

Giriş ve Genel Bilgiler

SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASINA İLİŞKİN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Dr. Bülent KILIÇ *#, Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU**#

I — GİRİŞ :

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramlar on yıllardır oluşturulmakta ve bundan sonra da oluşturulmaya devam edecektir. Tümüyle doğru ve her ülkeyi içine alan kapsamlı bir sınıflama yapmak ise olanaklı değildir. Çünkü ülkeler arasında kültürel, ekonomik ve resmi ideolojiler açılarından çeşitli farklılıklar vardır. Kimi ülkelerde diktatörlükler bulunurken, kimi ülkede aşırı dinci iktidarlar bulunmaktadır. Uluslararası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir.

Bunun da ötesinde çoğu zaman aynı ülkede birden fazla örgütlenme ve finansman yöntemleri de bulunmaktadır. Örneğin ABD’de eyaletlere göre değişen oranlarda özel ya da kamu ağırlıklı örgütlenmeler görülebilmektedir. Benzer karmaşa Türkiye’de de yaşanmaktadır ve özel/kamu karışımı bir örgütlenme ile sosyal sigorta/bütçe karışımı yetersiz bir finansman vardır. Hindistan’da ise tüm ülkede kapitalist yönelimli bir sistem varken, Kerala eyaletinde, sosyalist yönelimli bir iktidar bulunmaktadır.

Diğer yandan 1990’lı yıllardan beri sosyalist ülkelerde bir çözülme ve kapitalizme yönelme gözlenmektedir. Bu ülkelerdeki karmaşanın tam olarak netleşmemesi ve veri toplamadaki güçlük özellikle eski sosyalist ülkeler hakkında değerlendirme yapmayı güçleştirmektedir. Tüm bu nedenlerden ötürü ülkeleri, sağlık sistemleri açısından, sınırları keskin çizgilerle belirlenmiş ve değişmez nitelikte gruplarda toplamak en azından varolan koşullarda olanaksızdır.

Çok eski zamandan beri, ülkeleri sınıflarken yapılan en kolay yaklaşımlardan birisi ise coğrafi bölgeleri kullanmaktır. Örneğin: Sahra Altı Afrika Ülkeleri, Ortadoğu ve Kuzey Afrika Ülkeleri, Batı Avrupa Ülkeleri vb. bir diğer kolay yaklaşım da ülkelere kişi başına düşen ulusal gelirine göre gruplamaktır. Örneğin: Yüksek gelire sahip ülkeler (7911 \$ ve üzeri), Üst-orta gelire sahip ülkeler (2556-7910 \$), Alt-Orta gelire sahip ülkeler (636-2555 \$), düşük gelirli ülkeler (635 \$ ve altı) ya da, serbest pazar ekonomisi ülkeleri, sosyalist ekonomi ülkeleri, gelişmekte olan ülkeler, gelişmemiş ülkeler gibi.

Her iki yaklaşımın karma bir şekli olan “coğrafi bölge ve gelir durumuna göre sınıflama” ise Dünya Bankası tarafından “Dünya Gelişme Raporu”nda kullanılmıştır. Gene benzer sınıflamalar UNICEF tarafından da kullanılmaktadır (Bakınız Şekil 1 ve Tablo 1):

Şekil 1 : Coğrafi Bölge ve Ekonomik Sistem Açısından Bölgeler*



* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Araştırma Görevlisi

** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

TTB Halk Sağlığı Kolu YK Üyesi

* Kaynak : World Bank (1993), s: 2 (Değiştirilerek verilmiştir) Şeklin orijinalinde, Dünya toplam 8 ayrı bölgeye ayrılmış, ve Hindistan ile Çin iki ayrı bölge olarak verilmiştir. Bu şekilde ise her iki ülke Doğu-Güney Asya-Adalar bölgesine katılmıştır.

Tablo 1 : Ülkelerin Ekonomik Gelir ve Coğrafi Bölgeye Göre Sınıflandırılması

gelir grubu	alt grup	Sahra altı AFRİKA		A S Y A		AVRUPA - ORTA ASYA		ORTA - DOĞU KUZAY - AFRIKA		AMERIKA
		Doğu & Güney Afrika	Batı Afrika	Doğu Asya& Pasifik	Güney Asya	Doğu Avrupa Orta Asya	Avrupa'nın geri kalan kısmı	Orta Doğu	Kuzey Afrika	
Düşük Gelir		Etyopya Kenya Malawi Mozambik Somali Sudan Tanzanya Uganda Zaire Zambiya Zimbabve	Çad Gambiya Gana Gine Orta-Afrika C. Liberya Mali Nijer Nijerya S. Leone	Kamboçya Çin Endonezya Viet Nam	Afganistan Bangladeş Butan Hindistan Maldivler Nepal Pakistan Sri Lanka			Yemen	Mısır	Guyana Haiti Honduras Nikaragua
	Alt Orta	Angola Mauritius Namibya	Kamerun Kongo Senegal	K. Kore Malezya Filipinler Tayland		Amavutluk Ermenistan Azerbaycan Bulgaristan Çekoslavya Kazakistan Moldovya Polonya Romanya Tacikistan Ukrayna	Türkiye	İran İrak Ürdün Lübnan Suriye	Cezayir Fas Tunus	Bolivya Şili Kolombiya Kosta Rika Küba Dominik C. Ekvator Guatemala Jamaika Panama Peru
Orta Gelir	Üst Orta	Botswana G. Afrika	Gabon	Guam G. Kore		Estonya Macaristan Litvanya Rusya Fed. Yugoslavya	Yunanistan Portekiz Malta	Bahreyn Umman S.Arabi.	Libya	Arjantin Brezilya Meksika Surinam Uruguay Venezuela
	Yüksek Gelir	OECD Ülkeleri		Avustralya Japonya Y.Zelanda		Avusturya Belçika Danimarka Finlandiya Fransa Almanya İzlanda İrlanda İtalya Lüksemburg Hollanda Norveç İspanya İsveç İsviçre B.Krallık. UK				ABD Kanada
	OECD dışı ülkeler			Brunei Hong Kong Singapur			Kıbrıs Faroe Adaları Greenland	İsrail Kuveyt Katar BAE		Bahamalar Bermuda
Toplam	201	26	23	33	8	22	28	13	5	43

Kaynak : World Bank (1993); s: 326-7

* Tablonun orijinalinde yer alan 201 ülkenin tamamı verilmemiş, özetlenmiştir.

