği görülmektedir. Büyük Britanya ve Kübec 1990’larda ve 2000’li yıllarda daha sonra bölgelerin sağlık denetiminden sorumlu ve sağlık bakanlarına hesap verebilecek yapıda olan desantralize (merkezi olmayan) kurumların ortaya çıkmasına neden olan pazar odaklı ölçümleri uygulamaya koymuştur. Fransa’da iç pazara yönelik uygulamalarla kapsamlı sağlık sistemlerine daha yakın görünmektedir. Hollanda’da ise 1980’lerde hükümetler düzenlenmiş bir piyasanın kurulması amacıyla çaba harcamışlardır. Ardılı hükümetlerde değişim için gerekli olan eksik unsurların giderilmesi için çalışmış ve sigortacıları, hizmet sağlayıcıları ve hastaları-müşterileri yine herkes tarafından erişilebilir daha etkili bir sağlık sistemi yapısı için teşvik etmişlerdir. Son olarak girişimci sağlık tipine sahip Amerika pazar odaklı yönetim anlayışı ve rekabeti yönetmek için ağırlıklı olarak özel sektör ve çok küçük bir kamu sektöründe nasıl uygulanabileceğini göstermiştir (Bourque ve Farrah, 2012:15).



Şekil 1.1. Milton I. Roemer'in Kategorileri için Pazar Odaklı Reformların Sonuçları.

Kaynak: Bourque, M. ve Farrah, J.S., (2012).

Bourque ve Farrah'a göre Roemer'in sınıflandırması teşvik ve rekabet dönemlerinde gerçekleştirilen reformların etkisinde meydana gelen sağlık sistemi karakteristiklerini tanımlamak için yararlıdır. Örneğin belli özellikler sağlık sistemlerini dirençli ya da düzenlenmiş ve iç pazarların gelişimine daha elverişli yapar. Yüksek derecede merkezileşme doğasına sahip kapsamlı sağlık sistemler iç pazarların oluşmasını açıkça engellemektedir, diğer taraftan daha az merkezileşme yapısında olan diğer sağlık sistemleri farklı reform süreçleri ve farklı sağlık hizmeti pazarları oluşmasına yol açarlar. Ancak Romer'in sınıflandırması su andaki sağlık sistemlerine en azından yönetim boyutunda karşılık vermemektedir. Örneğin Hollanda ve Massasuate bireysel yetkilerin arttırıldığı düzenlenmiş piyasalara yönelik bir dönüşüm izledi. Aksi olarak Fransa ise iç pazara yönelik uygulamalarla kapsamlı sağlık sistemlerine daha yakın görünmektedir.

1990-2010 periyodunda izlenen pazar odaklı yönetim anlayışı ile sağlık sistemlerinin ve sistemlerin teşvik ve rekabet dönemi öncesi sahip olduğu

özelliklerin önemli ölçüde değişmesinin yapısal değişiklikleri meydana getirdiği açıkça görülmektedir. Pazar odaklı yönetim gelişmiş sanayi toplumlarının sağlık sistemlerinde oldukça yaygındır ve bu yönetim anlayışı sağlık sektörün aktörlerinin davranışlarında değişimlere neden olursa, ki çalışmalarında böyle bir durum olduğunu gösteren kanıtlar mevcut, gelecek sağlık sistemi sınıflandırma çalışmalarında yönetim boyutunun teorik temellerine odaklanmaktan kaçınılmaması gerektiğini ifade etmişlerdir (Bourque ve Farrah, 2012:17).

1.3. Sağlık Sistemlerinin Etkinlik göstergeleri Açısından Karşılaştırılması

Ülkelerin farklı siyasi, sosyal, kültürel ve ekonomik yapıları sahip olması sağlık sistemlerinin de farklılaşmasına neden olmaktadır. Bu farklılıklar nedeniyle ülkelerarası sağlık sistemlerini karşılaştırmak zordur. Ancak mevcut farklılıkların ortaya konması ile karşılıklı etkileşimler sağlanacak ve ülkelerdeki sağlık durumu olumlu yönde etkilenecektir (Roemer ve Roemer, 1990:1189). Ülkelerin sağlık sistemleri ve hizmetlerini etkileyen göstergeler bakımından karşılaştırılmasının nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Baily ve Garber, 1998; Yıldırım ve Yıldırım 2011; Çelebi ve Cura, 2013:54).

- Sağlıkta eşitliği ve hakkaniyeti sağlamaya yönelik uygulamaların akılcı bir biçimde oluşturulmasına yardımcı olması,
- Sağlık sistemlerinin ne tür sonuçlar verdiği ortaya konulması,
- Bireylerin sağlık halleriyle ilgili üstünlük ve zayıflıklarının tespit edilmesi,
- Uluslararası karşılaştırmalar yoluyla her bir ülkenin sağlık sistemi performansının belirlenmesidir.

Sağlık hizmetleri etkinlik göstergeleri olarak ifade edilen unsurlar sağlık düzeylerini belirleyici niteliğe sahip oldukları için sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında da kullanılan göstergelerdir (Çelebi ve Cura, 2013).

Karşılaştırma yapılırken seçilen göstergelerin, uluslararası anlamda güvenilirliği ve benzerliği olan kurumların verilerine dayandırılarak gerçekleştirilmesi, var olan farklılıkları, zorlukları hafifleterek değerlendirme yapılmasını ve güvenilir

sonuçlara ulaşılmasını mümkün kılmaktadır. Bu bağlamda çalışmamızda OECD ve WHO tarafından yayınlanan veriler kullanılarak ülkelerin karşılaştırılmalı bir analizi yapılmıştır. Bu kurumlar ülkelerin sağlık sistemi performanslarını ölçme, bireylerin beklentilerinin karşılanması, adil finansal yapılanmanın sağlanması gibi hedefler için sağlık etkinlik göstergeleri aracılığıyla tüm ülkelerin durumunu gösteren sürekli veriler oluşturup yayınlamaktadırlar.

1.3.1. Ekonomik Açıdan Sağlık Göstergeleri

Toplam Sağlık Harcamaları GSYİH Oranı (%)

Bir ülkenin ekonomisinin güçlü ve istikrarlı olması için sağlıklı bir topluma sahip olması gerekir. Sağlıklı toplumlar da ancak sağlık hizmetlerinin ihtiyacı karşılayacak şekilde sunulmasıyla mümkündür. DSÖ'ne göre bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan pay o ülkenin yıllık GSMH'nin en az yüzde 5'i olmalıdır ve bu oran az gelişmiş yada gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak konulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1992:15).

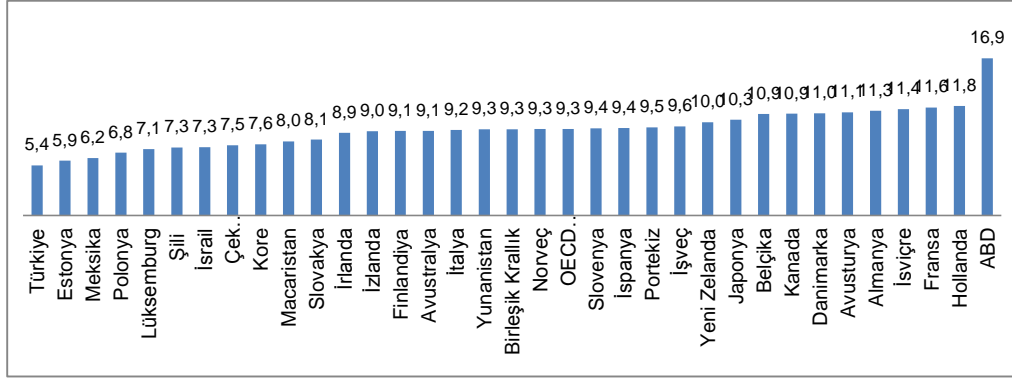
Ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça GSYİH'dan sağlık harcamaları için daha büyük miktarlarda pay ayrılmaktadır. Son on yıl içerisinde OECD ülkelerine baktığımızda sağlık harcamaları ortalama % 3,9 artış göstermiştir (OECD, 2014). Yapılan araştırmalar sonucunda sağlık harcamalarındaki bu artışın nedenlerinin gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler için de aynı olduğu kanısına varılmıştır. Bu nedenleri kişi başı gelirin yükselmesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi, sosyal değer yargılarının değişmesi, teknolojik gelişmeler, şehirleşme, yaşam süresinin uzaması, toplumsal düzede meydana gelen değişmeler olarak sıralayabiliriz (Akın, 2007).

2012 yılı verilerine göre GSYİH sağlık harcamaları oranı en az olan ülkeler Türkiye, Estonya ve Meksika'dır. En çok olanlar ise ABD, Hollanda ve Fransa'dır.

Avrupa'ya bakıldığında ise (İngiltere, Fransa ve Almanya), mevcut ekonomik koşullarda bu ülkelerin ekonomilerinde önemli bir büyüme beklenmemektedir. Bunun yanında bu ülkelerin nüfusları hızlı bir şekilde yaşlanmakta ve sağlık

harcamaları artmaktadır. Bu da bu ülkelerin global ortalamalardan az da olsa uzaklaşabilecekleri ihtimalini ortaya çıkarmaktadır (YASED, 2012).

Grafik 1.1. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamaları GSYİH Oranı (%).

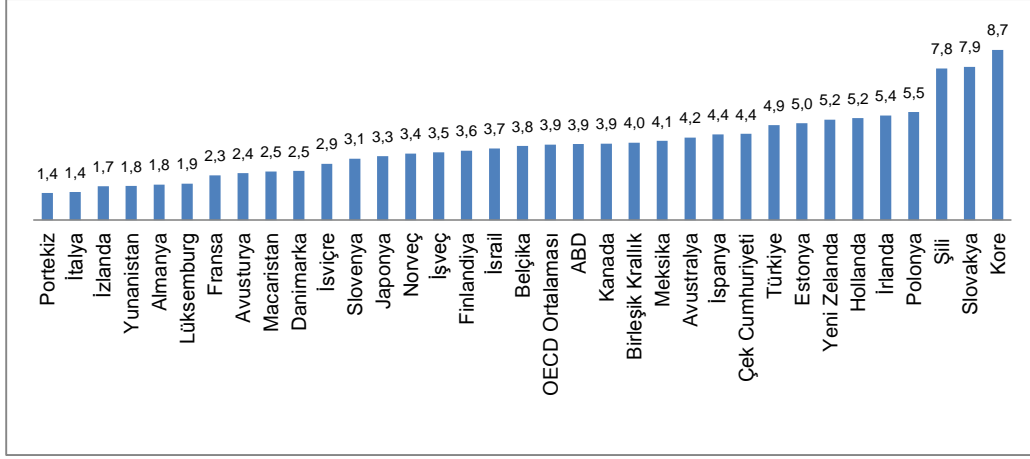


Kaynak: OECD Health Statistics 2014 verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Toplam Sağlık Harcamalarının Artış Hızı (%) (2000-2012)

Grafik 1.2. OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarında 2000 yılından 2012 yılına ne oranda artış sağladığına ilişkin verileri içermektedir. Kore, Slovakya ve Şili gibi toplam sağlık harcamaları için GSYİH larından ayırdıkları miktarlar OECD ortalamasının altında olan ülkelerin 2000-2012 yıllarına ilişkin sağlık harcamalarında gerçekleştirdikleri artışın bu kadar büyük olması şaşırtıcı gelebilir. Ancak bahsi geçen bu ülkeler son on yılda sağlık alanında önemli reformlar uygulamaya koymuşlardır. Bu nedenle sağlık harcamalarının artış hızının diğer ülkelerden daha yüksek olması doğal bir sonuçtur.

Grafik 1.2. 2000-2012 Yıllarına İlişkin Dönemde OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamalarının Artış Hızı (%).

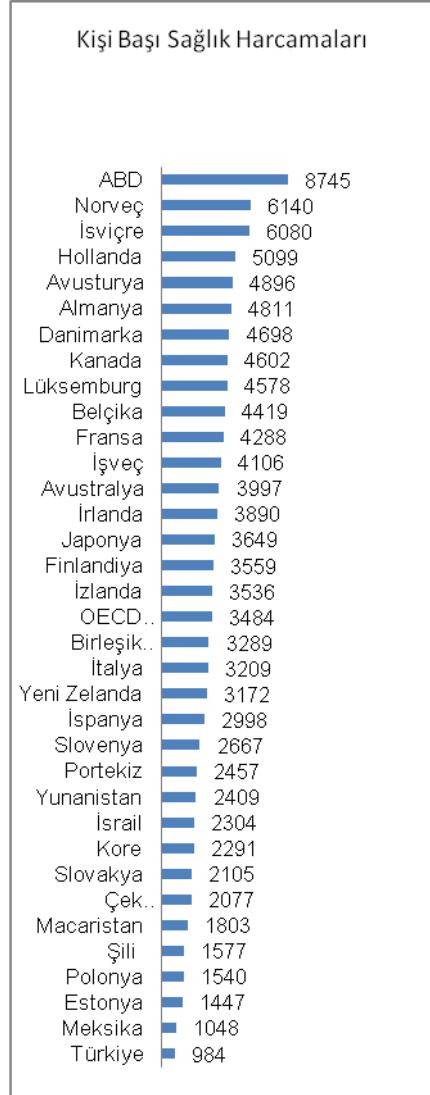


Kaynak: *OECD Health Statistics 2014* verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$)

Grafik 1.3. 2012 Yılına ilişkin OECD ülkelerinin GSYİH' larından sağlık harcamaları için vatandaşlarına ayrılan miktarları göstermektedir. Örneğin 2012 yılı için ilk sırada yer alan ABD, vatandaşlarına sağlık harcamaları için kişi başı ortalama 8745\$ lık bir meblağ ayırmıştır. 2012 yılına ilişkin OECD ülkeleri içinde en az kişi başı toplam sağlık harcaması gerçekleştiren ülkeler ise Türkiye, Meksika ve Estonya'dır.

Grafik 1.3. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$).



Kaynak: OECD Health Statistics 2014 verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

1.3.2. Sağlık Durumu Göstergeleri

Bebek Ölüm Oranları

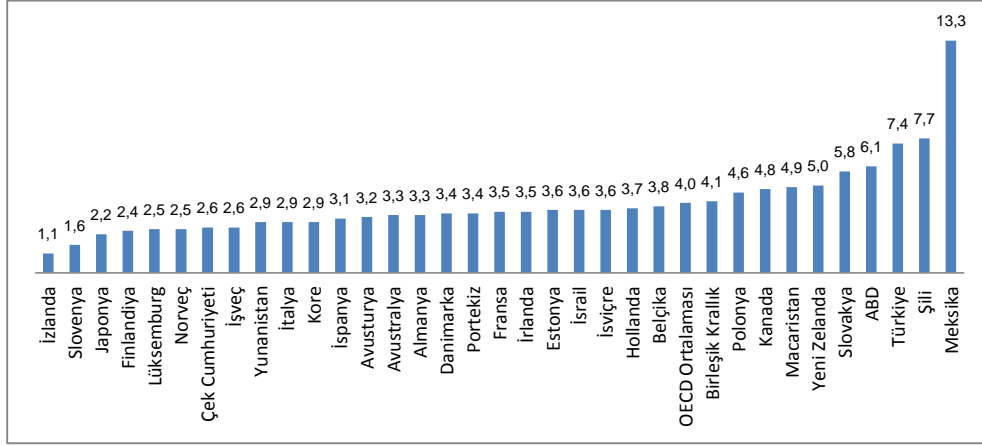
Birinci yaş gününe henüz ulaşmamış bebekler arasında, bir takvim yılında kaydedilen ölümlerin, o takvim yılındaki canlı doğumlara oranlanmasıdır. Bir ülkedeki sadece çocuk sağlığı ile ilgili durumu değil; aynı zamanda ülkenin sosyo-

ekonomik gelişmişlik düzeyini de yansıtır. Bu durum yükselen gelir ile daha iyi sağlık hizmeti satın alınması, bireylerin artan gelirle birlikte daha iyi iş koşullarında çalışması ve daha iyi beslenmesi ile ilişkilendirilebilir. Doğal olarak fertlerin artan geliri ile beraber beslenme düzeylerinin artacağı ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşacağı düşünülerek bebek ölüm oranlarının azalabileceğini söylemek mümkündür. Son on yıl içerisinde bebek ölüm oranlarında gerçekleştirilen bu önemli düşüşlerde artan KBGSYİH'nın da etkisinin olduğu düşünülmektedir. KBGSYİH'daki artış tek başına bebek ölümlerinin azalmasında yeterli değildir. Fakat az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bebek ölümleri nedenleri incelendiğinde yetersiz beslenme ve yetersiz sağlık hizmeti ilk sıralarda yer almaktadır.

Özellikle kamu kaynaklarıyla finanse edilen sağlık sistemlerinde harcamaların yine fertlerin ödediği vergiler vasıtasıyla gerçekleştiği düşünülürse, bireylerin elde edeceği yüksek kazançlar dolaylı olarak sağlık sistemine katkıda bulunacak ve kişilerin sağlık durumlarında ve ileriki aşamada ülkenin sağlık göstergelerine pozitif yönde etki yaratacaktır. Tüm bu nedenlerden dolayı gelirdeki artışla ters yönlü olarak bebek ölüm oranlarında azalışların beklenmesi olasıdır (Akın, 2007).

2012 yılı için, bebek ölüm oranlarına baktığımızda Meksika %13,3'le çok yüksek bir oran sergilerken onu Şili ve Türkiye takip etmektedir. Grafik 1.1'e baktığımızda ülkelerin GSYİH'sından sağlık harcamalarına ayrılan oranlarda da Meksika ve Türkiye en alt sıradadır. Ancak ABD için yüksek bebek ölüm oranını gelire ve sağlık harcamalarına ayrılan miktarla ilişkilendirmek yanlış olacaktır. ABD her yıl sağlık harcamaları için GSYİH'sından yüksek oranlarda pay ayıran ülkelere biri olmasına rağmen sağlık göstergelerinde olumlu sonuçlar gözlenmemektedir. Bu durumun hükümetin yanlış sağlık politikaları uygulamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan İzlanda (%1,1), Slovenya (%1,6), Japonya (%2,2) bebek ölüm oranlarının düşük seyrettiği olumlu görünüm sergilemektedir.

Grafik 1.4. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Bebek Ölüm Oranları (1000 doğum başına).

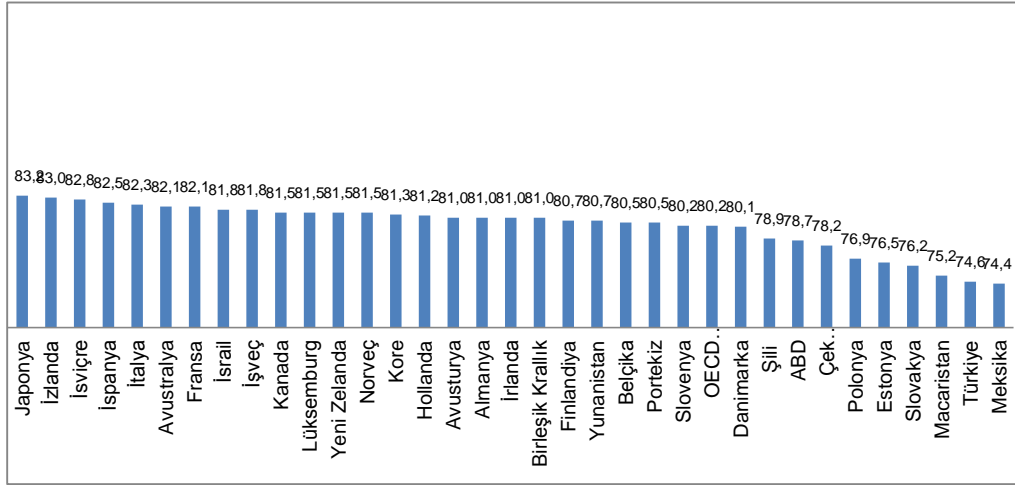


Kaynak: *OECD Health Statistics 2014* verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır. OECD ülkelerinde bireylerin gelirlerindeki artış ve yaşam kalitesi yükselmiş, teknolojik ilerlemeler ve yeni kuşak ilaçlarla insanların yaşam sürelerinde kayda değer artışlar gözlenmiştir. Son yıllarda tüm OECD ülkelerinde nüfus içerisindeki 65 yaş ve üzeri insan sayısı artmıştır (OECD, 2014). Grafik 1.5.'e baktığımızda Japonya, İzlanda, İsveç ilk sıralardadır. Japonya'nın bir teknoloji ve inovasyon devi olduğu düşünüldüğünde vatandaşlarının yaşam kalitesinin ve dolayısıyla yaşam sürelerinin yüksek olması şaşırtıcı değildir. Türkiye ve Meksika gibi gelişmekte olan ülkelerde ise insanların yaşam süresi daha düşük çıkmaktadır.

Grafik 1.5. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Doğumda Beklenen Yaşam Süresi.



Kaynak: *OECD Health Statistics 2014* verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

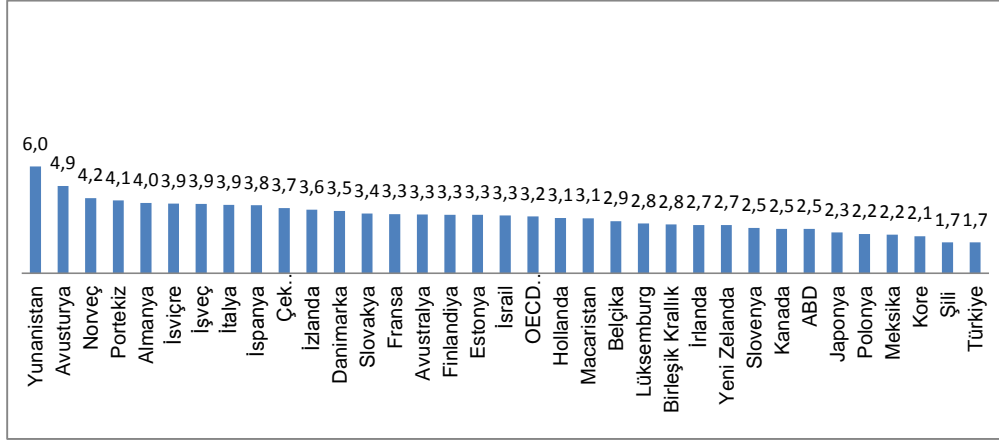
1.3.3. Sağlık İşgücü Göstergeleri ve Hizmet Kaynakları Açısından Ülkeler

Ülkelerin sağlık işgücü personeline ilişkin durumu incelemek sağlık çalışan ihtiyacının belirlenmesi, iyi eğitim şartlarının oluşturulması, etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunulması açısından çok önemlidir.

Grafik 1.6.'dan görüldüğü üzere OECD ülkeleri 1000 kişi başına düşen doktor sayısına ilişkin Yunanistan, Avusturya ve Norveç ilk sırada gelmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda görev alacak personelin sayısı, niteliği, eğitimi ve çalışma şartlarına ilişkin planlar ülkelerin uyguladığı sağlık politikaları ile birebir ilişkilidir. Örneğin Norveç yabancı sağlık personeli istihdamına önem vermiştir ve sağlık personelinin yaklaşık % 8'i yurtdışından gelmektedir.

Sağlıkta işgücü planlaması sağlık alanında gelinen noktanın belirlenmesi ve gelecek döneme ilişkin kısa, orta ve uzun vadede yapılacak stratejik plan ve programlara ışık tutmaktadır (Solak, 2014).

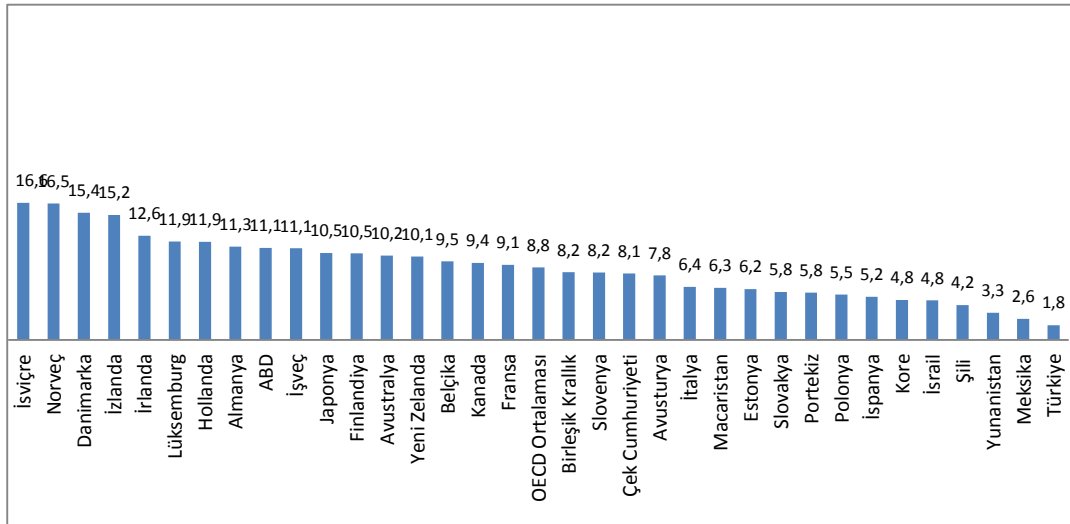
Grafik 1.6. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Doktor Sayıları (1000 kişi başına).



Kaynak: OECD Health Statistics 2014 verileri ile hazırlanmıştır.

Grafik 1.7.'de ise OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinde 1000 kişi başına düşen hemşire sayıları verilmektedir.

Grafik 1.7: 2012 Yılı OECD Ülkeleri Hemşire Sayıları (1000 kişi başına)

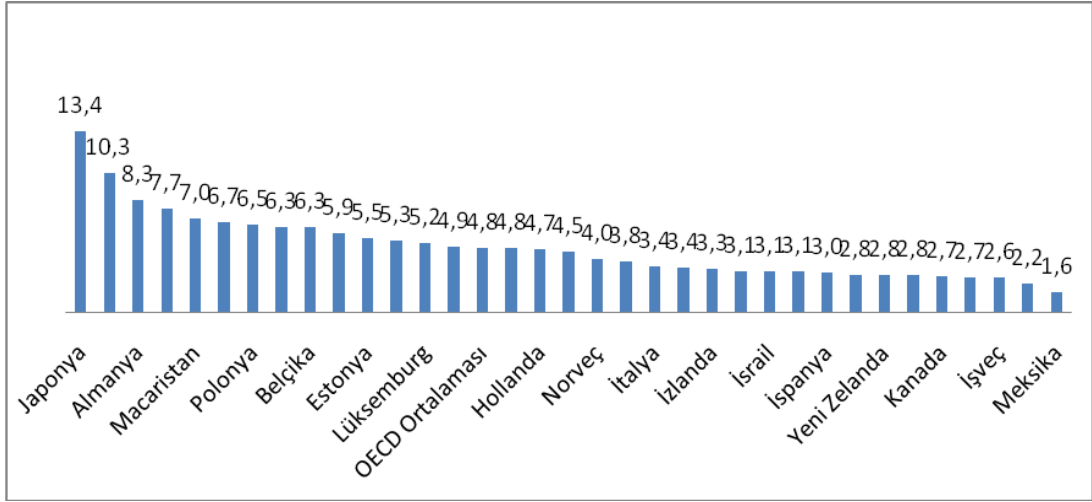


Kaynak: OECD Health Statistics 2014 verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Grafik 1.7.'de görülen OECD ülkelerine ilişkin kişi başına düşen hemşire sayıları sağlık göstergesi de ülkelere ait doktor sayılarında olduğu gibi doğrudan yürütülen sağlık politikalarıyla ilişkilidir ve gelecek döneme ilişkin kısa, orta ve uzun vadede yapılacak planlamalarda büyük önem taşımaktadır. Grafik 1.7.'de görüldüğü üzere İsviçre, İzlanda ve Danimarka ilk sırada yer almaktadır. Bu ülkelerin ortak noktası hastane hizmetleri odaklı bir sağlık sistemine sahip olmaları ve vatandaşlarının ülkenin neresinde olursa olsun sağlık hizmetlerine diğer vatandaşlarla eşit şekilde erişim sağlayabilmesini hedefleyen sağlık politikaları yürütüyor olmalarıdır.

Grafik 1.8.'de ise 2012 yılına ilişkin OECD ülkeleri 1000 kişi başına düşen yatak sayıları verilmiştir.

Grafik 1.8. 2012 Yılı OECD Ülkeleri Hastane Yatak Sayıları (1000 kişi başına)



Kaynak: OECD Health Statistics 2014 verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Sağlık hizmetleri etkin kaynak kullanımı açısından hastane yatak sayısı önemli bir göstergedir. Diğer taraftan hastane yatakları doğrudan insan hayatını etkileyen bir ihtiyaçtır. Hizmet sunumunda yatak sıkıntısı nedeniyle yatan hastaları bekletmek ölümcül sonuçlar doğurabilmektedir. Sağlık hizmeti kullanıcıları mağdur edilmemelidir. Hastane yatak sayıları hem kamu hem de özel sektör sağlık hizmeti sağlayıcıları için kaynak planlamasında stratejik öneme sahiptir. Grafik 1.8.' den

görüldüğü üzere Japonya OECD ülkeleri içinde hastane yatak sayısı oranında ilk sıradadır. Böyle yüksek orana sahip olmasının nedeni olarak Japonya’da hastane yataklarının yaklaşık olarak % 55’inin kar amacı gütmeyen hastaneler de, geri kalanlarının ise devlet hastanelerin de bulunması düşünülebilir.

1.4. Uluslararası Sağlık Kuruluşları ve Anlaşmalar

Sağlık sektöründe birçok kurum ve politika yapıcı aktör arasında sürekli bir küresel işbirliği söz konusudur. Başta DSÖ olmak üzere Birleşmiş Milletler’ e bağlı (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (UNESCO), Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) vb.) kuruluşlar ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Kızılhaç, Kızılay sağlık alanında ülkelere destek veren önde gelen uluslararası kurumlardır.

1.4.1. WHO (World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 7 Nisan 1948 tarihinde kurulmuş sağlık alanında faaliyet gösteren Birleşmiş Milletler (BM) özerk kuruluşudur. Örgüt’ün kuruluş yıldönümü olan 7 Nisan, her yıl Dünya Sağlık Günü olarak kutlanmaktadır. Halen 194’ü asil, 2’si gözlemci [Porto Riko ve Tokelau (Yeni Zelanda’ya bağlı özerk bir ada ülkesi)] üyesi bulunmaktadır. Üye ülkelerin tümü en yetkili organ olan genel kurulda temsil edilmekte, hiçbir ülkenin ayrıcalığı veya veto hakkı bulunmamaktadır. İki yılda bir toplanan genel kurul örgütün politikasını, bütçesini, çalışma planını, önceliklerini belirlemektedir. Genel kurul tarafından seçilen genel müdür ve ona bağlı birimler DSÖ’de çalışan binlerce uzmanın da katkısı ile bu politikaları hayata geçirirler. Örgütün bütçesi ülkelerin verdiği aidatlardan ve daha çok da UNDP; UNICEF gibi uluslararası örgüt ve zengin üye ülkelerden gelen bağışlardan oluşmaktadır.

Örgütün temel organlarından biri Dünya Sağlık Asamblesi’dir. Dünya Sağlık Asamblesi, üye ülkelerin sağlık bakanlarının katılımıyla her yıl Mayıs ayında yaklaşık bir hafta süreyle Cenevre’de toplanmaktadır. Asamble’nin, Örgütün temel politikalarını belirlemek, İcra Kurulu üyelerini seçmek, İcra Kurulu tarafından aday gösterilen DSÖ Genel Direktörünü atamak, Örgütün mali politikasını denetlemek,

bütçeyi gözden geçirerek onaylamak gibi temel görevleri bulunmaktadır. Sağlık alanında küresel standartları belirleyen uluslararası düzeydeki en üst kurum olan DSÖ' nün, özellikle uluslararası ilaç düzenlemeleri ve sağlık politikaları ile az gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemlerinin gelişiminde önemli yetki ve ağırlığı bulunmaktadır (T.C. Dışişleri Bakanlığı, 2014).

DSÖ' nün başlıca çalışmaları şunlardır:

- Sağlık alanında dünyaya rehberlik etmek,
- Ulusal sağlık programlarının planlanmasını, yönetimini ve değerlendirilmesini güçlendirmek için hükümetlerle işbirliği yapmak,
- Sağlığa yönelik uygun sağlık teknolojisi, bilgi ve standartları geliştirmek ve aktarmak,
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek (Örneğin küresel bağışıklama programları yapılmaktadır),
- Sağlık hizmet sunumu,
- Ölümlerin azaltılması, yaşamın artırılması,
- Temel ilaçların sağlanması ve şehirlerin daha sağlıklı hale getirilmesi (DSÖ, 2014).

Tüm insanları sağlıklı yaşama teşvik etmek ve toplumların sağlığını geliştirmek amacıyla ülkelerin, organizasyonların kendi aralarında ve diğerleri ile işbirliği yapmasını öngören DSÖ önemli projelere imza atmıştır. 1977 yılı 30. Dünya Sağlık Asamblesi'nde, DSÖ kuruluş yasasının kendisine verdiği görevler doğrultusunda bugün "2000 Yılına Kadar Herkes için Sağlık, Health For All by the Year 2000-HFA 2000" olarak bilinen hareketi başlatmıştır.

1978'de Kazakistan Cumhuriyeti'nin başkenti Alma-Ata'da, DSÖ ve UNICEF'in işbirliğinde düzenlenen konferansta "Temel Sağlık Hizmetleri-TSH (Primary Health Care)" konulu Alma-Ata bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirme ile DSÖ tarihinde sosyal haklar açısından milat sayılacak olan gelişmeler gerçekleşmiştir. O dönem yoksul ülkelerinin sağlık sistemlerinin çok kötü olduğu,

çoğu ülkede uygulanan teknik sağlık projelerinin sorunları çözmede yetersiz kaldığı ve DSÖ ve Avrupa ülkelerinde ‘Sosyal devlet’ ilkesinin benimsendiği bir dönemdir. Bu nedenle sağlık sorunlarının temelinde toplumsal sorunlar aranmaya başlanmıştır. TSH kavramı sağlığın, sağlık hizmetlerinden çok beslenme, konut, gelir, çevre, iş, katılım gibi temel etmenlerin varlığına bağlı olduğunu savunur, sağlık hizmetleri içinde de önceliği hastanelere değil, ilk basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerine verir. Ülkeler arasında veya ülkelerin değişik sosyal gurupları arasında mevcut bulunan büyük sağlık farklarını politik, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez olarak niteler ve kaynakların adil bir şekilde dağıtılması gerektiğini ileri sürer. TSH’nın temel söylemleri "Herkes sağ, toplum katılımı, sağlığın sosyal, ekonomik ve siyasal belirleyicileri" gibi kavramlardır. Dolayısıyla TSH özellikle yoksul ülkelerin hevesle sarıldıkları bir proje olmuştur. Ancak program gerçekleşmemiştir, tersine zamanla yoksul ülkelerin sağlık düzeyleri daha da kötüleşmiş, ülkelerin içinde ve arasındaki sağlık eşitsizlikleri artmıştır.

Çünkü TSH’nın uygulanabilmesi için gelir ve olanak eşitliği, adil vergilendirme, kamusal sağlık hizmeti, iyi beslenme, sağlıklı çevre gibi temel sağlık girdilerinin sağlanması gerekmektedir. Tersine siyasi ve ekonomik gelişmeler, kamu sektörünün küçültülüp, özelleştirmenin büyütülmesi gerektiğine yönelik yürütüldüğünden program tam olarak gerçekleşmemiştir.

Ardından 1979’da Cenevre’de toplanan 32. Dünya Sağlık Asamblesi’nde ise "HFA-2000" genel planı ortaya atılmıştır. Bu plan ile Alma-Ata’da alınan karar ve yayınlanan bildirge desteklenmektedir. Genel Kurul, aynı zamanda üye ülkeleri kendi ulusal amaçlarını, stratejilerini ve bunları gerçekleştirmeye yönelik yöntemlerini saptamaya davet eder. Dünyadaki tüm sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat yaşayabilmesi için yapılması gerekenleri içeren "HFA-2000" adı verilen bildiri 1981 yılında Cenevre’de toplanan 34. Dünya Sağlık Asamblesi’nde alınan kararlarla kesinlik kazanmıştır.

Türkiye’nin de üyesi olduğu DSÖ- Avrupa Bölge ofisi 1984 yılında Avrupa da herkes için sağlık hedefleri yayımlamıştır. Lizbon 1991 yılında toplanan bölge komitesi bu hedefleri yeniden gözden geçirerek güncelleştirmiştir. Ayrıca, DSÖ Avrupa Bölgesi’ne üye ülkelerin sağlık politikalarının belirlenmesi ve ortak ilkeler

ışığında geliştirilmesi amacıyla bir dizi uluslararası toplantı düzenlenmiştir. Bu toplantılar sonucunda 18-21 Haziran 1996 tarihlerinde Ljubljana’da yapılan Avrupa Sağlık Reformları Konferansı’nda 21. yüzyıla yönelik sağlık politikalarına ilişkin Ljubljana Bildirgesi kabul edilmiştir. Bu bildirme, sağlıkta eşitlik, sağlıklı çevre, sağlıklı davranışların ve yaşam biçiminin geliştirilmesi, yaşam süresinin uzatılması, yaşama anlam katılması, hastalık ve sakatlıkların azaltılması, çevre koşullarının iyileştirilmesi vb. birçok hedefi içermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2005 yılında “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” konusunu inceleyecek bir komisyon oluşturan DSÖ’nün Ağustos 2008 tarihinde yayınladığı raporda, sağlık sistemlerinin temelinde gücün, paranın ve kaynakların, yerel, ulusal ve uluslararası düzeylerde dağılım şeklinin bulunduğunu belirtmektedir. Bu dağılımların da politik tercihlerden etkilendiği saptanmakta, ülkeler içinde ve arasındaki önlenebilir ve adaletsiz sağlık düzeyi farklılıklarından bu sosyal belirleyicilerin sorumlu olduğu bildirilmektedir. Çözüm olarak insanların yaşam koşullarının iyileştirilmesi için kırsal kalkınmaya öncelik verilmesi ve herkese güvenli bir iş ve sosyal güvence verilmesi, bütün çocuklara nitelikli temel eğitim ve sağlık hizmeti verilmesi, herkesin sağlıklı bir çevre, konut ve suya gereksinimi olduğundan kapsayıcı ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Güç, para ve kaynakların eşitsiz dağılımı ile mücadele için ise, ülkelerin adilane vergi toplama kapasitelerinin artırılması, cinsiyet eşitliğinin sağlanması, karar mekanizmalarında toplumdaki tüm grupların temsil edilmeleri, iki taraflı veya bölgesel ekonomik antlaşmalarda sağlık eşitliğinin gözetilmesi gibi öneriler getirilmektedir (DSÖ, 2008:49-173).

1.4.2. UNICEF (United Nations International Childrens Emergency Fund-Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

1946 yılında kurulan UNICEF’in ilk adı “Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu”dur. Merkezi Newyork’dadır. Başlangıçta BM’ in tam teşekküllü bir kolu olması düşünülmemiştir, bu yüzden de UNICEF’in tek geliri hükümetlerin bağışlarıydı. 1953’te UNICEF’in BM sistemi içinde kalıcı bir örgüt olmasına ve sadece acil yardım gerektiren durumlarla sınırlı kalmayıp uzun vadeli kalkınma çalışmalarına katkıda bulunmasına karar verilmiştir. Ancak UNICEF’te artık bir gelir toplama düzeneği (tebrik kartı satışları ve bireylerle hükümetlerin

yaptığı sürekli bağışlar) kurulmuş olduğu için bu yöntemle devam etmenin en iyi yol olacağı düşünüldü. Örgütün adından “uluslararası” ve “acil” kelimeleri atıldığı halde artık iyice tanınmış olan UNICEF kısaltması değiştirilmedi. 1961’de UNICEF’in görevlerinin içinde olmayan eğitim UNICEF’in uğraş alanı içine alınmıştır. Dört yıl sonra da UNICEF, uluslararası kardeşliğin gelişimine katkısından dolayı Nobel Barış Ödülü’ne layık görülmüştür.

UNICEF 1982’de basit ve çok ucuz yöntemlerle dünyada milyonlarca çocuğun hayatını kurtaracak çalışmaya hız getirecek bir seferberliğe başlamıştır; bunlar bebeklerde ve çocuklarda büyümenin ölçülmesi, ağızdan sıvı tedavisi, anne sütü ile beslenme ve bağışıklamadır.

UNICEF’e göre çocukların yaşatılmaları, korunmaları ve gelişmeleri insanlığın gelişme ögesi olan evrensel kalkınmanın belirleyicileridir. UNICEF, dünyada çocuk haklarının başlıca savunucusudur. Bütün çocukların bedensel, zihinsel ve sosyal bakımdan mümkün olan en üst seviyeye erişecek şekilde gelişebilmeleri için gereken haklarını belirleyen Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, UNICEF’in çalışmalarının temelini oluşturur. UNICEF, hükümetler, sivil toplum kuruluşları, diğer Birleşmiş Milletler Kuruluşları ve özel sektörden ortaklarla birlikte çalışmalar yürütür. Ayrıca çocukları koruma amacıyla çeşitli hizmetler ve malzemeler sağlar, siyasi gündemlerin ve bütçelerin çocukların yararına göre oluşturulmasına destek olur.

UNICEF’in günümüzdeki çalışma programları aşağıdaki beş öncelikli konuyu kapsamaktadır:

Erken çocukluk gelişimi: Her çocuğun beslenme, temiz su, temiz çevre ve korunma ihtiyaçlarının karşılanması,

Kız çocuklarının eğitim: Dünyadaki her çocuğun, özellikle de kız çocuklarının kaliteli bir ilkökul eğitimi alması,

Bağışıklama ve daha fazlası: Bütün çocukların önlenebilir ölüm ve sakatlıklardan korunması,

HIV/AIDS: HIV virüsü ile AIDS hastalığının yayılmasının önlenmesi ve hastalıktan etkilenmiş çocuklarla gençlerin gerekli bakımı görmelerinin sağlanması,

Çocukların korunması: Çocukların şiddet, sömürü, taciz ve ayrımcılıktan uzak güvenli bir yaşam sürebilmeleri için her çocuğun korunmasının sağlanması.

Son yıllarda UNICEF acil durum içinde kalmış çocuklara yardımı daha da geliştirmiş ve kalkınmakta olan ülkelerde devam eden sağlık ve eğitim programlarında önemli adımlar atılmasına destek olmuştur.

UNICEF bugün Türkiye dahil 190'dan fazla ülkede çocukların sağlık ve beslenme, eğitim, acil yardım, korunma, temiz su ve temiz ortamda yaşama haklarını sağlamak için çalışmaktadır. Ortaklarla çalışan UNICEF, bütün dünyada hükümetler ile öğretmenlerden gençlere ve annelere kadar çeşitli grupların çocuklara daha iyi bir gelecek vermek için yaptığı çalışmalarda teşvik edici rol oynamaktadır. Nerede olurlarsa olsunlar gençlere yaşamlarına ilişkin doğru kararlar verebilmeleri için destekte bulunmaktadır. Sonuçta UNICEF'in hedefi bütün çocukların güvenli ortamlarda insana yakışır bir yaşam sürdürebildikleri bir dünya inşa etmektir (UNICEF, 2014).

1.4.3. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organizations- Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu)

UNESCO Birleşmiş Milletler'in bir özel kurumu olarak, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, 1946 yılında kurulmuştur. Merkezi Paris'tedir ve şuan kuruma üye devletlerin sayısı 195'dir. UNESCO bütçesi, üye devletlerin iki yılda bir bu kuruma ödedikleri aidat ile sağlanır. Bu bütçe dışında, Birleşmiş Milletler Özel Fonu'ndan, teknik yardım programından olmak üzere, önemli para kaynakları temin edilir. UNESCO eğitim, bilim ve kültür alanlarındaki amaçlarını, kendisine üye olan her devlette kurulan milli komisyonlarla gerçekleştirmeye çalışır. UNESCO'nun Genel Konferans, Yürütme Konseyi ve Sekreterlik olmak üzere üç temel organı vardır. Genel Konferans, Kurum'un en yetkili organıdır. Yürütme Konseyi üyelerini ve Genel Direktörü seçer, UNESCO'nun çalışma programlarını kabul eder, bütçesini

belirler. Yürütme konseyi, Genel Konferansa katılan ve hükümetlerince aday gösterilen temsilciler arasından dört yıl için seçilen 58 üyeden oluşur. Sekreterlik ise, Genel Konferansa altı yıl için seçilen bir Genel Direktörün yönetimi altında çalışır. Eğitim, bilim, kültür ve iletişim bölümlerine ayrılmıştır. Sekreterliğin başlıca görevi, iki yıllık UNESCO programlarının uygulanması için gerekli bütün teknik çalışmaları yapmak, tedbirleri almaktır (UNESCO, 2014).

UNESCO'nun öncelikli alanlarından biri eğitimidir. UNESCO, herkes için hayat boyu nitelikli öğrenme sağlamaya yardımcı olmak için ülkelerin gelişmesine ve eğitim sistemlerinin erken çocukluk döneminden yükseköğrenime kadar her düzeyde güçlendirilmesine, yeniden düzenlenmesine yardımcı olmaktadır. Çünkü eğitim sosyal ve ekonomik kalkınmada kilit rol oynamaktadır. Bu nedenle öncelikle, dünya genelinde eğitimi geliştirmek için bütün bireylerin eğitim hakkına ilişkin farkındalık yaratılması temel ve öncelikli amaçtır.

UNESCO'nun diğer önemli çalışma alanı kültürdür. UNESCO'nun kültür çalışmaları, sürdürülebilir barışa, yaratıcılığın teşvik edilmesine, açık ve katılımcı toplumlar oluşturulmasına ve sürdürülebilir kalkınmaya katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. UNESCO, arkasında güçlü bir kültür bileşeni olmayan hiçbir kalkınma çeşidinin sürdürülebilir olmayacağı görüşüyle hareket eder. Kültürün kalkınma strateji ve süreçlerinde hak ettiği yeri almasını temin edebilmek için, üç temel yaklaşım belirlemiştir: kültür ve kalkınma için dünya genelinde farkındalık yaratılmasına öncülük etmek, üstün evrensel değere sahip doğal ve kültürel mirasların bütün dünyada belirlenmesi, korunması ve muhafazasını teşvik etmek için hükümetler ve yerel yönetimleri desteklemek amacıyla yasal çerçeve ve çalışma araçları oluşturulmasına katkı sağlamak ve yaratıcı endüstrileri güçlendirerek, katılımcı toplumları teşvik etmek. UNESCO'nun geniş çevrelerce tanınan kültür sözleşmeleri, uluslararası işbirliği için benzersiz bir küresel platform sağlamakta, insan haklarına ve paylaşılan değerlere dayalı bütüncül kültür yönetimi sistemi kurmaktadır (Oğuz ve Ürün, 2004:40).

