

## LATİN AMERİKA SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KÜMELEME ANALİZİ YOLUYLA SINIFLANDIRILMASI VE OECD SAĞLIK SİSTEMLERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI<sup>1</sup>

N. Çağrı YAZAR<sup>2</sup>

Tolga AKSOY<sup>3</sup>

Gönderim tarihi: 09.03.2023

Kabul tarihi: 02.06.2023

### Öz

Bu çalışmanın amacı OECD'nin 2018 Sağlık Sistemi Karakteristikleri Anketi'ni kullanarak Latin Amerika ülkeleri sağlık sistemlerini sınıflandırmaktır. OECD ülkelerine odaklanmış olan literatüre Latin Amerika ülkelerini ve bu ülkelerin OECD ile karşılaştırılmasını ekleyerek katkıda bulunmak hedeflenmiştir. Anket sonuçları 21 Latin Amerika ülkesi için 0-6 arasındaki sistem göstergelerine dönüştürülerek sağlık politikası ve kurumlarını temsil eden 13 gösterge hesaplanmıştır. Kümeleme analizi için hiyerarşik ve yığınsal kümeleme ve Ward bağlantı yöntemi kullanılmıştır. Sonuçlara göre 2 ana küme ortaya çıkmaktadır. Tedarikçi seçim hakkının serbestliği, bütçe disiplini ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) süreçlerinin rolünün öne çıktığı 7 ülkeden oluşan bir kümenin diğer Latin Amerika ülkelerinden ayrıldığı görülmektedir. Bu kümede vatandaşların finansal korunma seviyesi daha düşük olup STD ve kapı bekçiliği gibi bazı politikalarda geri kalmıştır. Ayrıca, kümelerin düzenleyici yapıları ve makro sonuçları OECD ile karşılaştırıldığında farklılıklar bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Sistemleri, Latin Amerika, kümeleme analizi

**JEL Sınıflaması:** I18, I11, C38

### Abstract

This study's purpose is to classify Latin American health systems using OECD's 2018 Health System Characteristics Survey. It is aimed to contribute to the literature which focused on OECD countries by including Latin American countries and their comparison with OECD. 13 indicators representing health policies and institutions were calculated for 21 Latin American countries by converting survey results to system indicators between 0-6. Hierarchical and agglomerative clustering and Ward linkage method were applied for the cluster analysis. Consequently two main clusters emerged. It was observed that a cluster of 7 countries diverged from other Latin American countries, where freedom of supplier choice, budgetary discipline and role of Health Technology Assessment (HTA) processes stood out. The level of financial protection of citizens in this cluster was lower and some policies such as HTA and gatekeeping were lagging behind. Also, regulatory structures and macro outcomes of the clusters differed compared to OECD.

**Keywords:** Health systems, Latin America, cluster analysis

**JEL Classification:** I18, I11, C38

<sup>1</sup> Bu çalışma N. Çağrı Yazar'ın Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yazdığı doktora tezinden üretilmiştir.

<sup>2</sup> Doktora Öğrencisi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, cyazar@gmail.com, 0000-0003-1921-2540

<sup>3</sup> Doç. Dr. Öğretim Üyesi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, toaksoy@yildiz.edu.tr, 0000-0003-0833-8543

## 1. Giriş

Finansal kriz ve Covid-19 krizinin ardından yaşanan küresel kamu borçluluğu artışı dikkatleri kamu bütçesinin en önemli kalemlerinden biri olan sağlık harcamalarına çevirmiş, sağlık sistemlerinin etkinliğinin artırılması günümüzün en önemli politika sorunlarından biri haline gelmiştir. OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı 2008 krizi öncesi 7.8% seviyesinde iken 2008-2018 döneminde 8.6-8.8% düzeyine çıkmış, 2019 sonrası (Covid-19 salgınının da etkisiyle) tekrar yükselişe geçerek 2020'de 9.7% düzeyine ulaşmıştır (OECD, 2022). Yaşlanan nüfus ve teknolojik gelişmelerin etkisiyle sağlık harcamalarındaki artışın devam etmesi beklenmektedir. Dolayısıyla ülkelerin sağlık sistemleri ile ilgili araştırmalar giderek önem kazanmaktadır. OECD'nin yapmakta olduğu "Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketi" bu konuda değerli bir veri kaynağı sağlamaktadır (OECD, 2018).

Sağlık sistemleriyle ilgili araştırmalarda ülkeler arası karşılaştırmalar en iyi uygulamaların belirlenmesi için doğal bir laboratuvar oluşturmaktadır (Burau, Blank ve Pavolini, 2015). Sağlık sistemlerinin karmaşık yapısı nedeniyle genelde ülkeler sağlık sistemlerinin özellikleri üzerinden çeşitli sınıflandırmalar/tipolojiler şeklinde analiz edilmektedir.

Sağlık sistemleri ile ilgili araştırmaların büyük ölçüde Batı Avrupa ve OECD ülkelerine odaklandığı görülmektedir. Bu kapsamda OECD'nin OECD ülkeleri için gerçekleştirdiği, ülkelerin sağlık sistemlerini detaylı bir biçimde ortaya koyan "Sağlık Sistemi Karakteristikleri Anketleri" literatürde daha önce analiz edilirken, aynı anket serisinin 2018'de Latin Amerika ülkelerine özel versiyonunun sonuçlarını analiz eden bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu makalenin Latin Amerika anketini analiz eden ilk çalışma olması ve bu yolla söz konusu ülkelerin sağlık sistemlerine ilişkin değerlendirmelere katkıda bulunması hedeflenmiştir.

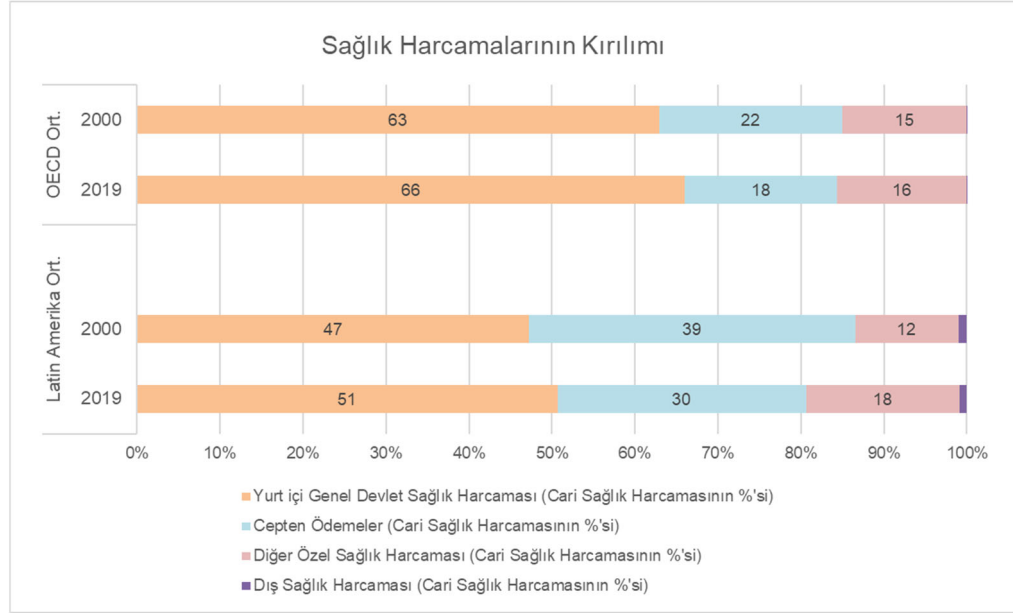
Sağlık Latin Amerika ülkelerinde 1980'lerden itibaren toplumsal statüden ya da ödeme gücünden bağımsız olarak bir vatandaşlık hakkı olarak görülmeye başlanmıştır. Ancak ekonomik alanda 1970-80'ler boyunca kontrol edilemeyen yüksek enflasyon, ekonomik genişleme/daralma döngüleri, borç krizleri mali politikalar üzerinde baskı yaratarak sağlık harcamalarını kısıtlamış, sağlıkla ilgili sonuçlarda olumsuz etkilere yol açmıştır. Dünya Bankası'nın Washington Konsensüsü politikaları kapsamında uygulanan neoliberal makroekonomik reformlar döneminde ekonomik krizden çıkmak ve makroekonomik istikrar sağlamak öncelikli sorunlar olarak kabul edilmiş, sosyal politikalar ve refah reformlarına ancak askeri rejimler sonrası, 1990'larda başlanabilmektedir. (Atun, de Andrade, Almeida, Cotlear, Dmyt-raczenko, Frenz, Garcia, Gomez-Dantes, Knaul, Muntaner, de Paula, Rigoli, Serrate ve Wagstaff, 2015)

2000-2008 dönemindeki küresel ekonomik genişleme bu ülkelerde istikrarlı ekonomik büyümeyi desteklemiş, hükümetlere sağlık sistemlerinde reformlar yapmayı sağlayacak mali alan ve bütçe esnekliği sağlamıştır. Uygulanan sağlık reformlarında temel sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi, bu yolla sağlığa erişimde ve sağlık çıktılarında eşitsizliği azaltmak, toplumun dezavantajlı kesimleri için finansal korunma sağlamak ve sağlık sistemlerini güçlendirmek amaçlanmıştır (Atun ve diğerleri, 2015). Reformların ve sosyal refah programlarının yardımıyla Latin Amerika ülkeleri 2000’li yıllarda sağlık alanında olumlu gelişim göstermiştir. Ancak bazı ülkelerin hala OECD standartlarının çok gerisinde olduğu görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hesaplanan ve sağlıkta evrensel kapsam hedefini ölçmekte kullanılan “Evrensel Hizmet Kapsamı Endeksi”nin tüm Latin Amerika ülkeleri için ortalamasına bakıldığında 2000 yılında 59.1 iken 2019 itibarıyla 73.6’ya çıktığı görülmektedir (WHO, 2021). Bu dönemde neredeyse tüm Latin Amerika ülkelerinde artış yaşandıysa da Guatemala, Paraguay ve Honduras gibi bazı ülkelerde endeks hala 65’in altındadır. Sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranına bakıldığında yine neredeyse tüm Latin Amerika ülkelerinde 2000’li yıllar boyunca artış olduğu, bu oranın 2000 yılında ortalama 6.0% iken 2019 itibarıyla 7.0%’ye çıktığı görülmektedir. 2019 yılı itibarıyla farklı ülkelerde 4.9% ile 9.7% arasında değiştiği, dolayısıyla Latin Amerika ülke grubu içindeki değişkenliğin yüksek olduğu görülmektedir. (WHO, 2022a)

Grafik 1, 2000 ve 2019 yıllarında OECD ve Latin Amerika ülkelerinde sağlık harcamalarının kırılımını göstermektedir. Grafiğe göre Latin Amerika’da sağlık harcamalarının içinde cepten ödemelerin payı zaman içerisinde düşmekle birlikte hala %30 gibi yüksek bir orandadır. Bu oran 2019 itibarıyla OECD ülkelerinde %18’dir. Meksika, Paraguay, Trinidad ve Tobago, Dominik Cumhuriyeti, Honduras ve Guatemala gibi ülkelerde cepten ödemelerin payı hala kamu harcamalarına yakın veya daha yüksektir. Cepten ödemelerin yüksekliği sosyal güvencesi olmayan kesimlerin yıkıcı ve fakirleştirici sağlık harcamalarıyla karşılaşmasına sebep olabilmektedir. Latin Amerika’da sağlık harcamalarında kamunun payı da (%51) OECD ortalamasının (%66) oldukça altındadır. (WHO, 2022a)

Sağlık sonuçlarında da benzeri bir tablo karşımıza çıkmaktadır. Tüm Latin Amerika ülkelerinde doğumda ortalama beklenen ömür 2000 yılında 71.6 yıldan 2019’da 75.6 yıla yükselmiştir (World Bank, 2022a). Bu rakam OECD’de 81.7 yıldır. Bebek ölüm oranları ise her 100,000 canlı doğumda 26.6’dan 13.2’ye büyük bir düşüş göstermiştir (World Bank, 2022b). Ancak hala OECD düzeyine (100,000’de 5) ulaşamamıştır. Sağlık sonuçlarında tüm ülkelerde yaşanan olumlu gelişmeye rağmen, örneğin Guyana’da beklenen ömür hala 69.9 yıldır. Guatemala, Bolivya, Guyana ve Dominik Cumhuriyeti’nde bebek ölüm oranlarının hala 100,000’de 20’nin üzerinde olduğu görülmektedir.

**Grafik 1: Sağlık Harcamalarının Kırılımı**

**Kaynak:** WHO, 2022a

Genel olarak 2000’li yıllarda yaşanan tüm olumlu gelişmelere rağmen Latin Amerika ülkelerinde sağlıkla ilgili belirleyici faktörlerde ve sağlık sonuçlarında hala sosyoekonomik eşitsizlikler söz konusudur (Atun ve diğerleri, 2015). Sağlık kapsamı yüksek görünse de sağlanan mal ve hizmet paketleri OECD ülkeleri kadar kapsamlı değildir (OECD, 2016). Birçok ülkede örgütlenme, hizmet tedariki ve finansmanda parçalanmışlık, sosyoekonomik ve coğrafi bariyerler, özel sektördeki regülasyon sorunları gibi içsel zayıflıklar sağlık sistemlerinin eşit ve etkin gelişimini güçleştirmektedir (Atun ve diğerleri, 2015; Laurell ve diğerleri, 2018). Özellikle 2008 krizi sonrası ekonomik büyümedeki yavaşlama bu sorunlarla aynı kaynakları kullanarak mücadele etmeyi zorunlu kılmakta, ekonomi ile ilgili riskler evrensel sağlık kapsamını genişletme politikalarının sürdürülebilmesini güçleştirmektedir (Atun ve diğerleri, 2015).