Fakat bu tip sınıflamalar, bize ülkelerin sağlık sistemleri hakkında çok ciddi ipuçları vermemektedir. Çünkü sınıflamada esas olarak dikkate alınması gereken nokta ülkelerin siyasal yapıları ve ideolojik yönelimleridir. O ülkedeki işçi hareketleri, sendikal gelenekler, demokrasi, barış anlayışı, insan haklarına verilen önem, dinsel yönelimler ve etnik yapılanmalar da son derece önemlidir. Böylece sağlık sistemleri çok çeşitli etmenlerin bileşimiyle şekillenmektedir ve bu nedenle her ülkenin kendisine özgü bir sağlık sistemi vardır.

II — SINIFLANDIRMADA KURAMSAL YAKLAŞIMLAR:

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin ilk değinilecek kuramsal yaklaşım 1978 yılında Milton Terris tarafından yapılmış olanıdır. Terris, bu sınıflama ile yaklaşık 150 ülkeyi basitçe üç ana grupta toplamıştır (bakınız Tablo 2):

Tablo 2 : Terris'in Sağlık Sistemlerini Sınıflaması*

Modelin Adı	Hizmetin Kapsamı	Ödeme Biçimi	Hizmetin Özelliği	Ülke Örneği	Dünya Nüfusu Payı
Kamuya Dayalı Sistem	-Herkes Ulaşamaz	-Bütçeden Yetersiz Oranda	-Sağaltım -Koruyucu Hizmetler Azdır	Gelişmekte olan Ülkeler: Meksika, Şili, Türkiye, Cezayir, Endonezya	%49
Sigortaya Dayalı	-Çoğunluğa Ulaşır	-Sigorta Primi + Vergiler	-Sağaltım/Koruyucu Hizmetler (değişen oranlarda)	Sanayileşmiş Ülkeler ABD, Kanada, Japonya, Almanya	%18
Ulusal Sağlık Sistemi	-Herkes Ulaşır	-Bütçeden Yeterli Oranda	-Sağlığa Tümelci Yaklaşım	Sosyalist Ülkeler SSCB, Küba, Çin D. Almanya	%33

Kaynak : Terris (1980), s: 78-86

* Adı geçen kaynaktan yararlanılarak oluşturulmuştur, makalede böyle bir tablo yoktur.

Terris'in bu sınıflaması günümüz için basit kalmaktadır. Örneğin İngiltere ve İsveç bu sınıflamada bir yere oturtulamamaktadır ve bu durum Terris tarafından adı geçen iki ülke için bir araform niteliğindeki "Sigorta ile Ulusal Sağlık Sistemi arasında bir yerde olabilirler" diye açıklanmaktadır. Öte yandan kamuya dayalı ülkeler içinde kapitalist, dinsel ve sosyal yönelimli tüm gelişmekte olan ülkeler yer almaktadır. Sigortaya dayalı sistemler içindeyse ABD'den Kanada'ya kadar çok geniş bir yelpaze vardır. Bu durum sınıflamanın değerini azaltmaktadır.

Benzer bir sınıflamayı Terris'den önce Fulcher ve Simanis de yapmışlardı (1975) ve ülkeleri Ulusal Sağlık Hizmeti, Ulusal Sağlık Sigortası ve Pazar Ekonomisi diye üçe ayırmışlardı. Her iki sınıflama da günümüz için yetersiz kalmaktadır.

Sınıflandırmayla ilgili ikinci değinilecek kurum 1980'li yıllarda Mark Field tarafından yayımlananıdır. Field sağlık sistemlerini "tipoloji" adlandırmasıyla beş ayrı tip altında toplamıştır (bakınız Tablo 3):

Tablo 3 : Field'in Tipolojisi*

	Tip-1 Az Gelişmiş Ülkeler	Tip-2 Serbest Piyasa Tipi	Tip-3 Sigorta ve Sosyal Güvenlik	Tip-4 Ulusal Sağlık Hizmeti	Tip-5 Sosyalist Sistem
Genel Tanım	Sağlık hizmeti tümüyle bir tüketim maddesidir	Sağlık hizmeti genellikle bir tüketim maddesidir	Sağlık hizmeti sigorta ile garanti altına alınmış bir tüketim maddesi	Sağlık hizmeti devletçe garanti altına alınmış bir tüketim maddesi	Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir
Hekimin Konumu	Tek başına ve özel çalışır	Tek veya grup içinde/özel	Tek veya grup içinde/özel	Tek veya grup içinde/özel	Devlet memuru
Meslek Örgütü	Etkili	Çok güçlü	Güçlü	Oldukça güçlü	Zayıf
Olanaklar	Özel	Özel/Kamu	Özel/Kamu	Çoğunlukla Kamu	Kamu
Ödeme	Doğrudan	Doğrudan /dolaylı	Çoğunlukla dolaylı	Dolaylı	Tümüyle dolaylı
Hükümet rolü	Az	Dolaylı/zayıf	Dolaylı/güçlü	Doğrudan/güçlü	Tümüyle
Örnek ülke		ABD İsviçre	Kanada, Fransa Japonya, İspanya	İngiltere	SSCB

Kaynak: Field (1989), s:7

* Yazar, örnek ülkeler bölümüne, sadece kitabındaki ülkelerden örnek verdiği için "az gelişmiş ülkeler" bölümüne örnek göstermemiştir.

Field'in tablosu ilk bakışta yeterli gibi gözükse de, gelişmekte olan ve kapitalizme yönelimli ülkelerin zorunlu olarak Tip-2'ye sokulması ve ABD ile aynı kefe-ye konulmaları en büyük eksikliğidir.

Aynı tablodan yola çıkarak daha ayrıntılı bir sınıflamayı, geçtiğimiz yıllarda Kılıç ve Bumin yaptılar. Bu sınıflamaya göre sağlık sistemleri üç grupta, altı ayrı tip olarak toplanıyordu:

GRUP I - SİGORTA AĞIRLIKLI SAĞLIK SİSTEMLERİ

TİP - 1 : ÖZEL SİGORTA AĞIRLIKLI ÜLKELER

TİP - 2 : SOSYAL SİGORTA AĞIRLIKLI ÜLKELER

GRUP II - DEVLET AĞIRLIKLI SAĞLIK SİSTEMLERİ

TİP - 3 : ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİNE SAHİP ÜLKELER

TİP - 4 : SOSYALİST SAĞLIK SİSTEMİNE SAHİP ÜLKELER

GRUP III - DİĞER SAĞLIK SİSTEMLERİ

TİP - 5 : KARMA SİSTEME SAHİP ÜLKELER

TİP - 6 : İLKEK SAĞLIK SİSTEMİNE SAHİP ÜLKELER

Field'in yaklaşımının oldukça geliştirildiği bu sınıflamada da (bkz. Tablo 4), bu sefer İlkel Sağlık Sistemiyle neyin tanımlandığı ve hangi ülkelerin örnek olabileceği tam açıklanamıyordu. Diğer yandan sosyal sigorta ağırlıklı ülkelerin aslında bir yandan da devlet ağırlıklı bir yapıya sahip olmaları sınıflamanın zayıf yanını oluşturuyordu. Karma yapıdaki ülkelerinse çok geniş bir grup olması sınıflama açısından başka bir sorundu.