1.4.4. FAO (Food and Agriculture Organization of The United Nations-Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü)

FAO, 1945 yılında insanların aktif ve sağlıklı hayatlar sürebilmesi için düzenli olarak yüksek kalitede gıda erişiminin sağlanması amacıyla kurulmuştur. Merkezi Cenevre'dedir. Kuruluşundan bu yana FAO, kırsal alanların kalkınmasına odaklanırken dünyadaki yoksul ve aç insanların % 70'ine de ev sahipliği yapmaktadır. FAO'nun 191 üye ülkesi, bir yardımcı üyesi ve bir üye kuruluşu – Avrupa Birliği- bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü açlığın ortadan kaldırılmasına yönelik uluslararası çabalara öncülük etmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelere hizmet veren FAO, üye ülkelerin bir araya gelerek uluslararası anlaşmaları ve politikaları tartıştıkları tarafsız bir forumdur. FAO ayrıca bilgi ve enformasyon kaynağıdır (UNICEF, 2014).

FAO'nun temel görevlerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Gıda ve tarım ürünlerini etkileyen çevre kirliliğini ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalarda bulunmak ve çevrenin korunması ile ilgili diğer uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Gelişmekte olan ülkelerde tarım, ormancılık ve balıkçılık alanlarının geliştirilmesine ve modernizasyonuna yardımcı olmak, projeleri desteklemek,
- Tohum geliştirme, daha iyi ürün toplama ve depolama konularında ülkelere rehberlik etmek,
- Tarım ve hayvancılık sektörüne zarar veren etkenlerle savaşmak.

1.4.5. ILO (International Labour Organization-Uluslararası Çalışma Örgütü)

Uluslararası Çalışma Örgütü, 1919'da imzalanan Versay Anlaşması'nda öngörülen Milletler Cemiyeti ile ortaya çıkmıştır. İkinci Dünya Savaşından sonra, ILO'nun temel amaç ve ilkeleri dinamik bir yeniden oluşum ve genişleme sürecine girmiştir. 1944'de amaçları ve çalışma konuları yeniden belirlenerek, ücretli çalışanların durumunu etkileyen ekonomik sorunlara eğilinilmesi benimsenmiştir.

ILO 1946'da, henüz yeni oluşturulan BM teşkilatının ilk uzmanlık kuruluşu olmuştur. 1946 yılından itibaren BM ile imzaladığı antlaşma ile yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi konusunda çaba gösteren BM'nin uzmanlık kuruluşu olarak hizmet vermeye devam etmektedir.

ILO'nun temel çalışmaları şunlardır:

- Temel insan haklarını geliştirmek, çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmek, istihdam olanakları yaratmak üzere uluslararası politika ve programların oluşturulması,
- Uluslararası çalışma standartlarının oluşturulması; bu standartların uygulanmasının izlenmesi için uygun mekanizmanın oluşturulması, söz konusu politikaların ulusal kuruluşlarca hayata geçirilmesinde yol gösterici olmak,
- Ülkelerin söz konusu politikaları pratikte fiilen gerçekleştirmelerine yardımcı olmak için, kapsamlı bir uluslararası teknik işbirliği programının oluşturulması,
- Tüm bu hedeflerinin gerçekleştirilmesi için eğitim, öğretim, araştırma ve yayın faaliyetlerinde bulunmak (ILO, 2014).

1.4.6. UNEP (United Nations Environment Programme-Birleşmiş Milletler Çevre Programı)

Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP), 1972 yılında BM'ye bağlı bir "program" olarak oluşturulmuştur. Bir program olarak sınırlı kaynaklara ve maddi yetersizliğine rağmen başarılı işler yürütmüştür. UNEP' in görevleri arasında gelişmekte olan ülkelere çevre konusunda teknik yardım sağlamak, çevre konusunun eşgüdümünü, çevrenin durumunu küresel düzeyde sürekli gözden geçirmek, uluslararası ve ulusal çevre politikalarının ve hukukunun gelişimini sağlamak ve siyasal öncülük yapmak, çevre sorunları hakkında uluslararası toplumun dikkatinin çekmek yer almaktadır.

Son 30 yıldır çevre ile ilgili konularda küresel bir ilginin oluşmasını sağlamıştır. İklim değişikliği, çölleşme, kalıcı organik kirleticiler, deniz çevresinin korunması, kimyasallar, biyolojik çeşitlilik ve ozon tabakasının delinmesi konuları UNEP olmadan siyasal gündemde bu kadar üst noktalarda yer alamazdı. Bunların dışında, çevre hukukunun, ulusal, bölgesel ve küresel düzeyde geliştirilmesinde UNEP, öncü rol oynamıştır (Öztunç, 2006: 48).

1.4.7. UNDP (United Nations Development Programme-Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, 1965'te, EPTA (Teknik Yardım Genişletilmiş Programı) ve Birleşmiş Milletler Özel Fonu'nun ortaklığı ile kurulmuştur. 1971 yılında iki kurum da UNDP adı altında birleşmiştir. Birleşmiş Milletlerin küresel kalkınma ağını oluşturmak için kurduğu programdır. Kurum 166 ülkede hükümetler, sivil toplum ve özel sektörle işbirliği yaparak bu ülkelerin sosyal, ekonomik ve kültürel bakımdan kalkınmasına yardım etmektedir. Bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik küresel bir bakış açısı ve yerel fikirler sunmaktadır. UNDP dört temel alana odaklanmaktadır:

- Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'ni başarmak ve yoksulluğun azaltılması,
- Demokratik yönetişim,
- Kriz önleme ve kurtarma,
- Sürdürülebilir kalkınma için çevre ve enerji.

Bin Yıl Kalkınma Hedefleri, 2015'e kadar gerçekleştirilmesi planlanan 8 hedeften oluşur. Bu hedefler; aşırı yoksulluğu ve açlığı ortadan kaldırmak, herkes için ilköğretim eğitimi sağlamak, cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi, çocuk ölümlerini azaltmak, anne sağlığını iyileştirmek, HIV/AIDS sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele, çevresel sürdürülebilirliği sağlama, kalkınma için küresel bir ortaklık kurmak. Binyıl Kalkınma Hedeflerinden biri olan "Aşırı yoksulluk çeken nüfusun yarı yarıya azaltılması" amacına 2015 hedef yılından 5 yıl önce ulaşıldı. 1990'da 1,9 milyar olan aşırı yoksulluk içinde yaşayanların sayısı, 2010'da 1,2 milyara düşmüştür. Herkes için ilköğretim eğitimi sağlama hedefinde, İlköğretime

yapılan net kayıt oranı, % 7 artarak 2000 ve 2012 yılları arasında % 83'ten % 90'a yükselmiştir. Diğer hedefler içinde göstergeler şu şekildedir; Tüm bölgelerde kadınların istihdamdaki oranı 1990'da % 35 iken 2012'de küresel olarak % 40'a yükselmiştir. Ocak 2014'te parlamentolarda kadın milletvekili oranı % 21,8 oldu. Geçen yıl bu oran % 20,3'tür. 2012 yılında beş yaşın altındaki çocuk ölümlerinin küresel oranı her 1000 canlı doğumda 90 ölümden 48 ölüme düşerek 1990'dakinin neredeyse yarısına indi. Anne ölüm oranı 1990 ve 2013 yılları arasında % 45 düştü; ancak bu düşüş hala Binyıl Kalkınma Hedefleri için yeterli değil. Hedef, 2015'e kadar anne ölümü oranını dörtte üç azaltmaktır. Küresel olarak yeni HIV enfeksiyonlarının sayısı 2001 ve 2012 arasında % 44 azalmıştır (UNDP, 2014).

1.4.8. UNFPA (United Nation Fund for Population Activities-Birleşmiş Milletler Nüfus Etkinlikleri Fonu)

Nüfus konusunda dünya çapında yardım sağlayan en büyük kaynak olan UNFPA, 1969 yılında kurulmuştur. Nüfus ve aile planlaması gereksinimlerini karşılayacak kapasiteyi yaratmak, hükümetlere nüfus politikaları ve stratejilerinin oluşturulması konusunda yardımcı olmak, mali yardımlarda bulunmak faaliyetleri arasındadır.

UNFPA her kadının, erkeğin ve gencin sağlıklı ve eşit bir hayat sürdürmesi için çalışmaktadır. UNFPA; devletlerin yoksulluğu azaltma politikalarını geliştirme sürecinde, nüfus verilerinin kullanılması için destek vermekte, her hamileliğin istenilen, her doğumun güvenli ve her gencin HIV/AIDS'ten korunmuş olması için faaliyet göstermekte, kadınların ve genç kızların hak ettiği saygılı muameleyi görmesi için katkı sağlamaktadır (UNICEF, 2014).

1.4.9. Uluslararası Kızılhaç Örgütü (International Committee of the Red Cross)

1864 yılında 16 ülkenin yaralı askerlerin tedavisinde uygulanacak düzenlemeleri belirleyen Cenevre Antlaşması'nı imzalaması Kızıl Haç'ın temelini oluşturur. 1949'a kadar 4 Cenevre Sözleşmesi imzalanmıştır. Bu sözleşmeler savaş meydanındaki yaralıların tedavi tüzüğünü belirlemekte ve gerek savaş gerekse de

barış dönemlerinde Kızıl haçın aktivitelerini kapsamaktadır. O günden bu yana dünyanın en büyük insani örgütü olarak gelişen Kızılhaç 186 ülkede faaliyet sürdüren ulusal dernekleriyle tüm dünyada milyonlarca insana yardım sunmaktadır.

Uluslararası Kızılhaç Komitesi'nin misyonu insan yaşamı ve onurunu korumak ve tüm dünyada savaş ile iç çatışma kurbanlarına yardım etmektir. Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu tüm dünyada güçsüz ve yardıma muhtaç insanlara yardım etmektedir (ICRC, 2014).

1.4.10. UNDRO (Office of the United Nations Disaster Relief Coordinator-Birleşmiş Milletler Afetzedeler Yardım Kuruluşu)

UNDRO, doğal afetlere ve başka felaketlere uğrayan ülkelere yönelik uluslararası yardım çalışmalarında eş güdüm sağlar. Doğal afetlere uğrama olasılığı bulunan bölgelerde stok oluşturarak ve doğal kaynakların etkin biçimde kullanılmasını sağlayarak üye ülkelerin afetlerle savaştaki etkinliğini arttırmaya çalışır (UNDRO, 2014).

1.4.11. Kızılay

1868 tarihinde "Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti" adıyla kurulan Kızılay, 1935'te "Türkiye Kızılay Cemiyeti" ve 1947'de "Türkiye Kızılay Derneği" adını almış gönüllü bir yardım kuruluşudur. Kuruluşa "Kızılay" adını büyük önder Atatürk vermiştir. Felaketler karşısında (savaş, doğal afet vb.) her nerede olursa olsun insan ıstırabını ulusal ve uluslararası kapasitesi dâhilinde önlemek ve dindirmek için çalışır. Amacı insan hayatının, sağlığının korunması ve insan onuruna saygı duyulmasının sağlanmasıdır. Kızılay bağımsız bir kurumdur. Kızılay, insancıl faaliyetlerinde kamu otoritelerinin yardımcısı olarak, Türkiye Cumhuriyeti Devleti yasalarına tabii, ancak kendisine her daim Uluslararası Kızılay-Kızılhaç Hareketi temel ilkelerine uygun hareket etme olanağı veren bir özerkliğe sahiptir. Kızılhaç'a üye devletlere gereksinimleri dahilinde yardım etmektedir. (Kızılay, 2014).

1.5. OECD Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Sistemlerinin İşleyişi

1947-1960 yılları arasında faaliyette bulunan Avrupa Ekonomi İşbirliği Teşkilatı'nın (OEEC) işlevini tamamlaması üzerine, onun yerine ve daha geniş bir görev tanımı çerçevesinde 14 Aralık 1960 yılında Paris'te imzalanan anlaşma ile İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) kurulmuştur. Anlaşmanın giriş bölümü "bireysel özgürlükleri koruyarak genel refah düzeyini arttırmak olan Birleşmiş Milletler amaçlarına ulaşmanın ekonomik güç ve refah düzeyini yükseltmekten geçtiği inancıyla" diye başlamaktadır. Örgütün amacı anlaşmanın 1. Maddesinde; mali istikrarı koruyarak, en yüksek sürdürülebilir ekonomik büyümeyi ve istihdamı sağlayacak, üye ülkelerde hayat standardını yükseltecek ve böylece dünya ekonomisinin gelişmesine, üye olan veya olmayan ülkelere sağlıklı ekonomik kalkınmaya, uluslararası yükümlülüklerine uygun olarak çok taraflı dünya ticaretinin büyümesine ayırım yapmadan katkıda bulunacak politikalar geliştirmek olarak belirtilmektedir (OECD, 2014).

OECD'nin 20 kurucu üyesi bulunmaktadır. (ABD, Avusturya, Kanada, Fransa, Hollanda, Lüksemburg, Almanya, İtalya, İngiltere, Belçika, Danimarka, İrlanda, Yunanistan, İsviçre, İsveç, İspanya, İzlanda, Norveç, Portekiz ve Türkiye) Bu ülkelere ek olarak, ilerleyen yıllarda, Japonya, Finlandiya, Avustralya, Güney Kore, Meksika ve Yeni Zelanda "üye" olarak Teşkilata katılmışlardır. Sovyetler Birliği'nin dağılması sonrasında, 1990'lı yılların başında Batı ile entegrasyon süreçlerine hız kazandırmak için Polonya, Macaristan, Çek Cumhuriyeti ile Slovakya da Teşkilata "üye" olarak kabul edilmişlerdir. Estonya, İsrail, Slovenya ve Şili 2010 yılı içinde üye olarak Örgüte katılmış olup, Rusya Federasyonu ile üyelik müzakereleri sürdürülmektedir. Hali hazırda, teşkilatın 34 üyesi bulunmaktadır. Avrupa Birliği Komisyonu da oy hakkı olmadan toplantılara katılmaktadır. Derinleştirilmiş İşbirliği modeli çerçevesinde Brezilya, Çin, Endonezya, Güney Afrika ve Hindistan Örgüt çalışmalarına katılmaya, Örgütün koyduğu ilkeleri ve geliştirdiği uygulamaları kabul etmeye davet edilmişlerdir (OECD, 2014).

OECD ekonomik büyüme, mali istikrar, ticaret ve yatırım, sağlık ve eğitim, teknoloji, yenilik, girişimcilik ve kalkınma alanlarında işbirliği yoluyla refahın sağlanması ve yoksullukla mücadele ve sosyal eşitliğin sağlanması konularında, yeni

gelişme ve sorunların anlaşılıp uygun çözümleri üretmeleri konusunda hükümetlere yardımcı olmaktadır (T.C. Dışişleri Bakanlığı, 2014). Teşkilat üyesi 34 ülke, küreselleşmenin ekonomik, sosyal ve yönetim sorunlarını çözmek ve bu sürecin fırsatlarından faydalanmak üzere birlikte çalışmaktadır. Küreselleşme süreciyle birlikte bölgesel, yerel, ulusal ve uluslararası bağlamda yeni aktörler politika oluşturma ve uygulamada önemli bir yerdedir. Özel sektör ve sivil toplum daha çok söz sahibi olmaya başlamıştır. Eskiden uluslararası arenada devletler çıkarlarını kendileri sağlamaya çalışırlardı şimdi ise uluslararası arenada faaliyet gösteren organizasyonlarla işbirliği yoluna gidilerek belli fırsatlar sağlanmaktadır. Bu yeni küresel ortamda diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de programlar, meseleler küresel düzeyde aktörlerin işbirliğinde ortaya koyacakları küresel politikalar yoluyla şekillenmektedir (Kickbusch, 2000:983).

1.5.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi

II. Dünya Savaşı'ndan 1980'lere kadar ABD'de sağlık bakımı hizmetlerinin finansmanı bir sorun olarak görülmeye başlanmıştır. Çünkü önceden finansman bağışlara dayanmaktadır. 1980'lerde Federal hükümet sağlık sektörüne daha fazla etki etmeye başlamıştır. Ulusal sağlık enstitüsü kurulmuştur. Bu kurum ile sağlık alanında araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Medicaid ve Medicare kurulmuştur. Sağlık algısı değişmiş ve bu döneme kadar sağlık hizmeti ayrıcalık olarak algılanırken bundan sonra herkes için bir hak olduğunun farkına varılmıştır. 1980'den günümüze kadar ise sağlık sektörünün optimum düzeyde teşvik edilmesi gerektiği ve büyümenin yavaşlatılması görüşü hakim olmuştur. Ayrıca var olan kaynakların daha etkili kullanılması için araştırmaların, yeni düzenlemelerin ve anlayışların geliştirilmesine çalışılmıştır. Federal hükümetin sağlık hizmetleriyle ilgili başlıca kuruluşu Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı (The Department of Health and Human Services (HHS))'dir. ABD' de sağlık hizmetleri yönetiminde etkin olan kuruluş ise Tıp Enstitüsü olup kar amacı taşımayan bağımsız çalışan bir organizasyondur. Toplum sağlığını iyileştirmek/geliştirmek için özel sektöre ve politika yapıcılara bir danışman gibi davranır (Thomson, 2012).

ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanı dört temel gruptan sağlanır. Bunlar kar amaçlı özel sigorta şirketleri, Mavi Haç (Blue Cross) ve Mavi Kalkan (Blue

Shield), bağımsız sigorta planları ve kamu sigortaları (Medicare/Medicaid)'dır (Tutar ve Kılıç, 2007:50):

- *Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri*

Özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluştururlar. Bu şirketler çoğunlukla işyerlerine yönelik grup sigortaları yaparlar. Daha küçük diğer sigorta şirketleri ise genellikle bireysel sigorta yaparlar. Bireysel sigortalar daha az tercih edilmektedir ve hastaya masrafları için daha az ödeme yaparlar. Fakat son zamanlarda bazı şirketlerin bu kuralın dışına çıktığı da görülmektedir. Bu da kar amaçlı çalışan sigorta şirketlerinin aslında hastayı değil, öncelikle kendi karını düşündüğünü gösteren örneklerden biridir.

- *Mavi Haç ve Mavi Kalkan*

1930'lu yıllarda hastane sahipleri ve doktorların bir araya gelmesiyle kurulmuş kar amacı gütmeyen özel sigorta şirketleridir. Mavi Kalkan doktor masraflarını ve Mavi Haç hastane masraflarını sigorta etmektedir. 65 yaş altı nüfusun yaklaşık üçte biri bu programlar tarafından sigortalıdır (Çalışkan, 1999:90). Maviler tüm ABD'de her eyalette hizmet verirler ve 73 ayrı sigorta planları vardır. 65 yaş altı, nüfusun yaklaşık üçte biri maviler tarafından sigortalıdır. Hem grup poliçe, hem de bireysel poliçe yapabilirler. Eyalet değiştiren kişilerin hakları kolaylıkla devredilir ve sigortası devam eder. Mavilerin en büyük avantajı tedavileri kendi hastanelerinde yapmaları ve daha ucuza mal etmeleridir. Çünkü şirketlerin kuruluşu hastane sahipleri ve hekimler tarafından yapılmıştır ve bu avantajdan yararlanarak tüm maliyetler daha ucuza getirilmektedir (Sargutan, 2004:37).

- *Bağımsız Sigorta Planları*

Özel sigorta şirketlerinin içinde yer alan Maviler ve Sağlık Organizasyonlarının (Sağlığa destek organizasyonları ve tercihli hizmet organizasyonları gibi) finansmanı sağlarlar. Kar amaçlı değildirler. Pazar payları giderek artmaktadır. Örneğin; New York kenti için finansmanı New York Sağlık Sigortası Plan'ı (HIP, Health Insurance Plan of Greater New York) yürütmektedir.

- *Kamu Sigortaları*

Kamu sigortaları içinde ise Medicare ve Medicaid sigortaları vardır.

- *Medicare (Sağlık Sigortası)*

ABD’de 65 yaş üzeri kişiler ve engelliler gelir seviyesine bakılmaksızın Medicare kapsamına alınır. Medicare A ve B olmak üzere iki ödeme planı içerir. Medicare A, hastane masraflarını karşılarken; Medicare B, hekim ve hemşirelik bakımlarını ayakta tedavileri ve laboratuvar giderlerini karşılar. Medicare hizmetlerinin en büyük eksikliği masrafların tamamını karşılamamasıdır. Çoğu ilaçlar, gözlük, işitme cihazları, diş tedavileri gibi pek çok pahalı hizmet medicare tarafından verilmez. Bu aşırı kısıtlamalar nedeniyle medicare’li kişilerin büyük çoğunluğunun ikinci bir sigortası vardır (Obamacare, 2014).

- *Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası)*

Medicaid çocuklu ve düşük gelirli aileleri, sakat ve körleri, yoksulluk sınırının altındaki ailelerdeki 6 yaşından küçük çocukları ve gebeleri, 4 kişilik yıllık geliri 18 bin 400 doların altında olan ailelerdeki 19 yaşından küçük çocukları kapsamaktadır.

Medicaid, ortak bir federal-eyalet programıdır ve fakir insanlara tıbbi bakım sağlar. Medicaid’den yararlanma yöntemi ve yararlanabilecek sağlık yardımlarının kapsamı eyaletten eyalete farklılık göstermektedir (U.S Department of Health and Human Services, 2014).

ABD Sağlık sisteminin sahip olduğu temel özelliklerden birisi hastaların özel sigortalardan özel sağlık organizasyonlarına kadar çok geniş bir yelpazede, kendilerine uygun olan hekimi ya da hastaneyi seçebilmeleridir. Sigortalı hastalar hekimin ücretinin belli bir kısmını ödemekle sigortasızlar ise tamamını ödemekle yükümlüdür. Hastane yataklarının yaklaşık % 70’i kar amaçlı değil, % 15’i kamunun ve % 15’i kar amaçlıdır. Kamu hastaneleri özel hastalara da hizmet vermektedir. ABD’de ayakta bakım hizmeti veren hekimlerin çoğu özel muayenehanelerinde ya da diğer hekimlerle grup olarak çalışmaktadır. Birincil

basamak tedavi hizmeti veren hekimler tüm hekimlerin üçte birini oluşturmaktadır. Uzman doktorlar hem özel sektörde hem de devlet hastanelerinde çalışabilir. ABD’de en çok bulunan sağlık bakım kuruluşları Hemşirelik Bakım Evleri (Nursing Home Care)’dir. ABD’de bakım evlerinin sayısı hastane sayısının üç katıdır. Her Amerikan vatandaşı ortalama olarak yılda iki kez bakım evi hizmeti alır. Bakım Evlerinin hasta bakım maliyetleri hastane bakım maliyetlerinden daha ucuzdur. Bakım evleri koruyucu sağlık hizmetlerinden, uzun süreli kronik bakım, yaşlılara yönelik bakım ve rehabilitasyona kadar geniş bir hizmet yelpazesi ile sorumludurlar (U.S Department of Health and Human Services, 2014).

2010 yılı ABD sağlık sisteminde köklü değişikliklere sahne olmuştur. “Obama-care”, “Hasta Koruma ve Ekonomik Bakım Yasası” – “Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)”, ya da yaygın olarak kullanılan “Ekonomik Bakım Yasası - Affordable Care Act (ACA)”, 23 Mart 2010 tarihinde başkan Barack Obama tarafından imzalanmıştır.

Bu yasa sağlık hizmetlerinde 1965 yılı “medicare” ve “medicaid” kabulünden bu yana en çarpıcı revizyondur. ACA, kamu ve özel sigorta kapsamının genişletilerek sigortasız olanların oranının düşürülmesi, sağlık sigortasının uygun fiyata ve daha kaliteli sunulması, hükümet ve bireyler için sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltılması gibi amaçlarla yürürlüğe girmiştir. ACA sigorta kapsamı için 2 temel mekanizmaya sahiptir. Bunlar federal yoksulluk sınırının % 138’i içindeki bireyleri de içine alarak medicaid hakkını genişletmek ve devlet merkezli sigorta alışverişi yaratmaktır. Bireylerin ve küçük işletmelerin alabileceği devlet temelli sağlık sigortası planlarında düzenlemeler yapılmaktadır. Bunu yapmak için sübvansiyon alacak uygunluktaki bireyler federal yoksulluk sınırının %100 ile %400 arası gelirinde olanlardır. ABD kongre bütçe ofisi (The Congressional Budget Office-CBO) başlangıçta bu yasanın, 32 milyon olan sigortasız vatandaşın sayısını azaltacağını, tasarının hükümleri tamamen etkisini gösterdikten sonra 2019 yılı içinde 23 milyon sigortasız kalacağını tahmin etmiştir (Obamacare, 2014).

ACA, 2010 VE 2020 yılları arası etkisini gösterecek önemli hükümler içermektedir. 1 Ocak 2014’de yürürlüğe giren yeni düzenlemelerden önemli bir kaçına değinecek olursak; bireylerin ve küçük işletmelerin özel sigorta alımları

yapabildiği, devlet temelli sağlık sigortası borsaları kurulmuştur. Federal veya eyalet hükümeti tarafından yönetilen bu borsalar, çevrimiçi pazarlar yasa ile düzenlenir. Medicaid hakkı genişletilmiştir. Medicare ödeme sistemi reformları ile hizmet için ücret ödeme tipinden toplu ödemelere geçen medicare geri ödemelerinin yapılandırılması, sağlık iletim sistemi çalışmalarında verimi arttırmayı yönelik çalışmalardır. Yeni ödeme sistemi altında bireysel hizmet sağlayıcılarına tek tek ödeme yapmak yerine, ödeme bir hastaneye ya da hekim grubuna yapılır (Thomson, 2012).

Mayıs 2014 itibariyle yaklaşık 20 milyon Amerikalı ACA ile sağlık sigortasına sahip olmuş, 2013 yılında %18 olan sigortasız Amerikalılar'ın oranı 2014 de %13,4'e düşmüştür. Eyaletler gelirlerine göre kendi paylarına düşen çeşitli oranlarda federal hükümetten fonlar alırlar. 2012 yılı için eyaletlerin medicaid harcamaları %50'den %74,2'ye kadar değişmektedir. 2010 yılında ABD vatandaşlarının % 56'sı, % 51'i işverenleri aracılığıyla ve % 5'i de doğrudan, gönüllü özel sağlık sigortası almıştır. Vatandaşların % 27'si kamu programları kapsamında,% 14'ü medicare ve % 12'si medicaid altında ve % 1'i askeri sağlık programları olmak üzere, sağlık hizmetleri almaktadır (Thomson, 2012).

2011 yılı için toplam sağlık harcamalarının % 47,8'i kamu tarafından, % 52,2 si özel sağlık sigortaları tarafından finanse edilmiştir. Medicare finansmanı genel vergiler, primler ve çalışanların maaşlarından belli bir oranda alınan vergilerin birleşiminden sağlanmaktadır (DSÖ, 2014).

ABD sanayileşmiş 24 OECD ülkesi içinde sağlığa en fazla yatırım yapan ülkedir. Buna karşın bebek ölüm oranı ve doğumda beklenen yaşam süresi gibi sağlık göstergelerinde ön sıralarda değildir. GSMH içindeki sağlık harcamalarının payı 1960 yılında %5,1, 1980 yılında %8,7, 2000 yılında %13,1 2012 yılında ise % 16,9 olarak gerçekleşmiştir ABD ulusal sağlık harcamalarında her yıl ciddi artışlar gözlenmektedir. 2000 yılından 2012 yılına kadar her yıl bir önceki yıla göre gösterdiği artış oranı ortalama % 3,9'dur (OECD, 2014). Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetimi Bölümü bu rakamın harcamalar aynı hızda devam ederse yapılan hesaplamalara göre 2030 yılında % 32'ye çıkacağını hesaplamaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

1.5.2. Almanya Sağlık Sistemi

Almanya’da sosyal sigortacılığın başlangıcı kabul edilen kanunu yürürlüğe koyan politik lider Bismark’ın adından esinlenerek Almanya sağlık sistemine “Bismark Modeli” denmektedir. Bismark bu kanunla, o dönemde yoğun olan işçi sağlığı sorunlarına bir çözüm sunmuş, işçilerin lehine olan ve işverenlerce finanse edilen genel sigorta zorunluluğu getirmiştir.

Sağlık hizmetleri yönetiminden merkezi düzeyde (Federal Devlette) esas sorumlu bakanlık Sağlık Bakanlığıdır. Ayrıca; Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıkları da hizmet sunan diğer birimlerdir. Almanya’da birinci basamak tedavi edici hizmetler ağırlıklı sosyal güvenlik kuruluşları ile sözleşmeli ve özel çalışan doktorlarca yürütülüyor. Ayakta ve evde bakım hizmetlerinin büyük çoğunluğu özel çalışan uzmanlarca üretilir ve bunlardan alınan hizmetler doğrudan sosyal sigorta kurumlarınca ödenmektedir (Akdur, 2006:45).

Almanya sağlık sistemi kontrol ve karar mekanizması ağırlıklı olarak hastalık fonlarına, hastane organizasyonlarına ve hekim birliklerine bırakılmıştır. Devlet sistem üzerinde sınırlı bir denetime sahiptir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerine yönelik kamu müdahalesi minimum düzeydedir. Almanya nüfusunun yaklaşık %90 ı zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Nüfusun yaklaşık %10’u özel sağlık sigortası kapsamında yer alırken % 0,3’ü herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir (Yıldırım, 2004:120). Alman sağlık sisteminin finansmanı 5 ayrı kaynaktan sağlanır. Bunlar;

- Genel vergiler(merkezi, federal, yerel)
- Çalışanlar ve işverenler arasında eşit olarak paylaştırılmış maaşlar üzerinden alınan vergiler
- Özel sigorta primleri
- Cepten ödemeler ve
- Maaş gelirlerinin karşılamadığı durumlarda kamu ve özel sektör çalışanlarının yaptığı ödemeler (Graig, 1993:96, Çalışkan, 1999:76).

Federal Almanya’da mülkiyetine göre hastaneler: devlete ait hastaneler, kar amacı gütmeyen hastaneler, özel hastaneler, olarak 3’e ayrılmaktadır. Ülkede hastane doktorları dışarıda, dışarıda çalışan hekimler hastanede hasta bakamazlar. Eğitim hastaneleri dışındaki hastaneler poliklinik açamazlar. Bu sebepten dolayı yatak işgal oranı yüksektir. (%83-86). Hekimlerin %45’i tam gün kamu sektöründe, %47’si özel sektörde, %8’i araştırma ve idare görevlisi olarak çalışmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

1.5.3. Avustralya Sağlık Sistemi

Avustralya sağlık sistemi hem etkinlik hem de yeterlilik açısından dünya standartlarında kabul edilmektedir. Avustralya Federal Hükümeti ulusal politikaları oluşturmak ve maddi kaynak sağlamaktan sorumludur. Eyalet, bölge ve yerel hükümetler kamu sağlık hizmetlerinin sunulması ve yürütülmesinin yanı sıra sağlık hizmeti sağlayan çoğu kuruluşla iletişimin sağlanmasından sorumludur.

Avustralya sağlık sistemi hukuki ve finansal yükümlülükleri bir dizi yasa ile belirlenmiş birçok düzenleme içeren kamu ve özel sektör hizmet sağlayıcılarından oluşmaktadır. Sağlık sistemine ilişkin sorumluluklar hükümet, sivil toplum kuruluşları ve Avustralya vatandaşları arasında üç düzeyde dağılmıştır (AIHW, 2012:16).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı hükümet, sigorta şirketleri, sivil toplum kuruluşları ve bireysel olarak vatandaşların ödemelerinden sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sağlayıcıları olan kamu hastaneleri ve eyalet ve bölge yönetimlerinin sorumluluğundadır. Avustralya hükümeti, eyalet, bölge ve yerel yönetimleri birlikte toplum ve halk sağlığı hizmetlerini sağlamakla yükümlüdür. Özel sektör hizmet sağlayıcıları ise özel hastaneleri ve eczaneleri içermektedir (AIHW, 2012:16).

Halk sağlığı merkezleri topluma sağlık destek hizmetleri sunar ve yerel hükümetlerce yönetilirler. Verdikleri hizmetler arasında bebek ve çocuklar için sağlık taraması, aşılama, sağlık eğitimi ve danışmanlığı yer almaktadır. Kadın sağlığını geliştirmek amacı ile kadın sağlığı programları geliştirilmiştir. Programlar ile ilgili detaylı bilgi Halk Sağlığı Merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Yaşlı

bakımı hizmetleri yaşlılara bağımsız bir şekilde kendi evlerinde daha uzun süre yaşayabilme olanağı sunmaktadır. Kendi bakımını tek başına yürütebilecek durumda olmayan yaşlılara yönelik ev bakımı hizmetleri de sağlanmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Avustralya sağlık harcamaları finansmanının üçte ikisinden fazlası hükümet tarafından karşılanır. Bu finansman iki ulusal program aracılığıyla sübvansede edilmektedir. Bunlar Avustralya Medicare' i olarak bilinen MBS (Medicare Benefits Scheme) yardım programı ve PBS (Pharmaceutical Benefits Scheme) ilaç programıdır. MBS doktorlar, göz doktorları ve bazı durumlarda klinik psikologları gibi diğer yardımcı sağlık profesyonellerinin sunduğu hizmetlerin ödemelerini karşılamaktadır. PBS de ilaç alımları için cepten yapılan ödeme katkıları ile eczaneden alınan reçeteli ilaçların ödemelerini yüksek bir oranla karşılar. Bu iki programa belli bir gelir desteği alan aileler ve bireyler (Örneğin işsizler ve engelli vatandaşlar) için büyük oranlarda indirim sağlayan sosyal refahı arttıracak düzenlemeler eklenmiştir (AIHW, 2012:18).

Avustralya için de diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi son on yılda sağlık bakımı kapsamında yapılan tüm mal ve hizmet harcamaları hızlı bir şekilde artmıştır. 1999 yılında OECD ülkelerin toplam sağlık harcamaları GSYİH oranı ortalaması % 7,8 iken 2009 yılında bu oran % 9,6 ya yükselmiştir (OECD, 2011). Avustralya'nın ise sağlık harcamalarının GSYİH oranı OECD ortalamasından biraz düşüktür. Ancak göz ardı edilmemesi gereken önemli bir nokta Avustralya'nın bu oranının içinde hastane dışı yürütülen uzun dönem sağlık bakımı harcamaları yer almamaktadır. Birçok OECD ülkesinde tersi durum söz konusudur (AIHW, 2012:470).

Avustralya hükümeti tüm vatandaşlarına hiçbir ücret ödmeden ya da makul bir ücretle bireylerin şahsi durumlarına bakılmaksızın herkese yeterli sağlık hizmetleri sunmayı hedeflemektedir. 2008 yılından beri birçok sağlık reformu gerçekleştirmektedir. Bu kapsamda uzak bölgelerdeki sağlık hizmetlerine erişimi geliştirmek amacıyla ek hükümet programları yürütülmektedir. Ayrıca diabet ve mental hastalıklar gibi bazı sürekli tedavi gerektiren rahatsızlıklar için yardımcı sağlık hizmetleri sağlanmaktadır (AIHW, 2012:18).

1.5.4. Avusturya Sağlık Sistemi

Avusturya sağlık sisteminde sorumluluklar federal ve eyalet otoriteleri arasında paylaşılmıştır. Eyalet otoriteleri sağlık hizmetlerinin yönetimi ve idaresinden sorumludur. Federal Sağlık ve Çevreyi Koruma Bakanlığı vasıtasıyla merkezi hükümet, sağlık politikasını kesin ve net bir biçimde belirler ve uygulamaları için eyaletlere direktif verir. Yerel birimlerde sağlık hizmetlerinin sunumu eyaletlerin yetkisi altındadır. Bakanlık sosyal hizmetlerle, sağlık şartlarıyla ve finansmanla ilgilenmez. Bu sorumluluklar yerel yönetimlere aittir. Bakanlık, devlet hastanelerinin minimum standartlarını belirler. Fakat hastaneler eyaletlerin sorumluluğundadır ve eyaletler tarafından sahiplenilip bakımı yapılır. Federal hükümet ve bakanlık hastanelerin finansmanına katkıda bulunur. Fakat, asıl finansmanları büyük ölçüde yerel yönetimlere ve eyalet otoritelerine ait imkanlarla sağlanmaktadır. Anayasal konulara bağlı olarak genel hastanelerin bakımı ve korunması eyaletlerin ve belediyelerin sorumluluğu altındadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

1956 yılında çıkarılan Genel Sosyal Sigorta Yasası ile sağlık hizmetleri yasal bir hak olarak ele alınmıştır. Avusturya sağlık sistemi nüfusun %99'unu kapsayan zorunlu kamu sigortası sistemine dayalı olup bu sigortalı kişiler ve bağlı olan kişiler özerk olan 24 hastalık fonundan herhangi biriyle bağlantılı olarak sigortalıdır. Fonların kapsamaları arasında da az da olsa farklılıklar vardır. Fonların gelirleri ağırlıklı olarak işveren ve çalışan katkılarıyla (%90) sağlanmaktadır. Ayrıca nüfusun yaklaşık %40'ı ek özel sigorta da yaptırmaktadır. Sigortalı kişiler ve bağlı olan kişiler dört temel hakka sahiptir: Sağlık sigortası, kaza sigortası, emeklilik sigortası ve işsizlik sigortası (Jakubowski ve Busse, 1998).

Toplam sağlık harcamalarının finansmanının üçte ikisi kamu tarafından sağlanmaktadır. Kamu sağlık sigortasında yaklaşık %84'lük bir gelir, sigortalı olanların katkılarından %1'lik gelir federal katkılardan, %15'i de diğer gelirlerden sağlanmaktadır. Sigortanın toplam gelirinin yaklaşık %30'u hastanelere, %25'lik kısmı doktorlar tarafından verilen hizmetlere, %20'lik kısmı ilaçlar ve diğer tıbbi ürünler ile sarf malzemelerine harcanmaktadır. Geri kalan harcamalar, hizmet sunumu için çeşitli yerlere yapılmaktadır (Türkiye Halk sağlığı Kurumu, 2014).

Avusturya’da hastalar kendi hekimini seçmekte serbesttir. Hata bir sosyal sigorta kapsamındaki hekime muayene olduklarında belli bir ücreti doğrudan öder daha sonra bu bedelin bir bölümünü sigortadan alırlar. Uzmanlara muayene olmak için genel pratisyenin sevk etmesi mecburidir. Kliniklerin yarısı sağlık sigortası kuruluşlarınca işletilmekte ve özel kliniklerin yaklaşık %60’ının kamu ile sözleşmeleri vardır. Ayrıca Avusturya da gönüllü refah organizasyonları ve kendi kendine yardım eden gruplar önemli ölçüde sağlık hizmeti sağlamaktadırlar. Örneğin Avusturya Kızıl Haçı ambulans ve taşımacılık hizmetlerinin çoğunu sağlamaktadır (Jabukowski ve Busse, 1998).

Yatak kapasitesinin nüfusla kıyaslaması nispeten yüksektir. Kabul oranları ve devir oranları, OECD ülkelerine kıyasla Avusturya hastanelerinde yüksektir. Bu da Avusturya sağlık sisteminin fazlasıyla hastane merkezli olduğunu gösterir. Şimdilik bu model hemen tüm Avrupa ülkelerinde çeşitli şekillerde de olsa uygulanmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Avusturya sağlık sisteminde hastane finansmanına ilişkin 1995’den bu yana önemli reformlar gerçekleştirilmiştir. 1995’den önce kar amaçlı olmayan hastaneler ve kamu hastanelerinin alt yapı ve donanımlarının finansmanını hastanelerin sahipleri olan yerel yönetimler ve il yönetimleri (Valilik) tarafından yapıyordu. Bu otoriteler finansmanı sağlarken bakanlıktan bazı ödenekler alıyorlardır. İşletim maliyetlerinin %50’si günlük ödemeye dayalı olarak hastalık fonları ve KRAZAF (Hospitals Cooperation Fund) tarafından karşılanıyordu. 1995’den sonra DRG(Diagnosis Related Groups -Teşhisle ilgili gruplar)’ye benzer bir sistem olan ileriye dönük ödeme sistemi kullanılmaya başlanmıştır. 20 hastanede DRG’ler pilot proje olarak uygulanmaya başlanmıştır. Burada amaç “performans-ilişkili ödeme sistemine” geçiş yapmaktır (Jabukowski ve Busse, 1998; Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

1.5.5. Belçika Sağlık Sistemi

Belçika parlamenter demokrasi ile yönetilen federal bir devlettir. 3 yönetim seviyesi mevcuttur: Federal hükümet, Federal kuruluşlar (3 bölge ve 3 topluluk) ve Yerel Yönetimler (il ve belediyeler). Sağlık politikası hem federal otoritelerin hem

de federal kuruluşların (bölgeler ve topluluklar) yetkililerinin sorumluluğundadır. Bölgeler Flaman, Woolon ve başkent Brüksel Bölgesi'dir. Her bölge toprakları üzerinde çoğu konuda (ekonomi, tarım, su kaynaklarının yönetimi, enerji, çevre vs.) yetkilidir. Belçika da yaşayan 3 grup ise, Fransızca konuşanlar topluluğu, Almanca konuşanlar topluluğu ve Flaman topluluğudur. Topluluklar sağlık politikalarından (koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, yasal düzenlemelerin uygulanması, hastane planlaması vs.) sorumludur. Ancak bölgelerin ve toplulukların sorumlulukları ile ilgili kesin sınırlar koymak mümkün değildir. Bu birimlerin temel sorumluluklarını şöyle sıralayabiliriz (Sargutan, 2010):

- Federal hükümet düzeyi dışında kalan koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık koşullarının iyileştirilmesi,
- Hastane binası dışındaki tıbbi hizmetlerin sağlanması,
- Tıp merkezleri ve ruh sağlığı hizmetleri, evde bakım hizmetleri, huzur evleri ile ilgili imkanların sağlanması ve bunların federal standartlara uygunluğunu sağlamak,
- Genel ve psikiyatri hastanelerinin federal hükümet kriterlerine uygunluğunu onaylamak,
- Hastaneler bakımevleri gibi yerler için uygulanabilir temel kuralları belirlemek

Federal otoriteler zorunlu sağlık sigortasının finansmanından ve düzenlenmesinden sorumludur. Ayrıca sağlıklı olmaya teşvik ve sağlıklı olma halinin korunması ile yükümlü olmakla birlikte önde gelen görevleri; anne ve çocuk sağlığı ve sosyal hizmetler, topluluk bakım hizmetlerinin farklı yönleri, koruyucu bakım hizmetleri ve birincil basamak sağlık hizmetleri işbirliği ve koordinasyonu, ek akreditasyon kriterlerinin belirlenmesi ve standartlarının uygulanması ve hastane yatırımının finanse edilmesidir (Sargutan, 2010).

2012 yılına ilişkin Belçika' da 15 yaş altı nüfus % 17 ve 60 yaş üstü nüfus %24'dür. 60 yaş üstü nüfusun giderek artmaktadır ve bu durum beraberinde sosyal güvenlik sisteminin finansmanına ilişkin ciddi sorunlar getirmektedir.

Danimarka, Fransa, Almanya, Hollanda gibi birçok Avrupa ülkesinin emeklilik yaşını yükselttiği bir dönemde, OECD yaşlanma maliyeti ve savunulması güç emeklilik sistemi konusunda Belçika'yı uyarmakta ve hiçbir önlem alınmaması halinde, kanuni emeklilik yaşının ileride 73'e kadar artırılmak zorunda kalınabileceği uyarısında bulunmaktadır (HIT Summary: Belgium, 2010: 29).

OECD 2012 yılı sağlık raporu istatistiklerine göre Belçika nüfusunun %99'u ikamet esaslı genel kamu sağlık sigortası kapsamındadır. Ekstra sağlık hizmeti almak isteyenler için özel sağlık sigortası imkanı da bulunmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminden yapılan sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır. Ayrıca, Belçika vatandaşlarının %78'i tamamlayıcı bir sağlık sigortasından da faydalanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası; acil olmayan hasta yatışı, bazı dış tedavileri, zorunlu olmayan aşılar, gözlük ve camları ile yurtdışı sağlık sigortası gibi alanları kapsamaktadır (HIT Summary: Belgium, 2010).

Belçika Zorunlu sağlık sigortası kapsamı Ulusal Hastalık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü (Institut National d'Assurance Maladie Invalidite- INAMI-National Institute for Health and Disability Insurance-NIHDI) tarafından yönetilmektedir. NIHDI Federal Halk Sağlığı, Gıda Güvenliği ve Çevre Bakanlığı'nın sorumluluğunda bir kamu sosyal güvenlik kurumudur. Federal Halk Sağlığı Bakanlığı, sağlık kurumlarının organizasyonu ve finansmanı, sağlık hizmetlerinin kapsamında yer alan mesleklerinin organizasyonu ve acil tıbbi destekten sorumludur. NIHDI ise, zorunlu sağlık hizmetleri sigortasının genel organizasyonundan ve mali yönetiminden sorumludur. Bu görevler, tedavi maliyetlerinin geri ödeme organizasyonu, ayrıntılı şekilde mevzuatı oluşturma ve düzenleme, sağlık harcamalarının gelişimini takip etmek, sağlık hizmeti sağlayıcılarını, hastalık fonlarını ve sigortalıyı bilgilendirmek ve uygulamaların mevzuata ve yönetmeliğe uygun yapılmasını sağlamak, zorunlu sağlık sigortası dahilindeki farklı aktörler arasındaki görüşmeleri organize etmek olarak sıralanabilir (Rousseau, 2013).

Belçika hastaneleri genel hastaneler ve psikiyatri hizmetleri sunan hastaneler olmak üzere iki grupta hizmet vermektedir. 2008 yılında 207 hastanenin 139'unu genel hastaneler ve 68 ini psikiyatri hastaneleri oluşturmaktadır (OECD, 2014).

Belçika toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 2012 yılı için %10,9 ile 34 OECD ülkesi içinde 8. sıradadır. 2011 yılından 2012 yılına sağlık harcamaları %2,5 artmıştır. Belçika'daki sağlık sisteminin, özellikle ABD, İngiltere ve İrlanda'ya nazaran %40-%50 daha düşük maliyetli olması ve konumu Belçika'ya sağlık hizmeti almak için ülke dışından gelenlerin tercih sebeplerindedir. Bu da ülkeye sağlık turizmi açısından avantaj sağlamaktadır. Bu nedenle, OECD 2012 Sağlık Raporu verilerine göre, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Lüksemburg, Macaristan, Slovenya, Polonya ve Estonya'dan sonra en çok tercih edilen yedinci tıp turizmi ülkesi olup, sağlık turizmi geliri 256 milyon dolara ulaşmıştır (OECD, 2014).

1.5.6. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi¹

Taslağı Beveridge'in -ekonomist-, 1942'de hazırladığı toplumsal içerikli rapora dayanan, 2. Dünya Savaşı'nın bitimiyle birlikte yönetime gelen İşçi Partisi tarafından, Büyük Britanya'da 1946 Ulusal Sağlık Hizmeti (USH) yasası ile kurulan, devlet idaresi altında kapsamlı bir kamu sağlık hizmetidir. Temel ilkesi herkese eşit ve parasız sağlık hizmetini yerinde sunmaktır. Büyük Britanya'da yaşayan tüm bireylere tam olarak parasız hizmet sağlamak üzere 1948'de devreye girmiştir. 1962 Porritt Raporu'nda Enoch Powell yönetimindeki sağlık bakanlığı "İngiltere ve Galler için Hastane Planı"nı yayımlamıştır. Planın yüreğini 100,000–150,000 kişiye ayaktan ve yatarak bütüncül hizmet verecek 600–800 yataklı Bölge Genel Hastanesi (District General Hospital [DGH]) oluşturuyordu. Hastanelerde hizmetin temel yetkilileri sorumlu uzman hekimler (consultant) olacak, hastane genel yönetimi ise konuda yüksek öğrenim görmüş bir yönetici tarafından üstlenilecekti. O günden buyana bölge genel hastanesi USH'nin omurgasını oluşturmaktadır. USH hizmetleri birinci basamak ve ikinci basamak olmak üzere iki düzeyde gerçekleştirilmektedir. USH hastane hizmetleri ikincil bakım hizmetleri altında ele alınmaktadır. 1974'de USH modelinde düzenlemeler yapıldı. Esas ulaşılacak istenen haline getirilmiştir. Daha toplumsal ve demokratikleşmiş bir model halini almıştır (Aksakoğlu ve Giray, 2006).