Bu çalışmanın amacı Latin Amerika ülkelerinin sağlık sistemlerini sınıflandırmak ve bu sınıflamaları OECD ülkeleriyle karşılaştırmaktır. Latin Amerika sağlık sistemlerinin henüz OECD standartlarına ulaşamamış olması ve OECD örneğine göre daha fazla değişkenlik içeriyor oluşu bu ülkeler üzerinden yapılacak analizlerin önemini arttırmaktadır. Analizde yukarıda bahsedilen OECD anketinin 2018 yılında Latin Amerika ülkeleri için yapılmış olan

versiyonundaki sonuçlardan faydalanılarak ilgili literatürle paralel biçimde bu ülkelerin sağlık sistemlerinin kurumsal yapılarını temsilen çeşitli sistem göstergeleri oluşturulmuş ve bir veri madenciliği yöntemi olan kümeleme analizi uygulanarak bu ülkelerin iki kümede sınıflandırılabilceği sonucuna ulaşılmıştır. Örnekleme dahil olan 21 Latin Amerika ülkesinin çoğunluğunu oluşturan ilk küme (Küme 1) daha katı düzenleyici sistemler olup diğer küme (Küme 2) ise daha düşük seviye düzenleyici özellikler göstermektedir. OECD ile kıyaslandığında Küme 1'in tedarikçi seçim hakkı, tedarikçi ücretlendirme yöntemleri, doktor hizmetlerinde özelleşme ve tıbbi kadroların regülasyonu alanlarında OECD'den daha katı düzenleyici bir yapıda olduğu görülmüştür. Küme 2'de ise ekonomik ve sağlıkla ilgili sonuçlar Küme 1'in gerisinde bulunup vatandaşların finansal korunma seviyesi düşüktür. Aynı zamanda Sağlık Teknolojisi Değerlendirmeleri (STD) ve kapı bekçiliği gibi DSÖ tavsiyeli temel bazı politikalarda geri kalınmıştır.

Çalışmanın planı şu şekildedir: İkinci bölümde literatürdeki sağlık sınıflandırmalarıyla ilgili bilgi verilmektedir. Üçüncü bölümde verilerin (sistem göstergelerinin) nasıl hesaplandığı açıklanmaktadır. Dördüncü bölümde yapılan analiz açıklanmakta, beşinci bölümde ise sonuçlar değerlendirilmektedir.

## 2. Literatürde sağlık sistemi sınıflandırmaları

Sağlık sistemi sınıflandırmalarının geçmişi 1960'lı yıllara kadar dayansa da 1987 tarihli "Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries" başlıklı OECD çalışmasındaki sınıflandırma yaygın kabul görmüştür (Bureau ve diğerleri, 2015; Kulesher, 2014; Reibling, 2010; Schmid, Cacase, Götze ve Rothgang, 2010; Wendt 2019; Wendt, Frisina ve Rothgang, 2009). Buna göre hizmete erişim, finansman yöntemi ve hizmet tedarikinin kamu/özel bileşimi kriterlerinden yola çıkılarak üç temel sağlık sistemi tanımlanmıştır: (1) Evrensel sağlık kapsamına, kamu finansmanına, kamusal hizmete ve devlet regülasyonuna dayalı "Ulusal Sağlık Modeli"<sup>4</sup>; (2) istihdam kaynaklı işçi/işveren katkı payları tarafından finanse edilen ve kendi kendini regüle eden sigorta fonlarına dayalı "Sosyal Sigorta Modeli"<sup>5</sup>; (3) işçi/işveren tarafından finanse edilen özel sağlık sigortasına ve piyasa mekanizmalarına dayalı "Özel Sigorta Modeli"<sup>6</sup>. Benzer bir sınıflandırmada Docteur ve Oxley (2003) tedarikçiler, ödeyiciler ve kullanıcılar arasındaki ilişkilerden yola çıkarak sistemleri "kamu-entegre", "kamu-sözleşme" ve "özel sigorta/özel tedarik" şeklinde üçe ayırmıştır.

<sup>4</sup> İngiltere, Danimarka, Finlandiya, İzlanda, Norveç, İsveç, Avustralya, İrlanda, Yeni Zelanda vb.

<sup>5</sup> Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa, Lüksemburg, Hollanda vb.

<sup>6</sup> ABD

Literatürdeki diğer araştırmaların OECD'nin geleneksel sınıflandırmasındaki finansman ve tedarik boyutlarının yanına üçüncü bir boyut olarak yönetişimi (regülasyon) eklediği ve bu boyutun giderek önem kazandığı görülmektedir. Moran (2000) tüketim, tedarik ve üretim (teknoloji) alanlarındaki yönetişim ve kontrol yapılarından yola çıkarak ve analize teknoloji üzerindeki kontrolleri de ekleyerek dört farklı "sağlık devleti" ailesi bulmuştur: Genel olarak Ulusal Sağlık Modeli ülkelerini içeren "yerleşik komuta kontrol devleti"; evrensel olmayan kapsam ve düşük düzeyde devlet kontrolü içeren "arz devleti"; erişim kısmen evrensel, maliyetler ve tedarikçiler üzerindeki kontrol orta seviyede, sağlık teknolojisi üzerindeki kontrol ise düşük seviyede olan "korporatist devlet"; ulusal sağlık hizmetine sahip, ancak fonlama, tedarik ve teknoloji alanlarındaki düzenleyici kapasitesi düşük, dolayısıyla kâğıt üzerinde mevcut olan hakları pratikte garanti edemeyebilen "güvensiz komuta kontrol devletleri"<sup>7</sup>.

Wendt ve diğerleri (2009) çalışmasında sağlık sistemlerini finansman, tedarik ve regülasyon boyutlarında devlet, toplumsal ve özel aktörlerin rollerine göre tanımlayan bir tipoloji öne sürülmüştür. Buna göre sistemin üç boyutunu gerçekleştirebilecek üç farklı aktör üzerinden toplam 27 farklı sistem kombinasyonu tanımlanmıştır. Böhm ve diğerleri (2013), Wendt ve diğerleri (2009)'nin çalışmasındaki sistem kombinasyonlarının beş tanesinin gerçekte mevcut olduğunu bulmuştur: "Ulusal sağlık hizmeti", "ulusal sağlık sigortası", "sosyal sağlık sigortası", "özel sağlık sistemi", "devletçi (etatist) sosyal sağlık sigortası".

Neredeyse tüm ülkelerin sağlık sistemlerinin daha etkin örgütlenme biçimleri oluşturma amacıyla reform baskısı altında sürekli dönüşüm yaşadığı görülmektedir. Her sistemin benzersiz olması nedeniyle fonlama, sigortacıların ve tedarikçilerin statüsü, regülasyon gibi alanlarda baskılara verdiği tepkiler farklılaşmakta ve sağlık sistemi tipleri giderek daha hibrit hale gelmektedir (Schmid ve diğerleri, 2010). Bu dönüşüm sağlık sistemi modellerinin tarihsel ayrımlarını ortadan kaldırmaktadır (Kutzin, 2011). Artık sistemlerin üç boyutunu gerçekleştiren aktörlere odaklanan geleneksel sınıflandırmalar yerine daha kapsamlı kurumsal göstergeler kullanan çok boyutlu analitik çalışmalar ön plana çıkmaktadır.

Bu kapsamda düşünülebilecek olan Wendt (2009), Wendt (2014), Reibling (2010) ve Reibling, Ariaan ve Wendt (2019) çalışmalarında hastaların tedarikçilere erişimi sağlık sistemlerinin anahtar boyutu olarak kabul edilmiş olup hizmet arzının hacmine ve hizmete erişimle ilgili düzenleme mekanizmalarına odaklanılmıştır. Yığımsal hiyerarşik kümeleme analizi kullanılan bu çalışmalarda hizmet arzının hacmini temsilen kişi başına sağlık harcamaları, sağlık harcamaları içinde kamunun payı gibi parasal verilerin yanı sıra sağlık kadrolarının

---

<sup>7</sup> Güney Avrupa ülkelerini (Yunanistan, İtalya, Portekiz) kapsamaktadır.

ya da sağlıkla ilgili teknolojik kaynakların hacminden yola çıkarak hesaplanan hizmet arzı endeksleri ve çeşitli kurumsal göstergeler (temel sağlık kapsamına alınmada kullanılan kriter, doktorların ücretlendirme yöntemleri vb.) yer almıştır. Hizmete erişimle ilgili kısıtlamaları temsilen maliyet paylaşımı (cepten ödemelerin payı), hastanın doktor seçimindeki serbestlik (kapı bekçiliği/aile hekimi referansı şartı) gibi değişkenler yer almaktadır.

Wendt (2009) 15 Avrupa ülkesi için 2001 yılına ait 10 farklı veriden yola çıkarak üç tip sağlık sistemi belirlemiştir: (i) Bol hizmet arzı ve erişim serbestliği içeren “sağlık hizmeti tedariki odaklı tip”; (ii) erişimde eşitliği erişimde tercih serbestliğine yeğleyen “evrensel kapsam-kontrollü erişim tipi”; (iii) finansman kaynaklarının ve erişimin kısıtlandığı “düşük bütçe-kısıtlı erişim tipi”. Wendt (2014)’te yukarıdaki analizin bir benzerini 32 OECD ülkesi için 2001 ve 2007 verileriyle tekrar etmiş, bu kez ülkeleri dört farklı gruba ayırmıştır. Buna göre, önceki çalışmasında bulunduğu (iii) no.lu grubu iki alt gruba ayırmıştır: (a) Sağlık harcaması ve kamu finansman payı nispeten daha yüksek olan, hizmete erişimde daha katı kısıtlayıcı ülkeler; (b) Sağlık harcaması ve kamu payı çok düşük, hizmete erişimin üzerindeki kontrolün çok zayıf olduğu ülkeler. Reibling (2010) 16 Avrupa ülkesi için yaptığı kümeleme analizinde bu ülkeleri dört gruba ayırmıştır: (i) Erişimi kapı bekçiliği yerine maliyet paylaşımı yoluyla kısıtlayan, yüksek arza sahip ülkeler; (ii) Erişimi kısıtlamayan, yüksek arz ülkeleri; (iii) Kapı bekçiliğine katı bir biçimde bağlı, düşük arza sahip ülkeler; (iv) Erişim regülasyonu kapı bekçiliği ve maliyet paylaşımının bileşimine bağlı, orta düzey arz ülkeleri. Reibling ve diğerleri (2019)’da ise 29 OECD ülkesi 2011 ve 2014 verileri kullanılarak beş gruba ayrılmaktadır: (i) Arz ve tedarikçi tercihi odaklı kamu sistemleri; (ii) Performans ve birincil bakım odaklı kamu sistemleri; (iii) Regülasyon odaklı kamu sistemleri; (iv) Düşük arz/düşük performanslı karma sistemler; (v) Arz ve performans odaklı özel sistemler. Bu araştırmanın Wendt (2009), Wendt (2014) ve Reibling (2010) çalışmalarına ek olarak performans göstergeleri başlığı altında önleyici sağlık hizmetlerini (tütün/alkol tüketimi verileri yoluyla) ve bakım kalitesini (önlenebilir bazı hastalıklar nedeniyle hastane kabul ve hasta kayıp oranlarını kullanarak) analize dahil ettiği görülmektedir.

OECD bünyesinde 2008’den itibaren gerçekleştirilmeye başlanan Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketi’nin ilgili literatüre faydalı bir veri tabanı sağladığı görülmektedir (OECD, 2018). Söz konusu anketlerin sonuçlarını kullanan çalışmalardan birisi OECD bünyesinde hazırlanan Joumard ve diğerleri (2010) çalışmasıdır. Bu çalışmada 29 OECD ülkesi için kümeleme analizi kullanılarak ülkelerin benzer politik düzenlemeler üzerinden nasıl gruplanabileceği incelenmiştir. Buna göre, sağlık politika ve kurumlarını temsilen 20 farklı gösterge üzerinden hiyerarşik yığınsal kümeleme algoritması, dendrogram üzerinden analiz ve Ward bağlantı yöntemi kullanılarak altı farklı ülke kümesi belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan daha ileri bir yöntem olduğu için bu bağlantı yöntemi tercih edilmiştir. Kümeleri

birbirinden ayıran temel faktörler olarak sigorta kapsamı ve hizmet arzının düzenlenmesinde kamu/piyasa mekanizmalarına bağlılık, kapı bekçiliğinin kullanım derecesi, sağlık harcamalarında temel sigorta kapsamına ek olarak özel sigortanın ağırlığı, hizmet arzında özel sektörün payı ve bütçe disiplini ön plana çıkmaktadır.

### 3. Veri seti

Bu makalede yapılan analizlerde Latin Amerika ülkelerinin sağlık piyasasında uyguladıkları politikaları temsil eden “sistem göstergeleri” kullanılmıştır. Göstergelerin hesaplanmasında büyük ölçüde OECD bünyesinde hazırlanan Lorenzoni, Murtin, Springare, Auraaen ve Daniel (2018)’in çalışmasındaki yöntem kullanılmıştır. Adı geçen çalışmada büyük ölçüde OECD ülkeleri için yapılmış olan “Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketi”nin sonuçları kullanılmış, toplam 17 sistem göstergesi hesaplanmıştır.

OECD bünyesinde hazırlanan Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketi 2008, 2012 ve 2016 yıllarında OECD ülkeleri için, 2018 yılında ise Latin Amerika ülkeleri için gerçekleştirilmiştir (OECD, 2018). Bu anketler ilgili ülkelerin en üst düzey sağlık otoriteleri (genelde sağlık bakanlıkları) tarafından doldurulmuş olup 78 ana soru ve alt sorularla birlikte 553 maddelik bir listeye sahiptir. Kapsadığı temel konular Tablo 1’de yer almaktadır.