Tablo 4 : Kılıç ve Bumin'in Sağlık Sistemleri Sınıflaması

	GRUP-I SİGORTA AĞIRLIKLI		GRUP-II DEVLET AĞIRLIKLI		GRUP-III DİĞER SAĞLIK SİSTEMLERİ	
	TİP-1 Özel Sigorta Ağırlıklı	TİP-2 Sosyal Sigorta Ağırlıklı	TİP-3 Ulusal Sağlık Sistemi	TİP-4 Sosyalist Sağlık Sistemi	TİP-5 Karmaşık Yapıda Sağlık Sistemi	TİP-6 İlkel Yapıda Sağlık Sistemi
GENEL TANIM	Özel sig. şirketleri çoğunlukta sosyal sig. az	Sosyal sig. ve sos. güvenlik grupları çoğ.	Kamuya dayalı sağ. sistemi var sigorta çok az	Tamamen devlet tarafından yapılmaktadır	Kısmen devlet kısmen sosyal sig. (yetersiz)	Kurulu bir sistem yok
GENEL FELSEFE	Çoğ. sağlık bir tüketim maddesi olarak görülür	Sağlık sig. ile güvenceye alınmış bir tük. mad.	Sağlık devletçe desteklenen bir tüketim maddesidir	Sağlık bir tüketim maddesi değildir	Sağlık genel bir tüketim maddesi	Sağlık tamamen bir tüketim maddesi
KAPSAMI	Herkesi kapsamaz	Herkesi kapsar	Herkesi kapsar	Herkesi kapsar	Herkesi kapsamaz	Çok azı kapsar
FİNANS	Prim/kısmen vergi	Prim/vergi	Çoğunlukla vergi	Tamamen vergi	Vergi/prim	Özel harcama
HALKIN ÖDEMESİ	Doğrudan/ dolaylı	Çoğ. dolaylı	Dolaylı	Tam. dolaylı	Doğrudan/ dolaylı	Tam. doğrudan
OLANAKLAR (Bina vs.)	Çoğ. özel	Kamu/özel	Çoğ. kamu	Tam. kamu	Kamu/özel	Tam. özel
HEKİMİN KONUMU	Özel	Özel/kamu	Özel	Tam. kamu	Kamu/özel	Tam. özel
HEKİMİN ÜCRETİ	Etkinliğe göre (yaptığı işlem)	Kişi başı/ maaş/ etkinliğe göre	Kişi başı/ maaş/ etkinliğe göre	Maaş	Maaş/etkinlik	Tam. Etkinlik
HEKİM ÖRGÜTÜ	Çok güçlü	Güçlü	Oldukça güçlü	Zayıf/yok	Zayıf	Yok
ÜLKE ÖRNEĞİ	ABD, İSRAİL	ALMANYA, İSVEÇ, KANADA, JAPONYA	İNGİLTERE, İRLANDA, İSKOÇYA	KÜBA, SSCB (eski)	TÜRKİYE, ENDONEZYA	Yok

Sağlık sistemleri üzerine birbiri peşisıra kuramlar geliştiren Milton Roemer ise sınıflamalarını son on yıl içinde üç kez geliştirdi. 1984 yılında yaptığı ilk sınıflamada hükümetlerin sağlık sistemine olan yaklaşımını üç grupta topladı:

- 1 - Pazar Ekonomisine Dayalı Ülkeler,
- 2 - Sosyal Refaha Dayalı Ülkeler,
- 3 - Sosyalist Ülkeler

Daha sonra aynı ülkeleri bir de Zengin, Gelişmekte Olan ve Yoksul diye kişi başına düşen ulusal gelire göre üç gruba ayıran Roemer böylece 3x3'lük dokuzlu bir sınıflama yapmış oldu. Daha sonra hükümet yaklaşımındaki Sosyal Refaha Dayalı grubundan İngiltere ve İskandinavya ülkelerini, "Bütüncül Sistemler" adı altında ayırarak bu grubu dörde çıkardı. Benzer şekilde gelire göre olan sınıflamaya da Doğal Kaynaklara Sahip zengin Arap ülkeleri gibi yeni bir grubu daha ekledi. Böylece her iki gruba da birer sınıf daha ekleyerek 4x4'lük 16 gruplu bir sınıflama yapmış oldu.

Roemer aynı sınıflamayı 1993 yılında ise dört ana grupta toplayarak daha basit ve anlaşılır bir hale getirdi (bakınız Tablo 5):

Tablo 5 : Roemer'in Dörtlü Sınıflaması*

Sistem	Ülke Örnekleri
Girişimci	ABD (sanayileşmiş) Filipinler (gelişmekte olan) Kenya (yoksul)
Sosyal Yönelimli	Kanada, Japonya, Almanya, (sanayileşmiş) Peru (gelişmekte olan) Hindistan (yoksul)
Bütüncül	İngiltere, İsveç (sanayileşmiş) Kosta-Rika (gelişmekte olan) Sri-Lanka (yoksul)
Sosyalist	SSCB (sanayileşmiş) Küba (gelişmekte olan) Çin (yoksul)

Kaynak: Roemer (1993), s:335-53

* Adı geçen makaleden oluşturulmuş bir tablodur, orijinal metinde böyle bir tablo yoktur.

1993 yılında yayımlanan Dünya Bankası'nın raporunda ise sağlık sistemleri iki ayrı şekilde sınıflandırılmıştır. Bir sınıflama örgütlenme ve finansman yöntemlerine göre; diğeri ise kişi başına düşen ulusal gelire göre yapılmıştır.

Tablo 6'da görülen sınıflamada üç örgütlenme tipi ile dört ayrı finansman yöntemi çaprazlanmakta ve böylece 12 ayrı olasılık ortaya çıkmaktadır. Dünya

Bankası raporuna göre bir ülkede bu 12 olasılığın en az ikisi beraber olmak üzere birden fazla yaklaşım birarada bulunabilmektedir.

Tablo 6 : Sağlık Sistemlerini Sınıflamada Örgütlenme ve Finansmana Göre Dünya Bankası Yaklaşımı*

Örgütlenme	Finansman
KAMU	Genel Vergiler (bütçe) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcama
ÖZEL (kâr amaçlı)	Genel Vergiler (bütçe) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcama
ÖZEL (kâr amaçsız)	Genel Vergiler (bütçe) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcama

Kaynak: World Bank (1993); s: 109

* Adı geçen kaynaktan yararlanılarak hazırlanmıştır, asıl metinde böyle bir tablo yoktur.