¹ Bu ifade ile sadece Britanya adasının güneydoğusunda bulunan ülke olan İngiltere'nin ulusal sağlık hizmetleri anlatılmaktadır.

1991 yılında USH tarihinin en büyük ve köklü değişikliği yapılmaya başlanmıştır. Sağlıkta pazar ekonomisi uygulamalarının kapısı açılmış olup, bundan sonra sağlıkta uzlaşma yönetimi değil genel yönetim ilkeleri geçerli olacaktır ve her aşamadaki her birim kar amaçlı çalışacaktır. Hastaneler kar amaçlı birer tröste dönüştürülmüştür. Artık USH hastane hizmetleri; hastanelerde etkin bir sağlık hizmeti sunulduğundan ve kendilerine ayrılan parayı verimli bir şekilde harcadıklarından emin olmak üzere 1992’de Thatcher tarafından kurulan “tröst” (trust) adı verilen birimler tarafından yönetilmektedir. Her bir Stratejik Sağlık Otoritesi (Strategic Health Authority) altında, yerel düzeyde farklı sorumlulukların yerine getirilmesiyle yükümlü çeşitli tröstler faaliyet göstermektedir.

1997’de yeni hükümet sağlık alanında işe hızlı başlamış ve geleceğe yönelik büyük sözler vermiştir; bir belge hazırlayarak meclisten geçirmiş ve 1998’de Yeni USH (The New NHS) oluşturulmuş ve “çağdaş, güvenilir” olarak tanımlanmıştır. Rekabete dayalı iç pazarın yerini paylaşım ve işbirliğine dayalı bir süreç alacağı söylenmiştir. Modelin özünü iletişim oluşturacaktır, herkesin sağlık kaydını yaşam boyu taşıyacak ve kurumlar arası paylaşılmasına olanak verecek bir bilgi ağı oluşturulacaktır. Fonlar kalkmayacaktır, satın almayı sağlık yetkilileri yerine Birincil Bakım Grubu daha sonra tröstü yürütecektir. İletişim adına “Doğrudan USH” (NHS Direct Online) oluşturulmuştur (1998). Elektronik ortamda soru ve sorunlara yanıt aranması olanağı sağlanmıştır. Kolaylık adına kent merkezlerinde “Yürü-gir Merkezleri” (Walk-in Centres) açılmıştır (1998). Buralara kayıtlı olunmasına ya da randevu alınmasına gerek yoktur, kapının önünden geçerken içeri girilip hizmet alınabilecektir. 2002 yılında Stratejik Sağlık İdareleri (Strategic Health Authorities - SHA) hükümet tarafından eyalet sekreteri adına stratejik bölgesel sağlık sorunlarını ele almak, yönetmek üzere oluşturulmuştur. Temmuz 2006’ ya kadar 28 adet SHA bulunmaktadır ve bu tarihte sayıları 10’a düşürülmüştür. 2004’de diğer tröstlerden farklı olarak vakıf tröstleri (foundation trusts) kurulmuştur. Bu tröstler yerel yöneticiler, kamu personeli, halktan kişiler ve çeşitli organizasyonlar tarafından yönetilen farklı bir USH hastane hizmetidir. USH vakıf tröstleri merkez hükümet kontrolünde olmayıp, performans yönetimleri sağlık otoritelerinin denetimindedir. Bağımsız tüzel kişiliklerdir ve kendi içlerinde özel yönetim düzenlemeleri vardır.

Kendi kendilerini yöneten örgütler olarak geleceklerini belirlemede serbesttirler (Aksakoğlu ve Giray, 2006).

2006'ya geldiğimizde İngiltere'de hastane hizmetlerinin ana esaslarını düzenleyen; "National Health Service Act 2006" adlı kanun yürürlüğe girmiştir. USH harcamalarını denetlemek amacıyla "Klinik Kusursuzluk için Ulusal Enstitü" (National Institute for Clinical Excellence [NICE]) oluşturulmuştur. Ve en son gelişmeler 1 Nisan 2013 tarihinde yaşanmıştır. Geliştirilen yeni sistemle tüm USH tröstlerin 2014 sonuna kadar vakıf tröstleri olması beklenmektedir. USH Tröst Geliştirme İdaresi bu geçişte sağlık tröstlerine yardımcı olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti tröstleri (Primary care trusts) kaldırılmıştır. Onların fonksiyonlarını klinik görevlendirme grupları (Clinical Commissioning Groups (CCGs) ve yerel bölge takımları (local area teams) devralmıştır. Klinik görevlendirme grupları, sorumlu oldukları bölgelerdeki toplumun USH hizmetlerinden ve hastanelerin çoğundan sorumludur. Yerel bölge takımları İngiltere'nin tamamında genel pratisyen hizmetlerinden, dişçilik hizmetlerine, ecza ve optik hizmetlerin belli kısımlarına kadar çoğu hizmetten doğrudan sorumlu komisyonlardır. Günümüzde USH ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Çünkü USH modeline göre İngiltere'de sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin finansmanı %66,5'i devlet tarafından, %11,5'i yerel yönetimlerin topladığı vasıtalı vergilerden, %15'i işveren, işçi ve esnafın ulusal sigortaya katkısından, %7'si halkın gözlük, tıbbi cihaz vb. araçların alınmasında ödedikleri küçük miktarlardan karşılanmaktadır. Diğer taraftan USH modelinin büyüklüğü için şu rakamlara bakmamız yeterli olacaktır: USH yapılanmasında 2013 yılına ait USH konfederasyonu (NHS Confederation) verilerine göre, 211 klinik komisyon grubu, 160 akut tröst (101'i vakıf tröstü), 56 ruhsal sağlık hizmetleri tröstü (41'i vakıf tröst), 34 iletişim sağlayıcılar (18'i USH tröstleri ve 16'sı sosyal girişimciler), 10 ambulans hizmetleri tröstü (5'i vakıf tröst), ve 2300 hastaneli bir organizasyondur (Aksakoğlu ve Giray, 2006).

Yukarıda belirtildiği gibi böyle büyük ve kapsamlı bir yapılanmanın temel kaynağı vergilerdir. Bu nedenle bu yapılanmada devletin rolünün ne kadar ve nasıl olması gerektiği ve kaynakların etkin kullanımını açısından tartışmalar sürekli devam etmektedir. En son gelişme ise 11 Eylül 2014 tarihinde İngiltere Sağlık ve Sosyal

Hizmetler liderlerinden oluşan geniş bir koalisyonun “The 2015 Challenge Manifesto: a time for action” adlı İngiltere için sürdürülebilir bir sağlık ve bakım hizmetleri vizyonu oluşturmayı hedefleyen hareketi başlatmasıdır. 2015 mücadele(meydan okuma) deklarasyonu 21. yüzyıl insanının beklentilerine cevap verebilecek bir İngiltere sağlık ve bakım hizmetleri için bu sistemin karşı karşıya kaldığı zorlukları 7 maddede (ihtiyaçlar, kültür, tasarım, finans, liderlik, iş yükü, teknoloji) anlatmaktadır (NHS Confederation, 2014).

1.5.7. Çek Cumhuriyeti Sağlık Sistemi

1993 yılında bağımsız bir devlet kuran Çek Cumhuriyeti, Avrupa'nın ortasında yer alan, 2014 yılına ilişkin 10,63 milyon nüfuslu çok partili parlamenter demokrasiyle yönetilen bir ülkedir (CIA, 2014).

Çek Cumhuriyeti 1990 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası Fonu Kanunu'nu kabul etmiş ve bu tarihten sonra sağlık sistemi zorunlu sosyal sigorta modeline yönelmiştir. Çok sayıda sigorta kurumu sağlık hizmetlerini sözleşmeler karşılığı finanse etmeye başlamıştır. Çek cumhuriyeti sağlık sistemi 3 temele dayanır. (1) Zorunlu sağlık sigortası (devlet, kişiler ve işverenler tarafından sağlanan katkılar ile finanse edilmektedir), (2) Kamu ve özel karması hizmet sunumu, (3) hizmetin kapsamı ve geri ödemeyle ilgili konularda sektörün temel aktörlerinin ortak görüşmeleri olarak belirtilebilir. Sağlık bakanlığı yasaların hazırlanmasından, tıbbi araştırmalardan, ilaç ve kimya endüstrisinde yasal haklardan, bölge ve üniversite hastanelerinin ve iki eğitim enstitüsünün yönetiminden sorumludur. Hizmet sağlayıcıları ve mesleki birlikler arasında sürekli müzakereler söz konusudur. Bu görüşmelerde hizmet kapsamı, geri ödeme koşulları ve sağlık hizmetlerini uygulama koşulları üzerine müzakerelerde bulunulur. Müzakerelerden çıkan sonucun uygulanabilmesi için hükümetin onayı gerekmektedir. Bu süreçte hükümetin görevi müzakerelerin yasal bir çerçevede geçmesini sağlamak ve toplumun çıkarını gözetmektedir. Çek cumhuriyeti sağlık sisteminin finansmanı için birinci kaynak zorunlu sağlık sigortası kapsamından elde edilmektedir. İkinci kaynak vergilerdir (HIT Summary: Czech Republic, 2009).

Sağlık sisteminde en dikkat çekici değişme özellikle de özel sağlık sistemine geçiş yapıldıktan sonra sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde artış göstermesidir. 2000 yılında %6,3 olan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2011 yılında % 7,5'e kadar yükselmiştir (DSÖ, 2014:142).

Hastane hizmetleri yöresel ve üniversite hastaneleri, yerel hastaneler ve bölgesel hastaneler olmak üzere üç grupta yürütülür. Bu hastanelerin mülkiyeti hem kamu hem özel sektör niteliklidir. Ancak özel hastaneler çok küçük ölçekli hastanelerden oluşmaktadır. Bölge ve üniversite hastanelerinin sermaye yatırımları devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Devlet hastanesinde çalışan hekimler maaşlıdır. Özel çalışan hekimler ise hizmet karşılığı ödeme alırlar. 1997 yılında fonların gereksiz kullandırılması nedeniyle hizmet başı ödeme tipi kaldırılmıştır (HIT Summary: Czech Republic, 2009).

1.5.8. Danimarka Sağlık Sistemi

Sağlık hizmetlerinin genel düzenlemeleri, planlama ve denetimi İç İşleri ve Sağlık Bakanlığı ile Ulusal Sağlık Kurulu tarafından gerçekleştirilir. Ulusal Sağlık Kurulu' nun görevleri arasında şunlar vardır: sağlık personelinin denetimi, ulusal düzeyde bir kalite standardı yakalamak için kliniklerde yetkili rehberler ile kalite yönetimini geliştirmek ve medikal birliklerinin temsilcileriyle yakın işbirliği içinde bulunmak.

Danimarka'da sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu ücretsizdir. 2012 yılında sağlık harcamalarının GSYİH içinde oranı % 11 olup %9,3 olan OECD ortalamasının üstündedir. DSÖ 2014 raporlarına göre 2011 yılı için Danimarka sağlık harcamalarının % 85,3'ünü kamu harcamaları oluştururken %14,7'lik kısmını özel sektör harcamaları oluşturmaktadır (DSÖ, 2014).

Danimarka kapsayıcı/bütüncül sağlık sistemi modelini benimsemiştir. Sağlık sistemi hastalık dahil tüm kişisel sağlık hizmetlerini kapsayan zorunlu, kamu kaynaklı sağlık sosyal güvenliği ağırlıkta olan bir sistemdir. Her türlü sağlık hizmeti (koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon vs.) bütün ülkede ve herkese aynı şartlarda

genellikle tek bir örgüt içinde verilmesini sağlayacak tam kapsamlı bir sağlık sosyal güvenliği sistemi esas alınmıştır.

Sağlık hizmetlerinin organizasyonu merkezi hükümet ve parlamento tarafından belirlenen bir politika çerçevesinde 14 eyalet sorumluluğunda yürütülmektedir. Sistem hem genel pratisyenlik unsuru açısından hem de sevk sistemi açısından İngiltere ulusal sağlık sistemine (NHS) benzemektedir. Genel pratisyenlik daima ilk temas noktasıdır. Genel pratisyenlere ve hastane hizmetlerine erişim kullanım anında tüm Danimarkalılar için ücretsizdir (HIT Summary: Denmark, 2002; Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Sağlık hizmetlerine ücretsiz erişimi bulunmayan, belgesi olmayan göçmenler ve ziyaretçiler için de olumlu uygulamalar vardır. Çünkü Danimarkalı doktorlar tarafından gönüllü olarak oluşturulmuş özel sektör tarafından finanse edilen bazı yapılar bu gruplara da sağlık hizmeti sunmaktadır. Hekimler birliği, Danimarka Kızıl Haç, Danimarka mülteci yardım ofisi bu klinikleri destekler. Kar amacı taşımayan kuruluşlar tarafından sağlanan bu tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortası ilaç, diş bakımı, fizyoterapi vs. hizmetlerinde maliyet paylaşımını da kapsar. Ayrıca genellikle işverenler tarafından sunulan çeşitli isteğe bağlı sağlık sigortası planları da özel bir çok tedavi hizmetlerine erişimi sağlamaktadır (Thomson, 2012:26).

Danimarka sağlık sistemi ağırlıklı olarak yerel (eyalet ve belediye) vergilerle finanse edilmekte ve eyalet düzeyinde sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğunluğu özel olarak faaliyet gösteren genel pratisyenler tarafından sağlanmakta kişi başı ve hizmet başı ödeme yöntemlerinin bir karması ile verdikleri bu hizmetin bedeli kendilerine ödenmektedir (HIT Summary: Denmark 2002).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile çoğunlukla bölgesel yönetimler ilgilenir. Hastanelerin çoğunun işletilmesi, genel pratisyenlerin sayısı, lokalizasyonu bölgesel yönetimlerin sorumluluğundadır. Bu durumun istisnası Kopenhag bölgesi hastaneleri ve özel hastanelerdir. Özel hastaneler oldukça az sayıdadır. 2002 yılı itibari ile özel hastanelerin sahip olduğu yatak sayısı tüm hastanelerin yatak sayısına oranlandığında %1'i geçmez. Eyalet sağlık hizmetlerinin denetimi ise merkezi olarak gerçekleştirilmektedir. Hastane bakım hizmetleri eyaletlerin mülkiyetinde olan ve onlar tarafından işletilen hastanelerce verilmektedir.

Belediyeler ise evde bakım hemşireliği, sağlık ziyaretleri ve okul sağlığı hizmetleri gibi sağlık hizmetlerini sunmakla görevlidir (HIT Summary: Denmark 2002).

2007’de başlatılan yapısal reform, hastane hizmetlerini merkezileştirmek için atılan önemli bir adımdır. Bu reformla sağlık hizmetleri sunumunda koordinasyonu güçlendirmek ve hizmet kalitesini ve verimliliği arttırmak hedeflenmiştir. Bu amaçla 14 eyalet 5 bölgede birleştirilmiş ve 275 olan belediye sayısı 98’e düşürülmüştür. Bu bölgelerde günümüzde hastane sistemleri yeniden düzenlenmektedir. Küçük hastaneler kapatılmakta ya da birleştirilmekte, hastane altyapıları yeniden inşa edilmektedir. Hastane öncesi hizmetlerin güçlendirilmesi ve daha geniş uzmanlaşmış acil servis hizmetleri bu yeni yapılanmanın önemli yönlerinden biridir. Yeni yapısal reform sağlığın teşviği ve korunması için daha fazla dikkat edilmesi adına belediyeleri teşvik etmek için hastane tedavilerinde belediyelerle maliyet paylaşımına gidilmesini başlatmıştır. Belediye katkısı tedavi maliyetinin % 20’sini kapsamaktadır. Zorunlu anlaşmalarla belediyeler ve bölgeleri özellikle dezavantajlı gruplara yönelik hizmet sunumunda işbirliğine teşvik etmek amaçlanmıştır. Bu anlaşmalar her dört yıllık seçim döneminde belediye ve bölge meclisleri tarafından en az bir kez imzalanacak ve ulusal sağlık kurulunun onayına sunulacaktır (Thomson, 2012:31).

1.5.9. Estonya Sağlık Sistemi

Sovyet işgalinden önce Estonya hem ekonomik açıdan hem de nüfusun sağlık durumu ile ilgili olarak İskandinav ülkeleri ile eşit durumdaydı. Sovyet işgaliyle ülke hem ekonomik bir durgunluğa girmiş hem de sağlık durumunda dramatik bir düşüş yaşamıştır. 1994 yılında kaydedilen sağlık göstergeleri ülke nüfusunun yakın tarihinde görülen en kötü sağlık göstergeleridir. Bağımsızlığını kazanması ile 2000 yılından bu yana gerçekleşen radikal ekonomik reformlar sayesinde 2000-2007 yılları arası yıllık ortalama %8,8 oranında hızlı bir ekonomik büyüme elde etmiştir. Küresel kriz döneminde de bütçeyi dengeleyen sıkı hükümet politikaları aracılığıyla % 14’lük bir ekonomik daralmayla süreci atlattımlardır. 2010 yılına gelince Estonya yeniden % 3’lük bir büyüme kazanmıştır. Estonya sağlık ve sosyal hizmetler alanında önemli ölçüde reformlar gerçekleştirmiştir. Örneğin 1994 yılında 66,5 olan

beklenen yaşam süresi 2011 yılında 76,3 e yükselmiştir (HIT Summary: Estonia, 2013).

Diğer taraftan Estonya toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı AB ve OECD ülkelerinin çoğuna kıyasla düşüktür. Örneğin 2011 yılına ilişkin Estonya toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 5.9 ile AB (%9,59) ve OECD (% 9,2) ortalamalarının altındadır. Ancak kamu tarafından finanse edilen sağlık harcamaları oranı yüksektir. Çünkü ulusal sağlık planında toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin % 25'den daha az olması gibi özel hedefler belirlenmiştir (HIT Summary: Estonia, 2013).

Estonya sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sigortası sisteminin işleyişi 1993'den beri Sosyal İşler Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Sosyal işler bakanlığının sağlıkla ilgili temel sorumlulukları; sağlık hizmetleri politikasının oluşturulması, sağlıkla hizmetlerinin genel yapılanması ve işleyişinin takip edilmesi, birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin kapsamalarının belirlenmesi ve sağlık hizmeti veren kuruluşlara ilişkin standartlar ve lisanslara ilişkin düzenlemelerin yapılmasıdır (Sargutan, 2005:876).

Sağlık sisteminin temel finansman kaynağı sağlık sigorta sistemidir. Diğer finansman kaynakları ise vergiler, doğrudan yapılan kişisel ödemeler, özel sigortalar ve dış kaynaklardır. Sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu kamu tarafında verilirken sadece belli alanlarda özel sektör gelişmiştir. Örneğin aile hekimleri özel olarak çalışabilmektedir. Diğer yandan sağlık sigortası gibi konularda özel sektöre yasal olarak izin verilmiş olsa da bu konuda faaliyet gösteren kuruluş bulunmamaktadır (Sargutan, 2005:876).

Estonya sağlık işgücüne baktığımızda kişi başına düşen doktor sayısında OECD ülkeleri ortalamasının üstündedir. Bu yüzden doktor sayısında zaman zaman azalmaya gidilmiştir. Ancak Hemşire ve pratisyen hekim sayısında durum olumlu görünmemektedir. Bu durum akut bakımın saplanmasına ve hemşirelik mesleğinin gelişimine engel teşkil etmektedir. Bu durumun nedeni olarak yüksek göç oranları ve tıp fakültelerinin sağlık personeli arzında yetersiz kalması ve sağlık işgücünün

yaşlanması düşünülmektedir. Her yıl % 1-2 oranında doktor sayısında ve bunun 2 katı da hemşire sayısında azalış beklenmektedir (HIT Summary: Estonia, 2013).

1.5.10. Fransa Sağlık Sistemi

Sosyal devlet anlayışı paralelinde işleyen sağlık sistemi, Fransa'da devlet kontrolünde olup; çalışanların sosyal sigorta ödemeleri ve vergi gelirleriyle finanse edilmektedir. Sistemin işleyişi açısından 2 temel kaygı bulunmaktadır. Bunlar, harcamaların idaresi ve bireyler ile bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve kalite farklılıklarına dayanan eşitsizliğin giderilmesidir. Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı uygulamadan sorumlu bakanlıktır. Sağlık Sigortası Sandığı tedavide devletin temel yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Devletin sağlık sigortasını tamamlayıcı olarak, bireysel ya da topluca dahil olunabilen özel sigorta kuruluşları faaliyette bulunmaktadır.

Sağlık alanında temel koruma, sosyal güvenlik kuruluşları ve işsizlik sigortası kapsamında sağlanmaktadır. Sosyal sigorta harcamaları, bireylerin beklentilerinin ve sağlık bilincinin artması, ortalama insan ömrünün uzaması, yaşlı nüfusun giderek artması ve hastalıkların tedavisinde yeni metotların yaygınlaşmasına bağlı olarak giderek artmaktadır. Bu çerçevede, harcamaların finansmanı giderek bütçe açığında önemli bir pay sahibi olmaktadır. Fransa hükümeti genel tasarruf tedbirleri kapsamında, 2012 yılında sağlık sektöründe görülen açık, öngörülerin paralelinde 2011 yılında görülen açıktan % 23,5 oranında daha az gerçekleşmiştir. Bu sonuç, gelir artışından ziyade harcamaların kontrolü yoluyla sağlanabilmiştir (T.C. Ekonomi Bakanlığı, 2014).

Fransa'da nüfusun hemen tamamı sosyal sağlık sigortası kapsamındadır. Talep finansman modeli sigorta primi usulüne dayanır. Nüfusun %74'ü Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, %7'si tarım işçilerinin oluşturduğu fon, %9'u işveren, %6'sı Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen özel fonlar, %2'si ise bazı özel kuruluşlar kapsamındadır. Kişi aldığı sağlık hizmetlerinin parasını öder. Sonra bağlı olduğu fondan ödediği paranın %75'ini geri alır (Türkiye Halk sağlığı Kurumu, 2014).

Fransa'da sağlık sisteminin ana otoritesi Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık politikalarının belirlenmesi, çevresel sağlığı kontrol etmek, hastane yönetici ve doktorlarını atamak gibi görevleri vardır. Aynı zamanda 22 bölgeye ayrılmış olan Fransa'da her bölgede valiliğe bağlı sağlık müdürlüğu vardır. Görevleri ise; bulaşıcı ve zührevi hastalıkların kontrolünü sağlamak, çocuk sağlığını desteklemektir. Fransa'da her bölgede bölgesel hastane merkezleri kurulmuştur. Bu çalışmayla gereksiz hastane yapılması engellenmiş fakat bölgelerarası eşitsizlik ortadan kaldırılamamıştır. Devlet hastanelerinde servis sayısı az olduğu için diğer hastanelerle gerek personeli gerekse teknolojiyi kullanmak için anlaşmalar yapılmıştır. Devlet hastaneleri diğerlerine göre daha yüksek kapasiteye, daha iyi teknolojiye ve personele sahiptir (Türkiye Halk sağlığı Kurumu, 2014).

Fransa, İngiltere Kanada ve ABD'yi de içeren OECD ülkeleri içinde üst sıralarda yer almakta olup, dünyanın en iyi sağlık sistemlerinden birine sahiptir. Ülke ekonomilerinde bir sektörün ekonomik önemini ortaya koyan temel iki kriter; sektör için yapılan harcamalar ve harcamaların aile bütçesi içindeki yeridir. Fransa'da 2012 yılında GSMH'dan sağlık sektörüne ayrılan pay % 11,6 (OECD ülkeleri içinde ABD ve Hollanda'nın ardından 3. sırada) ve 2012 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması 4288 \$'dır. Ülkede yapılan sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının oranı, kamunun sağlığa verdiği önemin bir göstergesidir. Buna göre Fransa'da 2012 yılı sağlık harcamaların % 76,8'i kamu kaynaklıdır. Sağlık sektörüne yapılmış olan bu harcamaların ilk yansıması, sağlık sektörünün alt yapısının gelişmesi üzerine olmuştur. Bu gelişmelerin sonucunda temel sağlık göstergesi olarak kabul edilen bebek ölüm oranı 2012 yılı için her 1000 doğumda ortalama 3,5'dir. Bu oranın düşük olması ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin iyi yürütüldüğünü gösterir. Diğer bir gösterge olan doğumda yaşam beklentisi Fransa'da 82,1 yıldır (OECD, 2014; WHO, 2014).

Ayrıca Fransa ilaç endüstrisinde Avrupa'da 3. sırada gelmektedir. Marka ilaçlar jenerik ilaçlardan daha maliyetli olduğundan, hükümet maliyet kontrolü için jenerik ilaç kullanımına teşvik eden bir çok düzenleme getirmiştir. Bu düzenlemelerin çoğu diğer OECD ülkelerinde henüz tam olarak uygulanmamaktadır. Fransa'da ilaç fiyatları, ilacın sosyal sigortalar tarafından ödenen ilaçlar listesinde

bulunup bulunmamasına bağlı olarak farklı hükümlere göre tespit edilmektedir (Türkiye Halk sağlığı Kurumu, 2014).

1.5.11. Finlandiya Sağlık Sistemi

Finlandiya sağlık sistemi kamu tarafından düzenlenmektedir ve finansmanı vergilerden karşılanmaktadır. Finlandiya sağlık sistemi oldukça geniş kapsamlıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve planlaması 1980'lerden itibaren belediyelerin kontrolünde yapılmaktadır. Devletin sağlık sistemi üzerinde ki etkileri giderek azalmakta, belediyelerin kontrol ve yetkileri daha da güçlenerek devam etmektedir. Belediyeler sağlık hizmetlerinin planlanması ve organize edilmesinden sorumludur. Sağlık sistemi federal düzeyde ise Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı' na bağlıdır. Bu bakanlık ulusal çıkarları korumak, gerekli kanunları çıkarmak, uygulamak ve denetlemek ile görevlidir. Belediyeler ise bakım, rehabilitasyon, dişçilik, sağlığın korunması ve geliştirilmesinden sorumludur (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Finlandiya sağlık sistemi finansmanının büyük bölümü halktan gelen vergilerle sağlanmaktadır. Bu vergileri toplayan kurumların başında belediyeler gelmektedir. Federal hükümet belediyelere gerekli gördüğü takdirde destekte bulunabilmektedir. Bu desteğin kapsamı için, belediyeye kayıtlı olan nüfus, işsizlik oranı, yaş ortalamaları gibi belli kriterler dikkate alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu Sağlık Hizmetleri Merkezleri tarafından verilmektedir. Sağlık merkezleri binlerce kişiye iş sağlamaktadır. Sağlık merkezleri hastanelere çok benzer bir Şekilde hizmet vermektedirler. Sağlık sisteminde çalışan doktorların tamamı maaş ile çalışmaktadır. Kişisel doktor sisteminde ise doktor maaş ile beraber, hasta başına ödeme tipi, hizmet başına ödeme tipine göre veya yerel tahsilatlar adı altında ücretler almaktadır. lke kendi içerisinde de farklı bölgelere ayrıldığından aynı hastalık olmasına karşın tedavi ücretleri farklı çıkabilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Finlandiya sağlık sisteminde zamanla değişimler yaşanmıştır. Ancak 1980'lerin sonunda, 90'ların başlarında devlet köklü değişiklik yapmak yerine, çok özelleşmiş sorunların zmleri için belirli adımlar atmıştır. 1993 yılında ise, sağlık hizmetleri düzenleme ve finansal yetkilerin bir kısmı belediyelere devredilmiştir. Son gerçekleştirilen reformlara yönelik ise 1997 yılından itibaren ilaç tüketimi ve

maliyeti düşürmek açısından belli kısıtlamalara gidilmesini örnek verebiliriz (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

1.5.12. Hollanda Sağlık Sistemi

Hollanda ulusal hükümeti sağlık hizmetlerine erişimi, kalite ve maliyetleri ve en çok da koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanışını takip etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasının ve yürütülmesinin üst düzey yetkili organı Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı'dır. Bakanlık toplumun refahını sağlayacak politikalar oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) ve Hastalık Fonları Yasası (ZFW) kapsamında sosyal sağlık sigortası planları düzenlenmektedir. Bakanlık ve yerel yönetimler kamu sağlık hizmetlerinden birlikte sorumludur. Bakanlık toplum sağlığı ile ilgili en önemli bilgi merkezi olan Ulusal Toplum Sağlığı ve Çevre Enstitüsü' nü de yönetir. Toplumun refahı ve sağlık hizmetlerinin kalitesi müfettişlerinde gözetimindedir. Üç tür müfettiş görev almaktadır. Bunlar; yiyecek ve tüketici güvenliği müfettişleri, sağlık koruma müfettişleri ve gençlik sağlığı müfettişleridir. Sağlık koruma müfettişleri en önemli grubu oluşturmaktadır (HIT Summary: Netherlands, 2009).

Hollanda sağlık sistemi birçok açıdan diğer Avrupa ülkelerinden farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetleri büyük oranda gönüllü organizasyonların çabaları ile oluşmuştur. Bu nedenle hastanelerin neredeyse tamamı özel kar amacı taşımayan örgütlerdir. Genel pratisyenler sağlık sisteminde önemli yer tutmaktadır. Genel pratisyenler hemen hemen tüm birinci basamak sağlık hizmetlerini ve koruyucu sağlık hizmetlerini de sağlamaktadırlar. Özel çalışan genel pratisyenler hastalık fonu kapsamında kişi başı ödeme sistemine göre, özel sağlık sigortası kapsamında çalışanlar ise hizmet başı ödeme usulüne göre görev yapmaktadırlar (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Hollanda sağlık sistemi her biri farklı düzenlemelere tabi rejimlerden oluşan farklı birimlerce yönetilen birbirine paralel üç sigorta bölümünden oluşur. Bunlar; İlk bölüm İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) kapsamında düzenlenmiş bir tür ulusal sağlık sigortasıdır. Bu sigorta düzenlemeleri uzun süreli bakım ve yüksek maliyetli tıbbi tedavileri içerir. Çok az istisna dışında Hollanda' da yaşayan herkes

sağlık harcamalarının % 40'ından sorumlu bu yasa kapsamındadır. İkinci bölüm standart tıbbi bakımları kapsayan geliri belli seviyenin altında olanlar için düzenlenmiş zorunlu hastalık sigortasıdır. Zorunlu hastalık sigortası programı nüfusun % 63'ünü kapsamaktadır. Üçüncü bölüm geliri belli seviyenin üstünde olanlar için özel sağlık sigortası sigortasıdır. Özel sağlık sigortası ile kapsama alınan kişi sayısı nüfusun % 30'u civarındadır (HIT Summary: Netherlands, 2009).

Ayrıca bu üç büyük finansman kaynağına ek olarak sağlık hizmetleri tamamlayıcı fon kaynakları vergiler, cepten ödemeler ve gönüllü ilave sağlık sigortalarıdır. Cepten ödemeler sağlık harcamalarının yaklaşık % 5,8'ini, vergiler %5,6'sını, gönüllü ilave sağlık sigortaları da %3'ünü kapsamaktadır. Bu tamamlayıcı özel sigorta kapsamı dış bakımı, protez, duyma cihazları vb. daha az hayati önem taşıyan bakım hizmetleri içermektedir. Sigortanın primleri, içeriği, kapsamı, şartları sigorta sağlayıcıları tarafından belirlenmektedir (HIT Summary: Netherlands, 2010).

Son on yılda sağlık finansmanında kamunun rolü gittikçe artmıştır. 2005 yılı kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları oranı % 65,7 iken 2006 yılında bu oran % 84,4'e yükselmiştir. Ve 2008 yılından itibaren % 85'in altına düşmemiştir. Ve son olarak ulaştığımız 2013 yılı verilerine göre, toplam sağlık harcamalarının % 86'sını kamu harcamaları oluşturmaktadır ve Hollanda bu oranla, OECD ülkeleri içinde ilk sıraya yerleşmiştir (OECD, 2014).

Hollanda da en son dikkat çekici düzenlemeler 2006 yılında gerçekleştirilmiştir. Hollanda sağlık sisteminin iki temel unsuru olan düşük gelirli grupları kapsayan sosyal sağlık sigortası programı ve varlıklı kişilerin kendi isteği doğrultusunda yaptırdıkları özel sağlık sigortası programıdır. 2006 yılında hükümetin gerçekleştirdiği reformla bu iki program zorunlu ulusal sağlık sigortası bünyesinde birleştirilmiştir ve sistem özel sigorta sağlayıcılarınca işletilmektedir. Sigorta sağlayıcılarına kendilerine kayıtlı kişiler adına sağlık hizmetlerinin alımını sağduyulu şekilde yaparak sağlık bakım hizmetlerinin etkinliğini artırma görevi verilmiştir. Temel amaç hem sigorta hem de sağlık hizmetleri sunumunda rekabeti arttırmak ve verimliliği sağlamaktır (Thomson, 2012).

1.5.13. İrlanda Sağlık Sistemi

İrlanda sağlık sistemi ağırlıklı olarak vergi temelli bir sistem olup herkese sağlık hizmeti sağlamaya çalışmaktadır. Tüm bireylere yönelik tam kapsamlı ve zorunlu sağlık güvenliği ile kapsayıcı/ bütüncül tipte sağlık sistemi özelliği taşımaktadır.

Yerel düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlanması ise yedi Bölgesel Sağlık Kurulu ve bir Bölgesel Sağlık Otoritesi'nin görevidir (Jakubowski ve Busse, 1998:79). Bölgesel sağlık hizmetleri görevini üstlenen Sağlık Kurulları görevini yürütürken, sağlık sektöründe gönüllü hizmet sağlayanlar, diğer hükümet birimleri ve yetkililerle işbirliği yapmaktadır.

Sağlık sisteminin yapısı oldukça merkezidir. Sağlık ve Çocuk Bölümü (Bakanlığı) İrlanda sağlık hizmetlerinde baştaki kuruluştur. Temel görevi sağlık hizmeti ilkelerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesidir. Sosyal güvenlik, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin genel düzenlemelerinden de Sağlık ve Çocuk Bölümü sorumludur (Jakubowski ve Busse, 1998:79).

Sağlık hizmetleri sunulan vatandaşlar iki grupta toplanmaktadır. Birinci grup düşük gelirli kişilerden oluşmakta ve hizmetlere ücretsiz erişmektedirler. Bu grup toplam nüfusun % 35'ini oluşturmaktadır. Bu grubun sağlık hizmeti finansmanı kamu tarafından sağlanmaktadır. Faydalandıkları sağlık hizmetleri genel pratisyen hizmetleri, tüm kamu hastaneleri poliklinik hizmetleri, poliklinik uzmanlık hizmetleri, dişçilik hizmetleri vs. hizmetler yer almaktadır. Bu gruptaki kişiler bir genel pratisyene kayıt yaptırmak zorundadır. İkinci gruptakiler ise belirli ölçüde finansmana katkıda bulunmaktadır. Bu gruptaki kişilere sağlanan sağlık hizmetleri belirli bir katkı ödenerek kamu hastanelerindeki tüm klinik hizmetler yer almaktadır. Genel pratisyenler veya uzman hekimler arasında tercih yapmak hakkına sahiptirler. Bu grupta yer alan kişiler genelde tamamlayıcı bir sağlık sigortası da yaptırmaktadır. Nüfusun yaklaşık %65'ini bu grup oluşturmaktadır (Jakubowski ve Busse, 1998:78).

Sağlık hizmetleri sağlık merkezleri, hastaneler, yerel klinikler, uzmanlaştırılmış sağlık hizmetleri ve benzeri örgütler aracılığıyla sunulmaktadır. Hastaneler kamu, özel ve gönüllü olmak üzere 3 ayrı gruba ayrılır. Ancak bu hastanelerde verilen hizmetler bakımından bir farklılık yoktur (Sargutan, 2005).

Sağlık harcamalarında kamu finansmanı azalmakta ve özel finansman artmaktadır. 2000 yılında % 75,1 olan kamu finansman oranının 2011 yılında % 67'lere düştüğü görülmektedir. Sağlık harcamalarında özel finansman ise genelde özel sigortalar aracılığıyla gerçekleşmektedir ve son yıllarda artış gözlenmektedir. 2000 yılı için özel finansman oranı % 24,9 iken 2011 yılında %33'e yükselmiştir. Bu sonuçlara baktığımızda İrlanda sağlık hizmetleri sektöründe giderek özel sektörün ağırlığının arttığını söyleyebiliriz (DSÖ, 2014).

1.5.14. İspanya Sağlık Sistemi

1978 anayasanın kabulünden bu yana İspanya sağlık sistemi önemli değişimler geçirmiştir. En önemlisi 1986 yılından itibaren sosyal güvenlik sisteminden (prim temelli/ Bismark modeli) ulusal sağlık hizmetlerine (vergi temelli/ Beveridge modeli) geçiş ve bölgelerde oluşturmaya başlanan desantralizasyondur (HIT Summary: Spain, 2002). Finansmanın yaklaşık % 80'i genel vergiler yoluyla kamu tarafından sağlanmaktadır. Kalan kısım özel kaynaklardan finanse edilmektedir. İspanya özel sağlık sistemi 3 grup aracılığıyla finanse edilmektedir. Bunlar kamu sistemine yapılan cepten ödemeler, özel sektöre yapılan cepten ödemeler ve gönüllü sigortalara yapılan cepten ödemelerdir.

İspanya ulusal sağlık sistemi nüfusun yaklaşık %98,5'ini kapsamaktadır (Jakubowski ve Busse, 1998:108). İspanya sağlık sisteminin finansmanı genel vergilerden sağlanmakta ve kamu ağırlıklı bir yönetim hakimdir. Sistemin yönetimi bölgelere devredilmiştir ancak 17 bölgeden 7'si tam olarak yönetimi elinde bulundurmakta, kalanların yönetimi ise genel olarak Ulusal Sağlık Enstitüsü (Instituto Nacional de la Salud/INSALUD) nün sorumluluğundadır (HIT Summary: Spain, 2010).

2003 yılında kabul edilen Kalite ve Uyum Yasası merkezi ve bölgesel hükümetler arasında eşgüdümü sağlamayı amaçlamıştır (Sargutan, 2005). Bu yasaya göre Sağlık Bakanlığı sağlık politikasının oluşturulması, yasama taslaklarının hazırlanması ve halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinin koordinasyonundan sorumludur. Sağlık bakanlığı INSALUD'un üst otoritesi olup eğitim bakanlığı ile birlikte sağlık çalışanlarının eğitimleriyle ilgili düzenlemeler yapmaktadır. Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı ile birlikte sağlık ve sosyal işlerin koordinasyonunu düzenlemektedir (HIT Summary: Spain, 2010).

Bölgesel yönetimler sağlık hizmeti organizasyonunda yetkiyi elinde bulundurmaktadır. Bu özerk bölgeler kendi sınırları içinde sağlık sistemi planlama, düzenleme ve yönetim faaliyetlerini yapmaya yetkilidir. Yerel yönetimlerin ulusal sağlık sistemi içindeki rolleri ise yeni anayasa ile birlikte giderek azaltılmış kaynaklı ve yönetsel güçleri özerk bölgesel yönetimlere geçmiştir. Yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri bazı çevre sağlığı faaliyetleri ve temel koruyucu hizmetlerle sınırlı kalmıştır (HIT Summary: Spain, 2010).

Yerel ve bölgesel yönetimler sınırlı mali özerkliğe sahip olduğundan vergilerin büyük kısmı merkezden toplanmaktadır. Nüfusun yaklaşık % 94,6'sı sosyal güvenlik sistemine üye olmak zorunda olan kısımdır. Geri kalan kesimden % 4,6'sı memur ve onların bakmakla yükümlü olduğu yakınlarından oluşmaktadır. Nüfusun % 0,7'lik kısmı ise (1997) serbest çalışan zengin gruptur ve ulusal sağlık sistemi kapsamında yer almamaktadır (HIT Summary: Spain,, 2002). 2011 yılı verilerine göre sağlık harcamaları finansmanının yaklaşık %73'ü kamu tarafından genel vergilerle sağlanmaktadır. Geri kalan kısım ise özel kaynaklardan finanse edilmektedir (DSÖ, 2014).

İspanyada bütçeden hastanelere ayrılan pay çoğu Avrupa birliği ülkelerine kıyasla yüksektir. Bunun nedeni hastanelerin profesyonel sağlık personelini özendirici bir şekilde düzenlenmiş olmasıdır. O nedenle hastanede çalışan profesyonellerin halkın gözünde itibarı yüksektir. Bu durum birincil sağlık hizmetleri sunan profesyonellerin sistem içindeki işlevlerine göreceli daha küçük bir rol vermektedir. Hastalar birincil sağlık hizmeti almak için genel pratisyenlerini

seçmekte özgürdür. Hastalar için ilk temas yeri genel pratisyenlerdir (Sargutan, 2005).

İspanya sağlık reformları 1986 yılında çıkarılan Genel Sağlık Kanunu ile başlamıştır ve bu reformlar *finansman sistemiyle* ilişkili olmuştur. Prim temelli sistemden vergilerle organize edilen sisteme geçiş yapılmıştır. 1990 ve sonrası reformlar ise ağırlıklı olarak *maliyet sınırlama önlemlerine* odaklanmıştır. Sağlık hizmetleri finansmanı, satın alma ve sunumunun birbirinden ayrılması reformların temelini oluşturmuştur. Özel sektörün sistemdeki yeri giderek artmaya başlamıştır (HIT Summary: Spain, 2010).

1.5.15. İsrail Sağlık Sistemi

1980'lerin sonuna doğru İsrail nüfusunun yaklaşık %95'i dört sağlık planından biriyle sigortalanmıştır. İsrail vatandaşları, kar amacı taşımayan bu dört sağlık planından istediğini seçmekte özgürdür. Sağlık planları hala varlığını devam ettirmektedir. İsrail sağlık sistemi, 1995 yılında tüm vatandaşlarını kapsayan ulusal sağlık sigortası (NHI-USS)'nin kurulmasıyla önemli hizmet standartlarına kavuşmuştur. Bu planlar üyelerinin Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında özelleşmiş bir dizi olanağa erişimini sağlamaktadır. Hükümet her bir plan dahilindeki üye sayısını ve yaş dağılımlarını dikkate alarak Ulusal Sağlık Sigorta fonlarını dağıtmaktadır (HIT Summary: Israel, 2009).

En büyük sağlık planı Clalit % 53'lük bir pazar payına sahiptir. 1911'de kurulmuş olup en büyük bütçe ve etkiye sahip kuruluştur. 1980'lere kadar nüfusun %80'i Clalit üyesidir. Bu plan devlet denetimi altındaki kendi hastanelerinde ve kliniklerde çalışan maaşlı doktorlar aracılığıyla hem kendi üyelerine hem de diğer planların üyelerine sağlık hizmeti sunmaktadır. Sonraki büyük plan Maccabi, pazarın % 4'üne sahip olup, öncelikli olarak bağımsız çalışan hekimler ağıyla hizmet sağlamaktadır. Diğer planlar ise Meuhedet ve Leumit'tir (HIT Summary: Israel, 2009).

İsrail sağlık sistemi yapı olarak primli sağlık sosyal sigortası sistemi ile vergi kaynaklı sosyal güvenlik sistemi arasında yer alır ve böylece halkın hemen hemen

tamamı sağlık güvencesi kapsamına girmektedir. Sağlık sistemi çalışanların ücretlerinden kesilen sağlık vergisi ile diğer kesintiler ve genel vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Bu durumda İsrail’de prim yerine sağlık hizmetlerinde kullanılmak için alınan özel bir vergiye dayanarak hizmet veren bir kamu sosyal sigortasına sahip refah yönelimli tipte bir sağlık sistemi vardır diyebiliriz (Sargutan, 2005). Son yıllarda sağlık sistemi finansmanında kamunun payı % 64 e düşmüştür. Özek sektör finansman oranı ise %36’ya yükselmiştir (zellikle gönüllü sağlık sigortaları ve katkılar ile) (HIT Summary: Israel, 2009).

İsrail sağlık hizmetleri sisteminin işleyişi ve toplum sağlığından tamamen Sağlık Bakanlığı sorumludur. Son zamanlarda Sağlık Bakanlığı sağlık teknolojilerini değerlendirme, yeni teknolojilerin önceliklerini belirlemek, toplumun temel bakım hizmetlerinde kalitenin izlenmesi, sağlık planlarının düzenlenmesi, toplum sağlığı hedeflerine ulaşmak için bir dizi stratejik planlama gibi hedefleri başarmaya yönelik güçlü yetenekler geliştirmiştir (HIT Summary: Israel, 2009).

İsrail’i OECD ye ülkeleriyle kıyasladığımızda fiziki girdi unsurları ve işgücü sayısında çok tutumlu olduğu görülmektedir. Örneğin 2012 Yılı için 1000 kişi başına düşen toplam yatak sayısında İsrail 3,1 iken OECD ortalaması 4,8’dir. Pratisyen sayısı nispeten daha çok görünmekle beraber (İsrail için 1000 kişi başına düşen pratisyen hekim sayısı 3,3 ve OECD ortalaması 3,2) artış hızı diğer ülkelere kıyasla çok yavaştır. İlerleyen zamanda İsrail’in ciddi hekim sıkıntısı çekeceği öngörülmektedir. şimdiye kadar hekim ihtiyacını diğer ülkelerde eğitim almış personelle sağlamıştır. Ancak bu sayı 1990’larda çarpıcı ölçüde azalmıştır ve ihtiyacı karşılayamamaktadır. İsrail için kalkan olan Eski Sovyetler birliğinin içindeki potansiyel Yahudi göçmenler de tükenmiştir. Bu işgücü sıkıntısıyla baş etmek için İsrail bu süreçte mevcut dört tıp okulunu genişletmeyi ve ek tıp okulları amayı planlamaktadır (HIT Summary: Israel, 2009).

1.5.16. İsveç Sağlık Sistemi

İsveç parlamenter idare biçimine sahip bir monarşiyle yönetilmektedir. Yönetişim süreci üç düzeyde işlemektedir. Bu yönetim basamakları, ulusal düzeyde parlamento, bölgesel düzeyde 21 eyalet ve yerel düzeyde de 290 belediyedir (HIT Summary: Sweden, 2012). Yönetişim sürecindeki bu yapılanma sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında da aynı şekilde paralellik göstermektedir. Sağlık sisteminin işleyişi de ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde yapılanmıştır. Sistemin baskın özelliği 23 eyalet konseyinin ve 3 büyük belediyenin bölgeleri ile ilgili olarak sağlık hizmetlerini planlaması, finansmanı ve sunumunda merkezi rol üstlenmeleridir. Eyalet konseyleri hastanelerin hizmet sunumundan sorumludur ve özellikle ayakta hasta bakım hizmetlerinin finansmanının hemen hemen tümünü sağlamaktadır. Merkezi hükümetin sağlık hizmetlerindeki rolü rehber çerçeveleri ortaya koymakla sınırlıdır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Merkezi Hükümetin işlevi, yasa ve yönetmelikler çerçevesinde sağlık hizmetlerinin temel ilkelerini oluşturmaktır.