Bu makalede ilgili anketin 2018 yılında Latin Amerika ülkeleri için yapılmış olan versiyonundaki veriler kullanılarak Latin Amerika ülkeleri için sistem göstergeleri hesaplanmıştır. Göstergelerin nasıl hesaplandığı aşağıda 3.1-3.13 bölümlerinde açıklanmaktadır. Hesaplamalarda genel olarak Lorenzoni ve diğerleri (2018) çalışmasındaki yöntemler baz alınmıştır. Bu çalışma OECD ülkeleri için hangi kurum ve politikaların sağlıkta paranın karşılığını artırdığını rakamsal olarak incelediği ve OECD anketlerine verilen cevapların sistem göstergelerine nasıl dönüştürülebileceğine ilişkin bir çerçeve oluşturduğu için önem taşımaktadır. Ancak bazı sistem göstergeleri ankette ilgili sorular Latin Amerika ülkeleri tarafından yeterince cevaplanmadığı için hesaplanamamıştır<sup>8</sup>. Buna karşılık, Lorenzoni ve diğerleri (2018)’nde bulunmayan iki yeni gösterge analize eklenmiştir:

- “Evrensel Hizmet Kapsamı” DSÖ’nün hesapladığı endeksten yola çıkılarak hesaplanmıştır (WHO, 2021).
- “Bütçe Disiplini” anketin 74., 76. ve 77. sorularından yola çıkılarak hesaplanmıştır.

<sup>8</sup> Hesaplanamayan göstergeler: Temel Kapsamın Derinliği, Tedavi Edici Bakımda Cepten Ödemeler, Temel Ötesi Kapsam, Sağlık Fayda Sepetinin Tanımı, Üçüncü partiler tarafından ödenen birincil bakım doktoru fiyat/ücretlerinin regülasyonu, Üçüncü partiler tarafından ödenen hastane hizmetleri fiyat/ücretlerinin regülasyonu.



Sonuç olarak Tablo 2’de yer alan 13 sistem göstergesi hesaplanmıştır. Tüm göstergelerin değerleri 0 ile 6 arasında değişen puanlar şeklindedir. Puanların yüksekliği ya da düşüklüğü her gösterge için farklı anlam ifade etmekte olup aşağıda hesaplama yöntemleriyle birlikte açıklanmaktadır. Grafiklerde Latin Amerika ve OECD ortalamaları hesaplanırken ülkeler nüfuslarına göre ağırlıklandırılmıştır. Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketi OECD ülkeleri için en son 2016’da yapıldığı için OECD ortalaması hesaplanırken 2016 verileri kullanılmıştır.

**Tablo 1:** OECD Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketinin (2018) kapsadığı konular

Bölüm/Kısım	Soru Sayısı
<b>Bölüm 1: Sağlık Finansmanı ve Kapsamı Uygulamaları</b>	
Kısım 1. Temel sağlık kapsamının özellikleri	2
Kısım 2. Temel sağlık kapsamı için sağlık sigortası piyasalarının düzenlenmesi	6
Kısım 3. Kamu sektörünün sağlık sigortası piyasasına diğer müdahaleleri	2
Kısım 4. Temel sağlık kapsamının derinliği	2
Kısım 5. Aşırı cepten ödemelere karşı koruma	5
Kısım 6. Temel sağlık kapsamı sunan sağlık sigortacıları arasındaki rekabet ve tüketici tercihi	4
Kısım 7. Kapsamın ikincil bir kaynağı olarak özel sağlık sigortası	2
<b>Bölüm 2: Sağlık Hizmeti Tedarik Sistemleri</b>	
Kısım 8. Sağlık hizmeti tedariki ve hizmetler için ödemeler	5
Kısım 9. Sağlık uzmanlarının istihdam durumu ve ücretlendirilmesi	4
Kısım 10. Tedarikçiler için performans bazında ödeme ve diğer finansal teşvikler	3
Kısım 11. Hastaların tedarikçiler arasından seçim hakkı ve rekabet	7
Kısım 12. İş gücü eğitimi ve düzenlenmesi	7
Kısım 13. Altyapı ve hizmet tedariki planlaması	1
Kısım 14. Sağlık hizmetleri için fiyat düzenlemeleri	6
Kısım 15. Hizmet koordinasyonu ve sürekliliği	4
<b>Bölüm 3: Yönetişim ve Kaynak Dağıtım</b>	
Kısım 16. Sağlık teknolojisi değerlendirmesi	4
Kısım 17. Hizmet kalitesi	7
Kısım 18. Hasta hakları ve vatandaşların katılımı	2
Kısım 19. Sağlık bütçe uygulamaları	5

**Kaynak:** Lorenzoni, Pinto, Guanais, Reneses, Daniel ve Auraaen (2019)

**Tablo 2:** Latin Amerika Ülkeleri İçin Hesaplanan Sistem Göstergeleri

<b>Sağlık Finansmanı ve Kapsamla İlgili Uygulamalar</b>
Sağlık hizmeti kullanıcılarının finansal korunma seviyesi
Temel kapsam için kullanıcıların tercih hakkı derecesi
Sigorta piyasası için kaldıraçlar
Hastanın tedarikçiler arasında seçim hakkı
Birincil bakımın sağlık sistemindeki yeri (kapı bekçiliği)
Evrensel Hizmet Kapsamı
<b>Sağlık Hizmet Tedarikiyle İlgili Sistemler</b>
Doktorların ücretlendirme yöntemlerinde hacimsel artışın teşviki
Hastanelerin ücretlendirme yöntemlerinde hacimsel artışın teşviki
Doktorlar için hizmet tedarikinde özelleşme derecesi
Hastanelerdeki tıbbi personelin regülasyonu
Sağlık hizmeti kalitesiyle ilgili teşvikler
<b>Yönetişim ve Kaynak Dağıtımı</b>
Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi kullanımı
Bütçe disiplini

### 3.1 Kullanıcıların finansal korunma seviyesi

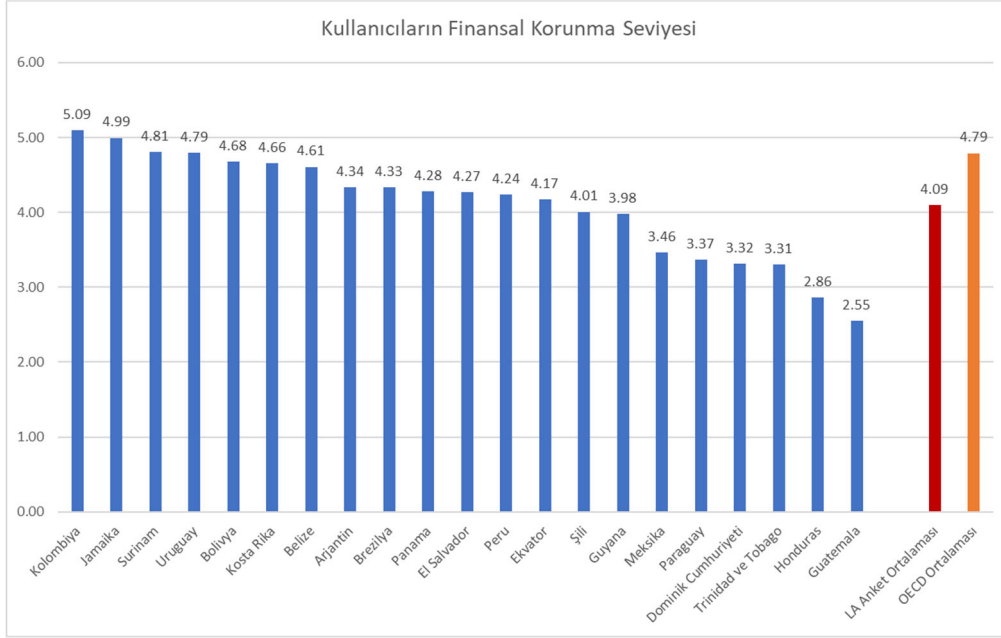
Bu gösterge sağlık harcamaları içerisinde kamunun, sosyal sigortanın ve özel sigortanın payını ölçmektedir. Diğer bir deyişle sağlığın cepten ödemelerden karşılanmayan kısmıdır. Sağlık kullanıcılarının finansal korunma seviyesinin yüksek olması sağlık harcamalarında cepten ödemelerin payının düşük olması anlamına gelmektedir. Kullanıcıların finansal korunma seviyesi yükseldikçe puan yükselmektedir.

Hesaplanırken DSÖ'nün Küresel Sağlık Harcamaları Veri Tabanından (WHO, 2022a) alınan yüzdeler diğer sistem göstergeleriyle aynı ölçekte yer alması için altılı ölçeğe getirilmiştir. Sistem göstergelerinin genelinde kullanılacak olan OECD Sağlık Sistemleri Karakteristikleri anketi 2018 tarihli olduğu için bu göstergenin hesaplanmasında da 2018 verileri kullanılmıştır.

Grafik 2'deki puanlara bakıldığında Latin Amerika ülkeleri içerisinde cepten ödemelerin düşüklüğü açısından OECD düzeyinde yer alan ülkeler (Kolombiya, Jamaika, Surinam ve

Uruguay) mevcut olmakla birlikte Guatemala ve Honduras gibi ülkelerde cepten ödemelerin payının hala çok yüksek olduğu görülmektedir.

**Grafik 2:** Kullanıcıların Finansal Korunma Seviyesi



### 3.2 Temel kapsam için kullanıcı tercihi derecesi

Temel sağlık kapsamı sağlık hizmeti kullanıcıları için ilk finansal koruma kaynağı anlamına gelmektedir. Bu göstergede kullanıcıların temel kapsamla ilgili tercih hakları değerlendirilmektedir. Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketindeki 2, 18 ve 19. sorulara verilen cevaplardan yola çıkılarak hesaplanmıştır. Hesaplama Lorenzoni ve diğerleri (2018) çalışmasının Tablo 3'te yer alan puanlama yöntemi kullanılmıştır. Puan tercih olanağı arttıkça yükselmektedir. En yüksek puan (6) temel sağlık kapsamı birden fazla sigortacı tarafından karşılandığında, kullanıcının beş sigortacıdan fazla seçenek arasından seçim yapma olanağı bulunduğu, ilk 3 ve ilk 5 sigortacının pazar payı %50'nin altında olduğunda, en düşük puan (0) ise temel kapsam ulusal sağlık sistemi tarafından ya da tek bir sigorta havuzu tarafından karşılandığında, yani kullanıcı için bir tercih olanağı bulunmadığında verilmiştir.

Grafik 3'teki puanlar incelendiğinde Latin Amerika ülkelerinin yarısından çoğunda (21 ülkeden 12'si) kullanıcılara temel sağlık kapsamı konusunda tercih hakkı verilmediği

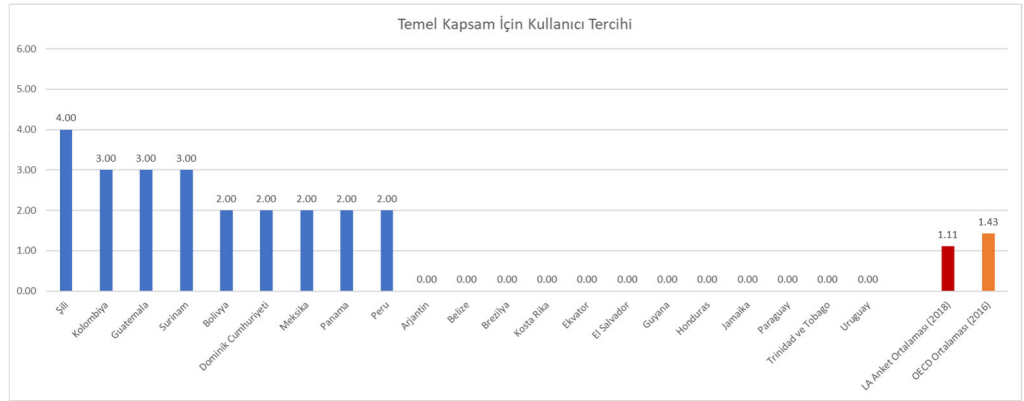
görülmektedir. Ancak bu konuda OECD ülkeleri de benzer bir politika izlemekte olup, OECD ülkelerinin de yarısından çoğunda (33 ülkeden 21'i) tercih hakkı bulunmamaktadır.

**Tablo 3:** Temel Kapsam İçin Kullanıcı Tercih Göstergesi Hesaplama Yöntemi

Temel sağlık kapsamının kaynağı	Kullanıcılar tercih yapıyor mu?	Kaç tercih yapılabiliyor?	İlk 3 sigortacının temel birincil sigorta sektöründeki payı	İlk 5 sigortacının temel birincil sigorta sektöründeki payı	Puan	
Ulusal sağlık sistemi ya da ortak sağlık sigortası fonları					0	
Yerel sağlık sistemleri ya da farklı bölgelerde hizmet veren sağlık sigortacıları					1	
Birden fazla sigortacı	Hayır				2	
	Evet	<= 5			3	
		>5	>%50			4
			<=%50	>%50		5
		<=%50	<=%50		6	

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

**Grafik 3:** Temel Kapsam İçin Kullanıcı Tercih



### 3.3 Sigorta piyasası için kaldıraçlar

Bu göstergede birden fazla sigortacı/fon içeren ülkelerde sigorta piyasasında rekabetin kaldıraçları değerlendirilmektedir. Yüksek puan rekabet kaldıraçlarının daha fazla olduğu anlamına gelmektedir. Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketindeki 2.b, 3, 4, 5 ve 8. sorulara verilen cevaplardan yola çıkılarak hesaplanmıştır.

Hesaplama Tablo 4'te yer alan puanlama yöntemi kullanılmıştır. Bu gösterge sadece temel sağlık kapsamı birden fazla sigortacı/fona dayalı olan ülkeler için anlamlı olup ulusal sağlık sistemi ve tek sigorta havuzuna sahip ülkeler için "0" kabul edilmektedir. Otomatik katılım içeren, yani fon/sigorta tercihi sunmayan ülkeler için nihai puan ikiye bölünmektedir. Sigortacıların fayda paketi kapsamını ve primleri belirleyebildiği, fayda ve primlerle ilgili bilgilerin kullanıcılara ilan edildiği ve risk-eşitleme sistemine sahip bulunan ülkeler daha yüksek puan almaktadır.