Tablo 7 : Dünya Bankasının Sağlık Sistemlerini Kişi Başına Ulusal Gelire Göre Sınıflaması

Ülke Grubu (kişi başına gelire göre-1990) (\$)	Sağlık Harcaması (1990)		ANA ÖZELLİKLER	Örnekler
	GSMH payı %	Kişi başına \$		
Düşük Gelir Grubu (100-600)	2-7	2-40	-Geleneksel tıp uygulamalarına ve ilaca, yüksek tutarda özel harcama yapılır -Kamu hizmetleri genel vergilerle finanse edilir -Sigorta uygulaması az miktardadır	Bangladeş Hindistan, Pakistan, Sahra altı Afrika ülkelerinin çoğu
Orta Gelir (600-7900) Özel Sigorta	2-7	20-350	-Hükümet orta ve düşük gelir grubuna genel vergilerle hizmet götürür -Zenginler için özel sigorta vardır (nüfusun %10'undan azdır)	G. Afrika, Zimbabve
Sosyal Sigorta	3-7	20-400	-Hükümet düşük gelir grubuna toplum sağlığı hizmetlerini ve tedavi edici hizmetleri genel vergilerle sağlar -İşçiler için değişen oranlarda sigorta vardır	Kosta Rika, Türkiye, G. Kore
Avrupa'nın Eski Sosyalist Ülkeleri (650-6000)	3-6	30-200	-Kamu hizmetleri genel vergilerle karşılanır (düşük kalitededir) -İllegal çalışan büyük boyutlu bir özel sağlık sektörü vardır	Çek Cum., Polonya, Slovakya, eski SSCB
Yerleşmiş Pazar Ekonomisi Ülkeleri (ABD hariç) (5000-34000)	6-10	400-2500	-Genel vergilerle veya sosyal sigortadan finanse edilen ve nüfusun tamamını veya tamamına yakını kapsayan sağlık hizmetleri vardır -Üçüncü el ödemeler ve genel bütçe kullanımı vardır	Sosyal Sigorta Fransa, Almanya, Japonya Genel Vergi: Norveç, İsveç Birleşik Krallık
ABD (22000)	12	2800	-İsteğe bağlı özel sağlık sigortaları ve genel vergilerle finanse edilen hizmetler biraradadır -Düzensiz ve açık uçlu bir hizmet başına ödeme vardır -Yüksek düzeyde yönetsel harcamalar vardır (sigorta ve hizmet sunumunda)	ABD

* Kaynak: World Bank (1993), S:111

1994 yılında, Türkiye’de sağlık sistemleriyle ilgili yayımlanan yazıların başında İlker Belek’in yazıları gelmektedir. Belek son yıllardaki sağlık sistemleriyle ilgili tartışmalar ve yaklaşımları özellikle finansman açısından yorumlamış ve bunu bir kitap olarak yayımlamıştır (İ. Belek, 1994). Ayrıca bu özel sayıda Toplum ve Hekim içinde iki ayrı makalede, Belek ve Hamzaoğlu sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasını ve değerlendirilmesini yeniden ele aldılar.

Gene 1994 yılı içinde yabancı yayınlar içinde sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasıyla ilgili en ilginç sınıflamalardan biri daha yapıldı. Ray Elling, tüm kuramsal yaklaşımları ve ülkelerin kendi içindeki sınıf mücadelelerini de gözönünde bulundurarak daha sosyal içerikli bir sınıflama yaptı (bakınız Tablo-8):

Tablo 8 : Elling’in Tipoloji Çalışması

Sistem	Ülke Örnekleri
Tümüyle Kapitalist Ülkeler	ABD, İsviçre, Almanya
Sosyal Yönelimli Kapitalist Ülkeler	Kanada, Japonya, İngiltere, İsveç, diğer İskandinav Ülkeleri
Sanayileşmiş Sosyalist Ülkeler	eski SSCB, eski D. ALmanya, eski Doğu Bloku Ülkeleri
Kapitalizme Bağımlı Ülkeler	Brezilya, Hindistan, Guatemala, Haiti, Filipinler, Endonezya
Dünya Sistemlerinden Yarı Bağımsız Sosyalist Ülkeler	Çin, Küba, Nikaragua, Tanzanya

Kaynak : Elling (1994), s:285-309

Elling, bu sınıflamada İran gibi dinsel yönelimli ülkelerin, ABD destekli Tayvan, G. Kore gibi diktatöryal yönetimli ülkelerin ve petrol zengini Arap ülkelerinin olmayışını bir eksiklik olarak kabul etmekte ve G. Yemen, Suriye, Mısır gibi ülkelerin sosyal yönelimli kapitalist ülkeler içinde “perifer grup” diye ayrı bir yere; Sri-Lanka, Kosta-Rika gibi ülkelerin kapitalizme bağımlı ülkelerle, yarı bağımsız sosyalist ülkeler arasında ayrı bir yere konulabileceğini belirtmektedir.

Sağlık sistemleri sınıflanırken ülkelerin sosyal yapıları ve iktidardaki resmi ideolojinin yönelimi kadar dinsel yönelimler de dikkate alınmalıdır. Bu durumda karşımıza kapitalist, sosyalist ya da dinsel yönelimli ülkeler çıkar. Bu sistematige göre yapılan bir sınıflama Tablo-9’da verilmiştir:

Sınıflama, ülkelerin sahip oldukları ya da yönedikleri ekonomik/siyasal yapılar gözönüne alınarak yapılmıştır. Dezavantajı, kapitalist ülkelerin geniş bir küme olmasıdır. Bu nedenle bu grup içinde alt gruplar yerine, “kapitalizme yönelimli ülkeler” diye bir

ana grup daha yapılabilir. Bunun yanısıra gerek sosyalist, gerek kapitalist ve gerekse dinsel yönelimli ülkeler içinde merkezi özellikleri daha zayıf olan çevresel gruplar oluşturulabilir (Nikaragua, Kosta Rika, Uganda, Irak, Libya, Arnavutluk vb.) Fakat bu tip sınıflamaların, sosyalist ülkelerdeki değişimlerin tam bir açıklığa kavuşmasına, dinsel yönelimli ülkeler ve laik yönetime sahip müslüman ülkelerin geleceklelerinin biraz daha belirginleşmesine ve Yugoslavya, Kafkasya ve benzeri yerlerdeki savaşların bitmesine gereksinimi vardır.