1982 yılında çıkarılan “Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Kanunu” ile herkese eşit, kaliteli, ulaşılabilir sağlık hizmeti sağlama hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinin tüm nüfus için sağlanması ve finanse edilmesi kamu sektörünün sorumluluğundadır. İsveç sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli devlet kuruluşları etkindir. Bunlardan Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu, sağlığın korunması ve sosyal hizmetler alanında hükümetin merkezi danışma ve denetleme bürosudur. Bu büronun anahtar görevi, Hükümet tarafından belirlenen hedeflere uyulup uyulmadığını görmek için sağlanan hizmetleri değerlendirmek ve takip etmektir. Değerlendirmeyle ilgili önemli bir hükümet birimi de İsveç Sağlık Hizmetinde Teknoloji Değerlendirme Konseyi'dir. Konsey, tıbbi, sosyal ve ahlaki açıdan hem yeni hem de yerleşmiş olan metotları değerlendirmekte, sağlık hizmetleri için ayrılmış kaynakların rasyonel kullanılmasına katkıda bulunmaktadır. İsveç Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tıbbi bakım, sosyal sigorta ve sosyal sorunlar gibi alanlardaki gelişmelerden sorumludur. Bakanlık, hükümet komitelerine yapılan müracaatları düzenler, yeni kanun tasarıları sunar ve diğer hükümet düzenlemelerini hazırlar (HIT Summary: Sweden, 2012).

İsveç'te sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların büyük oranı hastanelerde bakım ve tedaviye tahsis edilmiştir. Hastane bakımı ve tedavisi gereken durumlarda; sağlık hizmetleri il ve bölge düzeyinde sunulmaktadır. İl düzeyinde tedavi edici sağlık hizmetleri veren 80 merkez ve mahalli hastane vardır. Buralarda çok sayıda uzman doktor görev yapmaktadır. Bölge düzeyinde tedavi edici sağlık hizmetleri veren 10 bölge hastanesi vardır. Bu hastanelerde il düzeyinde hizmet verenlerden daha çok sayıda uzman ve yüksek ihtisas yapmış doktor bulunmaktadır (Türkiye Kamu Sağlığı Kurumu, 2014).

İsveç ulusal sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak bölgesel vergilerle finanse edilmektedir. Ancak Kamu sağlık harcamalarında son 20 yıldır bir düşüş izlenmektedir. 1990 yılında kamu harcamalarının toplam içindeki payı % 89,9, 2000 yılında ise bu oran % 84.9'dur. 2012 yılı için sağlık harcamalarında kamunun oranı ise % 81.6'dır. Bu düşüşün nedeni olarak kullanıcı katkısı olarak gerçekleşen ödemelerin artışı gösterilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011; OECD, 2014).

İsveç'te hastalar doğrudan hastane polikliniklerindeki uzmanlara başvurabilmektedir. Hastanede çalışan hekimler özel hasta bakamadığı gibi hastanelerde özel yatak da bulunmamaktadır. İsveç sağlık sistemi, hastanelere verdiği önem ve basit fonksiyonel mimari planlarında tüm dünyanın dikkatini çekmiştir. 1985'te 1000 kişiye düşen yatak sayısı 16 iken bu rakam 1994'te 6.1'e 2012 de ise 2,6 ya düşmüştür (OECD, 2014).

İsveç tıp araştırmaları, pek çok uygulamada uluslararası önemli bir yere sahiptir. Bu araştırmaların, temel ve klinik araştırmalarla, sağlık servisleri ve özellikle üniversite hastanelerindeki gelişmelerle sıkı bağlantılara sahip olması, bu araştırmaların nitelikli bir hale gelmesini sağlamıştır. Tıp araştırmaları genellikle hükümet fonlarıyla finanse edilir. Aynı zamanda kent meclisleri de, hasta sağlığının korunması için gerekli olan klinik araştırmalara sağlar. Üniversite araştırmalarına ayrılan ödeneğin 1/3'ünün tıp alanındaki araştırmalara gitmesi, tıp araştırmalarının İsveç'te ne denli önemli bir yere sahip olduğunu kanıtlar (DSÖ, 2014).

1.5.17. İsviçre Sağlık Sistemi

Sağlık sistemi görev ve sorumlulukları federal, kantonlar ve belediyeler olmak üzere üç yönetim seviyesi arasında paylaşılmıştır. Sistem ileri düzeyde desantralizedir ve kantonlar kritik öneme sahiptir. 26 kanton hastane planlamasından bir dizi kurum ve kuruluşun sübvansiyonundan ve lisans sağlayıcılardan sorumludur. Kantonlar İsviçre Federal Anayasası tarafından İsviçre Konfederasyonu' nun sorumluluğunda olan konular dışında tüm meselelerde bağımsızdır. Her bir kanton ve yarı kanton kapsamlı bir mevzuat yapısıyla birleşen kendi anayasasına sahiptir (Thomson, 2012).

Kapsamı evrenseldir. 1996 Federal Sağlık Sigortası Kanunu (Federal Health Insurance Law) kapsamında zorunlu sağlık sigortası alımı rakip sigorta şirketleri tarafında yürütülür. Burada önemli nokta ülkede hemen hemen sigortasız vatandaş yok gibidir. Zorunlu sağlık sigortası bilindiği gibi her bireyi kapsar. Bu sigorta işverenler tarafından desteklenmemektedir ve bakmakla yükümlü olunan bireyler için ayrı planlar satın almak gerekmektedir. Birçok vatandaş ayrıca tamamlayıcı ve destekleyici gönüllü sağlık sigortası almaktadır. Örneğin temel sağlık hizmetleri paketinin kapsamı dışında olan daha iyi hastane konaklamaları için (tek kişilik yada iki kişilik oda seçimi gibi) veya hastanede doktor seçimi için ek sigorta alımı gereklidir (Thomson, 2012).

Kamu finansmanının üç kaynağı vardır. Zorunlu sağlık sigortası (SHI), sağlık hizmetleri sağlayıcıları için *hükümetin doğrudan finansmanıdır*. Vergilerle finanse edilen bütçe konfederasyon, kantonlar ve belediyeler tarafından kullanılır. İkinci grup yatarak hasta bakımı sağlayan hastaneler için kantonlara verilen sübvansiyonlardır ve harcamalarda en büyük oranı oluşturmaktadır. Ve son olarak kaza sigortası, yaşlılık sigortası, sakatlık sigortası ve askerlik sigortası ile ilgili *sosyal sigorta primleri* üçüncü grup finansman kaynağını oluşturmaktadır (Thomson, 2012).

2009 yılında toplam sağlık harcamalarının % 19,4'ü doğrudan hükümet harcamaları ve gelire göre oranla alınan SHI katkıları %5,8, SHI primleri % 29,3 ve diğer sosyal sigorta programlarının tümü % 5,8 oranında olmakta ve kamu tarafından

finanse edilen sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının %60,2'sini oluşturmaktadır. 2009 yılı için Özel sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının % 39,8'dir. 2011 yılında ise kamu harcamalarının oranı artmış ve özel sektör sağlık harcamalarının oranı % 35,1' e gerilemiştir. Gönüllü sağlık sigortası İsviçre Finans Piyasası Denetleme Kurulu tarafından düzenlenir. İsteğe bağlı alınan sağlık sigorta paketlerinin içeriği ve primleri farklılık gösterebildiği gibi, başvuranların kaydı da reddedilebilir. Hizmet tarifeleri sigorta şirketleri ve hizmet sağlayıcılarının müzakereleri sonucu belirlenir (Thomson, 2012; DSÖ, 2014).

1.5.18. İtalya Sağlık Sistemi

İtalya Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH- SSN-Servizio Sanitario Nazionale) 1978 yılında gerçekteştirilen bir dizi reformla kurulmuştur. İtalyan USH'nın merkezi kuruluğu olan sağlık bakanlığı genel sağlık politikasının amaçlarının belirlenmesi, tanımlanması ve programlanmasından sorumludur. Sistem oldukça bürokratik bir yapıda olup ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üçlü bir yönetimden oluşmaktadır. Ulusal yönetim düzeyi, USH'n genel amaçlarının sağlanmasıyla sorumludur. Çalışmaları merkezi düzeyde Çalışma, Refah ve Sağlık bakanlığı, bölgesel düzeyde Bölgesel Sağlık Kuruluşları ve yerel düzeyde yerel sağlık birimleri, kamu hastane tröstleri ve özel hastaneler yürütmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:472).

Bölgesel yönetim düzeyi, bölgesel sağlık birimleri vasıtasıyla halk sağlığı merkezleri (Azienda Sanitaria Locale- ASL- Local Health Enterprises) ve kamu ve özel hastanelerin oluşturduğu bir aç aracılığıyla sunulan hizmet olanaklarının sevk işlemlerinin sağlanmasıyla sorumludur. Ülkede kuzey ve güney bölgeler arası sağlık hizmeti sunulan tesisler ve hizmet kalitesi bakımından önemli farklılıklar vardır. Çünkü kuzey ve güneyin toplumsal yapısı ekonomik ve politik yapısı birbirinden farklıdır. Bu farklılıklar doğal olarak sağlık alanına da yansımaktadır (HIT Summary: Italy, 2009).

İtalya'da sağlık sisteminin finansman kaynakları, işverenlerden alınan primler, çalışanlardan alınan primler, genel bütçeden yapılan finansman ve tüketici ödentilerinden oluşmaktadır. Genel bütçe vergi gelirlerinden sağlanan gelirler ulusal

sağlık hizmetlerinin finansmanında ve açıklarının kapatılmasında kullanılmaktadır. Zorunlu sosyal sigortaya hem işçiler hem de işverenler prim ödemektedir. Kişilerin özel ayrıca bir sigortaları yoksa ilaçlara katkı payı ödemektedirler. Bu katkıdan sakat insanlar muaf tutulmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005:323-324).

Ülkede sağlık hizmetlerini sunan genel pratisyenler, hastanelerde görev yapan hekimler, diş hekimleri, çocuk doktorlarının sayısı son 20 yılda genel olarak artmıştır. Hemşirelerde ise durum farklıdır. Hemşirelik mesleği sağlık insan gücünde önemli sorunlardandır. İtalya’da hemşirelik geleneksel olarak dinsel bir meslek olmuştur. Hemşirelik mesleğine ilginin azlığının nedeni ücretin tatmin edici olmaması olarak belirtilmektedir. Hemşire işgücü yetersiz kaldığından, 2005 yılından bu yana mesleğe teşvik etmek adına bazı politikalar uygulanmıştır. Örneğin yurtdışında eğitim almış hemşirelere çalışma izni veren düzenlemeler yapılmasıyla sayılarında biraz artış sağlanmıştır (HIT Summary: Italy, 2009).

İtalya GSYİH sağlık harcamaları oranı % 9,6 ile OECD ülkeleri içinde orta sıralarda yer almaktadır. Sağlık harcamalarının toplam kamu harcamalarına oranı ise 2000 yılında %74.2 iken 2011 yılı için % 77.8’e yükselmiştir. Bunun temel nedeni farklı hükümetlerin uyguladığı ödeme politikaları ve işbirlikleridir. Buna bağlı olarak bu oran yıldan yıla önemli dalgalanmalar göstermektedir. Çünkü büyük bir kamu açığının varlığından dolayı, hükümet için hem ulusal hem de bölgesel düzeyde kamu sağlık harcamalarının hacmi her zaman önemli bir konudur (HIT Summary: Italy, 2009).

1.5.19. İzlanda Sağlık Sistemi

İzlanda Avrupa’nın en düşük yoğunluğa sahip ülkesidir. Tam bağımsızlığına 1944 yılında kavuşmuştur. İzlanda sağlık sistemi evrensel, kapsamlı ve genel olarak vergilerden finanse edilen bir yapılanmadır.

İzlanda’da sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu kuruluş Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığıdır. Belediyeler diğer kamu hizmetlerinden sorumludur. Bakanlığa bağlı birimlerden Sosyal Güvenlik Enstitüsü emeklilik, iş kazası ve sağlık sigortasının yönetiminden sorumludur (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:556).

İzlanda sağlık sisteminin finansman kaynakları doğrudan devlet bütçesinden veya Sosyal Güvenlik Enstitüsü' nün bütçesinden sağlanır (2012 yılı için %80,5). Özel sağlık sigortasının kullanımı yok denecek kadar azdır. Harcamaların % 18,1'i de cepten yapılan ödemelerdir (OECD, 2014).

1970'lerden bu yana İzlanda sağlık hizmeti harcamalarındaki artış, Japonya hariç yedi ana OECD ülkelerindeki kadar hızlıdır. Kişi başına düşen tıbbi harcamalar bakımından da İsveç hariç tüm OECD ülkelerinden önde durumdadır. Bunun bir kısmı İzlanda'da sağlık hizmetlerinin yüksek ücretlendirilmesiyle açıklanabilir. Alım gücü eşitliği açısından fiyat seviyesi 1990'da Amerika Birleşik Devletleri ve İsveç hariç diğer OECD ülkelerinden fazladır. İlaç fiyatları yüksektir. Kişi başına düşen ilaç tüketimi az olmasına rağmen ilaç fiyatları OECD ülkeleri ortalamasıyla kıyaslandığında oldukça fazladır. 1975 yılını takip eden 15 yıl süresince OECD ortalamasına göre ülkedeki sağlık giderlerinin ortalama yıllık büyüme payının oranı, İzlanda'daki önceki 15 yıllık döneme kıyasla çok daha hızlı bir şekilde azalmıştır. Sağlık hizmetlerindeki harcamalar, birçok OECD ülkesinden çok İzlanda için daha belirgindir. Son yıllardaki ücret artışı özellikle ilaçlar için geçerlidir (DSÖ, 2014).

İzlanda'nın GSYİH'ndan sağlık harcamalarına ayırdığı pay OECD ortalamasına yakındır. 2012 yılına ilişkin OECD ortalaması % 9,3'dür ve İzlanda için bu oran % 9,0 olarak gerçekleşmiştir (OECD, 2014).

İzlanda sağlık hizmetleri sunumunda insanların ilk olarak başvurdukları yer olan temel sağlık merkezleri ülkenin her yerine kurulmuştur. Üç tür sağlık merkezi bulunmaktadır. H0, H1 ve H2 şeklinde kategorize edilen bu merkezlerden H2 en az iki hekim istihdam etmektedir. H1 bir hekim ile hemşire veya ebe istihdam eden bununla beraber bir hekimin düzenli olarak konsültasyon sağladığı kategoridir. Hastaneler ve özel çalışan uzman hekimler ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Hastaneler sabit bütçe temeline dayalı olarak vergilerle finanse edilmektedir. Sağlık çalışanları, genel pratisyenler maaş temelli çalışmaktadır. İzlanda sağlık sisteminde son yıllarda birçok reform gerçekleştirilmektedir. Reformların ortak noktası maliyet sınırlama ve bürokrasinin azaltılmasıdır. (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:558).

1.5.20. Japonya Sağlık Sistemi

Japonya sağlık sistemi gelişmiş ülkeler arasında en iyilerinden biridir. Yüksek donanıma sahip her türlü tıbbi ekipmanını kendi üretmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunu iyi şekilde yapabilmektedir ve önemli olan diğer bir nokta tüm bu uygulamaları diğer ülkelere kıyasla daha düşük bir maliyetle yapabilmektedir. Japonya sağlık sistemi 34 OECD ülkesi içinde bebek ve anne ölüm oranlarındaki düşüklük açısından ilk 3 sıradadır (OECD, 2014).

Japonya’da gelir düzeyine bakılmaksızın tüm vatandaşları kapsayan sağlık hizmetleri sistemi geliştirilmiştir. Japon devleti sağlık sigorta sistemi konusunda neredeyse her konuyu yasalarla düzenlemiştir. Ulusal hükümet paydaşlar ve birlikler arasında ödeme şeklini ve ödenecek ücreti belirler, bunu yerel hükümetlere, sigortacılara ve tedarikçilere bildirir. Onlar da hükümetin sağlık politikalarını uygulamak ile görevlidirler. Japonya’nın 47 bölgesi ve 1742 belediyesi de yerel hükümetler gibi sağlık sisteminin uygulamasına ve yönetilmesine dahildir (Thomson, 2012).

Toplam sağlık harcamalarında kamu sağlık sigorta sisteminin finansman oranı 2009 yılında % 80,5’dir. Primler toplam sağlık harcamaların yaklaşık olarak yarısına denk gelmektedir. Vatandaşlardan alınan sigorta primleri kişi başına, aile başına, gelir odaklı ve mülk odaklı olarak belirlenmektedir. Çalışanlarda ise primler maaş odaklı olarak alınmaktadır (Thomson, 2012).

Japonya sağlık sistemi ulusal ve yerel yönetimlerin yanı sıra işveren ve çalışanlardan primlerle finanse edilmektedir. Japonya sağlık hizmetleri sisteminin finansmanını iki grupta toplamak mümkündür. Bunlar, Ulusal Sağlık Sigortası ve Çalışanlar için Sağlık Sigortasıdır.

Çalışanlar için sağlık sigortası sistemi orta ve büyük ölçekli işletmelerde ulusal ya da yerel yönetimlerde ve özel okullarda çalışanları kapsamaktadır. Ayrıca bu sistem dahilinde küçük ölçekli işyerlerinde çalışanlar için hükümet tarafından yürütülen bir programda vardır. Sigorta primleri aylık net maaş üzerinden hesaplanır ve yarısı işveren yarısı çalışan tarafından ödenmektedir (Sargutan, 2005:1505).

Nüfusun yaklaşık %65'i bu grupta çalışanlara hizmet sağlayan sigorta kapsamındadır (Graig, 1993:137).

Ulusal sağlık sigortası sistemine ise tarım işçileri, ormancılar, balıkçılar, kendi işinde çalışanlar ve işsizler (anne adayları, emekliler ve öğrenciler) dahil edilmektedir. Çalışanlar için sağlık sigortasına benzer olarak hastalar belli bir tavan ücrete kadar ödeme yaparlar. Bu rakamın üstünde kalan kısım ücretsizdir. Sigorta primleri ücrete, bakmakla yükümlü olunan kimse olup olmadığı durumlarına göre değişir. Birde bu iki tür sigorta programının dışında 2000 yılında uygulamaya konulan yaşlılara özel ulusal sağlık sigortası vardır. Bu uzun süreli bakım programının amacı artan yaşlı nüfusun gereksinimi olan sağlık hizmetlerini sağlamaktır (Sargutan, 2005:1506).

Neredeyse tüm sağlık sigorta sistemi, ulusal sağlık sigorta sistemi içerisinde yer aldığından özel sağlık sigortaları ise çok sınırlı kalmıştır. Özel sağlık sigortaları diş, ortodontisler ya da pahalı yapay dişler, trafik kazaları gibi alanlar ile kısıtlanmışlardır (Thomson, 2012).

Sağlık sistemi yönetiminde kilit kuruluş olan Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı sağlık sisteminin kalite ve güvenlik, maliyet kontrolü ve tedarikçilerin ücretlerinin ayarlanması konusunda yetkilidir. Ulusal hükümet ve kaymakamlıklar maliyet kontrolü planlarını yapmaktadır. Bakanlık bünyesindeki birimlerden Sosyal Güvenlik Konseyi de, kar amacı gütmeyen bir organizasyondur. Sağlık sisteminde kalitenin yükselmesi, kliniklerin geliştirilmesi görevleri arasındadır (Thomson, 2012).

Japonya sağlık hizmetleri sistemi Amerika ile benzerlik göstermektedir. Örneğin bir hasta ister özel ister devlet hastanelerinde bulunan doktorlardan hizmet alabilir. Buna karşın bazı farklılıklar vardır. Bunlardan ilki, kar amacı taşıyan hastanelerin mülkiyeti konusunda sınırlamalar vardır. Japon yasaları kişilerin bu tür hastanelerin hem sahibi hem de yatırımcısı olmasını yasaklamaktadır. Hastanelerin mülkiyetinin % 80'i özel sektöre ait olup, bunların üçte biri kişilerin mülkiyetindedir. Özel hastanelerin tümüyle kar elde etmesi yasaklanmış olmasına karşın hastane hizmetlerinin gelişmesi açısından yapılacak yatırımlar için kar elde etmelerine izin

verilmektedir. İkinci farklılık klinikler özel doktorlar tarafından çalıştırılmaktadır Ve üçüncüsü Japon yasaları özel hastanelerin yönetiminde bir tıbbi sorumlu olmasını zorunlu kılmaktadır. Bu yönetici doktorlar hem tıbbi hizmetlerden hem de yönetimden sorumlu olmaktadır (Graig, 1993:135).

Japonya’da hastane yataklarının yaklaşık olarak % 55’i kar amacı gütmeyen hastanelerde, geri kalanları ise devlet hastanelerinde bulunmaktadır. Hastanelerde görev yapan hekimler genellikle maaş sistemiyle çalışır ve ödemeleri toplum sağlığı sigorta sisteminden hastanelere yapılır. Kamu hastanelerinde istihdam edilen hekimler hastanelerine başvuran özel hastalara bakabilirler. Ancak kamu sistemi kapsamında yapılabilecek hizmetleri sağlayabilirler (Thomson, 2012).

Japon sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşanan nüfus bir sorun olmaktadır. 2012 yılı için % 32’lik 60 yaş üstü nüfus oranı ile dünya ülkeleri içinde birinci sıradadır (DSÖ, 2014). Sosyal güvenlik hizmetlerinin büyük birçoğu yaşlılara yönelik olup bu sağlık sistemi için bir yük ve geleceğe yönelik bir tehdit olmaktadır.

1.5.21. Kanada Sağlık Sistemi

Kanada’da sağlık sisteminin temeli sayılabilecek hastaneler başlangıçta din ve hayırseverlik duyguları doğrultusunda veya devlet tarafından dağınık bir şekilde kurulmuştur. 1957’de kabul edilen ve 1958’de yürürlüğe giren Hastane Sigortası ve Teşhis Hizmetleri Yasası (Hospital Insurance And Diagnoses Services Act), temel hizmetlerin karşılanması ve standartlaşmış ulusal raporlamayı öngörmektedir. Nihayet 1966’da, federal ve eyalet kamu sosyal sağlık sigortası sistemlerini düzenleyen Tıbbi Bakım Yasası (Medical Care Act) kabul edilmiştir. 1957 tarihli Hastane Sigortası Ve Teşhis Hizmetleri Yasası ve 1966 tarihli Tıbbi Bakım Yasası, Kanada’da bugün uygulanan genel sağlık sigortası sistemi olan Birleşik Sağlık Ve Hastane Sigorta Programları’nı oluşturmaktadır. Tıbbi bakım yasası için halkın kullandığı “Medicare” adı şimdi de Birleşik Sağlık ve Hastane Sigorta Programları için kullanılmaktadır. Medicare terimi içerisinde sağlık hizmetlerini ifade eder ve temel ilkeleri herkesin hizmete adilce ulaşabilmesi ve aldığı hizmeti rahatça ödeyebilmesidir. 1984 yılında Kanada Sağlık yasası (Canada Health Act) kabul

edilmiştir. Bu yasa Hastane sigortası Teşhis Hizmetleri Yasası ve Tıbbi Bakım Yasası'nın yerini almış, onların temel hükümlerini de sağlamlaştırmıştır. Yasa'nın 5 temel ilkesi; kamu yönetimi, kapsamlılık, tek tiplilik, erişilebilirlik ve taşınabilirliktir (Kanada vatandaşı ülke içinde başka bir bölgeye taşındığında yada yurtdışına çıktığında sağlık hizmeti kesilmemektedir). Bu temel ilkelerin uygulanması günümüzde de devam etmektedir (Akdur, 2006).

Yasa, sigorta hizmetleri için sigortalının ücret ve ekstra fatura ödemelerini yasaklayan hükümler getirmiştir. Bu yasa ile gereksiz ödemeler ortadan kaldırılmıştır. Zamanla Kanada sağlık sisteminde ciddi reformlar yapılmıştır. 2004'de oluşturulmuş "10 yıllık sağlık hizmetleri güçlendirme planı" önemli reformlardandır. Planın içerdiği kilit reform alanları; sağlıklı işgücü, hamile sağlığı, evde bakım hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, ulusal eczacılık stratejisi, halk sağlığını koruma ve geliştirme vb. olarak sıralanmaktadır (HC-SC, 2014).

Kanada sağlık hizmetlerinin yapılanmasına ilişkin federal hükümetin ve eyalet ve bölgesel hükümetlerin rolü ve sorumlulukları büyük ölçüde anayasa ile belirlenmiştir. Eyalet ve bölge hükümetleri sağlık ve diğer sosyal hizmetlerin uygulanmasından çoğunlukla sorumludur. Federal hükümet, eyaletlerin kamu sağlık projelerine, maliyetinin %40-%50'si oranında mali katkıda bulunabilir. Federal Hükümetten mali destek alabilmek için eyaletlerin sağlık planları şu kurallarla uyum sağlamak zorundadır:

- Yasal olarak barınma yerleşme hakkı olan tüm bireyleri kapsamına alması,
- Tüm zorunlu tıbbi hizmetleri kapsamaması,
- Hiçbir ek ödeme yapmaksızın herkesin hizmete "eşit" biçimde ulaşabilmesi.

Kanada'da il ve eyaletler, sağlık harcamaları için önemli bir güce sahiptirler. Eyalet yönetimleri (hükümetleri), federal kural ve düzenlemeler çerçevesinde, sağlığa ne kadar harcama yapılacağına, ulusal politikaların dışında kalan hizmetlerden hangilerinin sigorta kapsamına alınacağına, sağlık planı ile ilgili harcamalardaki eyalet payının nasıl finanse edileceğine kendileri karar verirler. 10

eyaletin ortak özellikleri olan sağlık planları, Kanada sağlık sistemini oluşturmaktadır. Kanada'nın sağlık hizmeti sistemi aşağıdaki gelirlerle finanse edilir:

- *Devlet Vergi Gelirleri (federal, eyalet ve belediye):* Bunlar; gelir vergisi, satış vergisi, günah vergisi, işveren vergisi, sağlık primleri, mülkiyet vergisi vb.'lerini içerir. Bu, çoğu hastane/sağlık hizmetinin finansman yoludur.
- *Özel Sigorta:* Ön ödemeli sigorta niteliğindedir. Çoğunlukla işveren desteklidir. Sosyal sağlık sigortasınca sigortalanmayan veya ödenmeyen hizmetler için kişiler, işveren destekli ek sağlık hizmetleri ve benzerleri için uygulanır. Örneğin diş hekimliği, reçeteli ilaçlar, tercih edilmiş hastane hizmeti, ülke dışı hizmetler.
- *Doğrudan Kişisel Ödemeler:* Bu, özellikle kamu veya özel sigortalarca sigortalanmayan çeşitli hizmetler, ödeme listesi dışı ilaçlar, alternatif tedaviler, bakım evlerinde oda ve bakım ödemeleri gibi çeşitli hizmetler için uygulanmaktadır.
- *İşçilerin Desteklenmesi:* İş kazası geçiren işçi için işveren yardımıyla kurulmuş eyalet işçi destek sistemleriyle sağlık hizmeti ücretleri ödenir (Türkiye Kamu Sağlığı Kurumu, 2014).

Son 30 yılda Kanada sağlık hizmetleri sektöründe dikkate değer ilerlemeler kaydetmiştir. Örneğin 1975 yılında %7 olan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı 2010 yılında %11.7'ye yükselmiştir. Ayrıca son yıllarda özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı belirgin bir şekilde artış göstermiştir. Bu oran 1975 yılında % 24 iken 2010 yılında %30'a çıkmıştır. Eyalet ve bölge yönetimleri harcama oranı ise %71'den % 65'e gerilemiştir. Sağlık hizmetleri harcamalarının paylaşımında da önemli bir değişim söz konusudur. Hastane hizmetleri için yapılan harcamalar 1970'lerde % 45 iken 2010 yılında %29'a gerilemiştir. Yine de en çok harcamaların yapıldığı kalemdir. 1975'den bu yana toplam harcamalar içindeki payı sürekli artış gösteren kalem ilaçlardır. 2010 yılı için % 16 ile en çok harcama yapılan ikinci kalemdir. Hekim hizmetlerine yapılan harcamalarda üçüncü sırada gelmektedir (%14) (HC-SC, 2014).

Bu ana finansman mekanizmalarına ek olarak sağlık sisteminde, özellikle hastane sektöründeki bağışlardan, gönüllü çalışmalardan ve ücrete tabi olmayan bakıma dayalı desteklerden de yararlanır. Ayrıca işverenlere, işçiler için yaptıkları sağlık masraflarını vergiden düşme imkanı tanınır. Sağlıkla ilişkili bilimsel araştırma yapan Kanada firmaları için (özellikle ilaç endüstrisinde) teşvikler verilmektedir.

Kanada sağlık sistemi, aile hekimliğine ve pratisyen hekimliğe dayanır. Kanada'daki aktif doktorların %80'i bu işler için görev yapar. Bu kişiler, hastaneye yatışlardan diğer işlemlere (teşhis için test vs.) ve uzmanlara gitmeye kadar filtre görevi yapmaktadır. Kanada, sağlık hizmetleri için kamu görevlisi doktor istihdam etmemektedir. Çoğu hekimler yalnız başına ya da birkaçı bir araya gelip gruplaşarak, görevlerini özel sektör niteliğinde icra ederler. Hemşireler çoğunlukla hastane ve toplum sağlığı hizmetlerinde çalışırlar. Kanada hastanelerinin % 95'ten fazlası kar amacı gütmeyen özel ticari kurumlar olarak çalışır. Kar amaçlı çalışan hastaneler özel dal ve uzun süreli hasta bakım hizmetleri sunmaktadırlar (Türkiye Kamu Sağlığı Kurumu, 2014).

1.5.22. Güney Kore Sağlık Sistemi

Güney Kore sağlık sistemi refah yönelimli/Sigorta tipinde görünmektedir. Ülke sağlık sistemi temel olarak özel sektöre dayanmaktadır. Özel klinik ve hastaneler tüm sağlık kuruluşlarının %92,6'sını oluştururken özel sektöre ait yatak sayıları da toplam yatak sayısının % 85'ine yakın bir pay oluşturmaktadır. 2011 yılı verilerine göre sağlık harcamalarında özel sektörün payı % 44,7'dir ve geri kalan kısımda kamu tarafından finanse edilmektedir. Güney Kore devlet bütçesi içinde sağlığa ve refah programlarına yönelik gerçekleştirilen sosyal güvenlik uygulamalarının payı giderek artmaktadır. Bütçeden sağlık harcamaları için ayrılan pay 2000 yılında % 4,3 iken 2011 yılında % 7,4'lere ulaşmıştır (DSÖ, 2014). Güney Kore'de hükümet ve özel sektör sağlık ve refah hizmetlerinin geliştirilmesi ve korunması için birlikte çalışmaktadır. Yerel yönetimler de sosyal refah hizmetlerinin gelişmesi için sağlık ve refah bakanlığının denetiminde çalışmaktadır. Kore'de sağlık sisteminin en üstünde Sağlık ve Refah Bakanlığı bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortasına ilişkin faaliyetler bakanlığın denetiminde yürütülmektedir. Sağlık ve Refah Bakanlığı sosyal refah programlarından sorumlu bir yardımcı bakanlık ve

sağlık hizmetlerinin planlama ve yönetiminden sorumlu bir diğer yardımcı bakanlık ile birlikte ulusal sağlığın ve sosyal refahın korunması ve iyileştirilmesi görevini yerine getirmektedir (Sargutan, 2005: 1061).

Geçmişten bu yana Güney Kore birincil basamak sağlık hizmetlerinde dünyadaki diğer ülkelerin geleneksel modelini takip etmemiştir. Birincil basamak sağlık hizmetleri ile sağlık hizmeti sisteminin diğer seviyeleri arasındaki ilişkilerin koordinasyonuna odaklanmamaktadır. Çünkü kliniklerde çalışan hekimler aile doktoru ya da kapı doktoru gibi çalışmazlar. Hekimlik hizmetleri ayakta hasta bakımına odaklanma eğiliminde değildir. Hatta bazı birinci basamak sağlık hizmeti hekimleri uzman bir şekilde yataklı hasta bakım hizmeti sunmaktadır. Bu hekimler ikincil bakım uzmanları ile rekabet edebilmektedir. Halk sağlığının idari yapısı belli yönlerle Ulusal Sağlık Sigorta sisteminden ayrılır. Halk sağlığı sistemi, önleyici sağlık ve sağlık teşviki – geliştirilmesi konuları üzerine yoğunlaşmakta ve halk sağlığı merkezleri üzerinden yürütülmektedir. Merkezi ve yerel hükümetler halk sağlığı sistemini toplanan vergilerle finanse etmekle yükümlüdür. Tüm hükümetler genellikle, yetki alanları içerisinde yaşayan vatandaşları için halk sağlığı merkezleri işletmektedirler. Bu merkezler genellikle, genel sağlık hizmetleri, aşılamalar, sağlık eğitimleri gibi birçok hizmeti sağlamaktadır. Ancak daha ciddi sorunlar karşısında alanında uzmanlaşmış aile hekimlerine ve kliniklere başvurulmaktadır (Thomson, 2012).

Son yıllarda Güney Kore sağlık sisteminde önemli değişimler yaşanmaktadır. Yeni Uzun Dönem Sağlık Sigortası Sistemi 2007 yılında başarıyla pilot bölgelerde deneme sürecini geçmiştir. 2008 yılından itibaren yürütülen sağlık hizmetleri uygulamaları, uzun vadede ülkenin hızlı sosyal dönüşümünde oldukça önemli bir rol oynayacaktır. OECD tahminlerine göre, 2050 yılında Güney Kore dünyanın en yaşlı milleti haline gelecektir. Ülke nüfusunun %3.3'ü 65 yaşında veya daha üstü olacaktır. Mevcut sosyo-ekonomik verilere bakıldığında, ülkenin geleceği ve sağlık hizmetlerinin devamı açısından uzun vadede sağlık sistemlerine ilişkin yürütülecek politikaların devamlılığı ve sürdürülebilirliği gereklilik göstermektedir (Thomson, 2012).

1.5.23. Lüksemburg Sağlık Sistemi

Lüksemburg sağlık sistemi hastane sektörüne ve bağımsız çalışan hekimlere dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı zorunlu ve gönüllü sigorta ve devlet bütçesinden sağlanmaktadır. Lüksemburg'da ikamet edenlerin çoğu dokuz hastalık fonundan oluşan zorunlu sağlık sigortası kapsamında sigortalıdır. Nüfusun büyük çoğunluğu ise tamamlayıcı sigorta yaptırmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Lüksemburg'da sağlık hizmetleri sistemi sağlık bakanlığı ve sosyal güvenlik bakanlığına bağlı olarak örgütlenmiştir. Sağlık bakanlığı koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin planlanması, organizasyonu, yeni hastane ve imkanların kurulması, var olan hizmet kapasitelerinin artırılması gibi konulardan birinci derece sorumludur. Sosyal güvenlik bakanlığı ise sosyal güvence sisteminin sağlık sigortası ve bağımlılık sigortası gibi temel unsurlarının örgütlenmesinden sorumludur (HIT Summary: Luxembourg, 1999).

Lüksemburg sağlık hizmetlerinin temel özelliği hastaların hekim seçmekte ve diledikleri seviyedeki sağlık hizmeti kuruluşunu (hastane, klinik) seçmekte özgür olmaları ve özel sağlık çalışanlarının mesleki örgütler ve sigorta kuruluşları arasından yapılan anlaşmalara uymak zorunda olduğudur. Hastanelerin hemen hemen tümü kar amacı taşımayan kuruluşlardır. Bu hastanelerin bir kısmı dini kuruluşlara bir kısmı da kamu otoritelerine aittir. 1995 yılından önce hastanelere ödeme günlük maliyete göre yapılıyordu. 1995'den sonra ise hastanelere (kamu ve özel) sabit bir bütçe çevresinde ödeme yapılmaktadır. Her bir hastane bütçesi hastaneler ile sağlık sigortaları birliği arasındaki müzakereler sonucu belirlenmektedir. Devlet sermaye yatırımlarının % 80'ininden fazlasını karşılamaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011; Jakubowski ve Busse, 1998).

Lüksemburg'da bir tıp fakültesi bulunmamakta ve her yıl belli sayıda öğrenci Belçika, Almanya, Fransa gibi komşu ülkelere tıp eğitimi almak için gitmektedirler. Tıp eğitimi verilmemesine karşılık ülkede sağlık işgücü sıkıntısı yaşanmamaktadır. Çünkü ülkedeki yaşam koşullarının iyi olması ve sağlık personeline tatmin edici maaşlar verilmesi gibi nedenlerle diğer ülkelerden çalışmak için gelmektedir (HIT Summary: Luxembourg, 1999).

Lüksemburg'da sağlık sigortasının finansal kaynağı sigortalıların ödediği primler, katkılar ve devletin ödediği katkılardır. Kaynaklar maaşlardan, mesleki gelirlerden ve sosyal güvence sisteminin sağladığı diğer gelirlerden elde edilmektedir. Farklı sağlık fonları bulunmakla birlikte tüm sigortalılar aynı oranda katkı payı ödemekte ve aynı hizmetlerden yararlanma hakkı elde etmektedir (Sargutan, 2005).

Lüksemburg sağlık sisteminde 1998 yılında yürürlüğe giren kanunla önemli bir sosyal hizmetler reformu gerçekleştirilmiştir. Bu kanun ile hükümet ile hükümete bağlı olmayan sosyal hizmetler kuruluşları arasındaki ilişkiler düzenlenmektedir. Devletin rolü sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı, akreditasyonu ve sözleşmelerin yapılması ile kısıtlı kalmıştır (Sargutan, 2005).

1.5.24. Macaristan Sağlık Sistemi

40 yıllık Sovyetler birliği yönetiminden sonra 1989'da bağımsızlığını ilan eden Macaristan 1990'lı yılların başında sosyalist düzenin sona ermesinin ardından merkezi planlamacı düzen yavaş yavaş terk edilmiş ve liberal kapitalist düzene doğru bir geçiş başlamıştır. Diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da önemli değişimler yaşanmıştır. 1989-1993 ilk reform dalgası ile vergiler aracılığıyla finanse edilen zorunlu sağlık sigortası uygulanmaya başlanmıştır (HIT Summary: Hungary, 2011).

Macaristan sağlık sigortası ülkede ikamet eden tüm vatandaşlar için zorunlu olup mevcut yasal dayanaklar gereği nüfusun %100'ünü kapsamaktadır ancak nüfusun %4'lük bölümünün sigorta durumu belirsizdir. Sağlık sigortası paketi kapsamlı ama ayrıntılı değildir.

2009 yılı sağlık harcamaları GSYİH'nin % 7,4'ünü toplam sağlık harcamaları kamu finansman oranı ise % 69,7'dir. Sağlık harcamaları maliyeti düşürme düzenlemeleri ve bütçe kesintileri nedeniyle yıldan yıla değişkenlik göstermektedir. Özel kaynaklarla finanse edilen sağlık harcamalarının oranı giderek artmaktadır. Finansmanı büyük kısmını cepten ödemeler oluşturur. Diğer taraftan gönüllü sağlık

sigortası özel sektör harcamalarının sadece % 7,4'lük kısmında yer almaktadır (HIT Summary: Hungary, 2011).

2003 yılından beri doktor sayısında bir düşüş gözlenmektedir ve yakın zamanda uzman doktorlar tarafından beklenen yer değişiklikleri bu oranın ülkede doktorların hem coğrafi hem de uzmanlıklar açısından dağılımında dengesizlikler meydana getirmektedir. Bu durum diğer sağlık personellerinde de görülmektedir. Bu durumun önemli nedenleri olarak Macaristan'ın sağlık işgücü alanında göç veren bir ülke olması, sağlık personelinin yaşlanması ve ülkede yaşanan ekonomik kriz sayılabilir (HIT Summary: Hungary, 2011).

Sağlık hizmetleri Ulusal sağlık sigortası fonu idaresi (National Health insurance fund/NHIF) tarafından yürütülen sağlık sigortası fonu aracılığıyla finanse edilmektedir. Finansman kaynağı çalışan ve işverenlerden alınan primlerdir. NHIF hastalar adına belediye ve yerel yönetimlerce akredite edilen tüm sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşmeler yaparak sağlık hizmetleri satın almaktadır. Merkez Hükümet ise sağlık politikalarını oluşturmak, düzenlemek, koordine ve kontrol etmekle sorumludur. Gelirlerin toplanması, sigorta paketinde yer alacak olanakların belirlenmesi, mali kaynak tahsisi, bütçenin düzenlenmesi gibi uygulamalar için sıkı denetim yetkisine sahiptir (HIT Summary: Hungary, 2011).

Yerel yönetimler ise ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlamakla ve sınırları dahilindeki hastane ve sağlık tesislerinin sermaye maliyetlerinden sorumludur. Özel girişimler ve şirketler ise birincil tedavi hizmetleri, eczacılık hizmetleri ve giderek uzmanlık gerektiren hizmetlerde de kilit bir rol oynamaktadır. Yatarak tedavi hizmetlerinde ise özel sermayenin kullanımı tartışmalı bir konudur (Sargutan, 2005: 1846).

Özetlemek gerekirse Macaristan sağlık sisteminde 1990 yılından beri birçok reform süregelmiştir. Ard arda gelen hükümetler birçok pilot uygulamaya denemiş, kimi sağlık sistemine ayrılan kaynakları arttırmış, sağlık kuruluşlarının özelleştirmesine yönelik girişimlerde bulunmuştur. 2004 yılından beri sağlık hizmetleri sisteminin yönetim ve organizasyonunu yeniden şekillendirmek amacıyla hizmet sağlayıcılarının kapasitelerini düzenlemek ve hizmetlerin sunumunda koordinasyonu

güçlendirmek, kamu hizmet sağlayıcılarında dış kaynak kullanımı ve şirketleşmenin desteklenmesi gibi yeni düzenlemeler getirilmiştir. Sağlık sigortası sistemini rekabet yönetimiyle tanıştıran ve özel sektörün ağırlığını arttırmaya yönelik bu düzenlemeler yoğun hükümet çabalarına rağmen hedeflerine ulaşamamıştır. 2004'den beri baskın politika maliyetleri azaltmaya yöneliktir. Kamu harcamaları ciddi şekilde azaltılmış ve bunun etkisi doğrudan sağlık işgücünde krize neden olmuştur. Birbiri ardına gelen hükümetler istikrarlı bir kaynak akışı sağlayacak çerçevede genel bir sağlık politikası oluşturmakta başarısız oldular. Bu Macaristan sağlık sisteminin sürekli tartışılan en büyük eksiğidir. Sağlık sisteminin finansmanı dolaylı olarak işgücü veya daha genel olarak ekonomiye ilişkin politika hedeflerinden güçlü şekilde etkilenmektedir.

1.5.25. Meksika Sağlık Sistemi

Meksika, OECD 7 üyesi tek Latin Amerika ülkesidir ve Latin Amerika'nın en güçlü ekonomilerinden birine sahiptir. Gelir dağılımı adaletsizliği ve uyuşturucu terörü ise ülke ekonomisinin başlıca sorunlarıdır. Bu durum sağlık sistemine de yansımaktadır. Meksika nüfusunun sağlık durumuyla ilgili son birkaç on yılda belirgin ilerleme yaşanmıştır ve yetkililer sağlık sisteminin işleyişini geliştirmek için önemli girişimlerde bulunmuşlardır. Bununla birlikte Meksika sağlık politikası sağlık sisteminin etkinliğini arttırmak ve sağlık sigortasına herkesin sahip olmasını sağlamak gibi ciddi zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır.

Meksika sağlık hizmetleri sunumu eyaletler ve sosyal güvenlik kurumları aracılığıyla sağlanmaktadır. Sağlık sistemi desantralize olmuş bir yapıdadır. Sağlık sistemi kamu ve özel sektörün karışımından oluşur ve özel sektörün önemli bir payı vardır. Özel sektörün sağlanan hizmetler ve kalitesi bakımından dağınık bir yapısı vardır (Sargutan, 2005:1933).

Meksika henüz herkesi kapsayan evrensel sağlık sigortasını gerçekleştirememiş birkaç OECD ülkesinden biridir. 2012 yılı toplam sağlık harcamalarında kamunun payı % 50,6'dır ve bu oran % 72,3 olan OECD ortalamasının altındadır. Özel sektör harcamalarının çoğunluğunu cepten ödemeler oluşturur. Sağlık hizmetlerine erişim açısından ve sağlık durumu göstergelerine baktığımızda sistemin dikkat çekici eşitsizlikleri içerdiği görülür. Sağlık harcamaları,

sağlık göstergeleri ve sigorta kapsamı açısından federasyonun zengin kuzey eyaletleri ve yoksul güney eyaletleri arasından ciddi farklılıklar görülür. Fakir eyaletlerde daha az sağlık harcamaları yapılmaktadır. GSYİH'nın sağlık harcamalara ayrılan kısmı 2012 yılında % 6,2'dir ve bu oran % 9,3 olan OECD ortalamasının altındadır (OECD, 2014). Bu nedenle çoğu sağlık hizmeti kaynağı sınırlı sayıdadır. Örneğin akut bakım hastane yatakları, pratisyen doktor sayısı yeterli sayıda değildir. Bu kaynakların azlığına karşın kullanım yoğunluğu da yüksek değildir. Bu durum talep yetersizliğine ve/veya verimsiz kaynak kullanımına işaret etmektedir. Ayrıca sağlık göstergeleri açısından OECD ülkelerinin çoğunun altında yer almaktadır. Örneğin bebek ölüm oranlarında OECD ülkeleri arasında Türkiye ile birlikte en yüksek oranlara sahiptir. Sağlık sisteminde var olan bu düşük etkinlik seviyesinin nedenlerini şöyle sıralayabiliriz: Çok sayıda dikey sistem entegrasyonlu sigortacının varlığı, alıcı ve tedarikçi arasında herhangi bir ayırımın olmaması, desantralize bir yapıda politikaların yürütülmesi koordinasyonunda yaşanan sıkıntılar, desantralize arasında az gelişmiş yönetim kapasitesi, verimlilik ve kalite ile sonuçlanmayan sağlık ödemeleriyle ilişkili mali teşviklerin azlığıdır (OECD, 2005:11).

Son gerçekleştirilen reformlarla birlikte sağlık harcamalarının finansmanında eyaletler arası eşitsizlikler azaltılmaya çalışılmaktadır. Gönüllü sağlık sigortası reformu ile sağlanan paket sigorta kapsamında olmayan seçilmiş felaketler için gerçekleşen tedavi hizmetleri ve bir takım temel müdahale hizmetlerini kapsamaktadır ve bu gönüllü sağlık sigortasına kademeli olarak birçok insanın sahip olması hedeflenmektedir (OECD, 2005:12).

1.5.26. Norveç Sağlık Sistemi

Norveç sağlık sisteminin büyük bir kısmı devlet kontrolünde olup, Norveç'in 429 belediyesi, Norveç Sağlık Ekonomisi İdaresi'nin ilave fonları ile sağlıklı olmaya teşvik, koruyucu hekimlik, rehabilite edici hizmetler, acil bakım ve uzun süreli hemşire bakımı dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve finansmanından sorumludur (Thomson, 2012).

Sağlık Bakanlığı sağlık sisteminin düzenlenmesi ve denetiminden sorumludur ancak görevlerinin çoğunu yetkilendirdiği alt kuruluşlar aracılığıyla (Sağlık Müdürlüğü ve Norveç İlaç Ajansı (NoMA) gibi) sürdürmektedir. Ayrıca Ulusal Sağlık Kurulu genel olarak tüm sağlık hizmetlerinin işleyişinin takip edilmesi ve denetimini sağlamaktadır (HIT, 2013).