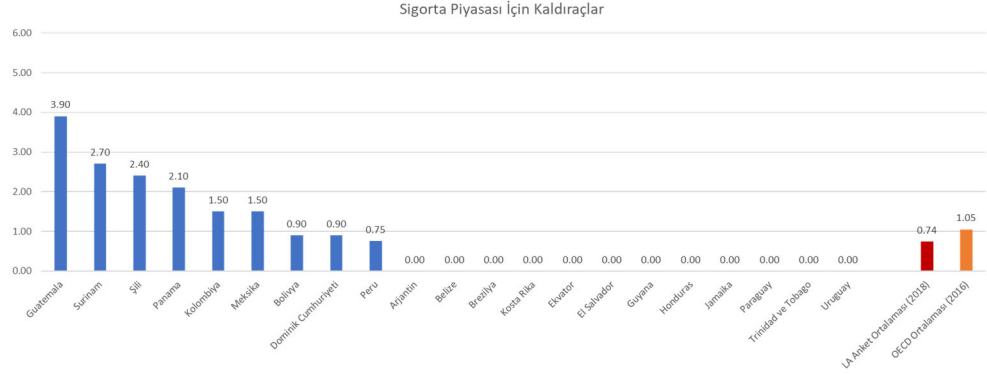
Grafik 4'te görülebileceği üzere Latin Amerika ülkelerinin yarıdan çoğu (21 ülkenin 12'si) ulusal sağlık sistemi ya da tek sigorta havuzu içeren temel kapsama sahip olduğundan bu gösterge için 0 puan almıştır. OECD ülkelerinin de çoğunun (33 ülkeden 23'ü) aynı durumda olduğu görülmektedir.

**Tablo 4:** Sigorta Piyasası İçin Kaldıraçlar Göstergesi Hesaplama Yöntemi

Soru	Tanım	Puan (eklemeli)
Soru 3	Sigortacılar (kısıtlı ölçülerde veya tamamen serbest biçimde) fayda paketini şekillendirebilir	1.2
Soru 3	Sigortacılar kapsam düzeyini şekillendirebilir	1.2
Soru 4	Sigortacılar primleri şekillendirebilir	1.2
Soru 8	Prim/kapsam hakkındaki bilgiler bireysel fonlar tarafından yayınlanır	+0.3
	Prim/kapsam hakkındaki bilgiler özel organizasyonlar/kamu otoriteleri tarafından yayınlanır	+0.3
	Performans hakkındaki bilgiler fonlar tarafından yayınlanır	+0.3
	Performans hakkındaki bilgiler özel organizasyonlar/kamu otoriteleri tarafından yayınlanır	+0.3
Soru 5	Risk-eşitleme sistemi: evet, ikiden fazla risk faktörü ile	1.2
	Risk-eşitleme sistemi: evet, iki veya daha az risk faktörü ile	0.6
	Risk-eşitleme sistemi: hayır	0

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

**Grafik 4: Sigorta Piyasası İçin Kaldıraçlar**



### 3.4 Hastanın tedarikçi seçimi

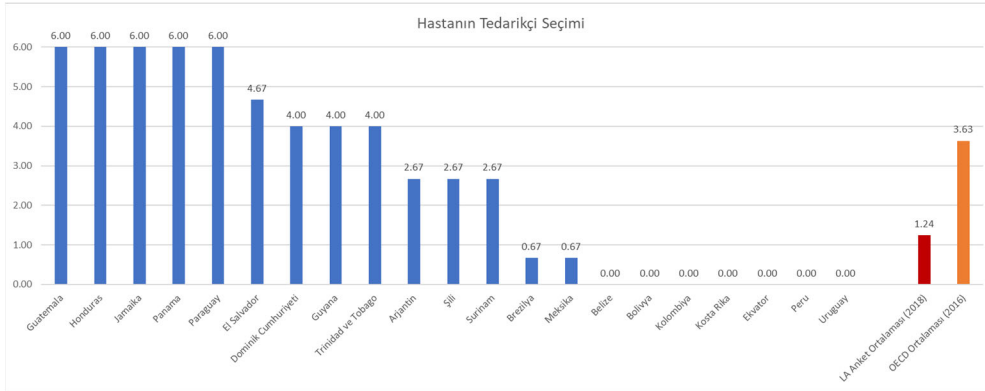
Tedarikçi seçimi ile ilgili kısıtlamalar sağlık hizmetleri piyasasında rekabeti belirleyen en önemli unsurlardan biridir. Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketinin 38.a, 39.a ve 40.a numaralı sorularına verilen cevaplardan yola çıkılarak hesaplanmıştır. Hesaplama Tablo 5'te yer alan puanlama yöntemi kullanılmıştır. Puan hastanın tercih olanağı arttıkça yükselmektedir. En yüksek puan (6) hastanın hem birincil bakım hizmeti tedarikçisi, hem uzman hizmeti tedarikçisi, hem de hastane seçiminin serbest olduğu ülkelerde; en düşük puan (0) ise bu seçimlerin sınırlı olduğu ülkelerde geçerlidir.

Grafik 5'te yer alan puanlara bakıldığında Latin Amerika ülkelerinin bu konuda OECD ülkelerine göre daha kısıtlayıcı olduğu görülmektedir. Özellikle nüfusça baskın olan Meksika ve Brezilya'da tedarikçi seçiminin oldukça kısıtlanmış olması Latin Amerika ülkeleri ortalamasını düşürmektedir.

**Tablo 5:** Hastanın Tedarikçi Seçimi Göstergesi Hesaplama Yöntemi

Soru	Cevap	Puan (kümülatif)
Birincil bakım hizmeti tedarikçisi seçimi	Serbest	2.00
	Teşvikli	1.00
	Sınırlı	0.00
Uzman hizmeti tedarikçisi seçimi	Serbest	2.00
	Teşvikli	1.00
	Sınırlı	0.00
Hastane seçimi	Serbest	2.00
	Teşvikli	1.33
	Sınırlı, ancak istisnalsı	0.67
	Sınırlı	0.00

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

**Grafik 5:** Hastanın Tedarikçi Seçimi

### 3.5 Birincil bakımın sistemdeki rolü (kapı bekçiliği)

Kapı bekçiliği uygulamalarının temel amacı sağlık hizmetlerinde birincil bakım seviyesinde bir ön onay mekanizması oluşturup ilgili harcamaların kontrolünü sağlamaktır. Birçok ülkede geçerli olmakla birlikte farklı biçimlerde uygulanmaktadır. Bu göstergede ilgili ülkelerde kapı bekçiliğinin hizmete erişimde ne kadar şart olduğu değerlendirilmektedir. Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketinin 36 ve 37 numaralı sorularına verilen cevaplardan yola çıkılarak hesaplanmıştır.

Göstergenin hesaplanmasında Tablo 6'daki puanlama yöntemi kullanılmıştır. Yüksek puan birincil bakım doktoruna kayıt olmanın ve ikincil hizmete ulaşabilmek için bu doktorun referansının zorunlu olduğu ülkeleri göstermektedir. Dolayısıyla yüksek puan birincil bakım sistemindeki rolünün daha önemli olduğu anlamına gelmektedir.

Grafik 6'da görülebileceği üzere nüfusla ağırlıklandırılmış Latin Amerika ortalaması OECD ortalamasından yüksek olmakla birlikte bu durum nüfusça ağırlıklı olan Brezilya'nın 6 puan almasından kaynaklanmaktadır. Aritmetik ortalama olarak bakıldığında OECD'de birincil bakım daha ön plana çıkmaktadır (Latin Amerika: 2.24; OECD: 2.94). Hastalara birincil bakım doktoru atanması 21 Latin Amerika ülkesinin sadece üçünde zorunlu iken bu ülkelerin çoğunda (13 ülke) uzman doktora erişebilmek için birincil bakım doktorunun referansı gereklidir. OECD grubunda ise 33 ülkenin 11'inde birincil bakım doktoru atanması zorunludur.

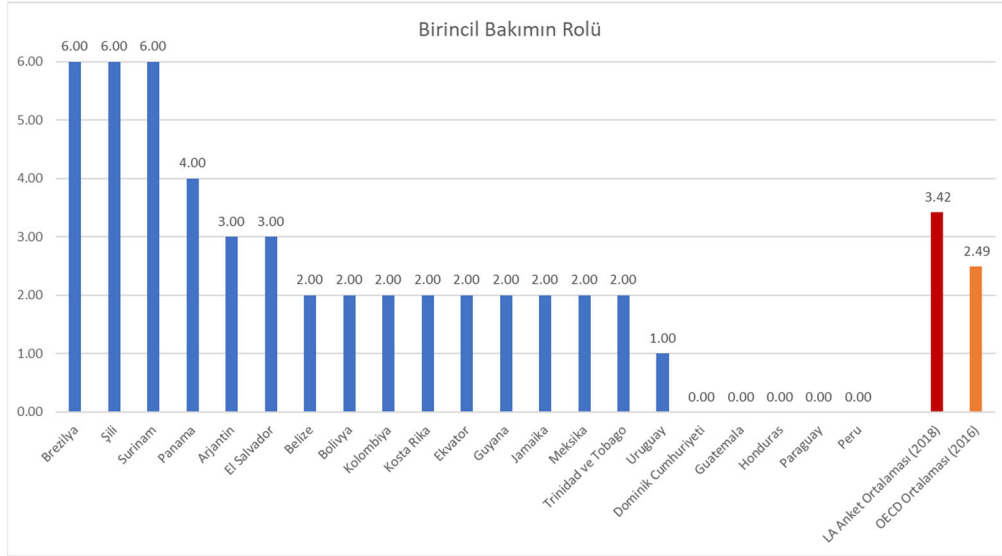
**Tablo 6:** Birincil Bakımın Sistemdeki Rolü Göstergesi Hesaplama Tablosu

		İkincil bakım için birincil bakım doktorunun referansı		
		Gerekli	Finansal teşvikli	Gerekliklik ya da teşvik yok
Bireyler bir birincil bakım doktoruna kayıt olmakla yükümlü mü ya da kayıt olmak yönünde teşvik ediliyor mu?	Yükümlü	6	5	5
	Finansal teşvikli	4	3	3
	Yükümlülük ya da teşvik yok	2	1	0*

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Lorenzoni ve diğerlerinin (2018) çalışmasının 97. paragrafında yer alan puanlama tablosunda "birincil bakım doktoruna kayıt olmada bir yükümlülük ya da teşvik yok" ve "ikincil bakım için doktorun referansı açısından gerekliklik ya da teşvik yok" cevaplarını seçen ülkeler için "1" puan yer almaktadır. Ancak aynı çalışmanın ek kısmında yer alan veriler kontrol edildiğinde bu seçenekleri seçen OECD ülkelerine "0" puan verildiği görülmüştür. Bu ülkelerin ikincil bakım için referansı teşvik eden ülkelere göre daha düşük puan alması gerektiği düşünüldüğünden ek kısmında yer alan bilginin doğru olduğu kabul edilmiştir.



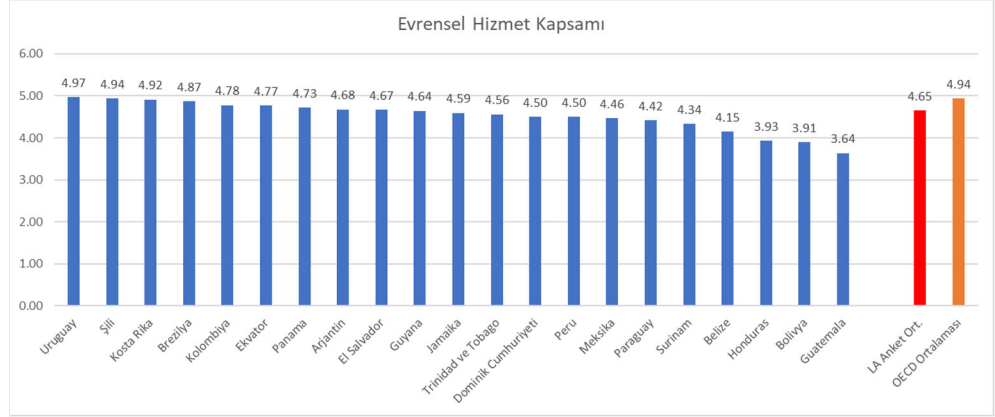
**Grafik 6:** Birincil Bakımın Rolü

### 3.6 Evrensel hizmet kapsamı

Evrensel hizmet kapsamı göstergesi Lorenzoni ve diğerleri (2018) çalışmasında bulunmayıp bu makale kapsamında hesaplanmıştır. Lorenzoni ve diğerleri (2018) çalışmasında yer alan, ancak yukarıda açıklandığı üzere, Latin Amerika anketinde ülkelerin yarıya yakını tarafından cevaplanmadığı için bu çalışmada hesaplanamayan “temel kapsamın derinliği” göstergesinin yerini tutması hedeflenmiştir. Amacı, ülkelerin temel sağlık hizmetinin sağladığı fayda paketinin kapsayıcılığını değerlendirmektir. Kapsayıcılık arttıkça sağlık harcamaları yükselecek, ancak toplumun genel sağlık durumunda düzelme ve uzun vadeli harcamalarda azalma sağlanabilecektir (Lorenzoni ve diğerleri, 2018).

DSÖ tarafından hesaplanan “Evrensel Hizmet Kapsamı Endeksi” (WHO, 2021) diğer sistem göstergeleriyle aynı ölçekte bulunması için altılı ölçüğe dönüştürülmüştür. Söz konusu endeks OECD anketinin yapıldığı 2018 itibarıyla hesaplanmadığı için 2019 değerleri kullanılmıştır. Puan yükseldikçe evrensel kapsayıcılık artmaktadır. Grafik 7’de görülebileceği üzere evrensel hizmet kapsamı Latin Amerika ülkelerinde OECD ortalamasının altındadır.