Tablo 9 : Sağlık Sistemleri

Gruplar	Alt Gruplar	Ülke Örnekleri
Kapitalist Ülkeler	Tümüyle Kapitalist Ülkeler	ABD, İsviçre
	Sosyal Yönelimli Ülkeler	Kanada, Avustralya, Japonya, Hollanda, Almanya, İspanya, Fransa
	Tümüyle Sosyal Yönelimli Ülkeler	Birleşik Krallık, İskandinav Ülkeleri
	Kapitalizme Yönelimli Zengin Ülkeler	G. Kore, G. Afrika
	Kapitalizme Yönelimli Gelişmekte Olan Ülkeler	Türkiye, Brezilya, Endonezya, Kamerun
	Kapitalizme Yönelimli Yoksul Ülkeler	Hindistan, S. Leone
Sosyalist Ülkeler	Eski Sosyalist Ülkeler	SSCB, Doğu Avrupa Ülkeleri
	Sistemden Yarı Bağımsız Sosyalist Ülkeler	Küba, Çin
Dinsel Yönelimli Ülkeler	Kapitalizme Yönelimli Ülkeler	S.Arabistan, Pakistan
	Sosyal Yönelimli Ülkeler	Libya, İran, Kuveyt

III — ULUSLARARASI KARŞILAŞTIRMALAR:

Ülkeleri sağlık sistemleri açısından karşılaştırmak için yapılan yatay çözümlenmelerde, sadece ortalama ekonomik verilerin ve sağlık düzeyi göstergelerinin kullanılması bazı yanlışlara yol açar. Bu nedenle çözümlenme yaparken şu noktalara dikkat edilmelidir:

1 — Kişi başına düşen ulusal gelir, o ülkedeki sınıfsal farklılıkları yansıtmaz. Bu nedenle toplumdaki

sınıfların ulusal gelirden aldıkları paylar karşılaştırılmalıdır. Örneğin kişi başına ulusal geliri 10.000 \$ olan bir ülkede toplumun % 20'lik dilimlerinin bu gelirden aldığı paya bakılmalıdır. Çünkü 10.000 \$ ortalama bir değerdir ve normal gelir dağılımına sahip olmayan toplumlarda gerçeği yansıtmaz.

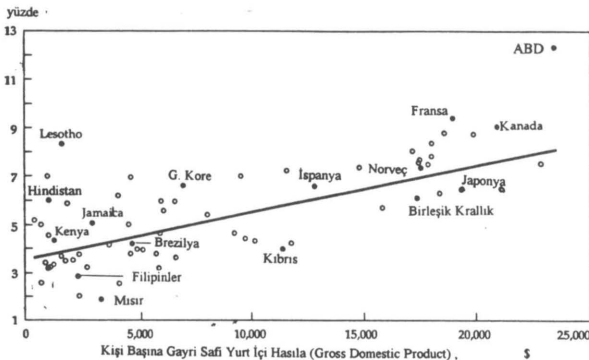
Kişi başına ulusal geliri 10,000 \$ ve 7,000 \$ olan iki ülkeyi karşılaştırırsak, ilk ülkenin insanları daha varlıklı gibi gözükabilir. Ama ilk ülkede toplumun nüfus olarak en alt % 40'ı, ulusal gelirin % 15'ini, daha yoksul gibi gözükürken ikinci ülkede ise aynı grup gelirin % 30'unu alıyorsa, bu durumda kişi başına geliri 7,000 \$ olan ikinci ülke ilk ülkeden daha iyi durumda demektir. Çünkü gelir dağılımı ilk ülkeye göre daha iyidir.

2 — Ülkelerin sadece ulusal gelirlerinden sağlığa ayırdıkları payın değerlendirilmesi yanılığa yol açar. Örneğin Şekil 2'ye bakıldığı zaman zengin ülkeler içinde ABD, Fransa ve Kanada'nın Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)'dan sağlığa ayırdıkları payın Norveç, Japonya ve Birleşik Krallık (BK)'dan daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum bu ülkelerin, özellikle ABD'nin (% 12'lik bir payla) sağlığa daha fazla önem verdiğini göstermez, yani yanıltıcıdır. Çünkü Şekil 3'e bakıldığında sağlık harcamaları içinde kamu payı olarak ABD'nin çok altlarda kaldığını, Kanada ve Fransa'nın da Norveç, BK ve Japonya'ya geçildiğini görüyoruz.

Benzer şekilde yoksul ülkeler içinde Hindistan ve Lesotho'nun sağlığa çok pay ayırdıklarını ancak bu paranın içinde kamu payının düşük olduğunu gözlüyoruz. Bu durum, özellikle Hindistan'da zaten dar olan kaynakların bireysel özel harcamalar (cepten ödemeler) yoluyla yapıldığını gösteriyor.

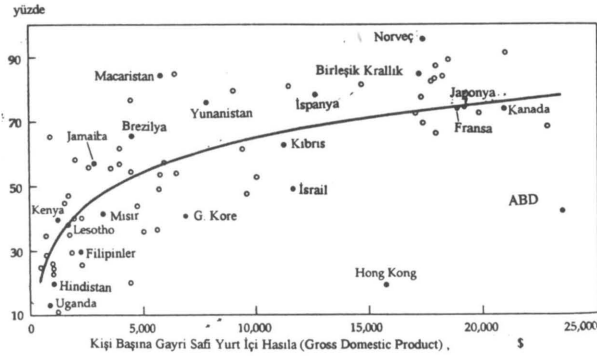
Şekil 3 dikkatle incelendiğinde, ortalamanın üzerinde kalan Macaristan, Norveç, BK, Yunanistan, Brezilya, İspanya ve Jamaika'nın daha sosyal yönelimli bir sisteme sahip olduklarını; Hong Kong, ABD,

Şekil 2 : Seçilmiş Bazı Ülkelerde "Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'dan Sağlığa Ayrılan pay (1990 Yılı)



Kaynak : World Bank (1993), s: 110

Şekil 3 : Seçilmiş Bazı Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Payı (1990 Yılı)



Kaynak: World Bank (1993), s: 110

İsrail, G. Kore, Filipinler, Mısır ve Hindistan'ın ise özel harcama payının daha yüksek olduğu bir sağlık sistemine sahip olduklarını gözlüyoruz.

3 — Ülkeleri karşılaştırırken sadece sağlık harcamalarını değerlendirmek de eksik ve yanıltıcı olacaktır. Bu nedenle karşılaştırmalarda birden fazla sonuç birarada değerlendirilmelidir. Bunun bir örneğini Onur Hamzaoğlu, bu sayıda vermiştir. Hamzaoğlu, ülkeleri Bebek Ölüm Oranı, Doğumda Yaşam Beklentisi, Beş Yaşından Küçüklerde Ölüm Oranı ve İnsani Gelişim İndeksi'ni kullanarak yeni bir indeksle sıralanmıştır.