2002 yılından beri uzmanlaşmış sağlık hizmetleri devlet tarafından sağlanmakta olup dört Bölgesel Sağlık Otoritesi (BSO-RHA) aracılığıyla yönetilmektedir. Sağlık bakanlığı BSO'lara her yıl bir dizi talimattan oluşan doküman verir. BSO'lar Sağlık bakanlığına uzman sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yapılması gerekenleri öncelik sırası ve başarı ölçütünde rapor etmekle görevlidir. Ayrıca sağlık bakanlığı BSO'ların bütçelerini de düzenlemektedir (Thomson, 2012).

Norveç 2011 yılı sağlık harcamaları GSYİH sının yaklaşık % 9,4'üdür. Sağlık harcamalarının GSYİH oranıyla DSÖ sınıflandırmasında yer alan Avrupa bölgesinde 16. sırada yer almaktadır. Ancak Norveç tüm dünya ülkeleri içinde kişi başına düşen GSYİH değerleri en yüksek olanlardan biridir. Ülkenin kişi başı sağlık harcamaları neredeyse tüm ülkelerden daha fazladır (Sadece Avrupa'da Lüksemburg ve Monaco daha yüksektir) (HIT Summary: Norway, 2013).

Toplam sağlık harcamalarının %85'den fazlası kamu tarafından karşılanmaktadır. Kamu finansmanını merkezi ve yerel hükümetler ile ulusal sigorta programı birlikte sağlamaktadır. Özel sektörün finanse ettiği harcama oranı ise %15 olup büyük çoğunluğunu vatandaşların doğrudan kendisinin karşıladığı cepten ödemeler oluşturmaktadır. Gönüllü özel sağlık sigortasına sahip vatandaşların sayısında artış olmasına rağmen (nüfusun %5'inden fazlab)sağlık hizmetleri finansmanında gönüllü sağlık sigortasının rolü çok azdır (HIT Summary: Norway, 2013).

Doktor ve hemşire sayısı son birkaç on yılda artmaktadır. Norveç kişi başına düşen sağlık personeli sayısı diğer Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında yüksek orandadır. Sağlık personelinin yaklaşık % 8'i yurtdışından gelmektedir. Norveç yabancı sağlık personeli istihdamı konusunda uzun süre aktif bir politika izlemiştir. 2011 yılında Norveç Hükümeti, DSÖ'nün uluslararası sağlık personeli istihdamı için

uygulamakta olduğu etik kurallarını/yasasını kabul etti. Avrupa’da doktor yoğunluğun en yüksek olduğu ülkelerden biri olmasına rağmen, sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi eşitliği sağlamak için çabalamaktadır. Genel pratisyen dağılımı ülkenin tamamında gayet iyi iken, uzman hekimler için durum farklıdır. Uzman hekimler kentsel alanlarda yoğunlaşmıştır. Ülkede gelir eşitsizliği seviyesi diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha düşük olmasına rağmen, sağlık hizmetlerine erişimde göze çarpan sosyoekonomik eşitsizlik uzun zaman devam edecek gibi görünmektedir (HIT Summary: Norway, 2013).

1.5.27. Polonya Sağlık Sistemi

Polonya, uzun bir süre SSCB rejiminin etkisi altında kalmıştır. Ülkenin sağlık sistemi 1989 yılında geçirdiği reformlarla, Polonya sağlık sistemi merkeziyetçilikten uzaklaşarak kamu sağlık sistemini yaygınlaştırmaya ve yerelleşmeye yönelik bir eğilim içindedir.

Sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı dahil hiçbir organ tek başına planlama, düzenleme ve yönetim yetkisine sahip değildir. Yerel yönetimler sağlık hizmeti sunan organizasyonların yapısal düzenlemeleri konusunda daha çok söz sahibidir ve sağlık hizmeti veren kuruluşlar, özerkleştirilmeye çalışılmaktadır.

Ülke kendi içinde değişik seviyede sağlık hizmetleri sunan il, ilçe ve köylere ayrılmıştır. Birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin verildiği birimler Sağlık Koruma Örgütleri (ZOZ)’dir. Polonya sağlık hizmetlerinin sunumu itibariyle üç aşamalı bir yapıya sahiptir. İller birincil ve ikincil sağlık hizmetinin verilmesinden sorumludur. Sağlık Koruma Örgütü illerin bir alt dalını oluşturmaktadır ve çoğu birincil sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmeti ve hastane hizmeti sağlamaktadır. Kırsal bölgelerde ZOZ’lar birincil sağlık hizmetlerinin verilmesinden sorumludur. Sağlık Bakanlığı üçüncül sağlık hizmeti veren hastaneler ve klinikler açarak hizmet verdiği toplum kesimini açarak genişletmektedir (Sargutan, 2005).

1.5.28. Portekiz Sağlık Sistemi

1976 Anayasası ile demokratik cumhuriyet olan Portekiz’ in sağlık hizmetleri, 1979’dan beri Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH) temelinde örgütlenmiştir.

USH devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Sistem kamu sözleşme modeline dönüşmüştür, hizmeti sunan ile hizmeti finanse eden birbirinden ayrılmıştır. Sistemde zorunlu olmayan özel sigortalarda yer almaktadır. Bakanlık USH'nin düzenlenmesi, planlanması, koordinasyonu ve denetlenmesi işlevlerini yürütmektedir (Jakubowski ve Busse, 1998).

Portekiz sağlık sistemi organizasyon yapısı bakımından beş bölgeye ayrılmıştır. Bölge Sağlık Yönetimleri, ulusal sağlık politikaları doğrultusunda hizmetlerin yerine getirilmesini sağlamaktadır. Bu hizmetlerin bazıları; hastaneler ve sağlık merkezlerinin yönetimi, özel kuruluşlar ile protokol oluşturulması ve denetimi, bölgedeki sağlık birimlerinin koordineli bir şekilde çalışmasıdır. Özel sektörde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahiptir. Toplam hastanelerin % 42'si özel sektöre aittir. Ulusal Sağlık Sistemi özel hastanelerden sözleşmeler yolu ile hizmet satın almaktadır (Sargutan, 2005).

Portekiz USH'ı nüfusun yaklaşık olarak % 75' ini kapsamaktadır. Geri kalan kesim ise işverenleri tarafından düzenlenen ek sağlık programlarına katılanlardır. Bu durum kamu çalışanları için uygulanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık merkezi benzeri kuruluşlarda genel pratisyenler tarafından verilir. Hastalar genel pratisyene kayıt olmak suretiyle birinci basamak sağlık hizmetini alırlar. Hastalara hekim seçme hakkı tanınır (Jakubowski ve Busse, 1998).

Portekiz' de sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergilerden (1992 yılı verisine göre %61,6) karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ikinci sırada ise sosyal sigorta katkıları yer almaktadır. Sistemde özel sağlık sigortası da kullanılmaktadır. Kullanıcı katkıları da sistemde kullanılan diğer bir finansman biçimidir (Jakubowski ve Busse, 1998).

Portekiz'de toplam sağlık harcamaları 1970 yılına kadar % 3 sınırlarında iken bu oran 2009- 2010 yıllarında % 10,2'lere kadar yükselmiştir ve düşüş eğilimi göstererek 2012 yılında % 9,5 olarak belirlenmiştir (OECD, 2014).

1.5.29. Slovakya Sağlık Sistemi

Slovakya sağlık sistemi sürekli gelişim içindedir. 2002-2006 periyodunda rekabet yönetimine yeni bir yaklaşım getiren büyük bir reform uygulanmıştır. 1990'dan beri büyük gelişimler yaşanmasına rağmen doğuştan beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızı gibi temel sağlık göstergeleri açısından durum olumsuzdur (Davas, 2013).

Doktor ve hemşire sayısı 2001 yılından beri azalmasına rağmen yine de birçok Avrupa ülkesinin 2011 ve 2012 yılı oranlarında üstte kalmaktadır. Ancak yaşanan sağlık işgücü ve mesleki göç sağlık hizmetleri işgücü açısından bir sıkıntı yaratabilir. İnsanlar genel pratisyen ya da uzman doktor seçiminde özgürdür. Dişçilik hizmetleri dışında hasta maliyet paylaşımına katılmadan hizmetini ücretsiz alabilir. Hastaneler; genel hastaneler ve belli bir alanda uzmanlaşmış hastaneler (kanser hastaneleri, fizik tedavi merkezleri vs.) olarak iki gruba ayrılmaktadır. Yatarak tedavi hizmetleri ve ambulans hizmetleri bu hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Uzun süreli bakım için de sağlık hizmeti merkezleri ve sosyal bakım tesisleri hizmet vermektedir. Slovakya sağlık sektörü finansmanında adım adım ilerleyen gelişmiş bir sisteme sahiptir. Ancak İlaç harcamalarının çok yüksek oluşu koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin gelişmesine engel olmuş, sağlık sisteminde 2002-2006 reformları ile hedeflenen iyileşmeler sağlanamamıştır (Sargutan, 2005).

Slovakya 2012 yılında Gayrı Safi Milli Hasıla (GSMH)'nın % 8,1'ini sağlığa ayırmaktadır ki bu bir çok OECD üyesi ülkenin oranlarının üzerindedir. 2002 yılında 730 ABD\$ olan kişi başı sağlık harcaması 2012'de 2105 ABD\$'a yükselmiştir (OECD, 2014). Özelleştirme düzeyi arttıkça hem devletin sağlık sigorta fonlarına çalışmayan kesim için yatırdığı prim katkısı hem de cepten harcamalarda artış bildirilmektedir. 2000 yılında toplam sağlık harcamalarında özel sektörün payı %10,6 iken, 2011 yılında bu rakamın % 29,1'e yükseldiği görülmektedir (DSÖ, 2014).

Yerelleşmeyle birlikte özel sektöre devredilmeye çalışılan sağlık sisteminin maliyeti oldukça yüksek olmuştur. Sağlık Bakanlığı hem yerel yönetimlerle hem de sigorta şirketleriyle olan ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadır. Anonim şirketler haline

dönüştürülen kamu hastaneleri ve sigorta şirketleri de verimlilikten çok uzaktır. İlaç harcamalarının çok yüksek oluşu koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin gelişmesine engel olmuş, sağlık sisteminde reform hedefi olarak beklenen iyileşmeler sağlanamamıştır. Ülkedeki bölgesel ve etnik kökene dayalı sağlık eşitsizliklerinde de belirgin bir iyileşme sağlanamamıştır (Davas, 2013).

1.5.30. Slovenya Sağlık Sistemi

1991 yılında bağımsızlığını ilan eden Slovenya parlamenter demokratik bir politik sisteme sahiptir. 1992 yılında çıkarılan kanunla genel bütçeden sağlık bakanlığı tarafından doğrudan sağlanan finansman yerine yeni kamu sağlık sigortası kurumu tarafından yönetilen ve istihdam temelli finansmana dayanan bir sisteme geçilmiştir (HIT Summary: Slovenia, 2002).

Sağlık hizmetleri finansmanının en önemli kaynağı zorunlu sağlık sigortasıdır. Sağlık harcamaları finansmanının yaklaşık % 85'ini kapsamaktadır. Vergilerden elde edilen kısım çok az miktarda kalmaktadır (1998 yılı için % 4'den daha az bir oran). 1998 yılı için gönüllü sağlık sigortasının katkısı ise % 11,6'dır (HIT Summary: Slovenia, 2002).

Slovenya iki ana grup ve 21 kategoriden oluşan bir sigorta sistemine sahiptir. İlk grup beyaz ve mavi yakalı çalışanlardır ve riske göre değil gelire göre sigorta fonuna katkı sağlamaktadırlar. Katkılar gelirin belli bir oranına göre alınmaktadır. Ocak 2002'den beri işverenler ve çalışanlar brüt gelirin % 13,45'i (%6,56'sı işverenler ve % 6,36'sı çalışanlar, %0,53 ise beklenmeyen yaralanma ve hastalıkları kapsayan işverenlerden alınan ek katkı) oranında katkı yapmaktadır. İkinci grup ise kişilerin sabit miktarda yatırdıkları katkılardan oluşur. Ulusal İstihdam Enstitüsü (The National Institute for Employment) her bir kayıtlı işsiz için sabit bir katkıyı sağlık sigortasına ödemektedir. Serbest çalışanlar, çiftçiler ve zanaatkarlar da gelirlerinden vergi düşüldükten sonraki kalan net gelirleri üzerinden sabit bir miktarı ulusal fona ödemek durumundadırlar. Emekliler de aylıklarının brüt değeri üzerinden % 5,65'ini prim olarak yatırırlar (HIT Summary: Slovenia, 2002).

Yıldan yıla sağlık sektöründe özel kaynakların payı artmaktadır. En çok kullanılan özel finansman kaynağı ise gönüllü sigortalardır. Özel sektör harcamaları artarken bir taraftan kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı azalmaktadır. 1999'da % 75 civarındayken 2011 yılı için %73,5 ve 2012 yılı için ise %71,5'e düşmüştür (OECD, 2014).

Slovenya sağlık sisteminde Sağlık Bakanlığı sağlık sisteminin denetimi ve düzenlenmesinden sorumludur. Ayrıca ulusal sağlık politikasının geliştirilmesinden ve sağlık hizmeti faaliyetlerin düzenlenmesinde görevlidir. Sağlık konseyi sağlık hizmeti için en yüksek uzman koordinasyon kurulu olup sağlık bakanlığına sağlık politikası konularında danışmanlık yapmaktadır. 1992 yılında kurulan Slovenya sağlık sigortası enstitüsü (Health Insurance Institute of Slovenia /HIIS) görevleri zorunlu sağlık sigortası tüzüğüyle sınırlanmış ve devlet tarafında sıkı bir şekilde denetlenen kar amacı taşımayan bir kamu kurumudur. 56 şubesi aracılığıyla faaliyetlerini yürütmektedir. 1992'de kurulmuş diğer bir kurum Slovenya Cumhuriyeti Halk sağlığı Enstitüsü' dür. Bünyesindeki bölgesel bazda 9 halk sağlığı enstitüsü aracılığıyla sosyal tıp, hijyen, çevre sağlığı, epidemiyoloji, enformasyon ve araştırma faaliyetlerini sürdürmektedir. Yerel yönetimler ise temel sağlık hizmetleri planlanması yetkilerinin bir kısmına sahiptirler (HIT Summary, 2002).

Slovenya sağlık hizmetleri üç düzeyde sunulmaktadır. Birinci basamakta temel sağlık hizmetleri ve eczacılık faaliyetleri, ikinci basamakta ayakta tedavi ve hastane hizmetleri ve üçüncü basamakta ise üniversite medikal bölümleri ve enstitülerde sunulan sağlık hizmetleri yer almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hastalar hekim seçme hakkına sahiptir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine erişim doktorun sevkine bağlıdır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:530).

Slovenya kamu sağlık hizmetleri sunucuları arasında sağlık merkezleri ve sağlık istasyonları diye bir ayırım vardır. Sağlık istasyonları acil sağlık yardımı, genel bakım, ana-çocuk sağlığı, aile sağlığı gibi temel teşhis hizmetleri vermekte ve en yakın sağlık merkezine bağlı olarak faaliyet göstermektedirler. Daha üst sağlık hizmetleri için hastalarını sağlık merkezlerine sevk ederler. Sağlık merkezlerinde ise asgari düzeyde temel sağlık hizmetleri verilmektedir. Sağlık merkezleri kamuya ait

olup çalışan hekimler sözleşmeli ve diğer çalışanlar maaşlıdır (HIT Summary: Slovenia,, 2002).

1.5.31. Şili Sağlık Sistemi

Güney Amerika batı kıyılarının yarından fazlası boyunca uzanan Şili refah yönelimli/ sigorta tipinin ağırlıklı olduğu sağlık sistemine sahiptir. Sağlık bakanlığı sağlık hizmetlerinin yapıcı, düzenleyici ve denetleyici organıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ve özel birlikte karma bir yapıya sahiptir.

Kamu alt sistemi nüfusun % 68,3'ünü kapsamı altına almaktadır. Bu kapsamdaki vatandaşlar bu sisteme dahil olmak isteyen sigortalılar ve sosyal güvencesi olmayanlardır. Silahlı kuvvetlerin ise kendi mensupları için özel sağlık hizmetleri mevcuttur. Nüfusun % 14,1'i bu gruptadır (Sargutan, 2005: 2590).

Ulusal sağlık Fonu (FONASA) sağlık bakanlığına bağlı olarak kurulmuştur ve sağlık sektörü için kamu finansal kaynaklarının toplanması, idaresi ve dağıtılmasından sorumludur. Sağlık hizmetleri sunumunda sadece primini veren gruba değil ödeme gücü olmayan kişilere devlet tarafından doğrudan finansmanı ile hizmet sunumunda görevlidir. Ülkede birincil sağlık hizmetleri tamamen belediyelerin sorumluluğundadır. Birincil sağlık hizmeti birimleri olarak Şehirsal Genel Sağlık Hizmeti Merkezleri, Kırsal Genel Sağlık Hizmeti Merkezleri, Acil Birincil Bakım Merkezleri, Ruh Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlık Merkezleri bulunmaktadır. Yatakta tedavi hizmetleri ise 28 sağlık servisi bölgesine bağlı 200 kadar hastane tarafından verilmektedir (Sargutan, 2005).

1974 yılında ülkenin ekonomik kalkınma planında değişiklikler olmuş ve piyasa ekonomisine doğru bir yönelim başlamıştır. Bu bağlamda özel girişimlerin katılımını arttırmak amaçlanmıştır. Bu değişimler içerisinde 1981 yılında özel sağlık sigortası işletmeleri (ISAPRE) kurulmaya başlamıştır. Bu özel sağlık sigorta işletmelerine bağlı olanlar ise özel alt sisteme girmektedir. Bu nüfusun % 17,6'sını kapsamaktadır. Bütün çalışanlar sağlık sigortasına sahip olmak için vergiye tabi gelirlerinin % 7'sini prim olarak vermek zorundadır. Ardından sosyal güvence için kamu sistemi ya da özel sistemden birini seçmekte özgürdür (Sargutan, 2005:2590).

Ülkenin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı sürekli artmaktadır. 2000 yılı için % 6,4 iken 2005 yılı %6,8 ve 2013 yılı için bu oran % 7,4'e yükselmiştir (OECD, 2014). Ülke 2000 yılında sağlık alanında birçok projenin hayata geçirilmesi için yurt dışından finansman desteği almıştır. Hali hazırda Birleşmiş Milletler, OECD ve ulusal- uluslararası birçok kuruluş ile ortak çalışmalar yapmaktadır.

1.5.32. Türkiye Sağlık Sistemi

Türkiye de sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı' nın yer aldığı kamu sektörü ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve toplumun sağlığına zarar veren etkenlerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için kurulmuştur. SB sağlık programları, toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi amaçlayan tüm programları (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ana ve Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Verem Savaş Dairesi Başkanlığı vb. tarafından yürütülen) içerir.

Türkiye sağlık sisteminde belirli bir nüfus grubuna yönelik olarak iki sağlık programdan söz edilebilir. Bunlardan ilki, herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında olmayan ve sağlık hizmeti için ödeme gücü bulunmayan kişileri, sağlık güvencesine kavuşturmak için 1992 yılında düzenlenen ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun ile hayata geçirilen Yeşil Kart uygulamasıdır. Bu güvence için, bireylerin herhangi bir sigorta programı tarafından kapsanmamış ve aylık gelirin kişi başına, asgari ücretin üçte birinden az olması gerekmektedir. Diğer program ise hiç bir sağlık güvencesi olmayan 65 yaş ve üstü vatandaşların Emekli Sandığı'ndan yaşlılık aylığı alanların yatarak ve ayakta sağlık hizmetinin aynı Yeşil Kart programında olduğu gibi SB aracılığı ile Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan karşılanmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağını devlet bütçesi oluşturmaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin karşılanmasında ve yoksullara yönelik sağlık hizmetleri sunumunda finansman kaynağı bütçelerdir. Sağlık hizmeti sunan kurumların giderlerinin düzenli fonlanabilmesi için finansman kaynaklarının sürekliliği önemlidir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında uzun yıllar çok yönlü bir finansman sistemi benimsenmiştir. Sağlık Bakanlığı özellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanında vergisel kaynaklara başvururken, sosyal güvenlik ödemeleri kapsamında yer alan SSK, hem hizmet sunucusu hem de hizmet alıcısı olarak hizmetlerin finansman boyutunu oluşturmuştur. Son yıllardaki reform hareketleri kapsamında genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması ve yakında uygulamaya geçirilecek olması ile sosyal güvenlik kurumlarının Sağlık Bakanlığı’na devri yoluyla hizmet sunumunda da çok başlı yapıdan uzaklaşmaya çalışıldığı gözlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık alanında yapılan yeniden yapılandırma reformu kapsamında ele alınmaktadır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel olarak bireye yönelik sağlık hizmetlerinin “prim sistemi” ile karşılanması gerektiği ifade edilmektedir. Bu bağlamda sosyal sigorta ile finansman yanında, özellikle son reform çalışmasında özel finansman hizmetlerine katkı boyutunda özel sağlık sigortası finansmanı ortaya çıkmaktadır (Altay, 2007:49).

Ülkemizde sosyal sigorta sistemi, işveren, çalışan ve devlet katkısı ile finanse edilmektedir. Sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının dağılımı yukarıda da söz edildiği gibi devlet bütçesi ve kamu sağlık sigortası ağırlıklıdır. Finansman kaynağı olarak devlet bütçesinden yapılan ödemeler, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 40’ını karşılarken, kamu sağlık sigortasının payı % 35; özel kesim finansmanı ise %20 civarındadır (Altay, 2007:50).

Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sektör harcamaları çoğunlukla hane halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personelin yaptıkları ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır.

Türkiye de 1980'li ve 1990'lı yıllarda uygulanan sağlık reformlarıyla önemli adımlar atılmıştır. Sağlık reformları; hizmetin finansmanının vergilerden değil, ödeyebilenlerin primleri ve katkı payı ile karşılanmasını, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetime dayalı ve rekabeti kolaylaştıran bir sistemin oluşmasını, sağlık emek-gücü istihdamında esnekleşmenin ve performansa dayalı ödemenin yaygınlaşmasını önermektedir. Ve hükümetlerin dile getirdikleri bu sağlık politikaları 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) adıyla başlatılmıştır. Bu reform projesi Dünya Bankası ve Türk uzmanlarca oluşan bir komisyon tarafından 2003 yılında tamamlanan "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu" başlıklı rapora dayanmaktadır. Bu reform dört ana başlık altında toplanmaktadır: Reform projesinin ilk başlığı sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu çerçevede üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmekte (5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu) ve 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" (SSGSSK) ile de Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmaktadır. Reform projesinin ikinci ayağını, sağlık ocakları çatısı altında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin "aile hekimliği" sistemi altında yeniden yapılandırılması oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına gelen 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" 2004 yılında yürürlüğe girmiştir. Reform projesinin üçüncü ayağını, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında "sağlık işletmesi" modelinin uygulanmaya geçirilmesi, dördüncü ayağını ise SB merkez teşkilatının yeniden yapılandırılarak "düzenleyici" işlevlerle sınırlandırılması oluşturmaktadır (Dünya Bankası, 2003:13;Ataay, 2008:170; Erol ve Özdemir, 2014).

2012 yılından itibaren zorunlu GSS uygulamasına geçilmiş ve sağlık sisteminin finansmanında köklü değişiklikler ortaya çıkmıştır. Sistem, finansman ile sağlık hizmeti üretiminin birbirinden kesin olarak ayrıldığı, hizmet satın alınması anlayışına dayanmaktadır. GSS, sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı bir finansman sistemidir. Temel ilkesi "herkesten gücüne göre prim alıp, herkese gereksinimine göre hizmet vermek"tir. Aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm yurttaşlar her ay prim ödemek zorundadır. GSS

kapsamında asgari ücretin üçte birinden daha az gelire sahip olduğunu belgeleyen kişilerin primleri devlet tarafından ödenmekte ve sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması sağlanmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014).

Önemli bir diğer hususta devletin kalkınma planlarında sağlık hizmetlerine ilişkin belirlediği hedeflerdir. Devlet Planlama Teşkilatı, IX. Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013), sağlık hizmetlerinde temel hedef olarak “Sağlık sektöründe kamunun düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesini” ve “Hizmet sunumunda özel kesimin payının artırılmasını” belirlemiş bulunmaktadır (Pala, 2007). Kısacası bu kalkınma planı ile özel sektörün destekleneceği açıklanmaktadır.

1.5.33. Yeni Zelanda Sağlık Sistemi

Yeni Zelanda sağlık sistemi, sağlık bakanlığı ve 21 bölge sağlık kurulundan oluşan bir yapı üzerine çalışmaktadır. Sağlık bakanlığı milli sağlık politikalarını uygulamaktadır, yetkileri planlamaktadır ve hükümetin toplum sağlığını geliştirmeye yönelik amaç ve hedeflerini ortaya koymaktadır. Bölge sağlık kurulları ise ‘Yeni Zelanda Halk Sağlığı ve Engelliler Yasası 2000’ ile coğrafi olarak nüfusun tamamını kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. Her biri diğerlerine hizmet ileten veya fon sağlayan bu bağımsız otoriteler kendilerine tahsis edilen kaynakları kullanarak bölgelerinin sağlık hizmetlerini yürütürler. Bu bölge sağlık kurullarından kendi bölgelerindeki halkın sağlığının korunmasına, iyileştirilmesine ve artırılmasına yönelik olarak çaba göstermeleri beklenmektedir. Bölgesel sağlık kurullarının rolü Yeni Zelanda halk sağlığı kanuna göre parlamento tarafından belirlenmiştir. Performansları, başkan seçimleri ve bölgelerinin sağlık durumundan bakanlığa karşı sorumludurlar. Sağlık kurulları kendi bölgelerindeki hizmetler için gerekli olan finansmanı detaylı bir şekilde gösteren kalemleri yıllık bir rapor olarak sunmaktadırlar (HIT Summary: New Zealand, 2001).

1990’larda Yeni Zelanda hükümetleri sağlık sektöründe piyasa modeline geçişte birçok ülkeden daha ileridir. Ancak 1999 yılında başa geçen Labour/Alliance koalisyonu iç pazarlara yönelme kararı almış ve sektörde etkililik ve etkinlik için önemli gelişmeler sağlanamamıştır. Hükümet kısmen sağlık hizmeti sağlayıcısı ve ayrı kurulları aracılığıyla finansman kaynağı olma sorumluluklarına geri dönmüştür.

Hükümet temel sağlık hizmetlerine tüm vatandaşların erişiminde eşitlik durumunu iyileştirmektedir. Yeni Zelanda sağlık sektöründe 1990-2000 yılları arası diğer OECD ülkelerine kıyasla çok daha fazla radikal değişimler yaşamıştır (HIT Summary: New Zealand, 2001).

1.5.34. Yunanistan Sağlık Sistemi

Yunanistan kamu sağlık sistemi 1983 yılında kurulmuştur. Bu sistemde ekonomik ve sosyal statüler ve yerleşim yerlerine bakılmaksızın tüm vatandaşlar ücretsiz sosyal hizmetler ve sağlık hizmeti haklarına sahiptir.

Yunanistan'da Sağlık ve Refah Bakanlığı sağlık politikalarının geliştirilmesi, yönetimi ve finansmanından sorumlu en üst kuruluştur. Sağlık ve sosyal hizmetler çok az bir oranda belediyelerce sağlanır. Merkez Sağlık Konseyi, AIDS, uyuşturucu ve kanserle savaş derneklerinin sadece danışmanlık rolü söz konusudur. Ülkede 39 sosyal sigorta fonu vardır. Bunlar 1995'ten beri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın kontrolündedir ve sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli role sahiptirler (Sargutan, 2005:163).

Yunanistan'da sağlık hizmetleri 1980'li yıllara kadar, kamu kurumları ve finansman kaynakları ağırlıklı olmak üzere, özel ve kamu karma yapıda verilirdi. Kamu-özel sağlık hizmetleri talebinin finansmanında sadece kamu sağlık sigortasına bağlı kalınıyordu. Kamu sigortasının finansmanı, kendi yönetsel, organizasyonel ve finansal yapısına sahip olan ve sağlık hizmetinin değişik paketlerini elde etmek için işçi, işveren, serbest çalışan ve çiftçilerden kesilen, zorunlu hastalık sigortası fonlarından oluşmaktaydı. Birinci basamak ve yataklı sağlık hizmetlerinin sağlanması temel kapsamdı. Bu yıllara kadar hastane yataklarının % 50'si özel sağlık kurumlarına aittir (Türkiye Kamu Sağlığı Kurumu, 2014).

Yakın zamanda bugünkü şeklini alan Sağlık Bakanlığı, tüm ülkede sağlık politikasını geliştirmekten, sağlığın korunmasından, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinden ve sunulmasından, temiz suyun sağlanması ve temizlenmesine kadar, nüfus planlamasına bağlı olan sosyal amaçlı tedbirlerden, sosyal amaçlı sandıklardan ve sosyal sigortalardan sorumludur.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri, devlete ait olan ve hizmetleri devlet bütçesi ve sigorta fonlarınca karşılanan hastanelerde sağlanır. Sağlık ve Refah Bakanlığı ve sosyal güvenlik fonlarına ek olarak, özel sektör de sağlık hizmetlerinde önemli bir paya sahiptir. Yunan vatandaşlarının yaklaşık %95'i, sürekli bir sosyal sigorta şemsiyesi altındadır ve bunların tamamı sağlık hizmetlerinden prim karşılığı yararlanabilmektedir (Sargutan, 2005:163).

İKİNCİ BÖLÜM

VERİ ZARFLAMA ANALİZİ

Etkinlik terimi ekonomide yaygın olarak kullanılmakla birlikte üretimde kaynakların en iyi şekilde kullanılmasını ifade eder. Allsop (1984)'a göre etkinlik daha az maliyetle yürütülen, kaliteye bakılmaksızın, bir hizmet ya da işlemler bütünü anlamına gelmektedir. Ancak etkinlik belli bir standartta hizmeti daha az bir maliyetle sürdürmek ya da aynı maliyetle geliştirilmiş bir standart hizmet olarak anlaşılmalıdır. Farrell (1957) çalışmasında belli bir sanayi sektöründe üretim etkinliğinin ölçülmesiyle ilgilenmiş ve işletmelerin girdi ve çıktı unsurlarını ağırlıklı ortalamalar bağlamında karşılaştırarak etkinlik endeksleri teknik etkinlik ve tahsis etkinliği ile toplam etkinlik kavramlarını tanımlamıştır. Ayrıca aynı çalışmada bir firmanın etkinliğinin teknik etkinlik (*technical efficiency*) ve fiyat etkinliği (*cost efficiency*) olmak üzere iki bileşene ayrılması gerektiğini ileri sürmüştür. Etkinlik kavramı ve ölçümü içinde birçok unsuru barındıran karmaşık bir konudur. Çeşitli etkinlik türleri mevcuttur.

2.1. Etkinlik Kavramı ve Türleri

Bu başlık altında etkinlik terimi kapsamında literatürde tanımlanan teknik etkinlik, tahsis etkinliği, toplam etkinlik, ölçek etkinliği, ölçeğe göre sabit, azalan ve artan getiri kavramları tanımlanacaktır.

2.1.1. Teknik Etkinlik ve Tahsis Etkinliği

“Teknik etkinlik”, Farrell (1957)'in çalışmasında ifade ettiği gibi belirli bir miktardaki girdiden maksimum miktarda çıktı üretmek veya az miktarda girdi ile belli/belirlenen miktarda çıktı üretmektir. Bir firma etkin olduğunda faaliyetlerini sürdürdüğü bir üretim sınırı mevcuttur (Holingsworth, 1998). Tahsis etkinliği ise maliyetleri de dikkate alarak en uygun oranda girdi kullanma kabiliyeti olarak tanımlanabilir. Bu iki etkinlik bir araya getirilerek toplam ekonomik etkinlik elde edilmektedir (Coelli, 1996).

Tarım (2001) tarafından tahsis etkinliğinde, girdi ve çıktı miktarları kadar alınan unsurların fiyatlarının da önemli olduğuna dikkat çekilmiş, faktör fiyatları bilgisine sahip olunması durumunda tahsis etkinliğinin ölçümünün anlamlı olacağı belirtilmiştir. Teknik etkinlikte olduğu gibi tahsis etkinliği yorumlaması da girdi ve çıktı odaklı durumlar için tanımlanabilir. Girdi odaklı tahsis etkinliği, işletmenin girdi fiyatlarını dikkate alarak en uygun girdi yapısını belirlemedeki başarısıdır. Çıktı odaklı tahsis etkinliği ise, çıktı fiyatlarını dikkate alarak, ilgili karar verme biriminin elde edeceği gelirin maksimize edilmesini sağlayacak çıktı yapısına ulaşma başarısı olarak görülebilir (Gökgöz, 2009).

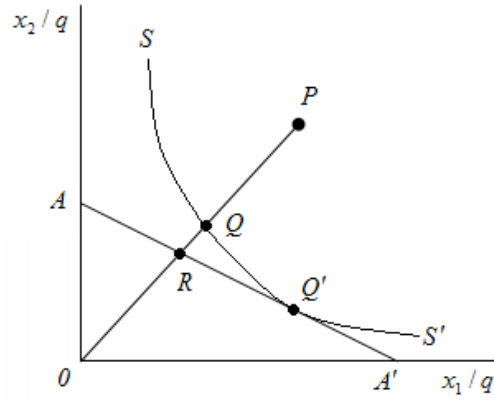
Coelli vd. (2005) iki girdi bileşeni (x_1, x_2) ve tek çıktı bileşeni (q) olan bir üretim imkanları setini dikkate almış ve dikey ekseninde 1 birim çıktı alabilmek için kullanılması gereken x_2 miktarının, yatay ekseninde ise yine 1 birim çıktı elde edebilmek için kullanılması gereken x_1 miktarının yer aldığı bir grafik üzerinde Şekil 2.1' deki gibi sunmuştur. Etkin sınırın (SS') bir şekilde belirlendiğini varsaymaktayız ve girdi fiyat oranlarının da bilindiğini ve AA' doğrusu olarak eklendiğini düşündüğümüzde, Şekil 2.1'de P noktası karar biriminin 1 birim çıktı elde edebilmek için bulunduğu üretim noktasını göstermektedir. P noktası etkin sınırın yukarısında olduğu için firmanın etkin olmadığı söylenebilir. Firmanın etkin olması için çıktı miktarını azaltmadan girdi miktarını Q noktasına kadar azaltması gerekmektedir. Girdilerde meydana gelecek azalma oranı QP/OP kadardır. Bu firmanın teknik etkinliği şu şekilde ölçülür;

$$TE = \frac{OQ}{OP} \quad (1)$$

Q noktasında faaliyet gösteren bir firmanın teknik olarak etkin olduğunu ancak tahsis etkinliğine sahip olmadığını görülmektedir. P noktasında faaliyet gösteren firma için tahsis etkinliği,

$$AE = \frac{OR}{OQ} \quad (2)$$

oranıyla hesaplanır.



Şekil 2.1. Teknik Etkinlik ve Tahsis Etkinliği.

Kaynak: Coelli vd. (2005).

2.1.2. Toplam Etkinlik ve Ölçek Etkinliği

Şekil 2.1'de RQ uzaklığı firmanın teknik olarak etkin ancak tahsis etkinliğine sahip olmayan Q noktasında üretim yapmak yerine hem teknik hem de tahsis etkinliğine sahip Q' noktasında üretim yapması durumunda maliyetlerinde meydana gelecek azalma oranını göstermektedir. Coelli vd. (2005) ve Farrell (1957)'e göre toplam maliyet etkinliği bu iki etkinlik oranı kullanılarak şu şekilde hesaplanabilir:

$$\text{Toplam Maliyet Etkinliği} = \text{Teknik Etkinlik} \times \text{Tahsis Etkinliği} \quad (3)$$

$$\text{Toplam Maliyet Etkinliği} = \frac{OQ}{OP} \times \frac{OR}{OQ} \quad (4)$$

$$\text{Toplam Maliyet Etkinliği} = \frac{OR}{OP} \quad (5)$$

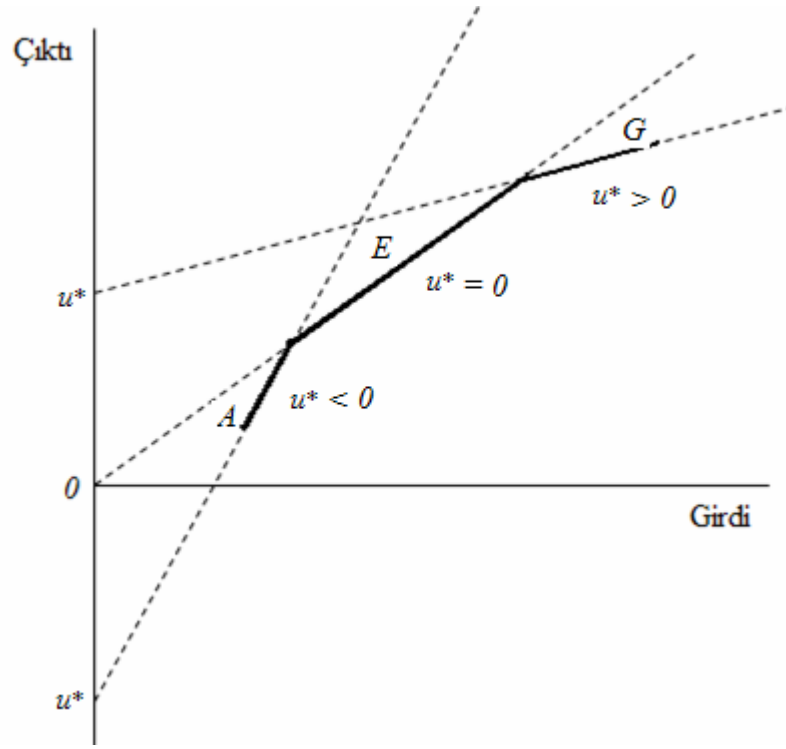
Banker vd. (1984) ise ölçek etkinliği kavramına değinmekte ve toplam etkinliğin teknik etkinlik ve ölçek etkinliğinin bir karması olduğunu ifade etmektedirler. Bir karar birimin toplam etkinliğe sahip olabilmesi için hem teknik etkinliğe hem de ölçek etkinliğine sahip olması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Ölçek etkinliği, en verimli ölçek büyüklüğüne (*MPSS-Most Productive Scale Size*) yakınlık olarak tanımlanmaktadır (Banker vd. 1984; Tarım, 2001:16; Coelli vd., 2005:58). Banker vd.'nin çalışmalarında belirttiği gibi üretim faktörlerinin değişkenlik arz

etmesi sonucunda girdi unsurlarının miktarındaki değişimlerden çıktı unsurunun miktarı da etkilenebilmektedir. Şekil 2.2’de görüldüğü üzere (X_E, Y_E) etkin üretim yüzeyinde alınan bir nokta olmak üzere, ölçeğe göre getirinin belirlenmesi için, girdi unsurlarındaki bir birimlik artışın çıktı unsurunda neden olduğu artış miktarı olan u^* ’ın aldığı değer kullanılmaktadır. Bu koşulda aşağıdaki üç durum meydana gelmektedir:

Ölçeğe göre artan getiri (increasing returns to scale-IRS): Girdi unsurlarında meydana gelen eşit seviyedeki artış oranının, çıktı unsurlarında daha yüksek artışa sebep olması halinde ($u^* < 0$) ölçeğe göre artan getiri söz konusu olmaktadır.

Ölçeğe göre sabit getiri (constant returns to scale-CRS): Girdi unsurlarında meydana gelen eşit seviyedeki artış oranının, çıktı unsurlarındaki artışa denk olması halinde ($u^* = 0$) ölçeğe göre sabit getiri söz konusu olmaktadır.

Ölçeğe göre azalan getiri (decreasing returns to scale-DRS): Girdi unsurlarında meydana gelen eşit seviyedeki artış oranının, çıktı unsurlarında daha düşük oranda artışa sebep olması halinde ($u^* > 0$) ölçeğe göre azalan getiri söz konusu olmaktadır (Gökgöz, 2009:17).



Şekil 2.2. Etkin Üretim Yüzeyi.

Kaynak: Banker vd. (1984), s.1078-1092.

Banker vd. (1984)'de ölçeğe göre getiri çeşitlerine ilişkin olarak, girdi unsurlarında bir artışın meydana gelmesi durumunda önce ölçeğe göre artan getirinin ardından ölçeğe göre sabit ve son olarak ölçeğe göre azalan getiri yapısının oluştuğu ifade edilmektedir. Şekil 2.2, *E*'nin komşuluğunda ölçek değişim durumları için genel bir durum analizi vermektedir. Şekil 2.2'deki duruma göre *A* ile gösterilen doğru parçası, $u^* < 0$ durumunu bir başka deyişle ölçeğe göre artan getiri durumuna karşılık gelmektedir. *E* ile gösterilen doğru parçası orijinden geçen düz bir çizginin devamı niteliğinde olduğu için $u^* = 0$ durumunu bir başka deyişle ölçeğe göre sabit getiri durumunu işaret etmektedir. *G* ile gösterilen doğru parçası ise $u^* > 0$ durumunu ya da ölçeğe göre azalan getiriyi temsil etmektedir (Banker vd., 1984; Gökgöz, 2009:18).

2.2. Veri Zarflama Analizi Yöntemi

Veri Zarflama Analizi (VZA) şirket, kurum veya şubeler gibi karar verme birimlerinin göreceli etkinliklerinin belirlenmesinde kullanılan bir doğrusal

programlama yöntemidir. Karar verme birimi (KVB) herhangi girdi ve /veya çıktılara sahip olan somut ve/veya soyut birimlerdir. VZA, KVB'leri etkin yada etkin olmayan şekilde iki sınıfa ayırır. Bunun yanında etkin olmayan KVB'ler için etkinsizlik durumunun çözümüne yönelik stratejiler belirler. Bu nedenle rekabetin olduğu bir piyasada popüler olarak kullanılan bir yöntem olma özelliği kazanmıştır. Aynı zamanda parametrik olmayan bir yöntem olduğu için herhangi bir varsayım içermez, dolayısıyla geniş bir kullanım alanına da sahiptir. Etkinlik ölçüm mantığı ilk olarak Debreu (1951) tarafından önerilmiştir. Ancak VZA ile ilgili ilk model Charnes, Cooper ve Rhodes (1978) tarafından geliştirilmiştir.

2.2.1. Yöntemin Doğuşu ve Kullanım Alanları

Benzer girdileri kullanarak benzer çıktılar ortaya koymakla sorumlu kurum, şirket, banka, personel, hastane, kütüphane, spor kulübü gibi etkinliği araştırılan birimler karar verme birimi (decision making unit-DMU-KVB) olarak adlandırılır (Budak, 2010). Bu terim ve veri zarflama analizi (VZA) teriminin doğuşu 1978 yılında Charles, Cooper ve Rhodes (CCR) tarafından hazırlanan "A Data envelopment analysis approach to evaluation of the program follow through experiment in U.S. Public School Education" isimli rapora dayanır. Raporda ABD eğitim ofisinin girişimiyle hazırlanan "program follow through" adlı eğitim programına katılan ve katılmayan okulların performansları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada CCR formülasyonu kullanılmış, ölçüğe göre sabit getiri varsayılmıştır.

1978 yılından bu yana VZA tekniği hem teorik hem de metodolojik yönden çok hızlı bir gelişim kaydetmiştir. Önceleri ölçüğe göre sabit getiri (CRS) varsayımı altında kamu sektöründeki hizmet alanlarında genel teknik verimliliğin ölçülmesinde kullanılmıştır. Ardından 1984 de Banker vd. tarafından yapılan bazı değişikliklerle ölçüğe göre değişken getiri durumunda ölçek etkinliği ve teknik etkinliğin ayrı ayrı ölçülebilmesine olanak sağlayacak biçimde geliştirilmiştir (Dikmen 2007; Kecek, 2010). Bu gelişmelerle eşgüdümlü olarak özel sektörde de birçok alanda etkinlik ölçüm çalışmalarında VZA kullanılmaya başlanmıştır. VZA; Bankacılık ve sigortacılık sektöründen eğitim, tarım, turizm, çevre ekonomisi, spor, sağlık, telekomünikasyon ve enerji sektörüne kadar birçok alandaki araştırmalarda kullanılmaktadır.

Bu kapsamda VZA yönteminin;

- Sherman (1984), Ozcan vd (1992), Byrnes ve Vaidmanis (1994), Hollingsworth ve Parkin (1995), Kavuncubaşı ve Ersoy (1995), Evans vd. (2000), Grosskopf vd., (2004), Afonso ve Aubyn (2004), Keshtkaran vd. (2014) tarafından sağlık sektöründe,
- Weiss (1991), Cummins vd. (1998), Cingi ve Tarım (2000), Dages vd. (2003), Kılıçkaptan ve Karpaz (2004), Demir ve Gençtürk (2006), Gökgöz (2009) tarafından bankacılık ve sigorta alanında,
- Johnes ve Johnes (1993), Athanassopoulos ve Shale (1997), Karacabey (2001), Aubyn (2002-2003), Afonso ve Aubyn (2005), Fandel (2007), Kecek (2010) tarafından eğitim alanında,
- Akpınar ve Çakın (2014) araştırma- geliştirme ekonomisi alanında,
- Malona ve Malano (2006) tarafından tarım sektöründe,
- Lewis vd. (2007) tarafından spor alanında,
- Tsai vd. (2006), Çınar ve Şahin (2010) tarafından telekom sektöründe,

etkinlik ölçüm yöntemi olarak başarıyla kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca VZA konusunda yapılan tüm çalışmaları belli kriterlere göre (yayın yılı, yazarları, yayınlandığı dergiler, uygulama alanı, kullanılan modeller vs.) sınıflandırarak ayrıntılı olarak sunan çalışmalar mevcuttur. Bu tez çalışması kapsamında sağlık sektöründe yapılan bazı VZA çalışmaları sonraki bölümde incelenecektir.

2.2.2. Yöntemin Uygulanmasında İzlenen Süreç

VZA ile etkinlik belirli üretim ve/veya hizmet süreçleri için bazı adımlar izlenerek analiz edilir. Bunlar sırasıyla karar verme birimlerinin seçimi, girdi ve çıktıların seçimi, verilerin elde edilmesi, güvenilirliği ve göreceli etkinlik ölçümü ve sonuçların değerlendirilmesi adımlarıdır.

2.2.2.1. Karar Verme Birimlerinin Seçilmesi

Benzer girdileri kullanarak benzer çıktılar ortaya koymakla sorumlu kurum, şirket, banka, personel, hastane, kütüphane, spor kulübü gibi etkinliği araştırılan birimler karar verme birimi olarak adlandırılır ve KVB olarak kısaltılır (Budak, 2011). VZA yönteminin ilk adımı KVB'lerin seçimidir. KVB'leri aralarında etkinlik ölçümü yapabilmemiz için yönetsel açıdan aynı özelliklere sahip, benzer alanlarda faaliyet gösteren birimler seçilmelidir. Ancak seçilen karar verme birimlerinin homojen bir yapı arz etmesi yeterli değildir. Çalışma için seçilecek KVB sayısı farklı görüşlerin öne sürüldüğü önemli bir konudur.