**Grafik 7: Evrensel Hizmet Kapsamı**



### 3.7 Doktorların ücretlendirmesinde hacim artışı teşviki

Doktorların ücretlendirme yöntemleri sağlık hizmeti arzını doğrudan etkilemektedir. Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketinin 29.b, 30.c ve 31.c numaralı sorularına verilen cevaplardan yola çıkılarak hesaplanmıştır. Göstergenin hesaplanmasında Tablo 7'deki puanlama yöntemi kullanılmıştır<sup>10</sup>. Yüksek puan "hizmet başına ücretlendirme" kullanan ülkelere verilmiştir. Dolayısıyla yüksek puan hizmet hacminde artış teşvikinin daha fazla olduğu anlamına gelmektedir. Hacim artışı teşvikinin yüksek olması bir taraftan hizmet kalitesini yükseltme teşviki yaratırken diğer taraftan gereksiz tedaviler ve yüksek sağlık harcamalarına yol açabilecektir.

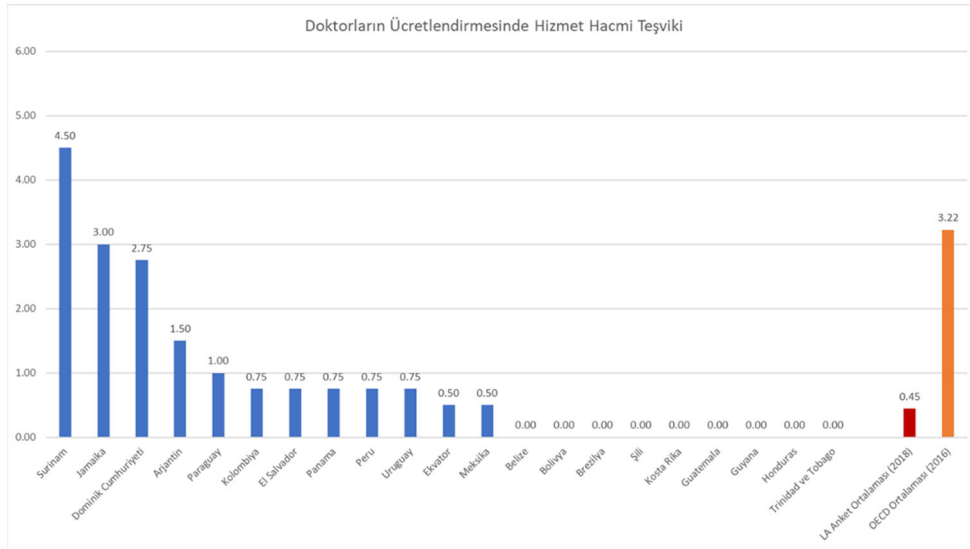
Grafik 8'de de görülebileceği üzere hizmet arzını teşvik edici ücretlendirme yöntemlerini OECD ülkeleri Latin Amerika ülkelerine göre daha fazla kullanmaktadır. Latin Amerika ülkelerinde ücretlendirmenin genel olarak sabit maaş olarak ya da hasta başına belirlendiği görülmektedir.

<sup>10</sup> Birincil bakım ve uzman doktorların puanlarının ortalaması alınmıştır. Uzman doktorlar için hesaplanan puan ise ayakta tedavi ve yatarak tedavi için yapılan ödemelerin ortalamasıdır.

**Tablo 7:** Doktorların Ücretlendirilmesinde Hacim Artışı Teşviki Göstergesi Hesaplama Tablosu

Birincil bakım doktorlarında genelde kullanılan ücretlendirme yöntemi	Puan
Maaş	0
Hasta başına ücretlendirme ve maaş	1
Hasta başına ücretlendirme	2
Hizmet başına ücretlendirme ve maaş	3
Hizmet başına ücretlendirme, hasta başına ücretlendirme ve maaş	4
Hizmet başına ücretlendirme ve hasta başına ücretlendirme	5
Hizmet başına ücretlendirme	6
Uzman doktorlarda genelde kullanılan ücretlendirme yöntemi	Puan
Maaş	0
Hizmet başına ücretlendirme ve maaş	3
Hizmet başına ücretlendirme	6

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

**Grafik 8:** Doktorların Ücretlendirmesinde Hizmet Hacmi Teşviki

### 3.8 Hastane ödemelerinde hacim artışı teşviki

Doktorlara yapılan ödemelerde olduğu gibi, hastane ödemelerinde de kullanılacak yöntem hizmet arzını etkileyecektir. Anketin 28 numaralı sorusuna verilen cevaplardan yola çıkılarak hesaplanmıştır. Göstergenin hesaplanmasında Tablo 8’deki puanlama yöntemi kullanılmıştır. Puanlama tablosunda ödeme yöntemleri hizmet hacmini artırma potansiyeli arttıkça daha yüksek puanlanmıştır. Prosedür ve hizmet bazlı ödeme planları hizmet arzını daha fazla teşvik edecektir.

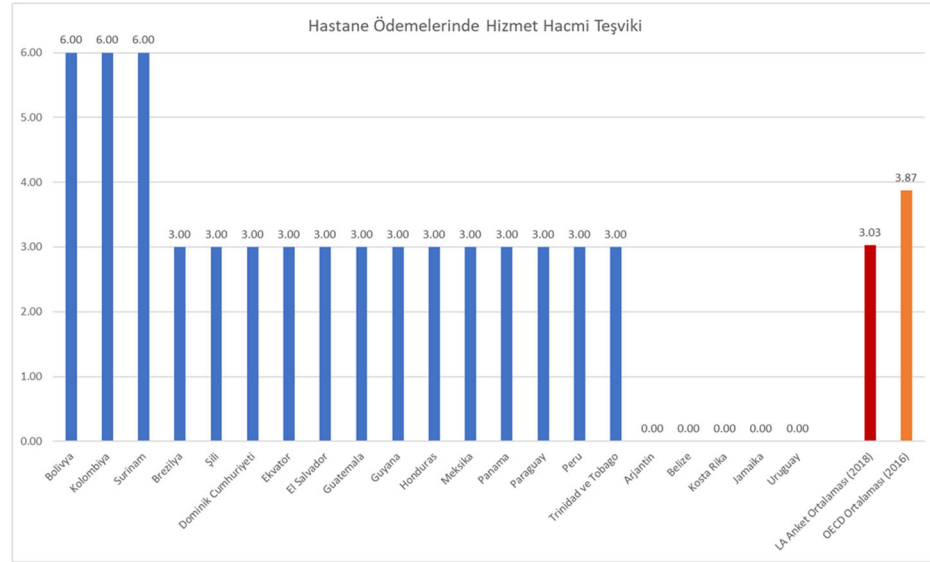
Grafik 9’da görülebileceği üzere OECD ülkelerinde hizmet arzı teşviki Latin Amerika ülkelerinden yüksek olsa da, fark doktor ödemelerinde olduğu kadar fazla değildir. 21 Latin Amerika ülkesinin 13’ünde tahmini bütçeleme yoluyla ödeme yapılmakta olup, bu yöntem hizmet arzını orta derece teşvik edecek şekilde değerlendirilmektedir.

**Tablo 8:** Hastane Ödemelerinde Hacim Artışı Teşviki Göstergesi Hesaplama Tablosu

Ödeme Yöntemi	Puan
Kalem bazlı bütçe (Line-item)	0.0
Günlük ödenek usulü (Per diem)	1.5
Tahmini bütçeleme (prospective)	3.0
Vaka bazlı ödeme	4.5
Prosedür ya da hizmet bazlı ödeme	6.0

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

**Grafik 9:** Hastane Ödemelerinde Hizmet Hacmi Teşviki



### 3.9 Özel tedarikin derecesi – doktorlar

Sağlık piyasasının önemli bir özelliği hizmet tedarikçilerinin özelleşme derecesidir. Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketinin 24 ve 25 numaralı sorularına verilen cevaplardan yola çıkılarak hesaplanmıştır. Göstergenin hesaplanmasında Tablo 9'daki puanlama yöntemi kullanılmıştır<sup>11</sup>. Yüksek puan özel girişimlerin ağırlığının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Grafik 10'daki puanlara bakıldığında bu konuda Latin Amerika ve OECD ülkeleri arasında büyük bir fark bulunmamakta olup doktorların verdiği hizmette kısmi bir özelleşme görülmektedir.

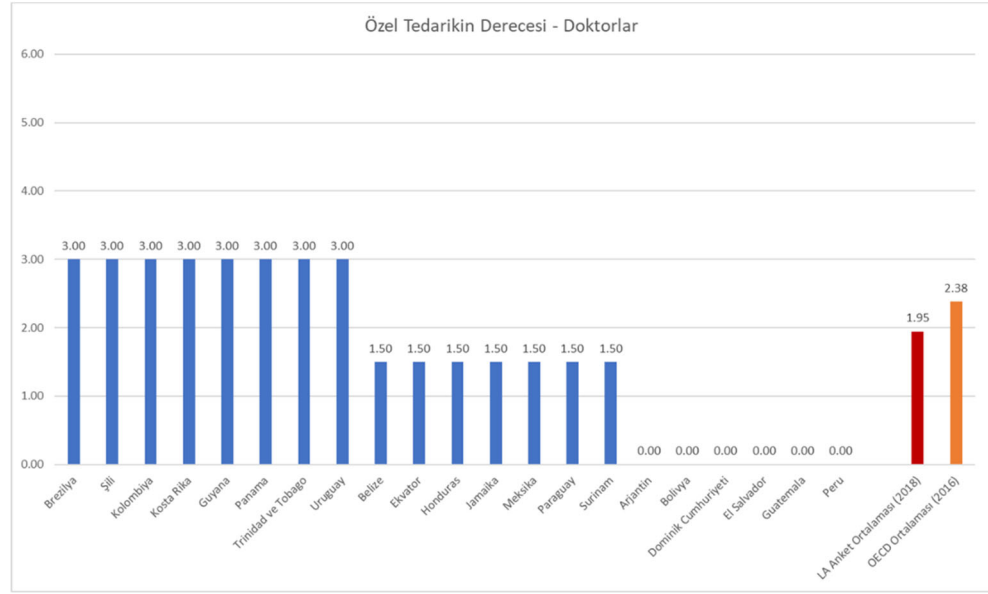
**Tablo 9:** Özel Tedarik Derecesi – Doktorlar Hesaplama Tablosu

<b>Birincil Bakım Hizmetlerinin Tedariki</b>	<b>Baskın tip</b>	<b>İkinci tip</b>	<b>Puan</b>
Sadece kamu sağlık merkezleri	Kamu merkezleri		0
Kamu ve özel tedarik karması	Kamu merkezleri	Özel klinikler, özel grup/solo muayenehaneler	3
	Özel/solo muayenehaneler	Kamu merkezleri	
Sadece özel tedarik	Özel klinikler, özel grup/solo muayenehaneler		6
	Özel klinikler, özel grup/solo muayenehaneler	Özel klinikler, özel grup/solo muayenehaneler	
<b>Ayakta Tedavi Uzmanı Hizmetlerinin Tedariki</b>	<b>Baskın tip</b>	<b>İkinci tip</b>	
Sadece kamu sağlık merkezleri	Kamu merkezleri/kamu hastaneleri		0
	Kamu merkezleri/kamu hastaneleri	Kamu merkezleri/kamu hastaneleri	
Kamu ve özel tedarik karması	Kamu merkezleri/kamu hastaneleri	Özel klinikler, özel grup/solo muayenehaneler, özel hastaneler	3
	Özel klinikler, özel grup/solo muayenehaneler, özel hastaneler	Kamu merkezleri/kamu hastaneleri	
Sadece özel tedarik	Özel klinikler, özel grup/solo muayenehaneler, özel hastaneler		6
	Özel klinikler, özel grup/solo muayenehaneler, özel hastaneler	Özel klinikler, özel grup/solo muayenehaneler, özel hastaneler	

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

<sup>11</sup> Birincil Bakım Hizmetleri ve Ayakta Tedavi Uzmanı Hizmetlerinin puanlarının ortalaması alınmıştır.

**Grafik 10: Özel Tedarikin Derecesi – Doktorlar**



### 3.10 Hastane kadrolarının regülasyonu

Sağlık sistemlerinin üç boyutundan biri olan regülasyon sağlık sisteminde komuta ve kontrol mekanizmalarına mı yoksa piyasa mekanizmalarına mı dayalı bir yapı olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Anketin 32. sorusuna verilen cevaplardan yola çıkılarak hesaplanmıştır. Göstergenin hesaplanmasında Tablo 10'daki puanlama yöntemi kullanılmıştır<sup>12</sup>. Regülasyonda merkezileşme arttıkça puan yükselmektedir.

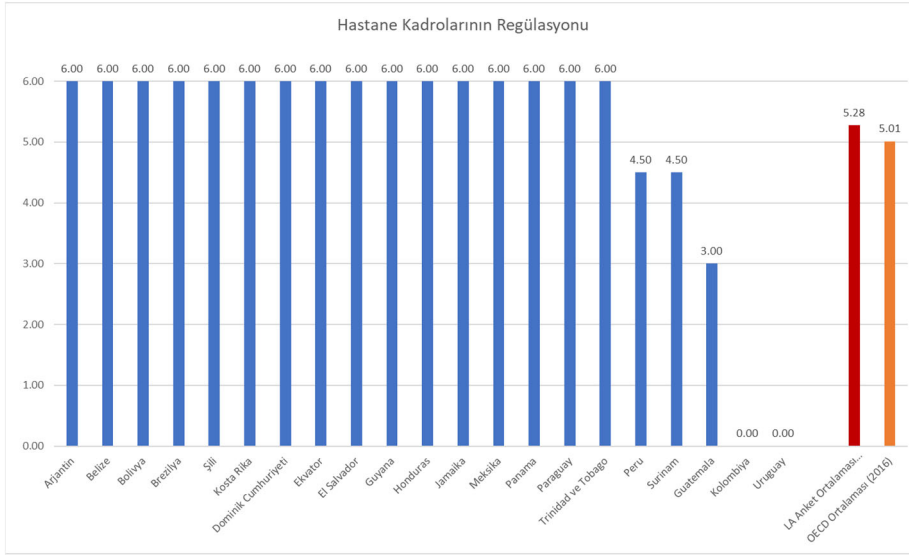
Grafik 11'deki puanlara bakıldığında regülasyon konusunda gerek Latin Amerika, gerekse OECD ülkelerinde merkezileşen bir yapı olduğu görülmektedir. Bu durum literatürdeki sağlık sistemlerinin regülasyon boyutunda devletin rolünün giderek güçlendiği görüşüyle uyumludur (Schmid ve diğerleri, 2010).