Bir başka örneğe Barbara Starfield'in kıyaslamasıdır. Starfield 10 tane Batılı gelişmiş ülkeyi (ABD, İngiltere, Almanya, İsveç, Kanada, Finlandiya, Belçika, Danimarka, Avustralya, Hollanda) üç özellik açısından karşılaştırmıştır.

— Birincil Sağlık Hizmeti Skoru: Her ülke için sağlık sistemindeki belirlenmiş 11 ayrı karaktere (sistemin devamlılığı, bütüncüllüğü, hekimlerin dağılımı, uzmanlık dalları, sevk durumu vb.) puan verilerek elde edilen skorlardır.

— Sağlık Düzeyi Skoru: BÖH, Doğumda Yaşam Beklentisi, Yaş Orantılı Ölüm Hızları vb. 12 ayrı indikatöre göre ülkeler sıralanıp, puanlanmaktadır. Sonuçta gene her ülkenin bir skoru olmaktadır.

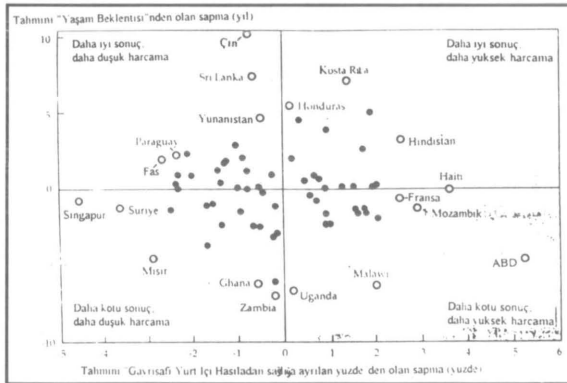
— Memnuniyet/Maliyet İndeksi: Toplumun sistemden duyduğu hoşnutluk ve bunun sistemin maliyeti ile olan ilişkisidir. Telefonla yapılan anketler sonucunda bulunan hoşnutluk oranı, o ülkenin kişi başına düşen sağlık harcamasına bölünerek elde edilen skordur.

Sonuçta her skorun elde edilebildiği toplam yedi ülke arasındaki sıralamada Hollanda, İsveç, Kanada ve Avustralya sırasıyla ilk dördü oluştururken, ABD birincil sağlık hizmeti skoru ve memnuniyet/mali-

yet indeksinde en kötü ülke olmuştur. ABD'yi kötü skor elde etmede Almanya takip etmiştir. İngiltere ise birincil sağlık skorunda en yüksek puanı alan ülke olmasına rağmen diğer skorlarda son sıralarda yer almıştır.

4 — Bir diğer yaklaşım da beklenen değerlerle, gözlenen değerler arasındaki farklılıkların (sapmanın) dikkate alınmasıdır. Bunun bir örneğini Dünya Bankası 1993 yılı raporunda vermiştir. Dünya Bankası önce ülkenin ulusal gelirine ve okullaşma (eğitim) durumuna göre, sahip olması gereken "doğumda yaşam beklentisi"ni ve "ulusal gelirden sağlığa ayırması gereken pay"ı hesaplamıştır. Sonra bu "tahmini değer"lerle "gerçek değer"ler arasındaki "sapmaları" şematize etmiştir. Şekil 4'de ülkelerin bu olumlu ya da olumsuz sapmaları gözlenmektedir. Buna göre Çin, Sri Lanka, Yunanistan, Paraguay ve Fas beklenenden daha az bir harcama ile doğumda beklenen yaşam süresi açısından tahminlerden daha iyi bir sonuç almışlardır. ABD, Malavi, Uganda, Mozambik ve Fransa ise beklenenden daha fazla para harcamış ancak tahminlerden daha kötü bir sonuç almışlardır.

Şekil 4 : Seçilmiş Bazı Ülkelerde Tahmini Yaşam Beklentisi ve Tahmini Sağlık Harcamalarındaki Sapmalar



Kaynak : World Bank (1993), s: 54

5 — Karşılaştırmalarda kullanılan tüm hızlar için belli zaman aralıklarındaki ilerlemeler (o ülkenin başlangıç ve bitiş noktaları) dikkate alınmalıdır. Örneğin bir ülke onbeş yıllık bir zaman diliminde Bebek Ölüm Hızı (BÖH)'yi binde 150'den binde 40'a düşürmüş, diğer ülke ise aynı zaman içinde binde 90'dan binde 35'e düşürmüşse, ilk ülke daha iyi durumda demektir.

Nüfus, coğrafya, kişi başına gelir gibi göstergelerde birbirine oldukça benzeyen, fakat ideolojik olarak sosyalist bir ülke olan Çin ile kapitalist yönelimli bir ülke Hindistan'ın yıllar içindeki gelişimleri Tablo 10'da görülmektedir:

Tablo 10 : Hindistan-Çin Karşılaştırması

	Hindistan			Çin		
	1960	1972	1990/91	1960	1972	1990/91
Kişi Başına Gelir (\$)	—	104	350	—	162	370
Okur Yazar Oranı	—	%34	%48	—	?	%73
BÖH	144	128	94	133	105	22
5 Yaşından Küçüklerde Ölüm Oranı	236	—	126	205	—	27

Kaynak : Elling (1994), s: 302

Dünyanın en kalabalık bu iki ülkesinden Hindistan, son yirmi yıllık dönemde kişi başına gelir açısından Çin'den daha iyi performans göstermiş ve gelirini yaklaşık üç katı artırmıştır. Fakat Okur Yazarlık Oranı, BÖH, 5YKÖO (Beş Yaşından Küçüklerde Ölüm Oranı) gibi göstergelerde Çin'den daha kötü durumdadır. Başlama noktaları hemen hemen aynı olmasına rağmen, Çin aradan geçen 20-30 yılda sağlık göstergelerinde Hindistandan çok daha fazla ilerlemiştir.

6 — Ülkelerin karşılaştırmasında etnografik (antropolojik ya da kültürel) yöntemler kullanılmalı, o ülkedeki siyasal iktidarların tarihi, işçi sınıfı hareketleri ve benzeri durumlar dikkate alınmalıdır. Örneğin İskandinavya ülkeleri her ne kadar kapitalist de olsalar uzun zaman sosyal demokrat iktidarların yönetimi altında bulunmuşlardır ve bu durum dikkate alınmalıdır. Ya da dinsel eğilimli İran gibi ülkeler bu özellikleriyle değerlendirilmelidir.