KVB'lerin sayıca fazla olması halinde KVB'lerin özellik bağlamında farklılıklar sunması söz konusu olmakta ve bu duruma bağlı olarak karşılaştırılabilirlikleri zayıflayabilmektedir. Bu nedenle KVB'lerin sayısının etkinlik analizinin başarısını doğrudan etkilediği düşünülerek homojenliği de bozmayacak şekilde dikkatle belirlenmesi gereklidir (Gökgöz, 2009:28).

Sherman (1984) girdi ve çıktı unsurlarının sayılarının arttırılabilmesi için KVB/gözlem sayısı, KVB'lerin sayılarının da arttırılması gerektiğini ifade ederek, KVB sayısının girdi ve çıktı toplam sayısından fazla olması gerektiğini belirtmiştir. Ancak seçilecek KVB'leri için sadece böyle asgari bir sayı belirlemek başarılı bir etkinlik ölçümü için yeterli değildir. Örneğin Boussofiane vd. (1991) tarafından karar birimi sayısının seçilen girdi sayısı (m) ve çıktı sayısı (n) olmak üzere, en az $(m+n+1)$ tane alınmasının araştırmanın güvenilirliği açısından önemli bir kısıt olduğu belirtilmiştir.

Vassiloğlu ve Giokas (1990) ise karar birimi sayısının girdi ve çıktı toplamının en az üç katı olması gerektiğini, Dyson vd. (2001) en az iki katı kadar olması gerektiğini ifade etmişlerdir.

2.2.2.2. Girdi ve Çıktıların Seçimi

Bir üretim sisteminde karar birimlerinin belli işlemlerinin sonucu olarak oluşan kazancı çıktı, karar biriminin yararlandığı kaynaklar veya karar biriminin performansını etkileyen koşullar da girdi olarak tanımlanabilir. Girdi/çıkıtı

değişkenlerin ölçü birimi \$, TL, kg, saat, kişi, birim vb. farklı ölçü birimleri olabilmektedir (Cooper vd., 2002).

VZA'da kullanılan girdi ve çıktılar çalışmadaki karar birimlerini karşılaştırmanın temelini oluşturur. Girdi ve çıktıların üretim sürecine nedensel olarak bağlı ve süreci en iyi şekilde temsil edecek bir bileşim olarak seçilmesi gereklidir (Kecek, 2012).

Önemli olan bazı girdi ve çıktıların değerlendirmeye alınmaması VZA sonuçlarını etkileyebilir ve bu girdi/çıktı değişkenlerini etkin kullanan karar birimlerinin etkinliğinin düşük çıkmasına neden olabilir. Diğer taraftan, modele çok fazla girdi ve çıktı eklenmesi, VZA'nın etkin ve etkin olmayan birimleri birbirinden ayırma yeteneğini düşürmektedir (Aydemir, 2002:89). Üretime katkı sağlamayan ve aralarında çoklu bağlantı sorunu bulunan girdi/çıktı değişkenlerinin analizden çıkarılması gerekmektedir (Norman ve Stoker, 1991).

2.2.2.3. Verilerin Güvenilirliği ve Görelî Etkinlik Ölçümü

Herhangi bir karar birimi için güvenilir verilerin elde edilememesi durumunda, hem söz konusu birimin etkinlik değeri, hem de görelî etkinlik hesaplaması nedeniyle tüm birimlerin etkinlik değerleri tartışmalı hale geleceğinden, söz konusu birim çalışmadan çıkarılır. Bu sebeple en başta veri güvenliğinin ve kalitesinin yüksek olduğu girdilerin ve çıktılarının seçilmesi analizin güvenilir sonuçlar çıkarmasında oldukça önemlidir (Aydemir, 2002:89).

KVB'lerin karşılaştırmalı etkinlik analizlerinin yapılabilmesi için öncelikli aşama uygun gözlem kümesinin belirlenmesi ve ardından girdi/çıktı değişkenlerinin seçilmesidir. Bu aşamadan sonra da mevcut üretim ortamı için en uygun olan VZA modeli kullanılarak çözüm kümesine ulaşılmaktadır (Yolalan, 1993).

2.2.2.4. Sonuçların Değerlendirilmesi

Veri Zarflama Analizinin son aşamasında, gözlem kümesine ait etkin olan ve olmayan karar birimleri için ortak bulgular araştırılır. Ayrıca gözlem kümesini oluşturan karar birimlerinin ait olduğu endüstri dalının genel durumu da dikkate alınarak çıkarımlar yapılır (Yolalan, 1993:66).

VZA ile belirlenen hedeflere (verimsiz kaynak kullanımının azaltılması, vb.), karar vericilere ait çeşitli tercihler nedeni ile ulaşılamasa bile, elde edilen bilginin daha sonraki çalışmalarda değerlendirilebilmesi, rasyonel önerilerin ortaya konulması, girdi/çıkıtı unsurlarında herhangi bir iyileştirme potansiyelinin var olup olmadığının belirlenmesi gibi önemli kazanımlar elde edilmektedir (Aydemir, 2002:91).

2.2.3. Genel Veri Zarflama Analizi Modelleri

Bu başlık altında Veri Zarflama Analizi literatüründe popüler olarak kullanılan ve uygulama çalışmasında kullanılacak yöntemler hakkında genel bilgiler verilecektir. VZA modelleri temel olarak ölçeğe göre sabit getiri (CCR) ve ölçeğe göre değişken getiri (BCC) özelliklerine sahiptir. Ayrıca bu iki modelde girdiye ve çıktıya yönelik olarak iki yönlü kurulabilmektedir. Girdiye yönelik Veri Zarflama Analizi modelleri; sabit bir çıktı miktarını en etkin bir şekilde üretebilmek için kullanılacak girdi düzeyini araştırır. Çıktıya yönelik Veri Zarflama Analizi modelleri; sabit bir girdi miktarı kullanılarak elde edilebilecek çıktı miktarını araştırır. Veri Zarflama Analizinde tüm modellerin ortak yanı, etkinlik sınırının oluşturulması ve bu sınır yardımıyla etkin ve etkin olmayan KVB'lerin tespit edilmesidir.

2.2.3.1. Ölçeğe Göre Sabit Getiri Varsayımına Dayanan Charnes Cooper Rhodes (CCR) Modeli

VZA'nın ilk önerilen modeli olan CCR modeli, Charnes, Cooper ve Rhodes (1978) tarafından geliştirilmiştir. Bu model üst başlıklarda değinilen ölçeğe göre sabit getiri durumunda teknik etkinlik ölçümü yapmaktadır. “ n ” tane karar verme birimi için; j . karar verme biriminin s boyutlu çıktı vektörü y_{rj} ($r = 1, 2, \dots, s$) ve

m boyutlu girdi vektörü x_{mi} ($i = 1, 2, \dots, m$) ile gösterilsin. Ağırlıklandırılmış çıktıların toplamının ağırlıklandırılmış girdilere bir oranı olarak etkinlik aşağıdaki şekilde tanımlanabilir. (Cooper vd., 2000).

$$\text{Etkinlik} = \frac{\text{Çıktıların ağırlıklı toplamı}}{\text{Girdilerin ağırlıklı toplamı}} \quad (2.1)$$

Değerlendirilecek karar verme birimi “o” indisi ile diğerleri ise “j” indisi ile gösterilsin. Kesirli programlama modeli olarak etkinlik ölçümü aşağıdaki şekilde verilebilir:

$$\max h_o = \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{ro}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{io}}$$

Kısıtlar:

$$\frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \leq 1 \quad (2.2)$$

$$v_i \geq 0 \quad i = 1, 2, \dots, m$$

$$u_r \geq 0 \quad r = 1, 2, \dots, s$$

$$j = 1, 2, \dots, n$$

Burada v_i ve u_r sırasıyla girdi ve çıktı ağırlıklarını göstermektedir. $\sum u_r y_{rj}$ çıktı toplamını, $\sum v_i x_{ij}$ girdi toplamını göstermektedir. Çıktı/Girdi oranı h_o , optimal girdi-çıktı ağırlıklarını seçerek maksimum yapılacak amaç fonksiyonudur. Çözüm sonunda $h_o = 1$ ise “o” indisi ile gösterilen karar verme birimi etkin demektir. Doğrusal programlama versiyonu Cooper vd. tarafından gerçekleştirilen dönüşümle CCR modeli olarak aşağıdaki şekilde önerilmiştir:

$$\max w_o = \sum_{r=1}^s u_r y_{ro}$$

Kısıtlar:

$$\begin{aligned} \sum_{i=1}^m v_i x_{io} &= 1 \\ \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} &\leq 0 \quad j=1, 2, \dots, n \\ v_i &\geq 0 \quad i=1, 2, \dots, m \\ u_r &\geq 0 \quad r=1, 2, \dots, s \end{aligned} \quad (2.3)$$

CCR modelinde sırasıyla her bir KVB'nin çıktılarının ağırlıklı toplamı maksimum yapılmaya çalışılır. Kısıtlarda ise ilgilenilen KVB'nin girdilerinin ağırlıklı toplamı 1'e eşitlenmiştir, böylece girdilerin ağırlıklı toplamı her bir KVB için 1 olmaktadır. Daha sonraki kısıt çıktıların ağırlıklı toplamının girdilerin ağırlıklı toplamından küçük olmasını sağlamaktadır. Ayrıca CCR modelinin dual biçimi Girdi Yönlü CCR Dual model olarak aşağıdaki şekilde verilebilir:

$$\min z_o = \theta_o - \varepsilon \sum_{i=1}^m s_i^- - \varepsilon \sum_{r=1}^s s_r^+$$

Kısıtlar:

$$\begin{aligned} \theta_o x_{io} - \sum_{j=1}^n x_{ij} \lambda_j - s_i^- &= 0 \\ \sum_{j=1}^n \lambda_j y_{rj} - s_r^+ &= y_{ro} \\ \lambda_j &\geq 0, \quad s_i^- \geq 0, \quad s_r^+ \geq 0, \quad \varepsilon > 0 \\ i &= 1, 2, \dots, m, \quad r = 1, 2, \dots, s, \quad j = 1, 2, \dots, n \end{aligned} \quad (2.4)$$

Bu modelde de “o” indisi etkinliği hesaplanacak karar verme birimini, x_{ij} ve y_{rj} sırasıyla j . karar verme birimi i . girdi ve r . çıktısını, v_i ve u_r her karar verme biriminin etkinlik değerini maksimum yapacak şekilde ve sırasıyla girdi-çıkıtı ağırlıklarını gösterir. Ayrıca “ ε ” burada sıfırdan büyük, küçük bir sayıdır. Bu modelde, $\theta_o^* = 1$, $\sum_{i=1}^m s_i^- + \sum_{r=1}^s s_r^+ = 0$ şartlarının sağlanması durumunda KVB_o tam etkindir. Bu şartlardan biri veya her ikisi sağlanmadığında KVB_o tam etkin değildir

denir. Bazı durumlarda problemin çözümünde $\theta_o^* = 1$ olmasına rağmen, aylak değişkenlerin sıfır olması koşulu sağlanmayabilir. Bu karar verme birimlerine zayıf etkin adı verilir. Çıktı yönlü CCR modelinin yapısı ve yorumu da girdi yönlü modele benzemektedir. Dual modelden de görüleceği üzere ağırlıklı girdi toplamı minimum yapılmaya çalışılmaktadır.

CCR Primal Modeli

$$\min q_o = \sum_{i=1}^m v_i x_{io}$$

Kısıtlar:

$$\begin{aligned} \sum_{r=1}^s \mu_r y_{ro} &= 1 \\ \sum_{r=1}^s \mu_r y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} &\leq 0 \quad j = 1, 2, \dots, n \\ \mu, v &\geq 0 \end{aligned} \quad (2.5)$$

ve bu modelin duali,

Çıktı yönlü CCR Dual Modeli

$$\max z_o = \phi_o + \varepsilon \sum_{i=1}^m s_i^- + \varepsilon \sum_{r=1}^s s_r^+$$

Kısıtlar:

$$\begin{aligned} \phi_o y_{ro} - \sum_{j=1}^n \lambda_j y_{rj} + s_r^+ &= 0 \quad r = 1, 2, \dots, s \\ \sum_{j=1}^n \lambda_j x_{ij} + s_i^- &= x_{io} \quad i = 1, 2, \dots, m \\ \lambda, s_r^+, s_i^- &\geq 0, \varepsilon > 0 \end{aligned} \quad (2.6)$$

biçimindedir. Bu modellerde de s çıktı, m girdi ve n karar verici sayılarını ifade eder.

2.2.3.2. Ölçeğe Göre Değişken Getiri Varsayımına Dayanan Banker Charnes Cooper (BCC) Modeli

Banker, Charnes ve Cooper (1984) tarafından önerilmiştir. BCC modeli ölçeğe göre değişken getiri varsayımına dayalıdır. Banker doktora tezi olarak geliştirdiği çalışmasında teknik etkinliği, ölçek etkinlik ve saf teknik etkinlik olarak

ayırıcı modeli önermiştir. Ölçeğe göre değişen getiri varsayımı altında saf teknik etkinlik BCC modeliyle bulunabilmektedir (Banker vd., 1984; Cooper vd., 2000).

Girdi yönlü BCC Primal

$$\max q_o = \sum_{r=1}^s \mu_r y_{ro} + u_o$$

Kısıtlar:

$$\sum_{i=1}^m v_i x_{io} = 1 \quad (2.7)$$

$$\sum_{r=1}^s \mu_r y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} + u_o \leq 0 \quad j = 1, 2, \dots, n$$

$$\mu, v \geq 0, u_o \text{ serbest}$$

ve bu modelin duali,

Girdi yönlü BCC Dual

$$\min z_o = \theta_o - \varepsilon \sum_{i=1}^m s_i^- - \varepsilon \sum_{r=1}^s s_r^+$$

Kısıtlar:

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j y_{rj} - s_r^+ = y_{ro} \quad r = 1, 2, \dots, s \quad (2.8)$$

$$\theta_o x_{io} - \sum_{j=1}^n \lambda_j x_{ij} - s_i^- = 0 \quad i = 1, 2, \dots, m$$

$$\sum_{j=1}^n \lambda_j = 1$$

$$\lambda, s^+, s^- \geq 0, \varepsilon > 0$$

CCR dual model ile BCC dual model arasındaki fark λ 'ların toplamının 1'e eşit olmasıdır. BCC primal modelde ise CCR primal modelden farklı olarak yeni bir değişken (u_o) eklenmiştir. Bu modifiye edilen modeller ölçeğe göre değişken getiri varsayımını ve dolayısıyla etkinlik sınırının değişimini sağlamaktadır. Modellerin diğer değişkenler açısından yorumunda bir farklılık yoktur.

Çıktı yönlü BCC Primal

$$\min q_o = \sum_{i=1}^m v_i x_{io} - v_o$$

Kısıtlar:

$$\begin{aligned} \sum_{r=1}^s \mu_r y_{ro} &= 1 \\ \sum_{r=1}^s \mu_r y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} - v_o &\leq 0 \quad j=1, 2, \dots, n \\ \mu, v &\geq 0, \quad v_o \text{ serbest} \end{aligned} \tag{2.11}$$

ve bu modelin duali,

Çıktı yönlü BCC Dual

$$\max z_o = \phi_o + \varepsilon \sum_{i=1}^m s_i^- + \varepsilon \sum_{r=1}^s s_r^+$$

Kısıtlar:

$$\begin{aligned} \phi_o y_{ro} - \sum_{j=1}^n \lambda_j y_{rj} + s_r^+ &= 0 \quad r=1, 2, \dots, s \\ \sum_{j=1}^n \lambda_j x_{ij} + s_i^- &= x_{io} \quad i=1, 2, \dots, m \\ \sum_{j=1}^n \lambda_j &= 1 \\ \lambda, s^+, s^- &\geq 0, \quad \varepsilon > 0 \end{aligned} \tag{2.12}$$

Girdi yönlü modeldeki yapılar benzer şekilde burada da dual arasındaki fark λ ' ların toplamının 1'e eşit olmasıdır. Primal modellerde ise v_o değişkeni kullanılmaktadır.

2.3. Sağlık Alanında Veri Zarflama Analizi Uygulamaları

Sağlık sektörüne ilişkin yürütülen etkinlik çalışmalarında VZA'nın kullanımı oldukça yaygındır. Özellikle çalışmaların çoğunluğu hastane hizmetlerine odaklanmaktadır. Hastanelerin finansal performansları, hizmet sunum kaliteleri birbiriyle kıyaslanarak yönetsel açıdan farklılıkları ortaya konulmaktadır. Literatürde özellikle ABD ve Birleşik Krallık sağlık hizmetleri üzerine çok çalışma yer almaktadır. Sağlık hizmetleri sektöründe VZA'nın kullanıldığı en eski çalışmalardan biri Sherman (1984) a aittir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Sağlık Alanında Etkinlik Ölçümüne ilişkin Literatür Özeti.

	Girdi	Çıktı	Kapsam	Yöntem	Yazar/ yayın yılı	Tür
1	- MS (Multiple Skleroz) bölümünde kullanılan toplam yatak sayısı, - Kaynakların değeri(\$), - MS bölümünde tam zamanlı hizmet veren doktor olmayan çalışan sayısı.	- MS bölümünde hizmet alan toplam hasta sayısı, - Yatan toplam hasta sayısı - Eğitim alan hemşire öğrencilerin sayısı, - Stajyer doktorların sayısı	Amerika (Maassasuate Eyaletinde) da hizmet veren 7 MS odaklı eğitim araştırma hastanesi	VZA	Sherman, H. D./1984	Makale
2	- 6 ayrı kategoride hizmet veren personel sayıları	- Yatan hastalara ilişkin günlük ölçümler (6 ayrı ölçüm unsuru)	Birleşik Krallık(İskoçya da yer alan 75 akut hastanesi)	VZA (sabit- değişken getiri varsayımlarının kıyaslanması)	Hollingsworth, B. – Parkin, D. / 1995;1996	Makale
3	- Kişi başı sağlık harcamaları - Ortalama eğitim süresi	- Ortalama yaşam süresi	1993- 1997 yılları arası için; 191 Ülke, OECD olan olmayan diye ayrılmıştır.	DSÖ panel veri setiyle VZA (etkinlik-süper etkinlik)	Hollingsworth , B.-, Wildman, J./2003	Makale
4	-Kişi başı GSYİH (\$), - Ortalama eğitim yılı - Kişi başı toplam sağlık harcamaları(\$) - İşsizlik oranı (%)	-Doğumda beklenen yaşam süresi	OECD ve DSÖ sağlık göstergelerine ilişkin veri setleri ile VZA teknik etkinlik analizleri yapılmıştır.	OECD ülkeleri için 2 ayrı veri seti kullanılarak - OECD sağlık göstergeleri - DSÖ sağlık göstergeleri	Hollingsworth, B., Spinks, J./2009	Makale
5	- Hekim sayısı - Hemşire sayısı - Hasta yatak sayısı	- Ortalama yaşam süresi - Yeni doğan hayatta kalma oranı	OECD ülkeleri sağlık etkinliği ölçümü	VZA	Afonso, A.-. Aubyn,M./2005	Makale
6	- Bin kişi başına düşen hekim sayısı - Bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısı - Kişi başına düşen sağlık harcaması -GSYİH’den sağlık harcamalarına ayrılan pay	-Doğumda beklenen yaşam süresi -Beş yaş altı ölüm oranı (tersi-%)	OECD ülkeleri etkinlik analizi	VZA- Pierce kriteri kullanılmıştır.	Kocaman M., Mutlu M.E. / 2011	Makale
7	- 1000 Kişi Başına Hekim Sayısı - 1000 Kişi Başına Hemşire sayısı - 1000 Kişi Başına Hasta Yatak sayısı	- Ortalama yaşam süresi - Bebek ölüm sayısı	OECD ülkeleri sağlık etkinliği ölçümü	VZA	Raty,T.,Luoma, K./ 2005	Makale

Tablo 2.1.'in Devamı. Sağlık Alanında Etkinlik Ölçümüne ilişkin Literatür Özeti.

8	<ul style="list-style-type: none">- Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı- Toplam hekim sayısı- Toplam yatak sayısı- Okullaşma beklentisi (yıl)- Alkol tüketimi(kişi/litre)	<ul style="list-style-type: none">- Doğumda beklenen yaşam süresi(yıl)- Bebek ölüm hızı(binde)	AB üye ve aday ülkeleri sağlık sistemlerinin etkinliği	VZA	Yıldırım, H. H./ 2004	Makale
9	<ul style="list-style-type: none">- Ortalama eğitim süresi- Gini katsayısı- Tütün tüketimi- Mevcut MRI (Magnetic resonance imaging) sayısı oranı- Hekim sayısı oranı- Yatak sayısı oranı- Harcama (GSYİH yüzdesi olarak)	<ul style="list-style-type: none">- Ortalama yaşam süresi- Bebek ölüm sayısı	OECD ülkeleri sağlık kaynakları kullanımının etkinlik ölçümü	VZA	Donna Retzlaff Roberts, Cyril F. Chang, Rose M. Rubin/ 2004	Makale
11.	<ul style="list-style-type: none">- Akademik personel sayısı- Hemşire sayısı- İdari personel sayısı- Giderler- Yatak sayısı	<ul style="list-style-type: none">- Hasta gün sayısı	Alman ve İsviçre hastanelerinin etkinliğini kıyaslamak	VZA	Steinmann, L.- Dittrich, G.- Karmann, A.- Zweifel, P./2004	Makale
12.	<ul style="list-style-type: none">- Hizmet karması ile ölçülen (her bir hastanede sağlanan hizmetlerin bildirilen toplamı) sermaye varlıkları- Toplam yatak sayısı- Tam zamanlı eşdeğer işgücü kaynakları- Toplam işçilik dış giderler	<ul style="list-style-type: none">- Poliklinik ziyaretleri sayısı- Her bir hastaya sağlanan hizmet çeşitliliğini hesaba katan yatış ayarlamaları indeksi	ABD de bulunan 343 hastane kümesi (2 ve daha fazla sayıda hastaneden oluşan) üzerinde çalışılmıştır.	VZA	Sikka, V. Luke- R. D. Özcan, Y.A./2008	Makale

Sherman (1984)'ın çalışmasında ABD/Massachusetts de bulunan tüm hastanelerden ziyade faaliyetlerinde MS (Multiple Skleroz) alanına odaklanan 7 eğitim hastanesinin performansı değerlendirilmektedir. Sağlık sektöründe görev alan bir çok uzmana danışılarak girdi unsurlar MS bölümünde kullanılan toplam yatak sayısı, kaynakların değeri (\$), MS bölümünde tam zamanlı çalışan doktor olmayan çalışan sayısı ve çıktılar ise MS bölümünde hizmet alan toplam hasta sayısı, yatan toplam hasta sayısı, eğitimli hemşire öğrencilerin sayısı, stajyer doktor sayısı olarak belirlenmiştir. VZA modeli uygulanması sonucunda 7 hastanenin 5'i etkin olarak bulunurken, 2 hastane ise etkin değil olarak değerlendirilmiştir. Etkin olmayan hastanelerden birinde diğer hastanelere kıyasla fazla sağlık personeli istihdamı olduğu görülmüştür. Sherman etkinsizlik oranlarının temel nedeni olarak bu unsura dikkat çekmektedir. Ayrıca etkin olmayan karar birimlerinin ikisinin de daha kişiye özel sağlık bakım hizmetleri sağlamaya yönelik planlı bir hastane politikası yürüten yönetim birimlerine sahip olması açıkça etkinsizlik nedeni olarak değerlendirilmiştir.

Hollingsworth ve Parkin (1995-1996) Birleşik Krallık sağlık sistemi üzerine uygulamalar yapmışlardır. Genellikle hastane hizmet etkinliği çalışmalarında VZA yöntemine odaklanmışlardır. 1995 yılı çalışmalarında İskoçya da bulunan 75 akut hastanesinin verilerini kullanmış, Girdi unsurlar olarak finansal ölçümler yerine çeşitli kategorilerde yer alan personel sayılarını; çıktı unsurlar olarak ise hastaneden ayrılış süreleri yerine günlük yürütülen ölçümleri kullanmışlardır. Hollingsworth ve Parkin' in sağlık literatürüne özgün katkıları çıktı unsurları seçiminde yapmış oldukları bu farklılıktır. Genel olarak çıktı değişkenleri yatan hastalar için hastanede kaldığı gün sayısı olarak alınırken Hollingsworth ve Parkin günlük ölçümleri analize katmışlardır. 1996 yılı çalışmalarında ise orijinal modellerinde kullanılan günlük ölçüme dayalı çıktı unsurların yerine yatan hastaların hastanede kalış süresini çıktı unsur olarak seçerek oluşturdukları modele dayalı olarak analiz yapmışlardır. Bu şekilde girdi ve çıktı unsurlarında bir kaç değişiklik yaparak oluşturulan 3 model için sabit ve değişken getiri varsayımı şartları altında çıkan sonuçlar arasında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Değerlendirme de iki uygulama açısından hangi varsayımın daha doğru, güvenilir olduğuna dair bir kanıt elde edememişlerdir (Parkin ve Hollingsworth, 1996). Sağlık sektöründe etkinlik ölçümü çalışmaları yaygın olarak hastane hizmetlerinin karşılaştırılması üzerine yoğunlaşmıştır. Tablo 2.1'de

önde gelen çalışmalardan bazılarını bulabilirsiniz (Steinmann vd., 2004; Özcan vd., 2008).

Sağlık sektöründe hastane hizmetlerinin performansına dayalı çalışmalar yanında makro boyutta ülkelerin sağlık sistemlerini sınıflandırmaya, her bir kategoriye ait ülke sağlık sektörünün öne çıkan karakteristik özelliklerinin ayrımını ortaya çıkarmak adına çalışmalar yapılmıştır. En bilinen kapsamlı sınıflandırma çalışması 191 ülkeyi kapsamaktadır. Evans vd. (2000) tarafından 'Dünya Sağlık Raporu 2000' için - bu rapor ülke sağlık sistemlerinin performans ölçümüne odaklanmaktadır - sağlık sistemlerine ilişkin oluşturulan lig tabloları aracılığıyla panel veri analiz yöntemleri kullanılarak etkinlik ölçümü yapılmıştır. Daha sonraki çalışmalarda bu yöntem sağlık sistemlerini sınıflandırmak için tahmin sürecinin çok sınırlı ve sistemlere özgü bağlamsal bilgilerin gizli kaldığı gerekçesiyle eleştirilmiş ve etkinlik ölçümleri için parametrik-parametrik olmayan yöntemler aynı veri seti kullanılarak uygulanmıştır.

Hollingsworth B. ve J.Wildman (2003) çalışmalarına Evans' ın çalışmasında kullandığı 191 ülkeyi dahil etmiş ancak 140 ülke için 5 yıllık (1993-1997) verilerin tamamına ulaşılabilmiştir. 140 ülkenin 30'u OECD üyesi ve 110'u OECD üyesi olmayan ülkeler olarak 2 gruba ayrılmıştır. Girdi olarak kişi başı sağlık harcamaları ve ortalama eğitim süresi; çıktı olarak ise hastalığa göre düzenlenmiş yaşam süresi kullanılmıştır. VZA 140 ülke için 5 yıllık bir süreçte ortalama etkinlik değeri 0,89 bulunurken, 2 grubun ayrı ayrı etkinlik değerleri ise OECD üyesi 30 ülke için 0,97 ve OECD üyesi olmayan 110 ülke için 0,87 bulunmuştur. Hollingsworth ve Wildman'nın çalışmalarında OECD üyesi olmayan ülkelerin etkililik ölçüm değerleri OECD üyesi ülkelere göre daha fazla değişkenlik gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu sonuç bağlamında yazarlarımız tüm ülkeleri bir bütün olarak çalışmak yerine birbirine benzer karakteristik özelliklere sahip ülkeleri gruplandırarak çalışmayı önermişlerdir. Ayrıca Hollingsworth vd. (1998)'nin bir diğer çalışmasında literatürde sağlık sektöründe etkinlik ölçümüne ilişkin parametrik olmayan yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar incelenmiş ve uygulanan karar birimlerinin temel özellikleri, kullanılan yöntem vs. kıstaslar dikkate alınarak sınıflandırmalar yapılmıştır. Buna benzer bir başka sınıflandırma çalışmasında ise sadece VZA temelli hastane etkinliği

ölçümüne ait 1984- 2004 yılları arasında basılan yayınlar incelenmiş ve sağlık sektörü etkinlik ölçümü çalışmalarında VZA temelli yöntemlerin yaygın kullanımı görülmektedir (O'Neil vd., 2007).

Bir diğer ülke sağlık sistemlerinin performansına yönelik çalışma Afonso ve Aubyn (2004) tarafından 26 OECD ülkesinden Türkiye ve Meksika çalışma dışı bırakılarak 24 OECD ülkesi için VZA yöntemi aracılığıyla etkinlik ölçümü gerçekleştirilmiştir. Yazarlarımız girdi ve çıktı unsurlar olarak daha önce benzer çalışmalarda bulunan araştırmacıların seçtiği genel kabul gören sağlık göstergelerini kullanmışlardır. Bu kapsamda girdi unsurlar; hekim sayısı, hemşire sayısı, toplam yatak sayısı ve çıktı unsurlar; ortalama yaşam süresi ve yeni doğan hayatta kalma oranı olarak çalışmada alınmıştır. İkinci bölümde bahsettiğimiz gibi, girdi odaklı ya da çıktı odaklı modeller ölçeğe göre sabit getiri altında aynı sonuçları verirken, ölçeğe göre değişken getiri varsayımına dayalı modeller farklı sonuçlar verir. Buna rağmen girdi odaklı ya da çıktı odaklı model kullanmak arasında önemli bir fark yoktur. Bu iki model arasındaki fark sadece etkin olmayan birimlerle ilgili ölçüm değerleri arasında görülür ancak bu analiz için çok önemli değildir (Coelli, 1998). Bu nedenle Afonso ve Aubyn, tek bir model tercih etmiş ve VZA uygulaması sonucunda 24 ülkeden 8 tanesinin sağlık sistemi etkin bulunmuş olup, etkin ülkeler sırasıyla Kanada, ABD, Birleşik Krallık, Japonya, Kore, Portekiz, İspanya ve İsveç olarak belirlenmiştir.

Hollingsworth ve Spinks (2009) ülkeler arası sağlık hizmetleri üretiminde teknik etkinlik kıyaslamalarına yönelik çalışmalarında, sadece sağlık ekonomisi ile ilgili değil tamamen toplumsal politikayı etkileyen sosyoekonomik belirleyicilerin ölçümüne olanak sağlayacak bir analiz yapmışlardır. Çalışmalarında VZA temelli modellerin kullanımıyla ilgili bir dizi dikkat çeken sorunlar analiz edilerek politika yapıcılara yararlı bilgiler sunulmaktadır. Bu amaçla OECD ve DSÖ sağlık göstergelerine ait veri setleriyle ayrı ayrı analizler yapılarak, farklılıkların ortaya konulması amaçlanmıştır. VZA ölçeğe göre değişken getiri varsayımı (BCC) altında çıktı odaklı model tercih edilmiştir. Çünkü amaç sağlık çıktılarını sabit tutmak ya da girdileri minimize etmek değil de sağlık kazanımları maksimize etmek olduğundan girdi odaklı model uygun görülmemiştir. 1995 ve 2000 yılları için OECD veri setinde

girdi unsurlar olarak kişi başı GSYİH (ABD\$), ortalama eğitim yılı, kişi başı toplam sağlık harcamaları (ABD\$), işsizlik oranı (%) gibi genel sosyoekonomik belirleyiciler, çıktı unsur olarak ise; doğumda beklenen yaşam süresi kullanmıştır. DSÖ veri setinden de 1993 ve 1997 yılları için aynı 4 girdi değişkeni alınmış sadece çıktı değişkeni hastalığa göre düzenlenmiş yaşam süresi olarak alınmıştır. Çalışmanın sonucunda ise sağlık üretiminin teknik etkinlik ölçümüne ilişkin kullanılan VZA yaklaşımlarında cevaplanamayan bir dizi teorik sorun nedeniyle politika yapıcılara böyle teknikler kullanmanın belirsizliğinin ve kısıtlamalarının farkında olmaları gerektiği önerilmektedir.

Kocaman vd. (2011) 34 OECD ülkesinin sağlık sistemlerinin etkinlik analizinde VZA yöntemini kullanmışlardır. Sabit getiri varsayımına dayalı CCR girdi odaklı VZA modeli kullanılarak analiz yapılmıştır. Girdi unsurlar doktor sayısı (1000 kişi başına), hastane yatağı sayısı (1000 kişi başına), kişi başına düşen sağlık harcaması (\$) ve girdi unsurlar olarak doğumda beklenen yaşam süresi ve beş yaş altı ölüm oranı belirlenmiştir.

Bu girdi ve çıktı unsurlar dahilinde 34 ülke için VZA modeli uygulanmış ve 34 ülkenin 10'u etkin çıkmıştır. Ancak etkin çıkan ülkelere bakıldığında pek de anlamlı skorlar çıkmadığı görülmektedir. Çünkü girdi yönelimli VZA modeli uygulanmış ve bu modelde amaç belli bir çıktıyı minimum girdiyle elde etmek olduğu için diğer ülkelere görece düşük çıktı üreten Meksika, Türkiye gibi bazı ülkelerin ortalamaların çok altında girdi düzeyine sahip olmasından ötürü analizde etkin çıktıkları görülmüştür.

Modelin kurulumu ve yürütülmesi hususunda yanlış bir sonuç doğurmasa da analizlerde bazı noktalarda kuşku duymaya olanak bırakması açısından daha homojen bir ülke grubu oluşturmanın daha net sonuçlar vereceği ve etkin yorumlar yapabilmek adına Prierce kriteri adı verilen istatistiksel bir yöntem kullanılarak karar birimlerini yeniden değerlendirmişlerdir. Bu uygulama sonrası 34 ülke sayısı 22 ye azalmıştır. Son veri setine tekrar VZA modeli uygulanmış ve 7 ülke etkin çıkmıştır. 34 ülke için yapılan ilk analizde teknik etkin çıkmayıp ikinci analizde teknik etkin çıkan ülkeler İngiltere, Çek Cumhuriyeti, Kanada ve Kore'dir. İngiltere ve Kanada 34 ülkeli modelde diğer ülkelere göre daha yüksek girdi içermesi nedeniyle başarılı

sağlık göstergelerine rağmen teknik etkin çıkamamıştır. Yeni durumda ise girdileri yüksek ancak ortalamadan çok da sapma göstermeyip yüksek çıktılar üreten ülkeler teknik etkin çıkmıştır. Kocaman vd.' ne göre ikinci analizde çıkan bulgular daha gerçekçi görülmektedir (Kocaman vd., 2011).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK ALANINDA VERİ ZARFLAMA ANALİZİ UYGULAMALARI

3.1. Amaç – Veri ve Yöntem

Alan çalışması bölümünde, OECD ülkeleri sağlık hizmetleri ile ilgili Veri Zarflama Analizi tabanlı etkinlik ölçümü uygulamaları yapılmıştır. Çalışmanın amacı 2011 ve 2012 yıllarına ilişkin OECD ülkelerinin sağlık harcamaları ve sağlık hizmet etkinliği değerlendirmelerinin yapılmasıdır. Ayrıca sağlık göstergeleri açısından etkin ve etkin olmayan OECD ülkelerinin belirlenmesi hedeflenmiş ve etkin olmayan ülkeler için sağlık sistemlerinde iyileştirme politikaları önerilmiştir. Belirtildiği gibi tüm bu etkinlik ölçümleri OECD ülkelerinin sağlık harcamaları ile sağlık hizmet ve kaynak kullanımına göre yapılmış olmasından dolayı uygulamalar temel olarak harcama etkinliği ile işgücü ve kaynak kullanımı etkinliği başlıkları altında toplamıştır.

Veri zarflama analizi için KVB'ler 34 OECD ülkesidir. Bu ülkelerin milli gelirleri ve kişi başına yapılan toplam sağlık harcamaları düşünüldüğünde karar verme birimleri arasında ciddi farklılıklar doğmaktadır. Veri zarflama analizi uygulaması için eksik, yanıltıcı yorumlara sebebiyet vermemek için karar verme birimleri daha homojen yapı sergilemelidir. Bu amaçla alan çalışmasında 34 OECD ülkesi kişi başı yapılan toplam sağlık harcamaları (ABD\$) esas alınarak iki gruba ayrılmıştır. Analiz için kişi başı toplam sağlık harcamaları OECD kişi başı toplam sağlık harcamaları ortalamasının üstünde kalan ülkeler Grup-1 OECD ülkeleri ve ortalamanın altında kalan ülkeler ise Grup-2 OECD ülkeleri olarak seçilmiştir. Aynı sınıflandırma kriteri 2012 ve 2011 yılları için uygulanmıştır. İki dönem içinde gruplara dağılan ülkeler değişmemiş ve Grup-1 OECD ülkelerinde 17 ülke ve Grup-2 OECD ülkelerinde de 17 ülke karar verme birimleri olarak analize alınmıştır. Bu ülkeler Tablo 3.1. ve Tablo 3.2. aracılığıyla sunulmaktadır.

Tablo 3.1. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları OECD Ortalaması Üstünde Olan Ülkeler (ABD\$).

Grup-1 OECD Ülkeleri (17 KVB)	İzlanda, Finlandiya, Japonya, İrlanda, Avustralya, İsveç, Fransa, Belçika, Lüksemburg, Kanada, Danimarka, Almanya, Avusturya, Hollanda, İsviçre, Norveç, ABD
--	--

Tablo 3.2. Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları OECD Ortalaması Altında Olan Ülkeler (ABD\$).

Grup-2 OECD Ülkeleri (17 KVB)	Türkiye, Meksika, Estonya, Polonya, Şili, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Kore, İsrail, Yunanistan, Portekiz, Slovenya, İspanya, Yeni Zelanda, İtalya, Birleşik Krallık
--	--

Veri zarflama analizi için seçilen girdi ve çıktı değişkenleri daha önceki sağlık sistemleri kıyaslaması üzerine yapılan uluslararası bilimsel çalışmalarda sıklıkla kullanılmış olan unsurlardan seçilmiştir (Afonso ve Aubyn, 2005; Hollingsworth ve Spinks, 2009; Kocaman vd., 2011). Sağlık harcamaları etkinliği için yapılacak analizde girdi değişkeni olarak kişi başı toplam sağlık harcamaları (ABD \$), çıktı değişkenleri ise doğumda beklenen yaşam süresi (yıl) ve bebek ölüm oranı tersi (1/ (%)) bebek ölüm oranı, 1000 doğum başına) olarak alınmıştır (Tablo 3.3). Literatürde karar verme birimleri sayısının girdi ve çıktı değişkeni sayısının belli bir oranından (ikinci bölümde değindiğimiz gibi bu oranın ne olması gerektiğine ilişkin araştırmacılar arasında farklı görüşler mevcuttur, Bknz: İkinci Bölüm) fazla olmaması durumunda klasik CCR ve BCC modellerinin sınıflama gücü düşer (Vassiloğlu ve Giokas, 1990; Dyson, 2001). Böylece 17 KVB' nin ve toplam 3 değişkenin olduğu bir deneysel durumda yapılacak sağlık harcamaları etkinliği analizi için böylesi bir sınıflama problemi ortaya çıkmayacaktır. Ayrıca sağlık harcamalarına ilişkin yaptığımız bu etkinlik analizi için CCR ve BCC uygulamalarında girdi odaklı modeller tercih edilmiştir. Birinci bölümde detaylı şekilde anlattığımız üzere sağlık hizmetlerinin doğrudan insan hayatını etkileyen özel hizmetler olmaları gereği finansmanı ve sunumunda devletin rolünün olması gerektiği uygun görülmektedir. Bu durumu temel alarak sağlık hizmetleri etkinlik

çalışmalarında sağlık üretim, hizmet ve harcama kaynaklarının kullanımında israfı önleyerek kamu yararını gözetmek hedefiyle girdi odaklı modeller tercih edilmiştir (Kocaman vd., 2011).

Tablo 3.3. Sağlık Harcama Etkinliği Ölçümü İçin Veri Zarflama Analizinde Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenleri.

Girdi Değişkenleri	Çıktı Değişkenleri
Kişi Başı Toplam sağlık Harcamaları (ABD\$)	Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)
	Bebek ölüm oranı tersi (1/ % bebek ölüm oranı, 1000 doğum başına)

Sağlıkta hizmet ve kaynak kullanımını etkinliği için yapılacak analizde de KVB'ler 34 OECD ülkesidir, ayrıca girdi değişkenler olarak doktor sayısı (1000 kişi başına), hemşire sayısı (1000 kişi başına) ve hastane yatak sayısı (1000 kişi başına), çıktı değişkenler ise doğumda beklenen yaşam süresi (yıl) ve istenmeyen çıktı olduğundan bebek ölüm oranı tersi (1/ (%)) bebek ölüm oranı, 1000 doğum başına) olarak alınmıştır (Tablo 3.4). Bebek ölüm oranı istenmeyen çıktı olduğundan veri zarflama analizi için tersi alınarak modellerde işleme girmektedir. Yukarıda sağlık harcama etkinliği analizi için bahsettiğimiz gibi 17 KVB' nin ve toplam 5 değişkenin olduğu bir deneysel durumda da yapılacak sağlık hizmet ve kaynak kullanımını etkinliği analizi için bir sınıflama problemi ortaya çıkmamaktadır.

Tablo 3.4. Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanım Etkinliği Ölçümü İçin Veri Zarflama Analizinde Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenleri.

Girdi Değişkenleri	Çıktı Değişkenleri
Doktor sayısı (1000 kişi başına) Hemşire sayısı (1000 kişi başına) Hastane yatak sayısı (1000 kişi başına)	Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)
	Bebek ölüm oranı tersi (1/ (%) bebek ölüm oranı, 1000 doğum başına)

Sağlık girdi ve çıktı değişkenlerine ait veriler OECD’ nin halka açık olan resmi internet sitesinden alınarak hazırlanmıştır. Diğer taraftan, ülkelerin etkinlik analizlerinde kullanılan veri setine ilişkin genel istatistiksel bilgiler hazırlanmıştır.

3.2. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizleri

VZA uygulaması, 34 OECD ülkesi için CCR ve BCC Girdi odaklı modelleri üzerinden, 2011 ve 2012 yılı verileri kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen etkinlik analizi sonuçları tablolar aracılığıyla verilmektedir.

Diğer taraftan 2011 yılı veri setine ait Grup-1 OECD ve Grup-2 OECD ülkelerinin girdi ve çıktı değişkenlerine ilişkin istatistiksel bilgiler Tablo 3.5’de sunulmaktadır.

Tablo 3.5. 2011 Yılına ait veri setine ilişkin Sağlık Harcamaları Etkinlik Ölçümü için Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin İstatistiksel Bilgileri.

Grup-1 OECD Ülkelerine ilişkin istatistikler	İstatistik Türü	Girdi	Çıktılar	
		Kişi Başı Sağlık Harcaması	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı
	En Büyük Değer	8482,72	82,80	6,10
	En Küçük Değer	3454,68	78,70	0,90
	Ortalama	4601,04	81,29	3,39
	Standart Sapma	1171,87	1,01	1,16

Grup-2 OECD Ülkelerine ilişkin istatistikler	İstatistik Türü	Girdi	Çıktılar	
		Kişi Başı Sağlık Harcaması	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı
	En Büyük Değer	3212,17	82,60	13,70
	En Küçük Değer	936,57	74,20	2,50
	Ortalama	2157,22	78,91	4,72
	Standart Sapma	732,34	2,76	2,80

Ayrıca 2012 yılı veri setine ait Grup-1 OECD ve Grup-2 OECD ülkelerinin girdi ve çıktı değişkenlerine ilişkin istatistiksel bilgiler Tablo 3.6’da sunulmaktadır.

Tablo 3.6. 2012 Yılına Ait Veri Setine İlişkin Sağlık Harcamaları Etkinlik Ölçümü için Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin İstatistiksel Bilgileri.

Grup- 1 OECD Ülkelerine ilişkin istatistikler	İstatistik Türü	Girdi	Çıktılar	
		Kişi Başı Sağlık Harcaması	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı
	En Büyük Değer	8745,26	83,20	6,10
	En Küçük Değer	3535,84	78,70	1,10
	Ortalama	4770,22	81,39	3,26
	Standart Sapma	1236,89	1,08	1,10
Grup- 2 OECD Ülkelerine ilişkin istatistikler	İstatistik Türü	Girdi	Çıktılar	
		Kişi Başı Sağlık Harcaması	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı
	En Büyük Değer	3289,25	82,50	13,30
	En Küçük Değer	984,129	74,40	1,60
	Ortalama	2198,63	78,98	4,68
	Standart Sapma	707,592	2,74	2,77

3.2.1. 2011 Yılına İlişkin CCR Modeli Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizi Sonuçları

2011 yılına ilişkin olarak CCR girdi odaklı model ile yapılan analizler kapsamında OECD ülkeleri sağlık sektörü harcamalarına ilişkin VZA yöntemiyle analiz edilmiş ve teknik etkinlik değerleri tespit edilmiştir. Grup 1 ülkeleri için elde edilen sonuçlar aşağıda Tablo 3.7’de sunulmaktadır.

Tablo 3.7. 2011 Yılı için Grup-1 OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Teknik Etkinlik Skoru(TE _{CCR})
1	Finlandiya	0,9756
2	İzlanda	1,0000
3	Japonya	1,0000
4	İrlanda	0,9029
5	İsveç	0,8642
6	Avustralya	0,8579
7	Fransa	0,8199
8	Belçika	0,7983
9	Kanada	0,7568
10	Danimarka	0,7351
11	Almanya	0,7330
12	Lüksemburg	0,7276
13	Avusturya	0,7273
14	Hollanda	0,7020
15	İsviçre	0,6106
16	Norveç	0,5924
17	ABD	0,3880
Grup-1 OECD Ortalaması		0,7760

Tablo 3.7’de yer alan grup 1 ülkelerinin sağlık harcamaları için yapılan CCR analizi etkinlik sonuçları incelendiğinde İzlanda ve Japonya’ nın teknik etkinlik seviyesinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2011 yılı için grup 1 ülkelerinin ortalama teknik etkinlik değeri 0,7760 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.8’de ise Grup-2 OECD ülkeleri için 2011 yılına ait sağlık harcamalarına ilişkin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.8. 2011 Yılı için Grup-2 OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Teknik Etkinlik Skoru(TE _{CCR})
1	Türkiye	1,0000
2	Meksika	0,9657
3	Estonya	1,0000
4	Şili	0,6828
5	Polonya	0,7249
6	Macaristan	0,5841
7	Slovakya	0,5313
8	Çek Cumhuriyeti	0,6553
9	Kore	0,6051
10	İsrail	0,5634
11	Portekiz	0,5145
12	Slovenya	0,5135
13	Yunanistan	0,4697
14	İspanya	0,4299
15	Yeni Zelanda	0,3453
16	İtalya	0,4166
17	Birleşik Krallık	0,3591
Grup-2 OECD Ortalaması		0,6095

Tablo 3.8’de yer alan CCR girdi odaklı etkinlik sonuçları incelendiğinde Türkiye ve Estonya’ nın teknik etkinlik seviyesinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2011 yılı için Grup-2 OECD ülkelerinin ortalama teknik etkinlik değeri 0,6095 olarak bulunmuştur.