<sup>12</sup> Ülke puanı hesaplanırken işe alım ve ücretlendirme puanlarının ortalaması alınmaktadır. Ankette tabloda bulunmayan "Yerel düzeyde bir ücret skalası belirlenir ya da müzakere edilir" seçeneğinin de bulunduğu görülmüştür. Lorenzoni ve diğerlerinin (2018) çalışmasında OECD ülkeleri için bu seçeneğin 6 puan ile değerlendirildiği görülmüştür. Latin Amerika ülkeleri için de aynı şekilde uygulanmıştır.

**Tablo 10:** Hastane Kadrolarının Regülasyonu Göstergesi Hesaplama Tablosu

Tıbbi Kadroların İşe Alımı	Puan
Hastane müdürleri tam bir otonomiye sahiptir	0
Hastaneler yerel otoritelerle müzakere eder	3
Merkezi ya da daha alt düzeydeki hükümet belirler	6
Doktorlar işe alınmaz, çünkü hastanelere ortaktır	Geçerli değil
Tıbbi Kadroların Ücretlendirme Seviyesi	Puan
Hastane müdürleri tam bir otonomiye sahiptir	0
Ulusal düzeyde bir ücret skalası belirlenir yada müzakere edilir	6
Doktorlar maaş almaz	Geçerli değil

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

**Grafik 11:** Hastane Kadrolarının Regülasyonu

### 3.11 Sağlık hizmeti kalitesi için teşvikler

Hizmet tedarikçilerinin prim koşulları hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Anketin 33., 34. ve 35. sorularına verilen cevaplardan faydalanılarak hesaplanmıştır. Göstergenin hesaplanmasında Tablo 11'deki puanlama yöntemi kullanılmıştır<sup>13</sup>. Farklı hizmetlerle ilgili primlerin sayısı arttıkça puan yükselmektedir. Yüksek puan hizmet kalitesi teşviklerinin de fazla olduğu anlamına gelmektedir.

Grafik 12'deki puanlara bakıldığında sağlık kalitesi için verilen teşviklerin gerek Latin Amerika, gerekse de OECD ülkelerinde çok yaygın olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte, Latin Amerika ülkelerinin puanı OECD ülkelerine göre nispeten daha düşüktür. 21 Latin Amerika ülkesinin sadece 7'sinde çeşitli prim uygulamaları bulunmaktadır. OECD'de ise 28 ülkenin 16'sında prim uygulaması bulunmaktadır.

**Tablo 11:** Sağlık Hizmeti Kalitesi İçin Teşvikler Hesaplama Tablosu

<b>Birincil bakım doktorlarının primleri</b>	
Yok	0
Var: Önleyici bakımla ilgili	+2
Var: Kronik hastalıkların yönetimi ile ilgili	+2
Var: Hasta tatmini ile ilgili	+2
<b>Uzmanların primleri</b>	
Yok	0
Var: Önleyici bakımla ilgili	+2
Var: Kronik hastalıkların yönetimi ile ilgili	+2
Var: Hasta tatmini ile ilgili	+2
<b>Hastanelerin primleri</b>	
Yok	0
Var: Klinik sonuçlarla ilgili	+1.5
Var: Uygun süreçlerin uygulanması ile ilgili	+1.5
Var: Hasta tatmini ile ilgili	+1.5
Var: Hasta deneyimi ile ilgili	+1.5

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

<sup>13</sup> Eğer prim mevcutsa puan birincil bakım ve uzmanlar için minimum 2, hastaneler için ise minimum 1.5'tur. Birincil bakım doktorları, uzmanlar ve hastaneler için hesaplanan puanların ortalaması alınmaktadır.



**Grafik 12:** Sağlık Hizmet Kalitesi İçin Teşvikler

### 3.12 Sağlık teknolojisi değerlendirmelerinin (STD) kullanımı

Sağlık Sistemleri Karakteristikleri Anketinin 62. ve 63. sorularına verilen cevaplardan faydalanılarak hesaplanmıştır. Göstergenin hesaplanmasında Tablo 12'deki puanlama yöntemi kullanılmıştır. STD'nin ülkeler tarafından kullanım düzeyi arttıkça puan yükselmektedir.

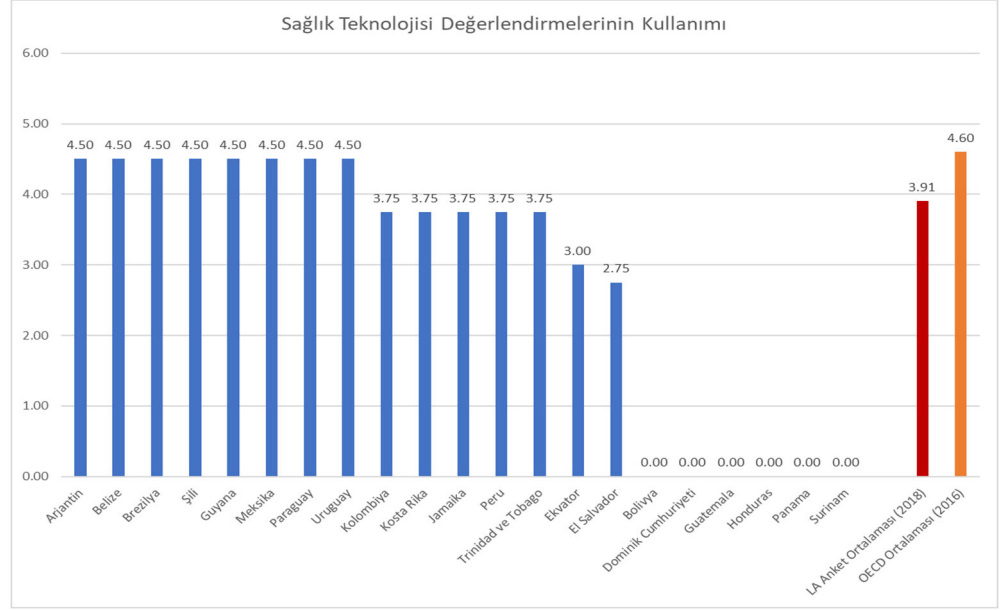
Grafik 13'ten görülebileceği üzere STD OECD'de tüm ülkeler tarafından kısmen kullanıldığı halde 6 Latin Amerika ülkesinde hiç kullanılmamaktadır.

**Tablo 12:** Sağlık Teknolojisi Değerlendirmelerinin Kullanımı Göstergesi

STD'nin yapısı ve kapasitesi / STD genelde kullanılır	Puan (eklemeli)
Evet	+2
Hayır	0
<b>Maliyet etkinliği ve satın alınabilirlik göz önüne alınıyor mu?</b>	
Evet	+ 1
Hayır	0
<b>Tıbbi prosedürler</b>	
Sistematiik biçimde kullanılır / bazı durumlarda kullanılır: Evet/Hayır	+ 0.75/ 0
Tazminat belirlenmesinde sistematiik biçimde kullanılır: Evet/Hayır	+ 0.75/ 0
<b>İlaçlar</b>	
Sistematiik biçimde kullanılır / bazı durumlarda kullanılır: Evet/Hayır	+ 0.75/ 0
Tazminat belirlenmesinde sistematiik biçimde kullanılır: Evet/Hayır	+ 0.75/ 0

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

**Grafik 13:** Sağlık Teknolojisi Değerlendirmelerinin Kullanımı



### 3.13 Bütçe disiplini

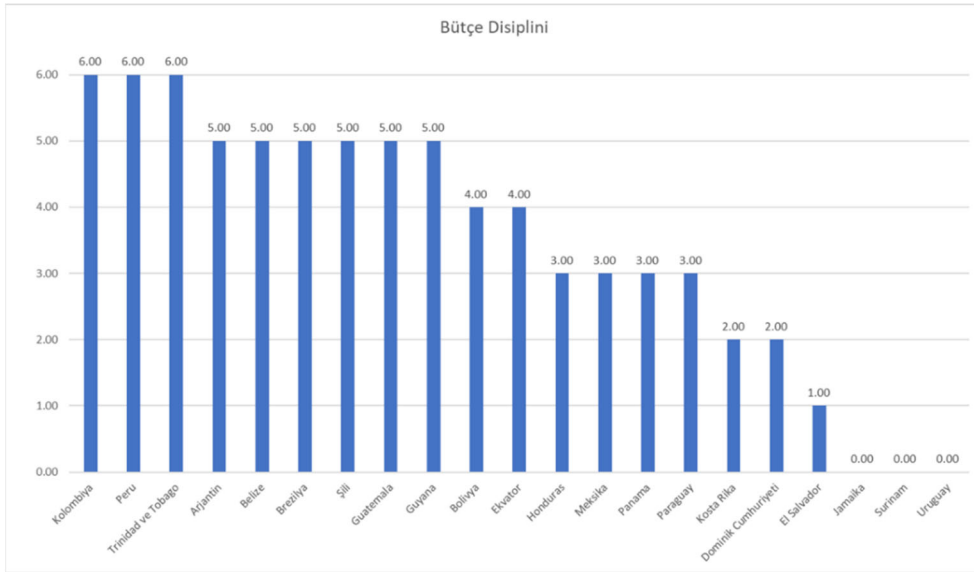
Bütçe disiplini göstergesi Lorenzoni ve diğerleri (2018) çalışmasında mevcut olmayıp bu makale kapsamında oluşturulmuştur. Hesaplanmada OECD anketinin 74., 76. ve 77. sorularına verilen cevaplar kullanılmıştır. Diğer göstergelerdekine benzer bir yöntemle verilen cevaplar bütçe disiplini en yüksek olanlar en yüksek puan alacak şekilde değerlendirilmiştir (Tablo 13). İlgili sorular OECD ülkeleri tarafından yeterince cevaplanmadığı için bu ülkeler için hesaplama yapılamamıştır.

Grafik 14'teki puanlar incelendiğinde Latin Amerika ülkelerinin büyük bir çoğunluğunda kısmen de olsa bütçe disiplini mekanizmaları bulunduğu görülmektedir. Sadece 3 ülkede bu mekanizmaların hiçbirisi mevcut değildir.

**Tablo 13:** Bütçe Disiplini Göstergesi Hesaplama Tablosu

Kamu sağlık harcamaları için belirlenmiş bir tavan var mıdır?	Puan (eklemeli)
Evet, sağlık finansmanı ajanları (ya da planları) bazında belirlenmiş harcama tavanı vardır	2.00
Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1.00
Hayır	0.00
Kamu sağlık harcamalarının hedefleri ya da yasal olarak belirlenmiş düzeyi aşması durumunda devreye girecek bir erken uyarı mekanizması mevcut mudur?	
Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2.00
Evet, ama uyarı yasal bir aksiyon gerektirmez	1.00
Hayır, böyle bir sistem mevcut değildir	0.00
Kamu sağlık harcamalarının başlangıçta atandığı miktarlarda kalmasını sağlayan genel bir maliyet kontrolü stratejisi mevcut mudur?	
Evet	2.00
Hayır	0.00

**Kaynak:** Lorenzoni ve diğerleri (2018)

**Grafik 14:** Bütçe Disiplini

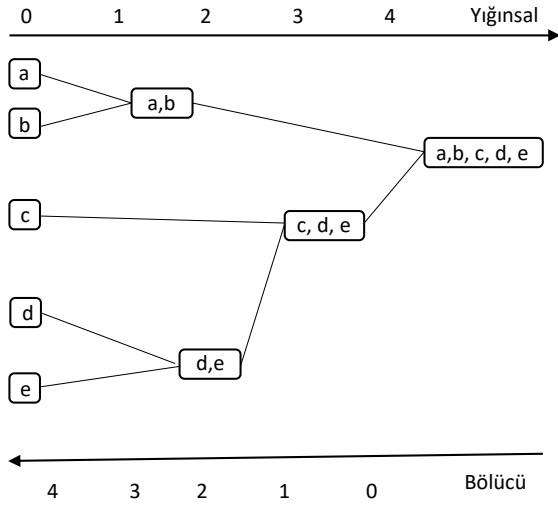
Sonuç olarak hesaplanan 13 sistem göstergesinin değerleri Ek 1 bölümünde yer almaktadır. Ayrıca seçilen 5 göstergenin detay hesaplama tabloları da Ek 2’de yer almaktadır.

#### 4. Yöntem ve analiz sonuçları

Sağlık sistemlerini kategorize ederken çok boyutlu sistem göstergeleri kullanan araştırmalarda bir veri madenciliği yöntemi olan kümeleme analizine sıkça başvurulduğu görülmektedir. “Gözlemlerin içindeki doğal gruplanmaları belirleme sanatı” olarak tanımlanan bu analiz gözlemleri sınıflandırırken çok sayıda göstergenin sistematik bir biçimde hesaba katılabilmesini sağlamaktadır (Kaufman ve Rousseeuw, 1990).