7 — Karşılaştırma yapılan ülkelerin olanaklar elverdiğince, aynı doğal zenginliklere, aynı nüfusa ve aynı coğrafyaya sahip olmalarına dikkat edilmelidir. Örneğin Çin ile İsveç'i karşılaştırmak yerine; benzer nüfus, coğrafya ve gelire sahip olan Hindistan yeglenmelidir. Ya da Küba ile ABD'nin karşılaştırması yerine, Küba ile Latin Amerika ülkeleri karşılaştırılmalıdır. S. Arabistan değerlendirilirken zengin petrol yatakları olması dikkate alınmalıdır.

8 — Buraya kadar sayılan özelliklerin olabildiğince az ve öz şekilde biraraya getirilmeye çalışıldığı bir düzenleme Tablo 11'de yapılmış ve dünya Bankası ile UNICEF'in 1990-91-92 verileri kullanılarak bir tablo yapılmıştır. Tablo 11'de ülkeler önce buldukları bölgeye, sonra da kişi başına düşen ulusal gelirlerine göre kendi içlerinde zenginden yoksula sıralanmaktadır. Bunun yanısıra ülkelerin önemli göstergeleri olan BÖH, Doğumda Yaşam Beklentisi, Nüfus ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması

Tablo 11 : Çeşitli Ülkelerin Sağlık ve Ekonomik düzey Göstergeleri#

ÜLKE ADI	KİŞİ BAŞINA GELİR* (\$ (1991))	BEBEK ÖLÜM HIZI** (binde) (1992)	DOĞUŞTAN YAŞAM BEKLENTİSİ** (yıl) (1992)	NÜFUS* (milyon) 1990	KİŞİ BAŞINA SAĞLIK HARCA.* (\$) (1990)	SAĞLIK HARC. ULUSAL GELİRE YÜZDESİ (1990)*			
						Top.	Kamu	Özel	
SAHRA ALTI AFRİKA ÜLKELERİ	G. AFRİKA	2560	53	63	35.9	158	5.6	3.2	2.4
	KAMERUN	850	74	56	11.7	24	2.6	1.0	1.6
	SENEGAL	720	90	49	7.4	29	3.7	2.3	1.4
	ZİMBABVE	650	60	56	10.0	42	6.2	3.2	3.0
	SUDAN	420	100	52	25.1	12	3.3	0.5	2.8
	GANA	400	103	56	14.8	14	3.5	1.7	1.8
	NİJERYA	340	114	52	96.2	9	2.7	1.2	1.6
	KENYA	340	51	59	24.1	16	4.3	2.7	1.6
	SİERRA LEONE	210	144	43	4.1	5	2.4	1.7	0.8
	ETİYOPYA	120	123	47	51.1	4	3.8	2.3	1.5
TANZANYA	100	111	51	25.0	4	4.7	3.2	1.5	
MOZAMBİK	80	167	47	15.7	5	5.9	4.4	1.5	
ORTADOĞU KUZAY AFRİKA ÜLKELERİ	İSRAİL	11950	9	76	4.6	494	4.2	2.1	2.1
	S. ARABİSTAN	7820	35	69	14.9	322	4.8	3.1	1.7
	İRAN	2170	44	67	55.8	54	2.6	1.5	1.1
	CEZAYİR	1980	60	66	25.1	166	7.0	5.4	1.6
	TÜRKİYE	1780	70	67	57.3	76	4.0	1.5	2.5
	MISIR	610	43	61	52.1	18	2.6	1.0	1.6
YEMEN	520	107	52	11.3	19	3.2	1.5	1.7	
LATİN AMERİKA ÜLKELERİ	MEKSİKA	3030	28	70	86.1	89	3.2	1.6	1.6
	BREZİLYA	2940	54	66	150.4	132	4.2	2.8	1.4
	ARJANTİN	2790	22	71	32.3	138	4.2	2.5	1.7
	KOLOMBİYA	1260	17	69	32.3	50	4.0	1.8	2.2
	KÜBA	1170	10	76	10.6	?	?	?	?
	PERU	1070	46	64	21.7	49	3.2	1.9	1.3
	GUATEMALA	930	55	64	9.0	31	3.7	2.1	1.6
	NİKARAGUA	460	54	66	3.9	35	8.6	6.7	1.9
BATI AVRUPA VE KUZAY AMERİKA ÜLKELERİ	ABD	22240	9	76	249.9	2763	12.7	5.6	7.0
	KANADA	20440	7	77	26.5	1945	9.1	6.8	2.4
	İSVİÇRE	33610	7	78	7.0	2520	7.5	5.1	2.4
	İSVEÇ	25110	6	78	8.6	2343	8.8	7.9	0.9
	NORVEÇ	24220	6	77	4.0	1835	7.4	7.0	0.3
	ALMANYA	23650	7	76	80.1	1511	8.0	5.8	2.2
	FRANSA	20380	7	77	57.0	1869	8.9	6.6	2.3
	HOLLANDA	18780	6	77	15.0	1500	7.9	5.7	2.2
	İNGİLTERE	16550	7	76	57.6	1039	6.1	5.2	1.3
	İSPANYA	12450	8	77	39.0	831	6.6	5.2	1.4
YUNANİSTAN	6340	8	77	10.3	358	5.5	4.2	1.3	
ESKİ DOĞU BLOKU ÜLKELERİ	RUSYA FED.	3220	28	69	148.7	157	3.0	2.0	1.0
	MOCARİSTAN	2720	15	70	10.3	185	6.0	5.0	0.9
	POLONYA	1790	14	72	38.2	83	5.1	4.1	1.0
	ROMANYA	1390	23	70	23.0	63	3.9	2.4	1.5
ASYA VE OKYANUSYA ÜLKELERİ	JAPONYA	26390	4	79	123.9	1538	6.5	4.8	1.6
	AVUSTRALYA	17050	7	77	17.3	1331	7.7	5.4	2.3
	HONG KONG	13430	6	78	6.0	699	5.7	1.1	4.6
	KORE CUM.	6330	8	71	43.3	377	6.6	2.7	3.9
	FİLİPİNLER	730	46	65	61.0	14	2.0	1.0	1.0
	ENDONEZYA	610	71	62	181.3	12	2.0	0.7	1.3
	SRI LANKA	500	15	71	17.0	18	3.7	1.8	1.9
	ÇİN	370	35	71	1149.5	11	3.5	2.1	1.4
	KAZAKİSTAN	2470	43	69	16.8	154	4.4	2.8	1.7
	PAKİSTAN	400	95	59	115.8	12	3.4	1.8	1.6
HİNDİSTAN	330	83	60	866.5	21	6.0	1.3	4.7	

Kaynaklar: * World Bank (1993), s: 210-1,238-9

** UNICEF (1994), s: 64-5

Tablo her iki kaynaktaki çeşitli verilerin kullanılmasıyla yeniden hazırlanmıştır.

değerleri verilmektedir. En son üç sütunda ise sağlık harcamalarının ulusal gelire göre yüzdesi verilmiştir. Böylece ülkelerin sağlık düzeyi göstergelerinin, önce buldukları bölge içinde, sonra sahip oldukları gelire ve nüfusa göre değerlendirilmesi ve sağlık harcamalarını kamu aracılığıyla mı yoksa özel sektör aracılığıyla mı yaptıklarının vurgulanması amaçlanmıştır.