3.2.2. 2011 Yılına İlişkin BCC Modeli Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizi Sonuçları

2011 yılına ilişkin olarak BCC girdi odaklı model ile yapılan analizler kapsamında OECD ülkeleri sağlık sektörü harcamalarına ilişkin VZA yöntemiyle analiz edilmiş ve saf etkinlik değerleri tespit edilmiştir. Grup 1 ülkeleri için elde edilen sonuçlar aşağıda Tablo 3.9’da sunulmaktadır.

Tablo 3.9. 2011 Yılı için Grup-1 OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Saf Etkinlik Skoru (PTE _{BCC})
1	Finlandiya	1,0000
2	İzlanda	1,0000
3	Japonya	1,0000
4	İrlanda	0,9233
5	İsveç	0,8721
6	Avustralya	0,8649
7	Fransa	0,8246
8	Belçika	0,8173
9	Kanada	0,7675
10	Danimarka	0,7601
11	Almanya	0,7495
12	Lüksemburg	0,7414
13	Avusturya	0,7410
14	Hollanda	0,7135
15	İsviçre	0,9968
16	Norveç	0,6014
17	ABD	0,4073
Grup-1 OECD Ortalaması		0,8106

Tablo 3.9’da sunulan BCC girdi odaklı etkinlik analizli sonuçlarına baktığımızda 3 ülkenin saf teknik etkinliğe sahip olduğunu gözlemlemekteyiz. Ayrıca 2011 yılı için grup 1 ülkelerinin ortalama saf etkinlik değeri 0,8106 bulunmuştur.

Tablo 3.10’da ise 2011 yılı için Grup-2 OECD ülkelerinin BCC modeline dayanan sağlık harcamaları saf teknik etkinlik analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.10. 2011 Yılı için Grup-2 OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Saf Etkinlik Skoru (PTE _{BCC})
1	Türkiye	1,0000
2	Meksika	0,9709
3	Estonya	1,0000
4	Şili	0,9999
5	Polonya	0,8531
6	Macaristan	0,5846
7	Slovakya	0,5864
8	Çek Cumhuriyeti	0,7995
9	Kore	0,9999
10	İsrail	0,9999
11	Portekiz	0,8223
12	Slovenya	0,7810
13	Yunanistan	0,7713
14	İspanya	0,9998
15	Yeni Zelanda	0,6515
16	İtalya	0,9998
17	Birleşik Krallık	0,6267
Grup- 2 OECD Ortalaması		0,6095

Tablo 3.10’da sunulan BCC girdi odaklı etkinlik analizli sonuçlarına baktığımızda 2 ülkenin saf teknik etkinliğe sahip olduğunu gözlemlemekteyiz. Ayrıca 2011 yılı için grup 2 ülkelerinin ortalama saf teknik etkinlik değeri 0,6095 bulunmuştur.

3.2.3. 2011 Yılına İlişkin Sağlık Harcamalarına Ait Ölçek Etkinliği ve Gelişme Oranları Analiz Sonuçları

Ülkelerin sahip olduğu teknik ve saf etkinlikler arasında meydana gelen ölçek farklarının ortaya konulması amacıyla ölçek farkı analizleri yapılmıştır. Grup 1 ve grup 2 ülkeleri için analiz sonuçları Tablo 3.11’de sunulmuştur.

Tablo 3.11. 2011 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin Ölçek Etkinliği Analiz Sonuçları.

No.	KVB (Grup-1)	Ölçek Etkinliği (SE)	KVB (Grup-2)	Ölçek Etkinliği (SE)
1	Finlandiya	0,9756	Türkiye	1,0000
2	İzlanda	1,0000	Meksika	0,9947
3	Japonya	1,0000	Estonya	1,0000
4	İrlanda	0,9779	Şili	0,6829
5	İsveç	0,9909	Polonya	0,8497
6	Avustralya	0,9919	Macaristan	0,9992
7	Fransa	0,9943	Slovakya	0,9060
8	Belçika	0,9768	Çek Cumhuriyeti	0,8196
9	Kanada	0,9861	Kore	0,6052
10	Danimarka	0,9671	İsrail	0,5635
11	Almanya	0,9780	Portekiz	0,6257
12	Lüksemburg	0,9814	Slovenya	0,6575
13	Avusturya	0,9815	Yunanistan	0,6090
14	Hollanda	0,9839	İspanya	0,4230
15	İsviçre	0,6126	Yeni Zelanda	0,5301
16	Norveç	0,9850	İtalya	0,4167
17	ABD	0,9526	Birleşik Krallık	0,5730

Ölçek etkinlik değeri ‘1’ olan ülkeler girdilerini çıktılarına dönüştürmede en iyi olan karar verme birimleridir.

Tablo 3.11’den görüldüğü üzere grup 1 ülkeleri için İzlanda ve Japonya’ nın ölçek etkinlik değeri ‘1’ olarak bulunmuştur. Bu durumda İzlanda ve Japonya tam ölçek etkinliğine sahiptir ve girdilerini çıktılarına dönüştürmede grubunda yer alan diğer ülkelere kıyasla çok daha iyi performans sergilemektedir. Diğer ülkeler için ise büyük kısmının yüksek SE skoruna sahip olması nedeniyle 2011 yılı için tam ölçek etkinliğine yakın bir etkinlik sergilediklerini söyleyebiliriz. Grup-2 OECD ülkeleri için ise Türkiye ve Estonya tam ölçek etkinliğine sahip görünmektedir. Diğer taraftan grupların etkinlik skorlarını kıyasladığımızda Grup-1 OECD içinde yer alan ülkelerin kayda değer kısmının tam ölçek etkinliğine yakın olduğunu söyleyebiliriz. Ancak durum Grup-2 OECD ülkeleri için bu kadar olumlu görünmemektedir. Hemen hemen yarısı 0,50 etkinlik skoruna yakın değerler almaktadır.

Tablo 3.12’de ise teknik etkin olmayan ülkelerin etkinliklerinin sağlanması için CCR girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre girdi unsur olan kişi başı toplam sağlık harcamalarına ilişkin gerçekleştirmeleri gereken değişim oranları yer almaktadır.

Tablo 3.12. 2011 Yılı için Teknik Etkin Olmayan OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin CCR Modeline Göre Gelişme Oranları.

No.	(KVB) Grup-1 OECD Ülkeleri	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$)	(KVB) Grup-2 OECD Ülkeleri	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$)
		Gelişme Oranları (%)		Gelişme Oranları (%)
1	Finlandiya	-2,437	Meksika	-3,428
2	İrlanda	-9,706	Şili	-31,724
3	İsveç	-13,576	Polonya	-27,508
4	Avustralya	-14,207	Macaristan	-41,588
5	Fransa	-18,007	Slovakya	-46,870
6	Belçika	-20,169	Çek Cumhuriyeti	-34,466
7	Kanada	-24,318	Kore	-39,492
8	Danimarka	-26,489	İsrail	-43,659
9	Almanya	-26,704	Portekiz	-48,552
10	Lüksemburg	-27,238	Slovenya	-48,652
11	Avusturya	-27,272	Yunanistan	-53,032
12	Hollanda	-29,801	İspanya	-57,008
13	İsviçre	-38,943	Yeni Zelanda	-65,467
14	Norveç	-40,761	İtalya	-58,336
15	ABD	-61,203	Birleşik Krallık	-64,086

Tablo 3.12’de sunulan potansiyel iyileşme oranları dikkate alındığında KVB’lerin etkinliklerinin iyileştirilmesi amacıyla 2011 yılı için CCR girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre Grup-1 OECD ülkeleri için girdinin % 2,437 - % 61,203 arasında değişim sergileyen bir şekilde azaltılması gerektiği, Grup-2 OECD ülkeleri için ise girdinin % 3,428 - %65, 467 arasında değişen oranlarda azaltılması gerekmektedir.

Tablo 3.13’de ise saf teknik etkin olmayan ülkelerin etkinliklerinin iyileştirilmesi için BCC girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre girdi unsur olan

kişi başı toplam sağlık harcamalarına ilişkin gerçekleştirmeleri gereken değişim oranları yer almaktadır.

Tablo 3.13. 2011 Yılı için Etkin Olmayan OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin BCC Modeline Göre Gelişme Oranları.

No.	(KVB) Grup-1 OECD Ülkeleri	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$)	(KVB) Grup-2 OECD Ülkeleri	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$)
		Gelişme Oranları (%)		Gelişme Oranları (%)
1	İrlanda	-7,672	Meksika	-2,908
2	İsveç	-12,793	Şili	-0,006
3	Avustralya	-13,511	Polonya	-14,691
4	Fransa	-17,536	Macaristan	-41,536
5	Belçika	-18,273	Slovakya	-41,361
6	Kanada	-23,253	Çek Cumhuriyeti	-20,048
7	Danimarka	-23,993	Kore	-0,007
8	Almanya	-25,052	İsrail	-0,006
9	Lüksemburg	-25,864	Portekiz	-17,771
10	Avusturya	-25,899	Slovenya	-21,902
11	Hollanda	-28,645	Yunanistan	-22,874
12	İsviçre	-0,322	İspanya	-0,017
13	Norveç	-39,857	Yeni Zelanda	-34,852
14	ABD	-59,274	İtalya	-0,016
15			Birleşik Krallık	-37,328

Tablo 3.13’de sunulan potansiyel iyileşme oranları dikkate alındığında KVB’lerin etkinliklerinin iyileştirilmesi amacıyla 2011 yılı için BCC girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre Grup-1 OECD ülkeleri için girdinin % 0,001 - % 59,274 arasında değişim sergileyen bir şekilde azaltılması gerektiği, Grup-2 OECD ülkeleri için ise girdinin % 0,006 - %41, 536 arasında değişen oranlarda azaltılması gerektiği görülmektedir.

3.2.4. 2012 Yılına İlişkin CCR Modeli Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizi Sonuçları

2012 yılına ilişkin olarak OECD Ülkeleri 2 grup halinde ayrı ayrı CCR girdi odaklı model ile yapılan analizler kapsamında sağlık sektörü harcamalarına ilişkin VZA yöntemiyle analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıda tablolar aracılığıyla sunulmuştur.

Tablo 3.14. 2012 Yılı için Grup-1 OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Teknik Etkinlik Skoru(TE_{CCR})
1	İzlanda	1,0000
2	Finlandiya	0,9660
3	Japonya	0,9714
4	İrlanda	0,8871
5	Avustralya	0,8751
6	İsveç	0,8487
7	Fransa	0,8156
8	Belçika	0,7760
9	Lüksemburg	0,7584
10	Kanada	0,7544
11	Danimarka	0,7263
12	Almanya	0,7172
13	Avusturya	0,7048
14	Hollanda	0,6784
15	İsviçre	0,5802
16	Norveç	0,5654
17	ABD	0,3834
Grup-1 OECD Ortalaması		0,7652

Tablo 3.14’de yer alan grup 1 ülkelerinin sağlık harcamaları için yapılan CCR analizi etkinlik sonuçları incelendiğinde İzlanda’nın teknik etkinlik seviyesinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2012 yılı için Grup-1 OECD ülkelerinin ortalama teknik etkinlik değeri 0,7652 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.15’de ise Grup-2 OECD ülkeleri için 2012 yılına ait sağlık harcamalarına ilişkin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.15. 2012 Yılı için Grup-2 OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Teknik Etkinlik Skoru(TE _{CCR})
1	Türkiye	1,0000
2	Meksika	0,9364
3	Estonya	1,0000
4	Polonya	0,8180
5	Şili	0,6601
6	Macaristan	0,6685
7	Çek Cumhuriyeti	0,8789
8	Slovakya	0,5289
9	Kore	0,7457
10	İsrail	0,6452
11	Yunanistan	0,7077
12	Portekiz	0,6221
13	Slovenya	1,0000
14	İspanya	0,5468
15	Yeni Zelanda	0,3832
16	İtalya	0,5344
17	Birleşik Krallık	0,4177
Grup-2 OECD Ortalaması		0,7114

Tablo 3.15’de yer alan Grup-2 OECD ülkelerinin sağlık harcamaları için yapılan CCR analizi etkinlik sonuçları incelendiğinde Türkiye, Estonya ve Slovenya’nın teknik etkinlik seviyesinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2012 yılı için Grup-2 OECD ülkelerinin ortalama teknik etkinlik değeri 0,7114 olarak bulunmuştur.

3.2.5. 2012 Yılına İlişkin BCC Modeli Sağlık Harcamaları Etkinlik Analizi Sonuçları

2012 yılına ilişkin olarak BCC girdi odaklı model ile yapılan analizler kapsamında OECD ülkeleri sağlık sektörü harcamalarına ilişkin VZA yöntemiyle analiz edilmiş ve saf etkinlik değerleri tespit edilmiştir. Grup-1 OECD ülkeleri için elde edilen sonuçlar aşağıda Tablo 3.16’da sunulmaktadır.

Tablo 3.16. 2012 Yılı için Grup-1 OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Saf Etkinlik Skoru (PTE _{BCC})
1	İzlanda	1,0000
2	Finlandiya	0,9936
3	Japonya	0,9999
4	İrlanda	0,9090
5	Avustralya	0,8846
6	İsveç	0,8611
7	Fransa	0,8245
8	Belçika	0,8001
9	Lüksemburg	0,7724
10	Kanada	0,7682
11	Danimarka	0,7526
12	Almanya	0,7349
13	Avusturya	0,7222
14	Hollanda	0,6934
15	İsviçre	0,5815
16	Norveç	0,5758
17	ABD	0,4043
Grup-1 OECD Ortalaması		0,7811

Tablo 3.16’da sunulan BCC girdi odaklı etkinlik analizi sonuçlarına baktığımızda İzlanda’ nın saf teknik etkinliğe sahip olduğunu gözlemlemekteyiz. Ayrıca 2012 yılı için Grup-1 OECD ülkelerinin ortalama saf etkinlik değeri 0,7811 bulunmuştur.

Tablo 3.17’de ise 2012 yılı için Grup-2 OECD ülkelerinin BCC modeline dayanan sağlık harcamaları saf teknik etkinlik analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.17. 2012 Yılı için OECD Grup-2 Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler (KVB)	Saf Etkinlik Skoru (PTE _{BCC})
1	Türkiye	1,0000
2	Meksika	0,9390
3	Estonya	1,0000
4	Polonya	0,9212
5	Şili	0,9999
6	Macaristan	0,6698
7	Çek Cumhuriyeti	0,9174
8	Slovakya	0,5981
9	Kore	1,0000
10	İsrail	0,9999
11	Yunanistan	0,9140
12	Portekiz	0,8492
13	Slovenya	1,0000
14	İspanya	0,9998
15	Yeni Zelanda	0,7024
16	İtalya	0,9198
17	Birleşik Krallık	0,6419
Grup-2 OECD Ortalaması		0,8866

Tablo 3.17’de sunulan BCC girdi odaklı etkinlik analizi sonuçlarına baktığımızda 4 ülkenin saf teknik etkinliğe sahip olduğunu gözlemlemekteyiz. Ayrıca 2012 yılı için Grup-2 OECD ülkelerinin ortalama saf teknik etkinlik değeri 0,8866 bulunmuştur.

3.2.6. 2012 Yılına İlişkin Sağlık Harcamalarına Ait Ölçek Etkinliği ve Gelişme Oranları Analiz Sonuçları

Ülkelerin sahip olduğu teknik ve saf etkinlikler arasında meydana gelen ölçek farklarının ortaya konulması amacıyla ölçek farkı analizleri yapılmıştır. Grup-1 OECD ülkeleri ve Grup-2 OECD ülkeleri için analiz sonuçları Tablo 3.18’de sunulmuştur.

Tablo 3.18. 2012 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin Ölçek Etkinliği Analiz Sonuçları.

No.	Ülkeler (Grup 1)	Ölçek Etkinliği (SE)	Ülkeler (Grup 2)	Ölçek Etkinliği (SE)
1	İzlanda	1,0000	Türkiye	1,0000
2	Finlandiya	0,9722	Meksika	0,9972
3	Japonya	0,9715	Estonya	1,0000
4	İrlanda	0,9759	Polonya	0,8880
5	Avustralya	0,9893	Şili	0,6602
6	İsveç	0,9856	Macaristan	0,9981
7	Fransa	0,9892	Çek Cumhuriyeti	0,9580
8	Belçika	0,9699	Slovakya	0,8843
9	Lüksemburg	0,9819	Kore	0,7457
10	Kanada	0,9820	İsrail	0,6453
11	Danimarka	0,9651	Yunanistan	0,7743
12	Almanya	0,9759	Portekiz	0,7326
13	Avusturya	0,9759	Slovenya	1,0000
14	Hollanda	0,9784	İspanya	0,5469
15	İsviçre	0,9978	Yeni Zelanda	0,5456
16	Norveç	0,9819	İtalya	0,5810
17	ABD	0,9483	Birleşik Krallık	0,6507

Tablo 3.18'den görüldüğü üzere 2012 yılına ilişkin Grup-1 OECD ülkeleri içinde İzlanda tam ölçek etkinliğine sahiptir. Bu durumda İzlanda' nın girdilerini çıktılara dönüştürmede grubunda yer alan diğer ülkelere kıyasla çok daha iyi performans sergilediğini söyleyebiliriz. Diğer ülkeler için ise büyük kısmının yüksek SE skoruna sahip olması nedeniyle 2012 yılı için tam ölçek etkinliğine yakın bir etkinlik sergilediklerini söyleyebiliriz. Grup-2 OECD ülkeleri için ise Türkiye, Estonya ve Slovenya tam ölçek etkinliğine sahip görünmektedir. Türkiye, Estonya ve Slovenya' nın girdilerini çıktılara dönüştürmede grubunda yer alan diğer ülkelere kıyasla daha iyi performans sergilediğini söyleyebiliriz. Diğer taraftan grupların ölçek etkinlik skorlarına baktığımızda Grup-1 OECD içinde yer alan ülkelerin kayda değer kısmının tam ölçek etkinliğine yakın olduğu Grup-2 OECD ülkeleri için ise tam ölçek etkinliğine yakın ülke sayısının az olduğu görülmektedir.

Tablo 3.19'da ise teknik etkin olmayan ülkelerin etkinliklerinin sağlanması için 2012 yılına ait CCR girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre girdi unsur olan

kişi başı toplam sağlık harcamalarına ilişkin gerçekleştirmeleri gereken değişim oranları yer almaktadır.

Tablo 3.19. 2012 Yılı için Teknik Etkin Olmayan OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin CCR Modeline Göre Gelişme Oranları.

No.	(KVB) Grup-1 OECD Ülkeleri	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$)	(KVB) Grup-2 OECD Ülkeleri	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$)
		Gelişme Oranları (%)		Gelişme Oranları (%)
1	Finlandiya	-3,395	Meksika	-6,104
2	Japonya	-2,860	Polonya	-7,882
3	İrlanda	-11,291	Şili	-0,006
4	Avustralya	-12,494	Macaristan	-33,017
5	İsveç	-15,131	Çek Cumhuriyeti	-8,263
6	Fransa	-18,439	Slovakya	-40,194
7	Belçika	-22,396	Kore	-0,005
8	Lüksemburg	-24,159	İsrail	-0,006
9	Kanada	-24,564	Yunanistan	-8,603
10	Danimarka	-27,372	Portekiz	-15,084
11	Almanya	-28,280	Slovenya	0,000
12	Avusturya	-29,523	İspanya	-0,019
13	Hollanda	-32,160	Yeni Zelanda	-29,761
14	İsviçre	-41,985	İtalya	-8,023
15	Norveç	-43,456	Birleşik Krallık	-35,810
16	ABD	-61,663		

Tablo 3.19’da sunulan potansiyel iyileşme oranları dikkate alındığında KVB’lerin etkinliklerinin iyileştirilmesi amacıyla 2012 yılı için CCR girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre Grup-1 OECD ülkeleri için girdinin % 3,395 - % 61,663 arasında değişim sergileyen bir şekilde azaltılması gerektiği, Grup-2 OECD ülkeleri için ise girdinin % 0.005 - % 40,194 arasında değişen oranlarda azaltılması gerekmektedir.

Tablo 3.20’de ise saf teknik etkin olmayan ülkelerin etkinliklerinin iyileştirilmesi için BCC girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre girdi unsur olan kişi başı toplam sağlık harcamalarına ilişkin gerçekleştirmeleri gereken değişim oranları yer almaktadır.

Tablo 3.20. 2012 Yılı için Etkin Olmayan OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarına İlişkin BCC Modeline Göre Gelişme Oranları.

No.	(KVB) Grup-1 OECD Ülkeleri	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$)	(KVB) Grup-2 OECD Ülkeleri	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (ABD\$)
		Gelişme Oranları (%)		Gelişme Oranları (%)
1	Finlandiya	-0,643	Meksika	-6,104
2	Japonya	-0,012	Polonya	-7,882
3	İrlanda	-9,102	Şili	-0,006
4	Avustralya	-11,536	Macaristan	-33,017
5	İsveç	-13,887	Çek Cumhuriyeti	-8,263
6	Fransa	-17,546	Slovakya	-40,194
7	Belçika	-19,987	Kore	-0,005
8	Lüksemburg	-22,764	İsrail	-0,006
9	Kanada	-23,176	Yunanistan	-8,603
10	Danimarka	-24,744	Portekiz	-15,084
11	Almanya	-26,510	Slovenya	0,000
12	Avusturya	-27,783	İspanya	-0,019
13	Hollanda	-30,657	Yeni Zelanda	-29,761
14	İsviçre	-41,845	İtalya	-8,023
15	Norveç	-42,416	Birleşik Krallık	-35,810
16	ABD	-59,569		

Tablo 3.20’de sunulan potansiyel iyileşme oranları dikkate alındığında KVB’lerin etkinliklerinin iyileştirilmesi amacıyla 2012 yılı için BCC girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre Grup-1 OECD ülkeleri için girdinin % 0,012 - % 59,569 arasında değişim sergileyen bir şekilde azaltılması gerektiği, Grup-2 OECD ülkeleri için ise girdinin % 0,006 - % 40,194 arasında değişen oranlarda azaltılması gerektiği görülmektedir.

3.3. OECD Ülkeleri Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına Dair Hizmet Etkinlik Analizi

VZA uygulaması, kişi başı toplam sağlık harcamaları OECD ortalamasının altında ve üstünde olan ülkeler olarak 2 gruba ayrılmış 34 OECD ülkesi için CCR ve BCC Girdi odaklı modelleri üzerinden, 2011 ve 2012 yılı verileri kullanılarak

yapılmıştır. Elde edilen etkinlik analizi sonuçları aşağıda tablolar aracılığıyla verilmektedir.

Diğer taraftan 2011 yılı veri setine ait Grup-1 OECD ve Grup-2 OECD ülkelerinin girdi ve çıktı değişkenlerine ilişkin istatistiksel bilgiler Tablo 3.21’de sunulmaktadır.

Tablo 3.21. 2011 Yılına Ait Veri Setine İlişkin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Ölçümü için Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin İstatistiksel Bilgileri.

Grup-1 OECD Ülkelerine İlişkin İstatistikler	İstatistik Türü	Girdiler			Çıktılar	
		Doktor Sayısı	Hemşire Sayısı	Yatak Sayısı	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı
	En Büyük Değer	4,83	16,40	1,59	82,80	6,10
	En Küçük Değer	2,29	1,68	8,22	78,70	0,90
	Ortalama	3,30	8,59	4,24	81,29	3,39
	Standart Sapma	0,68	4,33	1,90	1,04	1,16

Grup-2 OECD Ülkelerine İlişkin İstatistikler	İstatistik Türü	Girdiler			Çıktılar	
		Doktor Sayısı	Hemşire Sayısı	Yatak Sayısı	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı
	En Büyük Değer	6,24	16,60	13,40	82,60	13,70
	En Küçük Değer	1,58	3,33	2,22	74,20	2,50
	Ortalama	3,05	8,74	5,43	78,91	4,72
	Standart Sapma	1,12	3,43	2,83	2,85	2,80

2012 yılı veri setine ait Grup-1 OECD ve Grup-2 OECD ülkelerinin girdi ve çıktı değişkenlerine ilişkin istatistiksel bilgiler Tablo 3.22’de sunulmaktadır.

Tablo 3.22. 2012 Yılına Ait Veri Setine İlişkin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Ölçümü için Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin İstatistiksel Bilgileri.

Grup-1 OECD Ülkelerine İlişkin İstatistikler	İstatistik Türü	Girdiler			Çıktılar	
		Doktor Sayısı	Hemşire Sayısı	Yatak Sayısı	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı
	En Büyük Değer	4,90	16,60	13,36	83,20	6,1
	En Küçük Değer	2,29	7,83	2,62	78,70	1,1
	Ortalama	3,34	11,81	5,13	81,39	3,26
	Standart Sapma	0,70	2,64	2,74	1,11	1,10

Grup-2 OECD Ülkelerine İlişkin İstatistikler	İstatistik Türü	Girdiler			Çıktılar	
		Doktor Sayısı	Hemşire Sayısı	Yatak Sayısı	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bebek Ölüm Oranı
	En Büyük Değer	6,24	10,09	10,29	82,50	13,3
	En Küçük Değer	1,73	1,79	1,57	74,40	1,6
	Ortalama	3,09	5,72	4,48	78,98	4,68
	Standart Sapma	1,10	2,14	2,26	2,82	2,77

3.3.1. 2011 Yılına İlişkin CCR Modeli Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Analizi Sonuçları

2011 yılına ilişkin olarak CCR girdi odaklı model ile yapılan analizler kapsamında OECD ülkeleri sağlık sektörü işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin VZA yöntemiyle analiz edilmiş ve teknik etkinlik değerleri tespit edilmiştir. Grup-1 OECD ülkeleri için elde edilen sonuçlar aşağıda Tablo 3.23’de sunulmaktadır.

Tablo 3.23. 2011 Yılı için Grup-1 OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Teknik Etkinlik Skoru(TE_{CCR})
1	İzlanda	1,0000
2	Finlandiya	0,9161
3	Japonya	1,0000
4	İrlanda	0,8380
5	Avustralya	0,7901
6	İsveç	0,8417
7	Fransa	1,0000
8	Belçika	0,9023
9	Lüksemburg	0,9492
10	Kanada	1,0000
11	Danimarka	0,8281
12	Almanya	0,7833
13	Avusturya	0,6467
14	Hollanda	0,9480
15	İsviçre	0,7697
16	Norveç	1,0000
17	ABD	0,9956
Grup-1 OECD Ortalaması		0,8946

Tablo 3.23’de yer alan Grup-1 OECD ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımı için yapılan CCR analizi etkinlik sonuçları incelendiğinde İzlanda, Japonya, Fransa, Kanada ve Norveç’ in teknik etkinlik seviyelerinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2011 yılı için Grup-1 OECD ülkelerinin ortalama teknik etkinlik değeri 0,8946 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.24’de ise Grup-2 OECD ülkeleri için 2011 yılına ait sağlık işgücü ve kaynak kullanıma ilişkin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.24. 2011 Yılı için Grup-2 OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Teknik Etkinlik Skoru(TE _{CCR})
1	Türkiye	1,0000
2	Meksika	0,9295
3	Estonya	1,0000
4	Polonya	1,0000
5	Şili	1,0000
6	Macaristan	0,7339
7	Çek Cumhuriyeti	0,9664
8	Slovakya	0,6099
9	Kore	1,0000
10	İsrail	0,6837
11	Yunanistan	0,8979
12	Portekiz	0,7765
13	Slovenya	1,0000
14	İspanya	0,7862
15	Yeni Zelanda	0,7778
16	İtalya	1,0000
17	Birleşik Krallık	1,0000
Grup-2 OECD Ortalaması		0,8919

Tablo 3.24’de yer alan grup 2 ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımı için yapılan CCR analizi etkinlik sonuçları incelendiğinde Türkiye, Estonya, Polonya, Şili, Kore, Slovenya, İtalya ve Birleşik Krallık teknik etkinlik seviyelerinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2011 yılı için Grup-2 OECD ülkelerinin ortalama teknik etkinlik değeri 0,8919 olarak bulunmuştur.

3.3.2. 2011 Yılına İlişkin BCC Modeli Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Analizi Sonuçları

2011 yılına ilişkin olarak BCC girdi odaklı model ile yapılan analizler kapsamında OECD ülkeleri sağlık sektörü işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin VZA yöntemiyle analiz edilmiş ve teknik etkinlik değerleri tespit edilmiştir. Grup-1 OECD ülkeleri için elde edilen sonuçlar aşağıda Tablo 3.25’de sunulmaktadır.

Tablo 3.25. 2011 Yılı için Grup-1 OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Saf Etkinlik Skoru (PTE _{BCC})
1	İzlanda	1,0000
2	Finlandiya	0,9327
3	Japonya	1,0000
4	İrlanda	0,8577
5	Avustralya	0,7905
6	İsveç	0,8442
7	Fransa	1,0000
8	Belçika	0,9120
9	Lüksemburg	0,9507
10	Kanada	1,0000
11	Danimarka	0,8466
12	Almanya	0,7938
13	Avusturya	0,6536
14	Hollanda	0,9534
15	İsviçre	0,9995
16	Norveç	1,0000
17	ABD	1,0000
Grup-1 OECD Ortalaması		0,9138

Tablo 3.25’de yer alan Grup-1 OECD ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımı için yapılan BCC girdi odaklı etkinlik analizi sonuçları incelendiğinde İzlanda, Japonya, Fransa, Kanada ve Norveç ve ABD’ nin saf teknik etkinlik seviyelerinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2011 yılı için Grup-1 OECD ülkelerinin ortalama saf teknik etkinlik değeri 0,9138 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.26’da ise Grup-2 OECD ülkeleri için 2011 yılına ait sağlık işgücü ve kaynak kullanıma ilişkin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.26. 2011 Yılı için Grup-2 OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Saf Etkinlik Skoru (PTE _{BCC})
1	Türkiye	1,0000
2	Meksika	0,9704
3	Estonya	1,0000
4	Polonya	1,0000
5	Şili	1,0000
6	Macaristan	0,7525
7	Çek Cumhuriyeti	0,9666
8	Slovakya	0,6180
9	Kore	1,0000
10	İsrail	0,8700
11	Yunanistan	0,9244
12	Portekiz	0,7765
13	Slovenya	1,0000
14	İspanya	0,9998
15	Yeni Zelanda	0,9112
16	İtalya	1,0000
17	Birleşik Krallık	1,0000
Grup-2 OECD Ortalaması		0,9288

Tablo 3.26’da yer alan Grup-2 OECD ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımı için yapılan BCC analizi etkinlik sonuçları incelendiğinde Türkiye, Estonya, Polonya, Şili, Kore, Slovenya, İtalya ve Birleşik Krallık saf teknik etkinlik seviyelerinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2011 yılı için grup 2 ülkelerinin ortalama saf teknik etkinlik değeri 0,9288 olarak bulunmuştur.

3.3.3. 2011 Yılına İlişkin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına Ait Ölçek Etkinliği ve Gelişme Oranları Analiz Sonuçları

Ülkelerin sahip olduğu teknik ve saf etkinlikler arasında meydana gelen ölçek farklarının ortaya konulması amacıyla ölçek farkı analizleri yapılmıştır. Grup-1 OECD ülkeleri ve Grup-2 OECD ülkeleri için analiz sonuçları Tablo 3.27’de sunulmuştur.

Tablo 3.27. 2011 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin Ölçek Etkinliği Analiz Sonuçları.

No.	KVB (Grup 1)	Ölçek Etkinliği (SE)	KVB (Grup 2)	Ölçek Etkinliği (SE)
1	İzlanda	1,0000	Türkiye	1,0000
2	Finlandiya	0,9822	Meksika	0,9579
3	Japonya	1,0000	Estonya	1,0000
4	İrlanda	0,9770	Polonya	1,0000
5	Avustralya	0,9995	Şili	1,0000
6	İsveç	0,9970	Macaristan	0,9753
7	Fransa	1,0000	Çek Cumhuriyeti	0,9998
8	Belçika	0,9894	Slovakya	0,9869
9	Lüksemburg	0,9984	Kore	1,0000
10	Kanada	1,0000	İsrail	0,7859
11	Danimarka	0,9781	Yunanistan	0,9713
12	Almanya	0,9868	Portekiz	1,0000
13	Avusturya	0,9894	Slovenya	1,0000
14	Hollanda	0,9943	İspanya	0,7864
15	İsviçre	0,7701	Yeni Zelanda	0,8536
16	Norveç	1,0000	İtalya	1,0000
17	ABD	0,9956	Birleşik Krallık	1,0000

Tablo 3.27’den görüldüğü üzere 2011 yılına ilişkin Grup-1 OECD ülkeleri içinde SE skoru ‘1’ bulunan 5 ülke tam ölçek etkinliğine sahiptir. Bu durumda tam ölçek etkinliğine sahip bu ülkelerin girdilerini çıktılara dönüştürmede grubunda yer alan diğer ülkelere kıyasla çok daha iyi performans sergilediğini söyleyebiliriz. Diğer ülkeler için ise büyük kısmının yüksek SE skoruna sahip olması nedeniyle 2011 yılı için Grup-1 OECD ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin tam ölçek etkinliğine yakın bir etkinlik sergiledikleri görülmektedir. Tablo 3.27’ den görüldüğü üzere Grup-2 OECD ülkeleri için ise tam ölçek etkinliğine sahip ülke sayısı çok daha fazladır. 2011 yılı için Grup-2 OECD ülkelerinde sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin tam ölçek etkinliğine sahip 9 ülke bulunmaktadır. Bu 9 ülke girdilerini çıktılara dönüştürmede grubunda yer alan diğer ülkelere kıyasla çok daha iyi performans sergilemektedir. Grupların etkinlik skorlarına baktığımızda grup 2 içinde yer alan ülkelerin kayda değer kısmının tam ölçek etkinliğinde performans

gösterdiğini, Grup-1 OECD ülkeleri için ise daha az sayıda ülkenin tam ölçek etkinliğinde performans sergilediğini söyleyebiliriz.

Tablo 3.28’de ise teknik etkin olmayan ülkelerin etkinliklerinin sağlanması için 2011 yılına ait CCR girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre girdi unsurları olan doktor sayısı, hemşire sayısı ve yatak sayısı adedine ilişkin gerçekleştirmeleri gereken değişim oranları yer almaktadır.

Tablo 3.28. 2011 Yılı için Teknik Etkin Olmayan OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin CCR Modeline Göre Gelişme Oranları.

No	Grup-1 OECD ÜLKELERİ	Girdi 1 (Doktor sayısı)	Girdi 2 (Hemşire sayısı)	Girdi 3 (Yatak sayısı)	Grup-2 OECD ÜLKELERİ	Girdi 1 (Doktor sayısı)	Girdi 2 (Hemşire sayısı)	Girdi 3 (Yatak sayısı)
1	Finlandiya	-8,387	-8,387	-8,387	Meksika	-7,049	-38,834	-7,049
2	İrlanda	-16,203	-30,632	18,700	Macaristan	-27,842	-66,045	-26,605
3	Avustralya	-20,993	-20,993	20,993	Çek Cumhuriyeti	-3,364	-3,364	-3,364
4	İsveç	-15,835	-41,659	15,835	Slovakya	-39,007	-51,994	-39,007
5	Belçika	-9,773	-9,773	-9,773	İsrail	-31,632	-31,632	-65,947
6	Lüksemburg	-5,079	-5,079	-32,924	Yunanistan	-48,582	-56,119	-10,206
7	Danimarka	-17,192	-17,192	-17,192	Portekiz	-22,348	-58,444	-22,348
8	Almanya	21,665	-21,665	-21,665	İspanya	-21,384	-21,384	-21,384
9	Avusturya	-35,332	-39,388	-35,332	Yeni Zelanda	-22,223	-22,223	-53,223
10	Hollanda	-5,203	-5,203	-5,203				
11	İsviçre	-23,029	-23,029	-41,369				
12	ABD	-0,438	-0,438	-3,939				

Tablo 3.28’de sunulan potansiyel iyileşme oranları dikkate alındığında KVB’lerin etkinliklerinin iyileştirilmesi amacıyla 2011 yılı için CCR girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre

Grup-1 OECD ülkeleri için Tablo 3.28’den görüldüğü üzere Teknik etkin olmayan ülkelerin etkin olması için;

Girdi 1, 1000 Kişi başına düşen doktor sayısı değişkeninin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,438 - % 35,332 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Girdi 2, 1000 kişi başına dufen hemşire sayısı iwin ultielerin hedef değerlerini gerwekleştirmesi % 0,438 - % 41,659 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mwmkündür.

Girdi 3, 1000 kişi başına dufen yatak sayısı iwin ultielerin hedef değerlerini gerwekleştirmesi % 3,939 - % 41,369 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mwmkündür.

Grup-2 OECD ultieleri iwin Teknik etkin olmayan ultielerin etkin olması iwin;

Girdi 1, 1000 Kişi başına dufen doktor sayısı değişkeninin hedef değerlerini gerwekleştirmesi % 3,364 - % 48,582 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mwmkündür.

Girdi 2, 1000 kişi başına dufen hemşire sayısı iwin ultielerin hedef değerlerini gerwekleştirmesi % 3,364 - % 66,045 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mwmkündür.

Girdi 3, 1000 kişi başına dufen yatak sayısı iwin ultielerin hedef değerlerini gerwekleştirmesi % 3,364 - % 65,947 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mwmkündür.

Tablo 3.29’da ise saf teknik etkin olmayan ultielerin etkinliklerinin iyileştirilmesi iwin BCC girdi odaklı model analiz sonuqlarına gwe girdi unsurlar olan 1000 kişi başına doktor sayısı, hemşire sayısı ve yatak sayısı adedine ilişkin gerwekleştirmeleri gereken değişim oranları yer almaktadır.

Tablo 3.29. 2011 Yılı için Etkin Olmayan OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin BCC Modeline Göre Gelişme Oranları.

No	Grup-1 OECD ÜLKELERİ	Girdi 1 (Doktor sayısı)	Girdi 2 (Hemşire sayısı)	Girdi 3 (Yatak sayısı)	Grup-2 OECD ÜLKELERİ	Girdi 1 (Doktor sayısı)	Girdi 2 (Hemşire sayısı)	Girdi 3 (Yatak sayısı)
1	Finlandiya	-6,732	-6,732	-6,732	Meksika	-2,963	-36,145	-2,963
2	İrlanda	-14,233	-29,002	-16,789	Macaristan	-26,014	-65,186	-24,747
3	Avustralya	-20,952	-20,952	-20,952	Çek Cumhuriyeti	-3,344	-3,344	-3,344
4	İsveç	-15,576	-41,421	-15,576	Slovakya	-38,199	-50,279	-38,199
5	Belçika	-8,795	-8,795	-8,795	İsrail	-12,998	-12,998	-58,646
6	Lüksemburg	-4,930	-4,930	-31,859	Yunanistan	-45,694	-55,371	-7,562
7	Danimarka	-15,335	-15,335	-15,335	Portekiz	22,348	-58,443	-22,348
8	Almanya	-20,621	-20,621	-20,621	İspanya	-0,015	-0,027	-0,015
9	Avusturya	-34,645	-38,578	-34,645	Yeni Zelanda	-8,879	-8,879	-11,001
10	Hollanda	-4,657	-4,657	-4,657				
11	İsviçre	-0,046	-0,046	-0,082				

Tablo 3.29’da sunulan potansiyel iyileşme oranları dikkate alındığında KVB’lerin etkinliklerinin iyileştirilmesi amacıyla 2011 yılı için BCC girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre,

Grup-1 OECD ülkeleri için Tablo 3.29’dan görüldüğü üzere saf teknik etkin olmayan ülkelerin etkin olması için;

Girdi 1, 1000 Kişi başına düşen doktor sayısı değişkeninin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,046 - % 34,645 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Girdi 2, 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,046 - % 41,421 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Girdi 3, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,001 - % 34,645 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Grup-2 OECD ülkeleri için saf teknik etkin olmayan ülkelerin etkin olması için;

1000 Kişi başına düşen doktor sayısı değişkeninin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,015 - % 45,694 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

1000 kişi başına düşen hemşire sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,027 - % 65,186 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

1000 kişi başına düşen yatak sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,015 - % 58,646 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

3.3.4. 2012 Yılına ilişkin CCR Modeli Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Etkinlik Analizi Sonuçları

2012 yılına ilişkin olarak CCR girdi odaklı model ile yapılan analizler kapsamında OECD ülkeleri sağlık sektörü işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin VZA yöntemiyle analiz edilmiş ve teknik etkinlik değerleri tespit edilmiştir. Grup-1 OECD ülkeleri için elde edilen sonuçlar aşağıda Tablo 3.30'da sunulmaktadır.

Tablo 3.30. 2012 Yılı için Grup-1 OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Teknik Etkinlik Skoru (TE _{CCR})
1	İzlanda	1,0000
2	Finlandiya	0,9823
3	Japonya	1,0000
4	İrlanda	0,9745
5	Avustralya	0,9582
6	İsveç	1,0000
7	Fransa	0,9973
8	Belçika	0,9632
9	Lüksemburg	0,9414
10	Kanada	1,0000
11	Danimarka	0,8534
12	Almanya	0,8068
13	Avusturya	1,0000
14	Hollanda	0,8156
15	İsviçre	0,6671
16	Norveç	0,7106
17	ABD	0,9779
Grup-1 OECD Ortalaması		0,9205

Tablo 3.30’da yer alan grup 1 ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımı için yapılan CCR analizi etkinlik sonuçları incelendiğinde İzlanda, Japonya, İsveç, Kanada ve Avusturya’ nın teknik etkinlik seviyelerinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2012 yılı için Grup-1 OECD ülkelerinin ortalama teknik etkinlik değeri 0,9205 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.31’de ise Grup-2 OECD ülkeleri için 2012 yılına ait sağlık işgücü ve kaynak kullanıma ilişkin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.31. 2012 Yılı için Grup-2 OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından CCR Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Teknik Etkinlik Skoru (TE _{CCR})
1	Türkiye	1,0000
2	Meksika	1,0000
3	Estonya	0,6001
4	Polonya	0,8239
5	Şili	1,0000
6	Macaristan	0,5814
7	Çek Cumhuriyeti	0,6203
8	Slovakya	0,5318
9	Kore	1,0000
10	İsrail	0,9335
11	Yunanistan	1,0000
12	Portekiz	0,8394
13	Slovenya	1,0000
14	İspanya	1,0000
15	Yeni Zelanda	0,8401
16	İtalya	0,9085
17	Birleşik Krallık	0,9097
Grup-2 OECD Ortalaması		0,8582

Tablo 3.31’de yer alan grup 2 ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımı için yapılan CCR analizi etkinlik sonuçları incelendiğinde Türkiye, Meksika, Şili, Kore, Yunanistan, Slovenya ve İspanya teknik etkinlik seviyelerinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2012 yılı için grup 2 ülkelerinin ortalama teknik etkinlik değeri 0,8582 olarak bulunmuştur.

3.3.5. 2012 Yılına İlişkin BCC Modeli Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin Etkinlik Analizi Sonuçları

2012 yılına ilişkin olarak BCC girdi odaklı model ile yapılan analizler kapsamında OECD ülkeleri sağlık sektörü işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin VZA yöntemiyle analiz edilmiş ve teknik etkinlik değerleri tespit edilmiştir. Grup-1 OECD ülkeleri için elde edilen sonuçlar aşağıda Tablo 3.32’de sunulmaktadır.

Tablo 3.32. 2012 Yılı için Grup-1 OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından BCC Modeli İle Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Saf Etkinlik Skoru (PTE_{BCC})
1	İzlanda	1,0000
2	Finlandiya	0,9928
3	Japonya	1,0000
4	İrlanda	0,9817
5	Avustralya	0,9999
6	İsveç	1,0000
7	Fransa	1,0000
8	Belçika	0,9762
9	Lüksemburg	0,9472
10	Kanada	1,0000
11	Danimarka	0,8685
12	Almanya	0,8126
13	Avusturya	1,0000
14	Hollanda	0,8198
15	İsviçre	0,8434
16	Norveç	0,7136
17	ABD	1,0000
Grup-1 OECD Ortalaması		0,9386

Tablo 3.32’de yer alan Grup-1 OECD ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımı için yapılan BCC girdi odaklı etkinlik analizi sonuçları incelendiğinde İzlanda, Japonya, İsveç, Fransa, Kanada, Avusturya ve ABD’nin saf teknik etkinlik seviyelerinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2012 yılı için Grup-1 OECD ülkelerinin ortalama saf teknik etkinlik değeri 0,9386 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.33’de ise Grup-2 OECD ülkeleri için 2012 yılına ait sağlık işgücü ve kaynak kullanıma ilişkin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3.33. 2012 Yılı için Grup 2 OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımı Açısından BCC Modeli ile Elde Edilen Sonuçları.

No.	Ülkeler	Saf Etkinlik Skoru (PTE _{BCC})
1	Türkiye	1,0000
2	Meksika	1,0000
3	Estonya	0,6043
4	Polonya	0,8448
5	Şili	1,0000
6	Macaristan	0,5968
7	Çek Cumhuriyeti	0,6318
8	Slovakya	0,5344
9	Kore	1,0000
10	İsrail	1,0000
11	Yunanistan	1,0000
12	Portekiz	0,8394
13	Slovenya	1,0000
14	İspanya	1,0000
15	Yeni Zelanda	0,9999
16	İtalya	0,9563
17	Birleşik Krallık	0,9999
Grup-2 OECD Ortalaması		0,8828

Tablo 3.33’de yer alan Grup-2 OECD ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımı için yapılan BCC analizi etkinlik sonuçları incelendiğinde Türkiye, Meksika, Şili, Kore, İsrail, Yunanistan, Slovenya ve İspanya saf teknik etkinlik seviyelerinin ‘1’ olduğu görülmektedir. Ayrıca 2012 yılı için Grup-2 OECD ülkelerinin ortalama saf teknik etkinlik değeri 0,8828 olarak bulunmuştur.

3.3.6. 2012 Yılına İlişkin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına Ait Ölçek Etkinliği ve Gelişme Oranları Analiz Sonuçları

Ülkelerin sahip olduğu teknik ve saf etkinlikler arasında meydana gelen ölçek farklarının ortaya konulması amacıyla ölçek farkı analizleri yapılmıştır. Grup-1 OECD ülkeleri ve Grup-2 OECD ülkeleri için analiz sonuçları Tablo 3.34’de sunulmuştur.

Tablo 3.34. 2012 Yılı için OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin Ölçek Etkinliği Analiz Sonuçları.

No.	KVB (Grup 1)	Ölçek Etkinliği (SE)	KVB (Grup 2)	Ölçek Etkinliği (SE)
1	İzlanda	1,0000	Türkiye	1,0000
2	Finlandiya	0,9894	Meksika	1,0000
3	Japonya	1,0000	Estonya	0,9930
4	İrlanda	0,9927	Polonya	0,9753
5	Avustralya	0,9583	Şili	1,0000
6	İsveç	1,0000	Macaristan	0,9742
7	Fransa	0,9973	Çek Cumhuriyeti	0,9818
8	Belçika	0,9867	Slovakya	0,9951
9	Lüksemburg	0,9939	Kore	1,0000
10	Kanada	1,0000	İsrail	0,9335
11	Danimarka	0,9826	Yunanistan	1,0000
12	Almanya	0,9929	Portekiz	1,0000
13	Avusturya	1,0000	Slovenya	1,0000
14	Hollanda	0,9949	İspanya	1,0000
15	İsviçre	0,7910	Yeni Zelanda	0,8402
16	Norveç	0,9958	İtalya	0,9500
17	ABD	0,9779	Birleşik Krallık	0,9098

Tablo 3.34’de görüldüğü üzere 2012 yılına ilişkin Grup-1 OECD ülkeleri içinde SE skoru ‘1’ bulunan 5 ülke tam ölçek etkinliğine sahiptir. Bu ülkeler İzlanda , Japonya, İsveç, Kanada ve Avusturya’ dır. Tam ölçek etkinliğine sahip bu 5 ülke için girdilerini çıktılara dönüştürmede grubunda yer alan diğer ülkelere kıyasla çok daha iyi olduklarını söyleyebiliriz. Diğer ülkeler için ise büyük kısmının yüksek SE skoruna sahip olması nedeniyle 2012 yılı için Grup-1 OECD ülkelerinin sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin tam ölçek etkinliğine yakın bir etkinlik sergilediklerini söylenebilmektedir. Grup-2 OECD ülkeleri için ise tam ölçek etkinliğine sahip ülke sayısı 8 dir. Grupların tam ölçek etkinliğine sahip olmayan ülkeleri için etkinlik skorlarına baktığımızda. İki grupta yer alan ülkeler içinde tam ölçek etkinliğine yakın bir performans sergilediğini söyleyebiliriz.