Kümeleme analizi katı kuralları olmayan, sadece veriyi keşfetme ya da açıklama amacı güden bir yöntem olup bu analizi yapan araştırmacıların farklı teknikler kullandıkları görülmektedir (Kaufman ve Rousseeuw, 1990). Ancak temelde beş önemli karara dayanmaktadır (Reibling ve diğerleri, 2019). Aşağıda bu çalışmanın baz aldığı kararlar açıklanmaktadır:

- (1) Standardizasyon: Bu makaledeki analizde kullanılan sistem göstergeleri standardize edilmemiştir. Çünkü tüm veriler 6 üzerinden puan şeklindedir. Farklı ölçüm birimi ya da ölçek içeren veri bulunmamaktadır.
- (2) Temel kümeleme algoritması: Literatürle uyumlu bir biçimde “hijerarşik yığınsal” kümeleme yöntemi seçilmiştir (Jensen, 2008; Joumard ve diğerleri, 2010; Kam, 2012; Kautto, 2002; Medeiros ve Schwierz, 2015; Powell ve Barrientos, 2004; Proksch, Busch-Casler, Haberstroh ve Pinkwart, 2019; Reibling, 2010; Reibling ve diğerleri, 2019; Wendt, 2009; Wendt, 2014). Bu yöntemde Grafik 15’te görülebileceği üzere verinin sınıflandırılması her gözlemin algoritmaya ayrı bir küme olarak başlayıp kendisine yakın diğer gözlemlerle birleştiği ve sonunda tüm gözlemleri kapsayan tek bir kümeye ulaşılan hiyerarşik bir bölümlendirmeler dizisi üzerinden analiz edilmektedir (Everitt, Landau, Leese ve Stahl, 2011). Literatürde sağlık testi amacıyla k-ortalamlar yöntemi (k-means) kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemin kullanılan veri seti için her çalışmada farklı sonuçlar verdiği tespit edilmiş olup bu nedenle sağlık testi amacıyla kullanılmamıştır.

**Grafik 15:** Hiyerarşik Yöntemlerin Çalışma Prensipleri

**Kaynak:** Kaufman ve Rousseeuw (1990)

- (3) Benzeşiklik/benzeşmezlik (similarity/dissimilarity) ölçütü: Gözlemlerin arasındaki uzaklığı belirlemede literatürle paralel olarak Öklidyen uzaklık kareleri<sup>14</sup> ölçütü kullanılmıştır (Kam, 2012; Proksch ve diğerleri, 2019; Reibling ve diğerleri, 2019). İlgili literatürde “Gower benzeşmezlik endeksi” de sıkça kullanılmaktadır. Ancak bu endeks karma veriler (ikili ve sürekli veriler) içeren veri setleri için kullanılan bir endekstir. Bu çalışmada tüm veri seti sürekli veriler içerdiği için bu endeks kullanılmamıştır.
- (4) Bağlantı yöntemi: Hiyerarşik kümelemede bir gözlem ile başka bir gözlem grubu ya da iki gözlem grubu arasındaki benzeşiklik/benzeşmezliği tanımlamada kullanılan kurala “bağlantı yöntemi” denmektedir. Çeşitli bağlantı yöntemleri mevcut olup bu çalışmada Ward yönteminin sonuçları esas alınmıştır. Bu sonuçların Tam<sup>15</sup> ve Ağırlıklı ortalama<sup>16</sup> bağlantı yöntemleri tarafından teyit edilebilir olmasına dikkat edilmiştir. Ward yönteminde amaç kümeleştirmenin her aşamasında küme içi hata kareleri toplamının tüm kümeler için toplamındaki (E) artışı minimize etmektir (Everitt ve diğerleri, 2011):

<sup>14</sup>  $d_{ij}^2 = \sum_{k=1}^p (x_{ik} - x_{jk})^2$   $x_{ik}$  ve  $x_{jk}$ :  $i$  ve  $j$  bireylerinin  $p$  boyutlu gözlemleri içerisinde  $k$ . değişken değerleri

<sup>15</sup> Tam bağlantı yönteminde gruplar arasındaki uzaklık iki gruptan birer gözlem içeren çiftler içerisinde birbirine en uzak gözlem çiftleri arasındaki uzaklık olarak tanımlanmaktadır (Everitt ve diğerleri, 2011).

<sup>16</sup> Ağırlıklı ortalama yöntemi iki gruptan birer gözlem içeren tüm gözlem çiftleri arasındaki uzaklıkların ortalamasını alırken kümeleri içlerindeki gözlem sayısının tersi ile ağırlıklandırmaktadır (Everitt ve diğerleri, 2011).

$$E = \sum_{m=1}^g E_m \quad E_m = \sum_{l=1}^{n_m} \sum_{k=1}^{p_k} (x_{m,l,k} - \bar{x}_{m,k})^2$$

$$\bar{x}_{m,k} = (1/n_m) \sum_{l=1}^{n_m} x_{m,l,k} \quad (m. \text{ kümenin } k. \text{ değişken için ortalaması})$$

$x_{m,l,k}$  :  $m$ . kümedeki ( $m = 1, \dots, g$ )  $l$ . gözlemin ( $l = 1, \dots, n_m$ )  $k$ .değişken değeri  
( $k = 1, \dots, p$ )

(5) Küme sayısının belirlenmesi: İlgili literatürle uyumlu bir biçimde Calinski-Harabazs ve Duda-Hart durdurma kuralı endeksleri ile hiyerarşik analiz her aşamasındaki birleştirme ya da bölümlenmeleri gösteren iki boyutlu dendrogram üzerinden yapılan analizler sentezlenmiştir (Jensen, 2008; Reibling, 2010; Reibling ve diğerleri, 2019). Calinski-Harabazs ve Duda-Hart yöntemlerinde genel olarak tüm gözlemleri içeren tek bir kümeden başlanarak bu kümeyi ikiye bölmenin birtakım ölçütler açısından iyileşme yaratıp yaratmadığı incelenmekte, analiz küme sayısı artırılarak her gözlemin ayrı küme olduğu aşamaya kadar devam ettirilmektedir<sup>17</sup> (Everitt ve diğerleri, 2011).

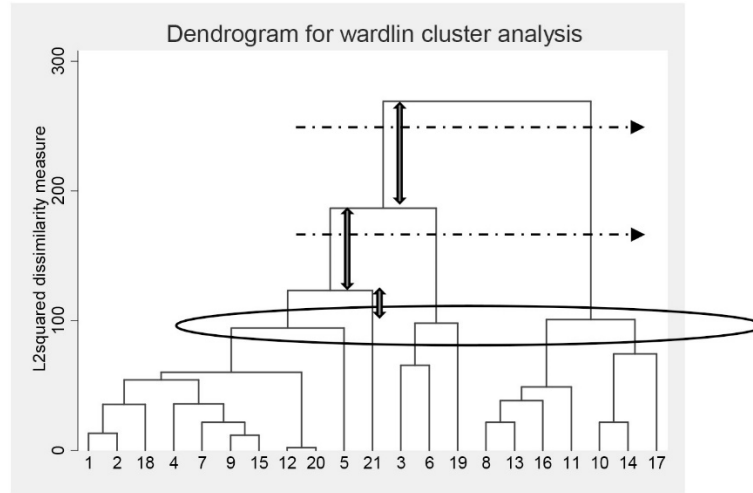
Tablo 15'te farklı bağlantı yöntemleri ve durdurma kuralları kullanılarak elde edilen durdurma kuralı endeksleri yer almaktadır. Sadece iki-altı kümeli arasındaki sonuçlar göz önüne alınmış, altıdan fazla kümeli sonuçların az sayıda ülkeden oluşan kümelere ve karmaşık sonuçlara yol açacağı düşünüldüğünden değerlendirmeye alınmamıştır. Kalın rakamlar ile işaretli değerler optimal küme sayısını göstermektedir. Buna göre, Calinski-Harabasz ve Duda-Hart endekslerinin farklı bağlantı yöntemlerinde genel olarak geçerli ve birbirini teyit eden sonuçlar üretmediği görülmektedir. Tabloda yer alan tüm alternatifler değerlendirildiğinde iki kümeli sonuç en sık (5 farklı durumda) optimal sonuç olarak çıkan alternatiftir. İki kümeli sonucu beş kümeli sonuç takip etmektedir (4 farklı durumda).

Ward bağlantı yöntemi kullanılarak çizilen dendrogram (Grafik 16) üzerinden analiz yapıldığında ise iki kümeli ve üç kümeli çözümler oldukça ayrık kümelenmeler göstermektedir. Her iki sonuç için de bir sonraki kümeleme aşaması ile uzaklıklar (oklar) oldukça yüksek olup ayrıklığın kararlı olduğunu işaret etmektedir. Dörtlü küme sonucunda ayrıklıktaki kararlılık azalmaktadır. Elips ile işaretlenen, beş-altı-yedi kümeli sonuçların ayrıklıklarının ise birbirine çok yakın olduğu, dolayısıyla kararlı birer çözüm olmadıkları düşünülmüştür.

<sup>17</sup> Calinski-Harabazs sahte-F endeksi hesaplama yapılan kümeleme seviyesi için küme içi hata kareleri toplamı ile kümeler arası hata kareleri toplamını küme sayısı ve gözlem sayısına göre düzelterek karşılaştırmaktadır. Bu endeksin büyüklüğü daha ayrık küme yapısı anlamına gelmekte, düşük değerler ise daha muğlak küme yapısını işaret etmektedir. Duda-Hart  $Je(2)/Je(1)$  endeksi bölünmek istenen grubun içindeki hata kareleri toplamını bölünme sonrası oluşacak iki grubun içindeki hata kareleri toplamıyla karşılaştırmaktadır. Duda-Hart sahte- $T^2$  endeksi ise  $Je(2)/Je(1)$  endeksinden gözlem sayısı da hesaba katılarak elde edilmektedir. Daha büyük  $Je(2)/Je(1)$  endeksi ve daha küçük sahte- $T^2$  endeksi daha ayrık bir kümelenmeye işaret etmektedir.

**Tablo 15:** Latin Amerika Kümeleme Analizi – Durdurma Kuralı Endeksleri

<b>Durdurma kuralı: Calinski-Harabazs Sahte F</b>					
<b>Bağlantı yöntemi</b>					
<b>Küme Sayısı</b>	<b>Ward</b>	<b>Ağırlıklı ort.</b>	<b>Tam</b>	<b>Ort.</b>	<b>Tekli</b>
2	<b>4.62</b>	1.97	<b>4.62</b>	2.20	1.66
3	4.46	2.21	4.11	<b>2.69</b>	1.88
4	4.12	<b>3.82</b>	3.82	2.35	2.16
5	3.91	3.56	3.87	2.34	2.19
6	3.90	3.41	3.90	2.33	<b>2.36</b>
<b>Durdurma kuralı: Duda-Hart sahte-T<sup>2</sup></b>					
<b>Bağlantı yöntemi</b>					
<b>Küme Sayısı</b>	<b>Ward</b>	<b>Ağırlıklı ort.</b>	<b>Tam</b>	<b>Ort.</b>	<b>Tekli</b>
2	3.65	2.31	3.06	2.96	2.02
3	3.40	5.84	2.62	.	2.41
4	2.46	2.24	3.13	1.92	<b>1.93</b>
5	<b>1.49</b>	<b>1.86</b>	<b>2.46</b>	<b>1.83</b>	2.32
6	3.24	3.26	3.24	6.55	2.63
<b>Durdurma kuralı: Duda-Hart Je(2)/Je(1)</b>					
<b>Bağlantı yöntemi</b>					
<b>Küme Sayısı</b>	<b>Ward</b>	<b>Ağırlıklı ort.</b>	<b>Tam</b>	<b>Ort.</b>	<b>Tekli</b>
2	<b>0.77</b>	<b>0.89</b>	0.80	0.86	<b>0.90</b>
3	0.73	0.74	<b>0.81</b>	0.00	0.88
4	0.67	0.82	0.76	<b>0.89</b>	0.89
5	0.40	0.73	0.67	0.89	0.87
6	0.71	0.73	0.71	0.68	0.84

**Grafik 16:** Ward Bağlantı Yöntemine Göre Dendrogram

Tablo 16 kümeleme analizi sonuçlarını göstermektedir. Tabloya göre Ward bağlantı yöntemiyle bulunan ikili ve üçlü küme sonuçlarına bakıldığında Dominik Cumhuriyeti, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaika, Panama ve Paraguay'dan oluşan 7 ülkeli bir kümenin (Küme 2) diğer ülkelerden (Küme 1) farklılaştığı görülmektedir. Tam bağlantı yöntemine göre hesaplanan ikili küme sonuçları da Ward yöntemiyle aynı sonucu vermiştir. Ağırlıklı ortalama yönteminde ise dört kümeli sonuçlarda Ward ve tam bağlantı yöntemindeki Küme 2 teyit edilmektedir. Küme 2 farklı bağlantı yöntemleriyle teyit edilebildiği için sağlam bir sonuç olduğu düşünülmüştür.

**Tablo 16:** Latin Amerika Kümeleme Analizi Sonuçları

<b>İki Kümeli Sonuçlar</b>			
		<b>Ward</b>	<b>Tam</b>
1	Arjantin	1	1
2	Belize	1	1
3	Bolivya	1	1
4	Brezilya	1	1
5	Şili	1	1
6	Kolombiya	1	1
7	Kosta Rika	1	1
9	Ekvator	1	1
12	Guyana	1	1
15	Meksika	1	1
18	Peru	1	1
19	Surinam	1	1



**Tablo 16:** Latin Amerika Kümeleme Analizi Sonuçları (DEVAM)

<b>İki Kümeli Sonuçlar</b>			
		<b>Ward</b>	<b>Tam</b>
20	Trinidad ve Tobago	1	1
21	Uruguay	1	1
8	Dominik Cumhuriyeti	2	2
10	El Salvador	2	2
11	Guatemala	2	2
13	Honduras	2	2
14	Jamaika	2	2
16	Panama	2	2
17	Paraguay	2	2

<b>Üç Kümeli Sonuçlar</b>			
		<b>Ward</b>	<b>Tam</b>
1	Arjantin	1	1
2	Belize	1	1
4	Brezilya	1	1
5	Şili	1	1
7	Kosta Rika	1	1
9	Ekvator	1	1
12	Guyana	1	1
15	Meksika	1	1
18	Peru	1	1
20	Trinidad ve Tobago	1	1
21	Uruguay	1	1
3	Bolivya	3	1
6	Kolombiya	3	1
19	Surinam	3	3
8	Dominik Cumhuriyeti	2	2
10	El Salvador	2	2
11	Guatemala	2	2
13	Honduras	2	2
14	Jamaika	2	2
16	Panama	2	2
17	Paraguay	2	2

Tablo 16'ya bakıldığında Ward yöntemine göre üçüncü adımda Bolivya, Kolombiya ve Surinam'dan oluşan bir kümenin Küme 1'den ayrıştığı görülmektedir. Diğer iki bağlantı yöntemi Surinam'ın tek başına Küme 1'den ayrıştığını teyit etmektedir. Bu nedenle Surinam uç bir örnek olarak kümelerin dışında bırakılmıştır. Ancak Bolivya ve Kolombiya diğer iki bağlantı yöntemi tarafından Küme 1 içinde değerlendirildiği için Küme 1'de kabul edilmiştir. Buna göre bulunan kümeler:

**Tablo 17:** Latin Amerika Ülke Kümeleri

<b>Küme 1</b>	<b>Küme 2</b>	<b>Uç ülke</b>
Arjantin	Dominik Cumhuriyeti	Surinam
Belize	El Salvador	
Brezilya	Guatemala	
Şili	Honduras	
Kosta Rika	Jamaika	
Ekvator	Panama	
Guyana	Paraguay	
Meksika		
Peru		
Trinidad ve Tobago		
Bolivya		
Kolombiya		
Uruguay		

Tablo 18'de bulunan kümelerin sağlıkla ilgili temel göstergeleri yer almaktadır. Rakamlara bakıldığında Küme 2'nin gerek gelir seviyesi ve kişi başına sağlık harcamaları gibi ekonomik sonuçlarda, gerekse de doğumda beklenen ömür, bebek ölüm oranı gibi sağlık sonuçlarında Küme 1'e göre daha geride olduğu görülmektedir.<sup>18</sup> Bu sonuçlar ülkelerin gelir seviyesi ile sağlık sonuçları arasında ilişki olduğuna dair bir sinyal verse de bir nedensellik ilişkisinin kurulabilmesi için ülkelerin sağlık durumlarını etkileyen diğer faktörlerin (sağlık politikaları, hava kirliliği, demografik yapı, alkol/tütün tüketimi vb.) dahil edildiği daha detaylı bir etkinlik analizinin yapılması gereklidir.