Tablo 11 incelendiğinde bazı ülkelerin yoksullularına ve sahip oldukları dezavantajlara rağmen iyi bir performans gösterdikleri görülecektir. Asya grubundan Çin ve Sri Lanka, Latin Amerika grubundan Nikaragua ve Küba buna örnek verilebilir. Sri Lanka kişi başına 500 \$ gibi bir gelirle BÖH'nı binde 15'e indirmiştir. Sağlık harcamaları da oldukça düşüktür. Sadece harcamalardaki kamu ve özel payları birbirine eşittir. Nikaragua ise yoksulluğuna rağmen sağlığa önemli bir pay ayırmıştır. Küba da düşük gelir düzeyine rağmen diğer Latin Amerika ülkelerinden daha iyi durumdadır.

Bazı ülkeler ise hem yoksul hem de yanlış yöledir. Bu ülkelerin başında Hindistan gelmektedir. Sağlığa ayırdığı % 6'lık payın sadece % 1.3'ü kamuya aittir. Endonezya ve Pakistan, Asya ülkeleri içinde; Kamerun ve Sudan, Afrika ülkeleri içinde; Mısır, Yemen ve Türkiye Ortadoğu ülkeleri içinde Hindistan'a benzer bir performans göstermektedirler. Yani hem yoksul olmaları, hem sağlığa az pay ayırmaları hem de bu parayı özel sektöre dağıtmaları söz konusudur.

Gelişmiş Batılı ülkelerde (ABD hariç) ve sosyalist ülkelerde sağlık harcamalarındaki kamu payının yüksekliği hemen dikkati çekmektedir. Batılı ülkeler daha zengindir ve daha fazla para harcarken, sosyalist ülkelerde orta gelirde ve sağlığa daha az para harcayan ülkelerdir.

Sağlık harcamalarında özel sektör payı yüksek olan ülkelere şunlardır: Afrika'da: Kamerun, Sudan, Uganda, Nijerya, Gana, Zaire, Madagaskar; Ortadoğu'da: Mısır, Yemen, Türkiye, Ürdün, Suriye, Fas, İsrail; Latin Amerika'da: Haiti, Paraguay, Meksika, El Salvador, Kolombiya; Asya'da: Hong Kong, Sri Lanka, G. Kore, Filipinler, Nepal, Bangladeş, Hindistan, Tayland; Batılı ülkelerde: ABD. Bu ülkelerin dışındaki tüm ülkelerde sağlık harcamalarında kamunun belirgin üstünlüğü vardır. Kamu payının az olduğu ülkeler içinde, gelir seviyesi iyi olan sadece üç ülke vardır: ABD, Hong Kong ve G. Kore.

IV — SONUÇ:

Sağlık sistemlerinin çeşitli yönleriyle incelendiği, sınıflandığı ve karşılaştırılmaya çalışıldığı bu makaleden, şu sonuçlar çıkarılabilir:

a) Sağlık sistemleri, ülkelerin ekonomik durumları ve coğrafyalarından çok, siyasal ve ideolojik ve dinsel yönelimleriyle belirlenmektedir. Ülkelerin bu yönelimlerinde uluslararası finans çevreleri doğrudan ya da dolaylı rol oynamaktadır.

b) Ülkelerin zengin olmaları ve sağlığa çok para harcamaları, çok iyi bir sağlık düzeyine sahip olmaları anlamına gelmemektedir. ABD, bunun en iyi örneğidir.

c) Sağlık düzeyi göstergeleri daha iyi olan ülkelerde, örgütlenmede birinci basamak sağlık hizmetleri; finansmanda kamu ya da sosyal güvenlik sistemleri gelişkin durumdadır (İskandinavya ülkeleri, Birleşik Krallık vb.). Ayrıca bu ve benzeri ülkelerde, birinci basamak hekimliği veya genel pratisyenlik bir uzmanlık dalı haline gelmiştir. Bunun yanısıra hekim dışı sağlık personeli oldukça yeterli düzeydedir.

d) Ülkeleri karşılaştırırken çok yönlü çözümler, indeksler kullanılmalıdır. Her ülke kendi kategorisinde değerlendirilmelidir.

Bugüne kadar konuyla ilgili yapılmış çalışmaların ve bazı verilerin derlenmeye çalışıldığı bu makale bir başlangıç olarak düşünülmelidir. Sağlık sistemlerinin dinamizmi karşısında ileriki günlerde yeni çalışmaların yapılması da bir zorunluluk olacaktır. Bu nedenle okuyucuların yazıyla ilgili görüşlerini iletmeleri yazarları sevindirecektir.

Ocak 1995

KAYNAKLAR:

- Belek, İ. (1994) "Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası", Sorun Yayınları, İstanbul.
- Elling, R.H. (1994) "Theory and Method for cross-national study of health systems" Int. J. Health Services, 24 (2): 285-309.
- Field, M. (1989) "Success and crisis in national health systems" Routledge, New York.
- Hamzaoğlu, O. (1994) "GSMH Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin göstergesi olabilir mi?" Toplum ve Hekim, Sağlık Sistemleri Özel Sayısı No: 64-65. s: 26-9
- Kılıç, B., Bumin, Ç. (1993) "Sağlık Sistemleri" Toplum ve Hekim, 53: 41-7.
- Roemer, M.I. (1993) "National health systems throughout the world" Annual Review Public Health, 14: 335-53.
- Soyer, A. (1993) "Sosyalizm mi Kapitalizm mi? Halkın Sağlık İhtiyaçlarını Karşulamakta Hangisi Başarılı" Toplum ve Hekim, 53:27-40.
- Starfield, B. (1991) "Primary care and health: A cross-national Comparison" JAMA, 266 (16): 2268-71.
- Terris, M. (1980) "The three world systems of medical care: trends and prospects" World Health Forum, I (1,2): 78-86.
- UNICEF (1994) "The State of the World's Children 1994" Oxford University Press, New York.
- World Bank (1993) "World Development Report 1993: Investing in Health" Oxford University Press, New York.