Tablo 3.35’de ise teknik etkin olmayan ülkelerin etkinliklerinin sağlanması için 2012 yılına ait CCR girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre girdi unsurları

olan doktor sayısı, hemşire sayısı ve yatak sayısı adedine ilişkin gerçekleştirmeleri gereken değişim oranları yer almaktadır.

Tablo 3.35. 2012 Yılı için Teknik Etkin Olmayan OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin CCR Modeline Göre Gelişme Oranları.

No	Grup-1 OECD ÜLKELERİ	Girdi 1 (Doktor sayısı)	Girdi 2 (Hemşire sayısı)	Girdi 3 (Yatak sayısı)	Grup-2 OECD ÜLKELERİ	Girdi 1 (Doktor sayısı)	Girdi 2 (Hemşire sayısı)	Girdi 3 (Yatak sayısı)
1	Finlandiya	-1,774	-1,774	-1,774	Estonya	-39,986	-39,986	-39,986
2	İrlanda	-2,554	-21,366	-2,554	Polonya	-17,613	-20,480	-17,613
3	Avustralya	-8,587	-4,178	-4,178	Macaristan	-41,861	-41,861	-41,861
4	Fransa	-0,274	-0,274	-2,354	Çek Cumhuriyeti	-37,966	-37,966	-44,780
5	Belçika	-3,679	-3,679	-16,241	Slovakya	-46,817	-46,817	-46,817
6	Lüksemburg	-5,862	-10,088	-5,862	İsrail	-6,651	-6,651	-6,651
7	Danimarka	-14,664	-34,999	-14,664	Portekiz	-16,065	-16,065	-16,065
8	Almanya	-19,318	-19,318	-19,318	Yeni Zelanda	-15,995	-58,851	-15,995
9	Hollanda	-18,444	-18,444	-18,444	İtalya	-9,148	-15,001	-9,148
10	İsviçre	-33,285	-39,759	-33,285	Birleşik Krallık	-9,032	-46,526	-9,032
11	Norveç	-28,945	-33,708	-28,945				
12	ABD	-2,205	-18,667	-2,205				

Tablo 3.35’de sunulan potansiyel iyileşme oranları dikkate alındığında ülkelerin etkinliklerinin iyileştirilmesi amacıyla 2012 yılı için CCR girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre,

Grup-1 OECD ülkelerine ilişkin teknik etkin olmayan ülkelerin etkin olması için;

Girdi 1, 1000 Kişi başına düşen doktor sayısı değişkeninin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 1,774 - % 33,285 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Girdi 2, 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 1,774 - % 39,759 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Girdi 3, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 1,774 - % 33,285 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Grup-2 OECD ülkeleri için teknik etkin olmayan ülkelerin etkin olması için;

Girdi 1, 1000 Kişi başına düşen doktor sayısı değişkeninin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 6,651 - % 46,817 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Girdi 2, 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 6,651 - % 58,851 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Girdi 3, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 6,651 - % 46,817 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Tablo 3.36'da ise saf teknik etkin olmayan ülkelerin etkinliklerinin iyileştirilmesi için BCC girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre girdi unsurlar olan 1000 kişi başına doktor sayısı, hemşire sayısı ve yatak sayısı adedine ilişkin gerçekleştirmeleri gereken değişim oranları yer almaktadır.

Tablo 3.36. 2012 Yılı için Etkin Olmayan OECD Ülkelerinin Sağlık İşgücü ve Kaynak Kullanımına İlişkin BCC Modeline Göre Gelişme Oranları.

No	Grup-1 OECD ÜLKELERİ	Girdi 1 (Doktor sayısı)	Girdi 2 (Hemşire sayısı)	Girdi 3 (Yatak sayısı)	Grup-2 OECD ÜLKELERİ	Girdi 1 (Doktor sayısı)	Girdi 2 (Hemşire sayısı)	Girdi 3 (Yatak sayısı)
1	Finlandiya	-0,719	-0,719	-0,719	Estonya	-39,572	-39,572	-39,572
2	İrlanda	-1,826	-20,869	-1,826	Polonya	-15,519	-46,051	-21,265
3	Avustralya	-0,041	-0,007	-0,007	Macaristan	-40,324	-57,491	-58,220
4	Belçika	-2,378	-2,378	-17,706	Çek Cumhuriyeti	-36,817	-36,817	-36,817
5	Lüksemburg	-5,280	-9,595	-5,280	Slovakya	-46,558	-51,739	-46,558
6	Danimarka	-13,152	-34,031	-13,152	Portekiz	-18,962	-16,059	-16,059
7	Almanya	-18,743	-18,743	-18,743	Yeni Zelanda	-0,006	-0,026	-0,006
8	Hollanda	-18,019	-18,019	-18,019	İtalya	-4,374	-14,725	-4,374
9	İsviçre	-15,656	-16,113	-15,656	Birleşik Krallık	-0,006	-0,053	-0,006
10	Norveç	-28,640	-33,481	-28,640				

Tablo 3.36'da sunulan potansiyel iyileşme oranları dikkate alındığında ülkelerin etkinliklerinin iyileştirilmesi amacıyla 2011 yılı için BCC girdi odaklı model analiz sonuçlarına göre,

Grup-1 OECD ülkelerine ilişkin saf teknik etkin olmayan ülkelerin etkin olması için;

Girdi 1, 1000 Kişi başına düşen doktor sayısı değişkeninin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,001 - % 28,640 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Girdi 2, 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,005 - % 34,031 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Girdi 3, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,001 - % 28,640 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

Grup-2 OECD ülkeleri için saf teknik etkin olmayan ülkelerin etkin olması için;

1000 kişi başına düşen doktor sayısı değişkeninin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,002 - % 46,558 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

1000 kişi başına düşen hemşire sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,002- % 57,491 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

1000 kişi başına düşen yatak sayısı için ülkelerin hedef değerlerini gerçekleştirmesi % 0,002 - % 58,220 arasında değişen oranlarda azalmaya gitmeleriyle mümkündür.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Günümüzde ülkelerin GSYİH'larından ciddi oranlarda pay ayırdıkları sağlık sektörünün yönetimi hükümetler açısından büyük önem arz etmektedir. Diğer taraftan küreselleşmenin sağlık piyasası üzerinde de etkisi büyüktür. Serbest piyasa eğilimi sağlık politikalarına da yansımakta olup, ülkeler iç pazarları ve düzenlenmiş pazarlar arasında kendi yerlerini belirleyecek politikalar üretmeye çalışmaktadır. Sağlık hizmetleri finansman ve sunumunda özel sektörün ağırlığı giderek artmaktadır. Bu durum sağlık sektörünü de diğer ekonomik piyasalar gibi rekabete açık hale getirmektedir. İşte bu noktada politika yapıcılarının ellerinde bulundurdukları kaynakları ve hizmetleri en etkin şekilde kullanmaları büyük önem taşımaktadır. Özellikle son 20 yıldır sağlık sektöründe etkinlik ölçme çalışmaları yoğun olarak yapılmaktadır. Makro açıdan tüm ülkelerinin sağlık sistemlerinin karşılaştırılarak ortak özelliklerini ve farklılıklarını ortaya çıkarmaya yönelik çalışmalara daha az rastlanırken, mikro açıdan ele alan hastane hizmetlerinin etkinliğini ölçmeyi amaçlayan çok sayıda çalışma literatürde mevcuttur. Çalışmamızda daha genel bir çerçeveyi görmeyi amaçlayarak OECD ülkeleri sağlık hizmetleri ile ilgili Veri Zarflama Analizi tabanlı etkinlik ölçümü uygulamaları yapılmıştır. 2011 ve 2012 yıllarına ilişkin OECD ülkelerinin sağlık harcamaları ve sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin hizmet etkinliği değerlendirmeleri yapılmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde sağlık kavramı, sağlık hizmetleri piyasası ve genel olarak sağlık sistemlerinin işleyişi üzerinde durulmuştur. OECD üye ülkelerinin sağlık sistemleri hakkında bilgiler verilmiştir. İkinci bölümde bu çalışmada kullanılan ve son yıllarda her sektörde etkinlik ölçümleri için sıklıkla başvurulan bir yöntem olan VZA'nın temel kavramları ve ortaya konulan genel modelleri incelenmiş ve literatürde sağlık sektöründe VZA'nın uygulandığı önde gelen çalışmalara değinilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise OECD üye ülkelerinin sağlık sistemleri girdi odaklı CCR ve BCC modelleri ile etkinlik analizine tabi tutulmuştur. Girdi odaklı model mevcut çıktıyı en az girdiyle üretme amacına yöneliktir (Cooper vd., 2005). Mevcut çıktının daha az iş gücü, sermaye ve malzemeyle gerçekleştirebileceğini göstermektedir. Bu nedenle girdi odaklı model tasarrufu göz önüne sermesi yönüyle kamu için önemlidir. Diğer taraftan sağlık hizmetleri,

devletlerin vatandaşına birinci derecede sağlamakla yükümlü olduğu hizmetler olduğundan sağlık alanında kazanç/kayıp ilişkisi daha az önemsemektedir. Ancak özellikle son yıllarda OECD, AB ve diğer birçok uluslar arası kuruluşun ye ülkelerinin bu alandaki harcamalarını denetime tabi tutması, ülkeleri sağlık alanında etkinlik ölçümlerine yöneltilmiştir. lke ekonomisinde yaşanabilecek olumsuzluklar dikkate alınarak politikalar oluşturulmalıdır. Örneğin kriz dönemlerinde halka temel hizmeti sağlayamayacak duruma düşmemek için yapılan planlamalar önem arz etmektedir. Bu nedenle sağlık sistemleri planlaması ve yönetimi, sağlık hizmetleri kaynaklarının etkin kullanımı politika yapıcılar açısından çok önemlidir.

Bu kapsamda 2011 ve 2012 yıllarına ilişkin 34 OECD lkesi sağlık sektörü için göreceli etkinlik analizleri yapılmıştır. Ayrıca analizde karar verme birimlerinin homojen yapıda olması önemlidir. Bu nedenle 34 OECD lkesi kişi başi toplam sağlık harcamalarının OECD ortalamasının altında ve üstünde olma durumlarına göre 2 gruba ayrılarak analiz edilmiştir. Grup-1’de yer alan ülkeler kişi başi toplam sağlık harcamaları OECD ortalamasının üstünde olan ülkelerdir. Aynı şekilde Grup-2’de yer alan ülkeler de kişi başi toplam sağlık harcamaları OECD ortalamasının altında olanlardır.

2011 ve 2012 yıllarına ait Grup-1 OECD lkeleri ve Grup-2 OECD lkelerinin sağlık harcamaları ve sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin hizmet etkinliği analizleri yapılmıştır.

2011 yılına ait Grup-1 OECD lkelerinin sağlık harcamalarının CCR modeli ile elde edilen sonuçlarına göre teknik etkin bulunan lkeler İzlanda ve Japonya’dır. Japonya’nın etkin çıkması sağlık sisteminin diğer ülkelere kıyasla daha çok gelişmiş olması nedeniyledir. Japonya, sağlık ekipmanını kendi ürettiği için sağlık hizmetlerine dair tüm uygulamaları diğer ülkelere kıyasla daha düşük bir maliyetle yapabilmektedir. Ayrıca Japonya 34 OECD lkesi içinde bebek ölüm oranlarındaki düşüklük açısından ilk üç sırada olduğundan diğer ülkelere kıyasla etkin bulunmuştur.

İzlanda ıktı değişkenler olan bebek ölüm oranı ve doğumda beklenen yaşam süresi göstergeleri açısından iyi değerlere sahiptir ve bu değerlere ulaşmada

kullandığı kişi başına düşen sağlık harcamaları girdi değişkeni OECD ortalamasına yakın değerler almaktadır. İzlanda çıktındaki bu iyi değerlere diğer ülkelere kıyasla ortalama bir girdi değeri ile ulaşabilmek için etkin olduğunu göstermektedir. 2011 yılı için Grup-1 OECD ülkeleri sağlık harcamalarının BCC modeli ile elde edilen sonuçlarında da Japonya, İzlanda ve Finlandiya saf teknik etkin olarak bulunmuştur.

2011 yılı için sağlık harcamalarına ilişkin etkin olmayan Grup-1 OECD ülkelerine etkin olmaları için ihtiyaçları olan iyileştirme politikaları önerilebilir. Sağlık sistemleri finansman, yönetim-düzenleme ve sunum faaliyetleri ile ilgili olan kuruluşlar, ulusal ve uluslararası aktörler ve kaynaklardan oluşan tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu faaliyetler sağlık sisteminin iç unsurlarını oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra uygulanan hukuki düzenlemeler, devletin etik konulardaki bakış açısı gibi sağlık sisteminin dış unsurları olarak kabul edilen birçok faktör sistemin performansını önemli ölçüde etkilemektedir. Ancak çalışmanın kapsamı dahilinde ülke sağlık sistemlerinin etkinlik ölçümlerinde kullanılan girdi ve çıktı unsurlar aracılığıyla etkin olmayan ülkelere ilişkin önerilerde bulunulabilir.

2011 yılı için sağlık harcamalarına ilişkin etkin olmayan Grup-1 OECD ülkelerinden Almanya'nın etkin olması için CCR modeli ile elde edilen sonuçlara göre aynı değerdeki çıktı unsurlara kişi başı sağlık harcamalarında % 26,704 oranında bir azalma gerçekleştirilerek ulaşması gerekmektedir. Diğer etkin olmayan Grup-1 OECD ülkeleri için de etkin olmaları için benzer öneriler sunulmaktadır.

2011 yılına ait Grup-2 OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının CCR modeli ile elde edilen sonuçlarına göre teknik etkin bulunan ülkeler Türkiye ve Estonya'dır. Türkiye çıktı değişkenleri olan bebek ölüm oranı ve doğumda beklenen yaşam süresi göstergelerinde alt sıralarda olmasına rağmen bu çıktılara ulaşmada diğer ülkelere kıyasla kişi başına düşen sağlık harcamaları masrafı az olduğundan etkin bulunmuştur. Ayrıca bebek ölüm oranı ve doğumda beklenen yaşam süresi çıktı değişkenlerinde en alt sırada olan Meksika gibi bir ülkenin varlığı da Türkiye'nin etkin çıkmasına neden olmaktadır. Estonya ise bebek ölüm oranı çıktı değişkeninde Grup-2 OECD ülkeleri içinde en düşük değere sahiptir. Doğumda beklenen yaşam süresi çıktı değişkeninin de ise OECD ortalamasına yakın değer sergilemektedir. Bu değerlere ulaşmakta kullandığı girdi miktarları diğer ülkelere kıyasla daha az

olduğundan etkin bulunmuştur. 2011 yılına ait OECD Grup-2 OECD ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC modeli ile elde edilen sonuçlarına göre saf teknik etkin bulunan ülkeler Türkiye ve Estonya'dır.

2011 yılı için sağlık harcamalarına ilişkin etkin olmayan Grup-2 OECD ülkelerinden Birleşik Krallık'ın etkin olması için CCR modeli ile elde edilen sonuçlara göre aynı değerdeki çıktı unsurlara kişi başı sağlık harcamalarında %64,086 oranında bir azalma gerçekleştirerek ulaşması gerekmektedir. Diğer etkin olmayan Grup-2 OECD ülkeleri için de etkin olmaları için benzer öneriler sunulmaktadır.

2012 yılına ait OECD Grup-1 OECD ülkelerinin Sağlık Harcamalarının CCR modeli ile elde edilen sonuçlarına göre sadece 'İzlanda' teknik etkin bulunmuştur. Japonya 2011 yılına ilişkin sağlık harcamaları CCR modeli analizinde etkin bulunurken 2012 yılı için teknik etkin çıkmamıştır. Japonya ve İzlanda'nın 2011 ve 2012 yıllarına ilişkin OECD 2014 sağlık istatistiklerinde yer alan girdi ve çıktı unsurlarına ait değerleri incelediğimizde Grup-1 OECD ülkelerinin genelinde ve özellikle de İzlanda'da bebek ölüm oranı çıktı değişkeninin de gerçekleştirdiği iyileşmeyi sağlık harcamalarındaki diğer ülkelere kıyasla daha az bir artışla başardığını görmekteyiz. Ancak aksine Japonya kişisel sağlık harcamaları girdi unsurunda artışa giderken çıktı unsurlarından yaşam süresinde iyileşme elde etmesine rağmen bebek ölüm oranı çıktısında 2011 yılına göre daha düşük bir değer elde ederek etkin olmayan ülkeler arasına katılmıştır. 2012 yılına ait OECD Grup-1 OECD ülkelerinin Sağlık Harcamalarının BCC modeli ile elde edilen sonuçlarında da yine sadece 'İzlanda' saf teknik etkin bulunmuştur.

2012 yılı için sağlık harcamalarına ilişkin etkin olmayan Grup-1 OECD ülkelerinden Fransa'nın etkin olması için CCR modeli ile elde edilen sonuçlara göre aynı değerdeki çıktı unsurlara kişi başı sağlık harcamalarında %18,439 oranında, Belçika'nın ise %22,396 oranında bir azalma gerçekleştirerek ulaşması gerekmektedir. Diğer etkin olmayan Grup-1 OECD ülkeleri için de etkin olmaları için benzer öneriler sunulmaktadır.

2012 yılına ait Grup-2 OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının CCR modeli ile elde edilen sonuçlarına göre Türkiye, Estonya, Slovenya teknik etkin bulunmuştur. Slovenya 2011 yılına ilişkin sağlık harcamaları CCR modeli analizinde etkin değilken 2012 yılı için etkin çıkmıştır. Slovenya'nın 2012 yılına ilişkin etkin çıkmasının nedeni çıktı unsurlarında elde ettiği daha iyi değerleri 2011 yılına kıyasla daha az kişi başı sağlık harcamaları yaparak gerçekleştirmiş olmasıdır. 2012 yılına ait Grup-2 OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının BCC modeli ile elde edilen sonuçlarında Türkiye, Estonya, Kore, Slovenya saf teknik etkin bulunmuştur.

2012 yılı için sağlık harcamalarına ilişkin etkin olmayan Grup-2 OECD ülkelerinden Portekiz'in etkin olması için CCR modeli ile elde edilen sonuçlara göre aynı değerdeki çıktı unsurlara kişi başı sağlık harcamalarında % 37,792 oranında, İspanya'nın ise %45,318 oranında bir azalma gerçekleştirerek ulaşması gerekmektedir. Diğer etkin olmayan Grup-2 OECD ülkeleri için de etkin olmaları için benzer öneriler sunulmaktadır

2011 yılı için Grup-1 OECD ülkeleri sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin CCR model analiz sonuçları incelendiğinde, İzlanda, Japonya, Fransa, Kanada ve Norveç teknik etkin bulunmuştur.

Norveç sağlık sistemi doktor ve hemşire oranı açısından OECD ülkeleri ortalamasının üstünde olmasına rağmen, kaynak kullanımına ilişkin bir diğer girdi unsuru olan hastane yatak sayısında OECD ortalamasının altında değer alması nedeniyle etkin çıkmıştır. Fransa kişi başına düşen hastane yatak sayısı bakımından yüksek değere sahip olmasına rağmen, kişi başına düşen doktor sayısı ve hemşire sayısı bakımından OECD ülkeleri ortalamasına yakın değerler aldığından etkin bulunmuştur. Kanada, İzlanda ve Japonya hastane yatak sayısı bakımından OECD ülkeleri içinde en alt sırada yer almaktadır. Bu ülkeler yatak sayısı girdi unsuru açısından minimum değerlere sahip olmakla birlikte bu girdiler neticesinde başarılı çıktı değerleri ürettiklerinden etkin bulunmuştur.

2011 yılı için sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin etkin olmayan Grup-1 OECD ülkelerinden ABD'nin etkin olması için CCR modeli ile elde edilen sonuçlara göre aynı değerdeki çıktı unsurlara doktor sayısı girdi unsurunda % 0,438

oranında, hemşire sayısı girdi unsurunda %0,438 oranında ve yatak sayısı girdi unsurunda %3,939 oranında bir azalma gerçekleştirerek ulaşması gerekmektedir. Diğer etkin olmayan Grup-1 OECD ülkeleri için de etkin olmaları için benzer şekilde öneriler sunulmaktadır.

2011 yılı için Grup-2 OECD ülkeleri sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin CCR model analiz sonuçları incelendiğinde, Türkiye, Estonya, Polonya, Şili, Kore, Slovenya, İtalya ve Birleşik Krallık teknik etkin bulunmuştur. Türkiye ve Şili çıktı değişkenler olan bebek ölüm oranı ve doğumda beklenen yaşam süresi göstergelerinde alt sıralarda olmasına rağmen bu çıktılara ulaşmada diğer ülkelere kıyasla kişi başına düşen doktor sayısı oranı çok düşük olduğundan sağlık işgücü ve kaynak kullanımında etkin bulunmuştur. Birleşik Krallık bebek ölüm oranları ve doğumda beklenen yaşam süresi göstergelerinde üst sırada olup bu çıktı unsurlara ulaşmada kullandığı girdi değişkenler olan kişi başına düşen hemşire sayısı, doktor sayısı ve hastane yatak sayısı girdi unsurlarında diğer ülkelere kıyasla daha düşük miktarlar kullandığından sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin etkin bulunmuştur.

Estonya, Slovenya ve İtalya ise bebek ölüm oranı çıktı değişkeninde Grup-2 OECD ülkeleri içinde alt sıralarda yer almaktadırlar. Doğumda beklenen yaşam süresi çıktı değişkeninde de üst sıralarda görülmektedirler ve bu çıktı değerlerine ulaşmakta kullandıkları girdi miktarları diğer ülkelere kıyasla daha az olduğundan etkin bulunmuşlardır.

2011 yılı için Grup-2 OECD ülkeleri sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin BCC model analiz sonuçları incelendiğinde Türkiye, Estonya, Polonya, Şili, Kore, Slovenya, İtalya ve Birleşik Krallık saf teknik etkin bulunmuştur. Türkiye ve Estonya 2011 yılı için hem sağlık harcamaları hem de sağlık işgücü ve kaynak kullanımını açısından etkin bulunan ülkelerdir.

2011 yılı için sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin etkin olmayan Grup-2 OECD ülkelerinden Yunanistan'ın etkin olması için CCR modeli ile elde edilen sonuçlara göre aynı değerdeki çıktı unsurlara doktor sayısı girdi unsurunda % 48,582 oranında, hemşire sayısı girdi unsurunda % 56,119 oranında ve yatak sayısı

girdi unsurunda %10,206 oranında bir azalma gerçekleştirerek ulaşması gerekmektedir. Diğer etkin olmayan Grup-2 OECD ülkeleri için de etkin olmaları için benzer öneriler sunulmaktadır.

2012 yılı için Grup-1 OECD ülkeleri sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin CCR model analiz sonuçları incelendiğinde, İzlanda, Japonya, Kanada, İsveç ve Avusturya teknik etkin bulunmuştur. İzlanda 2012 yılına ait Grup-1 OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının CCR modeli ile etkinlik ölçümlerinde de teknik etkin bulunmuştur. Bu durumda “İzlanda” Grup-1 OECD ülkeleri içinde 2012 yılına ait sağlık harcamaları ile sağlık hizmetleri işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin CCR model analizlerine göre etkin olan tek ülkedir.

2012 yılı için sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin etkin olmayan Grup-1 OECD ülkelerinden Norveç’in etkin olması için CCR modeli ile elde edilen sonuçlara göre aynı değerdeki çıktı unsurlara doktor sayısı girdi unsurunda % 28,945 oranında, hemşire sayısı girdi unsurunda % 33,708 oranında ve yatak sayısı girdi unsurunda %28,945 oranında bir azalma gerçekleştirerek ulaşması gerekmektedir. Diğer etkin olmayan Grup-1 OECD ülkeleri için de etkin olmaları için benzer şekilde öneriler sunulmaktadır.

2012 yılı için Grup-2 OECD ülkeleri sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin CCR model analiz sonuçları incelendiğinde, Türkiye, Meksika, Şili, Kore, Yunanistan, Slovenya, İspanya teknik etkin bulunmuştur. Türkiye ve Slovenya 2012 yılına ait sağlık harcamaları CCR model analiz sonuçlarında da teknik çıkan ülkelerdendir. Bu durumda sadece Türkiye ve Slovenya Grup-2 OECD ülkeleri içinde 2012 yılına ait sağlık harcamaları ile sağlık hizmetleri işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin CCR model analizlerine göre etkin olan ülkelerdir.

2012 yılı için sağlık işgücü ve kaynak kullanımına ilişkin etkin olmayan Grup-2 OECD ülkelerinden Polonya’nın etkin olması için CCR modeli ile elde edilen sonuçlara göre aynı değerdeki çıktı unsurlara doktor sayısı girdi unsurunda % 17,613 oranında, hemşire sayısı girdi unsurunda % 20,480 oranında ve yatak sayısı girdi unsurunda %17,613 oranında bir azalma gerçekleştirerek ulaşması

gerekmektedir. Diğer etkin olmayan Grup-2 OECD ülkeleri için de etkin olmaları için benzer şekilde öneriler sunulmaktadır.

Bu kapsamda, gerçekleştirilen uygulama çalışmaları neticesinde OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasının yapılmasına ilişkin Veri Zarflama Analizi yaklaşımının anlamlı sonuçlar verebileceği değerlendirilmektedir.

KAYNAKÇA

- Afonso, A. ve Aubyn, M. (2005), Non-Parametric Approaches To Education And Health Efficiency In OECD Countries, *Journal of Applied Economics*, VIII (2), 227-246.
- AIHW, Australian Institute of Health and Welfare, (2014).
- Akdur, R. (2006), Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum Ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Arş. Dizisi 17, (Güncellenmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara.
- Akın, C. (2007), *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Akpınar, R. ve Çakın, E. (2014), Veri Zarflama Analizi İle İllerin Bölgelerinde TUBİTAK ve KOSGEB Projelerindeki Etkinliğinin Ölçülmesi, *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, T.C. Bilim Sanayi Ve Teknoloji Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Aksakoğlu, G. ve Giray, H. (2006), Birleşik Krallık’ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü, *Toplum ve Hekim*, 21: 335-343.
- Aktan, C.C. (2001), Sağlık Reformu ve Zorunlu Özel Sağlık Sigortası Modeli Önerisi, *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, Yıl7; Sayı 40.
- Altay, A. (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Ataay, Faruk (2008), “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- Athanassopoulos, A.D. ve Shale, E. (1997), Assesing the Comparative Efficiency of Higher Education Institutions in the UK by Means of Data Envelopment Analysis, *Education Economics*, 5(2), 117-134.
- Avcı, A. (1997), *Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı*, Melisa Matbaacılık, İstanbul.

- Aydemir, Z.C., (2002), Bölgesel Rekabet Edilebilirlik Kapsamında İllerin Kaynak kullanım Görece Verimlilikleri, Veri Zarfalama Analizi Uygulaması, DPT Yayını, No:2664.
- Baily, M.N. ve Garber, A.M. (1998), “Health Care Productivity”, C. Winston, M.N. Baily ve P.C. Reiss (derleme), Brookings Papers on Economic Activitiy Microeconomic: 1997 içinde, Washington: Brookings Institution Press, 143-215.
- Banker, R., Charnes, A. ve Cooper, W.W. (1984), Some Models For Estimating Technical And Scale İnefficiencies İn Data Envelopment Analysis, *Management Science* 30(9) 1078-1092.
- Bourque, M. ve Farrah, J. S. (2012), Roemer 20 Years Later: When a Classical Health-System Typology Meets Market- Oriented Reforms, *Revue gouvernance Fall*, 15-17.
- Budak, H. (2010), Veri Zarflama Analizi ve Hisse Senedi Seçiminde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İstatistik ABD, Ankara.
- Bulduklu, Y. ve Koçak, A. (2010), Sağlık İletişimi, Akademi Basım ve Yayıncılık, İstanbul.
- Byrnes, P. ve Vaidmanis, V. (1994) Analyzing Technical and Allocative Efficiency of Hospitals, In Charnes, A., Cooper, W. W., Lewin, A. Y. and Seiford, L. M. (Editörler) *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications*, Kluwer.
- Care, 30(78), 1-794.
- Cingi, S. ve Tarım, A. (2000), Türk Banka Sisteminde Performans Ölçümü: DEA-Malmquist TFP Endeksi Uygulaması, Türkiye Bankalar Birliği, Araştırma Tebliğleri Serisi, 2000-01, 1-34.
- Coelli, T.J., Rao, D.S.P., O'Donnell, C.J., Battese, G.E. (2005), *An İntroduction to Efficiency and Productivity Analysis*, Springer, Newyork.

- Coelli, Tim, D. S. Prasada Rao, And George E. Battese (1998), An Introduction To Efficiency And Productivity Analysis, Boston, Kluwer.
- Cooper, W.W., Seiford, L.M. ve Tone, K. (2000), *Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software*, Kluwer Academic Publishers, Boston.
- Cooper, W.W., Seiford, L.M. ve Tone, K. (2002), *Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software*, Kluwer Academic Publishers, Boston.
- Cummins, J.D. ve Zi, H. (1998), Comparison of Frontier Efficiency Methods: An Application to the Life Insurance Industry, *Journal of Productivity Analysis*, 10, 131-152.
- Çalışkan, Z. (1999), *Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye’ de Uygulanabilirliği*, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Çelebi, A. K. ve Cura, S. (2013), Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz, *Celal Bayar Üniversitesi Maliye Dergisi*, 164, 54.
- Çilingiroğlu, N. (1995), Sağlık Ekonomisi, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, der., Bertan, M. ve Güler, Ç., Güneş Kitabevi, Ankara.
- Dages B.G., Goldberg L. ve Kinney, D. (2000), “Foreign and Domestic Bank Participation in Emerging Markets: Lessons from Mexico and Argentina”, *FRNBY Economic Policy Review*, September, 17-36.
- Davas, A.,(2013), Sağlık Reformları ve Slovakya Sağlık Bakanlığı’nda Son 10 Yıldaki Değişim, *Toplum ve Hekim*, Temmuz- Ağustos 28(4).
- Demir, Y. ve Gençtürk, M. (2006), İMKB’de İşlem Gören Yerli ve Yabancı Bankaların Göreli Etkinliklerinin Veri Zarflama Analizi ile Ölçümü, *D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi*, 21(2), 49-74.
- Dikmen, C., (2007), “Veri zarflama ile üniversitelerin etkinliğinin ölçülmesi”dari bilimler , *Kocaeli üniversitesi iktisadi ve idari bilimler fakültesi dergisi*, Sayı 3-6, Haziran/ Aralık.

- Dyson, R.G., Allen, R., Camanho, A.S., Podinovski, V.V., Sarrico, C.S., Shale, E.A., (2002), Pitballs and Protocols in DEA, *European Journal of Operational Research*, 132(2), 245-259.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014), Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (1999), Health Care Systems in Transition: Luxembourg, European Observatory on Health Care Systems
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2001), Health Care Systems in Transition: New Zealand, European Observatory on Health Care Systems
- European Observatory on Health Care Systems And Policies (2002), Health Care Systems in Transition: Denmark, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2002), Health Care Systems in Transition: Slovenia, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2009), Health Care Systems in Transition: Bulgaria, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2009), Health Care Systems in Transition: Israel, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2009), Health Care Systems in Transition: Czech Republic, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2009), Health Care Systems in Transition: Italy, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2010), Health Care Systems in Transition: Spain, European Observatory on Health Care Systems.

- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2010), Health Care Systems in Transition: Netherlands, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2011), Health Care Systems in Transition: Hungary, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2012), Health Care Systems in Transition: Sweden, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2013), Health Care Systems in Transition: Norway, European Observatory on Health Care Systems.
- European Observatory on Health Care Systems and Policies (2013), Health Care Systems in Transition: Estonia, European Observatory on Health Care Systems.
- Evang, K. (1960), Health Services, Society and Medicare, Oxford University Press, London.
- Evans, D., Tandon, A., Murray, C. ve Jeremy, L. (2000), "The Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health: An Analysis of 191 Countries", GPE Discussion Paper Series 29, Geneva, World Health Organisation.
- Fandel, G., (2007), On the Performance of Universities in North Rhine-Westphalia, Germany: Government's Redistribution of Funds Judged Using DEA Efficiency Measures, *European Journal of Operational Research*, 176(1), 521-533.
- Farrell, M.J. (1957), The Measurement of Productive Efficiency, *Journal of the Royal Statistical Series A (General)*, 120(3), 253-290.
- Field, M.G. (1973), The Concept of the Health System at the Macrosociological Level, *Social Science and Medicine* 7, 763-785.

- Gökgöz, F. (2009), *Veri Zarflama Analizi Ve Finans Alanına Uygulanması*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Yayın No:597,17.
- Graig, L.A. (1993), *Health of Nation: An International Perspective on U.S. Health Care Reform*, Congressional Quarterly Inc., Washington.
- Grosskopf, S., Margaritis, D. ve Valdmanis, V. (2004). Competitive Effects on Teaching Hospitals, *European Journal of Operational Research*, 154, 515–525.
- Hollingsworth, B. (2003), Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency In Health Care, *Health Care Management Science*, 6, 203–218.
- Hollingsworth, B. ve Parkin, D. (1995), The Efficiency of Scottish Acute Hospitals – An Application of Data Envelopment Analysis, *IMA Journal of Mathematics Applied in Medicine And Biology* 12(3-4), 161–173.
- Hollingsworth, B. ve Wildman, J. (2003), The Efficiency of Health Production: Re-estimating the Who Panel Data Using Parametric and Nonparametric Approaches to Provide Additional Information, *Health Economics* 12, 493–504.
- Jakubowski, E. ve Busse, R. (1998), *Health Care Systems in The EU: A Comperative Study*, European Parliament, Directore Generale for Research, Working Paper, *Public Health and Consumer Protection Series*.
- Johnes, G. ve Johnes, J. (1993), Measuring the Research Performance of UK Economics Departments: Application of Data Envelopment Analysis, *Oxford Economic Papers*, 45(2), 332-348.
- Karacabey, A.A. (2001), *Veri Zarflama Analizi*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Gelişme ve Toplum Araştırmaları Merkezi, *Tartışma Metinleri*, 1-12.
- Kartal, M. ve Mollahaliloğlu, S. (2004), *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 11-12.

- Kavuncubasi, Ş. And Ersoy, K. (1995), "Technical Efficiency Measurement in Province Health Facilities", *Public Administration Review*, 28(3), 77-92.
- Kecek, G. (2010), *Veri Zarflama Analizi Teori ve Uygulama Örneği*, Ankara: Siyasal Kitabevi, 78.
- Keshtkaran, A., Barouni, M., Ravangard, R., Yandrani, M. (2014), Economic efficiency of radiology wards using data envelopment analysis: Case study of Iran, *Health*, 6(5), 311-316.
- Keyder, Ç., Üstündağ, N., Ağartan, T. Ve Yoltar, Ç. (2007), Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, (Derleme), içinden Giarelli, G. (1998), Sağlık Reformlarında Bir Akdeniz Paradigması Oluşturulabilir mi?, 185-212.
- Kılıçkaptan, S. ve Karpat, G. (2004), Türkiye Hayat Sigortası Sektöründe Etkinliğin İncelenmesi, *D.E.Ü.İ.İ.B.F.Dergisi*, 19 (1), 1-14.
- Kocaman, M.A., Mutlu, M.E., Bayraktar, D. ve Araz, Ö.M. (2011), OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi, *İTÜ Endüstri Mühendisliği Dergisi*, 23 (4), 14-31.
- Kurtulmuş, S. (1998), *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, 1. Baskı, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Lewis, H.F., Sexton , T.R., Lock, K.A. (2007), Player Salaries, Organizational Efficiency and Competitiveness in Major League Baseball, *Journal Of Sports Economics*, 8(3), 266-294.
- Malano, N.M. ve Malano H.M. (2006), Benchmarking Productive Efficiency Of Selected Wheat Areas in Pakistan And India Using Data Envelopment Analysis, *Irrigation and Drainage*, 55(4), 383-394.
- Mutlu, A. ve Işık, A.K. (2005), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, 2.Baskı, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.
- Norman, M., Stoker, B., 1992, " Data Envelopement Analysis: The Assesment of Performance", *The Journal of Operational Research Society*, 43(9), 919-920.

- O'Neil, L., Marion, R., Heidenberger, K. ve Kraus, M. (2008), A Cross-National Comparison And Taxonomy Of DEA-Based Hospital Efficiency Studies, *Socio-Economic Planning Sciences*, 42, 158–189.
- OECD, (2005), OECD Reviews of Health Systems: Mexico.
- OECD, (2014), OECD Health- Statistics- 2014.
- Oğuz, Ö. ve Ürün, Ş. (2013), Unesco Türkiye Millî Komisyonu 2012-2013 Faaliyet Raporları, Ankara.
- Ozcan, Y. A., Luke, R. ve Haksever, C. (1992) Ownership and Organizational Performance: A Comparison of Technical Efficiency across Hospital Types, *Medical*
- Ozcan, Y.A., Sıkka, V. ve Luke, R.D. (2009), The efficiency of hospital-based clusters: evaluating system performance using data envelopment analysis, *Health Care Management Review*, 34(3), 251-261.
- Öztunç, Ö. (2006), *Uluslararası Çevre Politikalarında Birleşmiş Milletlerin Rolü*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 48.
- Pala, K. (2007), “Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?”, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2), 62-69.
- Parkin, D. ve Hollingsworth, B. (1996) Measuring Production Efficiency of Acute Hospitals in Scotland, 1991-1994: Validity Issues in Data Envelopment Analysis, Working Paper, Department of Epidemiology and Public Health, University of Newcastle.
- Räty T. ve Luoma K. (2005) Nonparametric Country Rankings Using Indicators and OECD Health Data, *Valtion Taloudellinen Tutkimuskeskus* 74,1–19.
- Retzlaff-Roberts, D., Chang, C.F. ve Rubin, R.M.,(2004), Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries, *Health Policy* 69, 55–72.
- Roemer, M. I., (1991, 1993), *National Health Systems of The World*, Volume 1, 2, Oxford University Press, New York.

- Roemer, M.I. ve Roemer, R. (1990), Global Health, National Development, and the Role of Government, *American Journal of Public Health*, 80(10), 1189.
- Roemer, M.I., (1993), National Health Systems Throughout the World, *Annual Review of Public Health*, 14(1), 335-353.
- Rousseau, T. (2013), The Belgian Health Insurance Basic Principles and Characteristics, The Belgian Cooperation Platform.
- Sargutan, A. E. (2004), Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Başaran Teknik, Ankara.
- Sargutan, E. (2005), 84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Araştırma Kitabı.
- Sargutan, E. (2005), Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (3), 416-425.
- Sherman, H.D. (1984), Hospital efficiency measurement and evaluation, *Medical Care* 22(10), 922-939.
- Solak, M. (Editör) (2014), Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Spinks, J. ve Hollingsworth, B. (2009), Cross-Country Comparisons Of Technical Efficiency Of Health Production: A Demonstration Of Pitfalls, *Applied Economics*, 41, 417-427.
- Steinmann, L., Dittrich, G., Karmann, A. ve Zweifel, P. (2004), Measuring and Comparing the (in)efficiency of German and Swiss hospitals, *European Journal of Health Economics*, 5, 216-226.
- Şahin, H. ve Çınar, Y. (2010), Türk Telekom Endüstrisinin OECD Ülkeleri İle Karşılaştırmalı Etkinlik Analizi: 1999-2005 Dönemi İçin Firma Bazlı Değerlendirme, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24 (3), 41-65.
- Şenatalar, B. (2003), Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), 26.
- Tarım, A., (2001), Veri Zarflama Analizi Matematiksel Programlama Tabanlı Görelî Etkinlik Ölçümü Yaklaşımı, T.C. Sayıştay Yayınları, 1. Basım, Ankara.

- Terris, M. (1978), The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects, *Amerikan Journal of Public Health*, 68(11),1125-1131.
- Thomson, S., Osborn, R., Squires, D. ve Jun, M. (2012), International Profiles of Health Care Systems 2012, The Commonwealth Fund, 1-111.
- Tokalaş, S. (2006), *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 15.
- Tsai, H.C., Chen, C.M., Tzeng, G.H. (2006), The Comparative Productivity Efficiency for Global Telecoms, *International Journal of Production Economics*, 103(2), 506-526.
- Tutar, F. ve Kılınc, N. (2007), Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleri ile Mukayesesi, *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, IX (1),50.
- Vassiloğlu, M., Giokas, G., (1990), A study of the Relative Efficiency of Bank Branches: An Application of Data Envelopment Analysis, *Journal of Operational Research Society*, 14(7), 591-597.
- Weiss, M.A. (1991), Efficiency In the Property-Liability Insurance Industry, *Journal of Risk & Insurance*, 58, 452-479.
- World Health Organization, (2014), *World Health Statistics*.
- YASED [Uluslararası Yatırımcılar Derneği] (2012), *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*.
- Yıldırım, H.H. (2004). Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği'ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Ankara.
- Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2011), *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, İmaj Yayıncılık, Ankara.
- Yıldırım, S. (1994), *Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi*, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Uzmanlık Tezi, 11.
- Yolalan, R. (1993), *İşletmelerarası Görelî Etkinlik Ölçümü*, Milli Prodüktive Merkezi Yayınları, No:483 Ankara.

ÇEVİRİMİÇİ KAYNAKLAR

<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>, Erişim Tarihi: 11.08.2014

<http://cenevrefisi.dt.mfa.gov.tr/ShowInfoNotes.aspx?ID=203417>, Erişim Tarihi: 20.09.2014

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsoandturkey.pdf>, Erişim Tarihi: 02.09.2014

http://whqlibdoc.who.int/publications/1998/9789755903613_tur.pdf, Erişim Tarihi: 15.09.2014

<http://www.barackobama.com/obamacare/>, Erişim Tarihi: 05.08.2014

http://www.coopami.org/en/countries/countries_partners/south_korea/projects/2013/pdf/2013062003.pdf, Erişim Tarihi: 04.08.2014

<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>, Erişim Tarihi: 07.08.2014

<http://www.hhs.gov/healthcare/rights/law/index.html>, Erişim Tarihi: 05.08.2014

http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/ilo_ne.htm erişim 10 ekim 2014, Erişim Tarihi: 20.09.2014

<http://www.kizilay.org.tr/kurumsal/temel-ilkelerimiz>, Erişim Tarihi: 10.08.2014

http://www.musavirlikler.gov.tr/upload/AUS/Avustralya_Yillik_Raporu_2011-07%2008%202012.pdf2012, Erişim Tarihi: 02.08.2014

<http://www.nhsconfed.org/>, Erişim Tarihi: 08.08.2014

http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about_us.html, Erişim Tarihi: 10.09.2014

<http://www.unesco.org.tr/?page=15:62:1:turkce>, Erişim Tarihi: 10.09.2014

<http://www.unicankara.org.tr/v2/pages/bm-sistemi/bm-tuerkiye.php#UNICEF> Erişim Tarihi: 05.08.2014

<https://www.unicefturk.org/index.php?p=unicefnedir&sub=calismalar>, Erişim Tarihi: 10.09.2014

www.hc-sc.gc.ca, Erişim Tarihi: 07.08.2014

www.icrc.org, Erişim Tarihi: 14.08.2014

ÖZET

OECD üye ülkeleri için Gayri Safi Yurt İçi Hasıllarının (GSYİH) önemli bir kısmını harcadıkları sağlık sistemlerinin yönetiminde, kaynakların etkin kullanımı kilit rol oynamaktadır. Her ülke kendi jeopolitik, sosyal ve ekonomik yapısıyla ilişkili yürüttüğü sağlık sistemi politikaları gereği bir taraftan ulusal sağlık hizmetlerini etkin, verimli bir şekilde yürütmek isterken diğer taraftan küreselleşmenin etkisiyle rekabetin giderek artmakta olduğu sağlık sektöründe uluslararası ve ya ulus üstü pazarlarda iyi bir yer edinmeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda çalışmamızda öncelikle sağlık kavramı, sağlık hizmetleri piyasası ve genel sağlık sistemlerinin özellikleri üzerinde durulmuştur. Ardından OECD üye ülkelerinin sağlık sistemleri hakkında bilgiler verilmiş ve alan çalışmasında kullanılacak girdi ve çıktı değişkenleri belirlendikten sonra Veri Zarflama Analizi (VZA) ile OECD üyesi 34 ülkenin sağlık alanındaki etkinlikleri değerlendirilmiştir. Analizde OECD ülkeleri, ortalama kişi başı toplam sağlık harcamaları hasılasının üstünde ve altında kalan ülkeler olmak üzere iki gruba ayrılarak etkinlik ölçümleri yapılmıştır. Etkinlik analizleri 2011 ve 2012 yılı verileri kullanılarak gerçekleştirilmiş olup, yıllar arası etkinlik skorlarının farklarına bakılarak yorumlara yer verilmiştir. Ayrıca ülkelerin ölçek etkinliklerine ve etkin olmayan ülkelerin etkinlik seviyelerinin iyileştirilmesine yönelik girdi unsurlarında yapılabilecek değişimler için bulunan gelişme oranlarına bakılmıştır. Son olarak ise etkin olmayan ülkeler için ileriye dönük olarak yapılabilecek iyileştirmeler tartışılmıştır.

ABSTRACT

For member countries of the OECD, effective use of resources in the administration of their health systems for which they spend an important part of their Gross Domestic Products (GDP) plays a key role. Every country, by force of its health system policies that it carries out in relation to its own geopolitical, social and economic structure; would like to conduct its national health services in an efficient and effective manner on the one hand; and would also target getting a foothold on the international and supra-national markets in the health sector where competition ever mounting with the affects of globalisation on the other hand. Within this framework, our study focuses primarily on the context of health, the market of health services and the characteristics of general health services. Then, information has been provided on the health services of the member countries of the OECD and after the input and output parameters to be used for the field work have been established, the activities of 34 countries who are members of the OECD have been assessed in the field of health, using Data Envelopment Analysis. In the analysis, the countries have been divided into two groups as the ones falling below and above the OECD mean per capita total health expenditures and then their efficiency measures have been made. The efficiency analyses have been examined using the data of the years 2011 and 2012 and interpretations have been provided by reviewing the differences in the efficiency scores between the years. In addition, the scale efficiencies of the countries and the development rates that have been found for the changes that could be conducted on the input factors for the improvement of the efficiency levels of the inefficiency countries have been reviewed. Finally the future improvements that could be made for the inefficiency countries have been discussed.