<sup>18</sup> Surinam'da ise gelir seviyesi ve sağlık harcamaları Küme 1 ortalamasına göre daha yüksek olmakla birlikte sağlık sonuçları oldukça geride kalmış görünmektedir.

**Tablo 18:** Latin Amerika Kümelerinin Sağlık Sonuçları (Ortalama)

	Kişi Başı Sağlık Harcaması, \$ PPP	Kişi Başı GSYİH, \$ PPP	Doğumda beklenen ömür, yıl	Bebek ölüm oranı (her 1.000 canlı doğumda)
<b>Kümeler</b>	<b>2018</b>	<b>2018</b>	<b>2018</b>	<b>2018</b>
1	1303	17337	75.72	13.08
2	911	13760	74.71	17.53
<i>Fark</i>	<i>-392</i>	<i>-3577</i>	<i>-1.01</i>	<i>4.45</i>
<i>Ortalama</i>	<i>1174</i>	<i>16246</i>	<i>75.19</i>	<i>14.76</i>
Surinam	1346	19460	71.57	17.20

Tablo 19’da ise bulunan kümeler için sistem göstergelerinin ortalamaları hesaplanmış ve karşılaştırılmıştır. Burada kümeler arasında en çok fark yaratan sistem göstergelerinin (sağlık kurum ve politikalarının) belirlenmesi amaçlanmıştır. Tablo 19’a göre, Küme 1 ve Küme 2 arasında en çok fark yaratan gösterge “hastanın tedarikçiler arasında seçim hakkı” olmuştur. Yüksek puan alan Küme 2 ülkelerinin hastaları tedarikçi tercihinde serbest bıraktıkları, daha düşük puana sahip Küme 1’in ise bu konuda daha kısıtlayıcı olduğu görülmektedir. Küme 1’deki 13 ülkenin 11’i seçim hakkını tamamen veya kısmen kısıtlamışken Küme 2’deki tüm ülkeler tamamen serbest bırakmış ya da az miktarda kısıtlamıştır.

Küme 1 ve Küme 2 arasında en çok fark yaratan diğer göstergeler “bütçe disiplini” ve “Sağlık Teknolojisi Değerlendirmeleri (STD) sistemi kullanımı”dır. Her iki göstergede de Küme 1 daha yüksek puan aldığı için Küme 2’ye göre daha katı bir bütçe disiplinine ve daha yaygın STD sistemi kullanımına sahip olduğu görülmektedir. Küme 1’de 13 ülkenin 10’unda ileri seviye bütçe disiplini söz konusu iken Küme 2’de 7 ülkeden 6’sı az ya da orta seviye bütçe disiplinine sahiptir. STD sisteminin Küme 1’de yer alan 13 ülkenin 12’sinde oldukça yaygın bir biçimde kullanıldığı, Küme 2’deki 7 ülkenin 4’ünde ise hiç kullanılmadığı görülmektedir.

Küme 1 ve Küme 2 arasında en çok fark yaratan göstergelerden birinin de “kapı bekçiliğinin sistemdeki yeri” olduğu görülmektedir. Küme 1’de yer alan 12 ülkenin 11’inde kısmen de olsa kapı bekçiliği uygulamaları mevcuttur. Küme 2’de yer alan 7 ülkenin 4’ünde ise kapı bekçiliğinin hiçbir rolü bulunmamaktadır.

**Tablo 19:** Kümelerin Sistem Göstergeleri Ortalama Değerleri

	Sağlık hizmeti kullanıcılarının finansal korunma seviyesi	Temel kapsam için kullanıcıların tercih hakkı derecesi	Sigorta piyasası için kalıncılar	Hastanın tedarikçiler arasında seçim hakkı	Birincil bakımın sağlık sistemindeki yeri (kapı bekçiliği)	Evrensel Hizmet Kapsamı
<b>Kümeler</b>						
1	4.28	1.00	0.54	1.13	2.46	4.63
2	3.66	1.00	0.99	5.52	1.29	4.35
<i>Fark</i>	<i>-0.62</i>	<i>0.00</i>	<i>0.44</i>	<b>4.40</b>	<b>-1.18</b>	<i>-0.27</i>
<i>Ortalama</i>	<i>4.10</i>	<i>1.10</i>	<i>0.79</i>	<i>2.67</i>	<i>2.24</i>	<i>4.52</i>

	Doktorların ücretlendirme yöntemlerinde hacimsel artışın teşviki	Hastanelerin ücretlendirme yöntemlerinde hacimsel artışın teşviki	Doktorlar için hizmet tedarikinde özelleşme derecesi	Hastanelerdeki tıbbi personelin regülasyonu	Sağlık hizmeti kalitesiyle ilgili teşvikler	STD kullanımı	Bütçe disiplini
<b>Kümeler</b>							
1	0.37	2.54	1.96	4.96	0.99	3.81	4.31
2	1.18	2.57	1.07	5.57	1.05	1.57	2.43
<i>Fark</i>	<b>0.81</b>	<i>0.03</i>	<b>-0.89</b>	<i>0.61</i>	<i>0.06</i>	<b>-2.24</b>	<b>-1.88</b>
<i>Ortalama</i>	<i>0.83</i>	<i>2.71</i>	<i>1.64</i>	<i>5.14</i>	<i>0.96</i>	<i>2.88</i>	<i>3.48</i>

**Tablo 20:** Sağlık Sistemi Göstergelerinin Latin Amerika Kümeleri ile OECD Karşılaştırması

	Sağlık hizmeti kullanıcılarının finansal korunma seviyesi	Temel kapsam için kullanıcıların tercih hakkı derecesi	Sigorta piyasası için kalıncılar	Hastanın tedarikçiler arasında seçim hakkı	Birincil bakımın sağlık sistemindeki yeri (kapı bekçiliği)	Evrensel Hizmet Kapsamı
OECD ülkeleri	4.87	1.10	0.69	4.16	2.93	4.88
Latin Amerika Küme 1	4.28	1.00	0.54	1.13	2.46	4.63
Latin Amerika Küme 2	3.66	1.00	0.99	5.52	1.29	4.35
<i>Küme 1 - OECD farkı</i>	<i>-0.58</i>	<i>-0.10</i>	<i>-0.15</i>	<i>-3.03</i>	<i>-0.47</i>	<i>-0.25</i>
<i>Küme 2 - OECD farkı</i>	<i>-1.20</i>	<i>-0.10</i>	<i>0.30</i>	<i>1.37</i>	<i>-1.65</i>	<i>-0.52</i>

**Tablo 20:** Sağlık Sistemi Göstergelerinin Latin Amerika Kümeleri ile OECD Karşılaştırması (DEVAM)

	Doktorların ücretlendirme yöntemlerinde hacimsel artışın teşviki	Hastanelerin ücretlendirme yöntemlerinde hacimsel artışın teşviki	Doktorlar için hizmet tedarikinde özelleşme derecesi	Hastanelerdeki tıbbi personelin regülasyonu	Sağlık hizmeti kalitesiyle ilgili teşvikler	STD kullanımı
OECD ülkeleri	3.08	3.83	3.55	3.41	1.19	4.39
Latin Amerika Küme 1	0.37	2.54	1.96	4.96	0.99	3.81
Latin Amerika Küme 2	1.18	2.57	1.07	5.57	1.05	1.57
<i>Küme 1 - OECD farkı</i>	<i>-2.71</i>	<i>-1.29</i>	<i>-1.59</i>	<i>1.55</i>	<i>-0.21</i>	<i>-0.58</i>
<i>Küme 2 - OECD farkı</i>	<i>-1.90</i>	<i>-1.26</i>	<i>-2.48</i>	<i>2.16</i>	<i>-0.15</i>	<i>-2.82</i>

Bulunan kümeleri OECD<sup>19</sup> ülkeleri ortalamasıyla karşılıklı değerlendirmek için hazırlanan Tablo 20<sup>20</sup> incelendiğinde Latin Amerika bölgesinin büyük çoğunluğunu temsil eden Küme 1’de OECD’ye göre en çok fark yaratan sistem göstergelerinin sırasıyla tedarikçi seçim hakkı, doktorların ücretlendirme yöntemleri, doktor hizmetlerinin özelleşme derecesi, hastane kadrolarının regülasyonu ve hastanelerin ücretlendirme yöntemleri olduğu görülmektedir.

## 5. Sonuç ve değerlendirme

Kümeleme analizinin sonucunda incelenen 21 Latin Amerika ülkesi grubunun sağlık kurumları ve politikaları açısından çok parçalı bir yapı göstermediği, genel olarak birbirine benzer sağlık sistemlerine sahip oldukları, ancak yedi ülkeden oluşan küçük bir grubun (Küme 2) diğer ülkelerden (Küme 1) anlamlı bir biçimde ayrıştıkları görülmüştür.

<sup>19</sup> OECD ülkeleri için sistem göstergeleri Latin Amerika ülkeleriyle aynı yöntemler kullanılarak büyük ölçüde 2016 anket sonuçları kullanılarak hesaplanmıştır. Eksik verilerin bir kısmı 2012 ve 2008 anket verileriyle tamamlanmıştır. OECD ortalaması bulunurken OECD üyesi olan Latin Amerika ülkeleri (Şili, Kosta Rika ve Meksika) hesaba katılmamıştır.

<sup>20</sup> Bütçe disiplini göstergesi ilgili anket soruları OECD ülkeleri tarafından yeterince cevaplanmadığından bu ülkeler için hesaplanamamıştır.

Küme 1 ve Küme 2 arasında en çok fark yaratan gösterge “hastanın tedarikçiler arasında seçim hakkı” olmuştur. Sağlık hizmetlerinde bireylerin tedarikçiler arasından seçim hakkının serbest bırakılmasının amacı sektördeki rekabeti destekleyerek fiyat ve hizmet kalitesi gibi konularda etkinlik yaratmaktır. Ancak piyasa başarısızlıkları klasik iktisat anlayışının rekabetçi denge varsayımlarını sağlık alanında geçersiz kılmakta ve rekabetin sağlık hizmetleri piyasasına etkisini muğlak hale getirmektedir. Bu konu literatürde tartışılmakta olup kesin bir yargıya varılamamıştır. Örneğin İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi özelinde rekabetin desteklenmesinin hizmet kalitesine ve sağlık sonuçlarına olumlu etkisini gösteren çalışmalar mevcutsa da bu sonuçların sağlık piyasasının doğasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Gaynor, Moreno-Serra ve Propper, 2013). Tedarikçi seçim hakkının sağlık sonuçlarına etkisi fiyatların merkezi olarak belirlenip belirlenmediği, seçimin delege edilip edilmediği, kalite ve fiyatlarla ilgili bilgi paylaşımının yoğunluğu, hastaların seyahat masrafları gibi faktörlere bağlıdır (Burgess, Propper ve Wilson, 2005).

Tedarikçi seçim hakkı literatürdeki tipolojilerde de temel ayrım yaratan unsurlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmaların bir kısmında (Wendt, 2009; Reibling, 2010; Wendt, 2014; Reibling ve diğerleri, 2019) seçim hakkı kapı bekçiliği uygulamasıyla birlikte erişim kontrolleri kapsamında değerlendirilmiştir. Joumard ve diğerleri (2010) çalışmasında ise tedarikçi seçimi ve kapı bekçiliği iki ayrı gösterge olarak değerlendirilmekte ve yine ülkeleri farklılaştıran ve sınıflandırmayı belirleyen en önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Katı regülasyon içeren sistemlerde tedarikçi tercih hakkının da kısıtlandığı görülmektedir. Bu çalışmada kapı bekçiliği ile ilgili olarak tedarikçi seçiminden farklı bir gösterge (Birincil Bakımın Sistemdeki Yeri) mevcuttur. Seçim hakkını daha fazla kısıtlayan Küme 1’in kapı bekçiliği konusunda da daha katı davranması teorik beklentilerle uyumlu bir sonuç göstermektedir.

Bulunan kümeler arasında en çok fark yaratan bir diğer gösterge STD uygulamalarıdır. STD, DSÖ tarafından oluşturulmuş, sağlık alanında araştırmacılar ile politika yapımcılar arasında köprü vazifesi gören, sağlık teknolojilerinin değerini ve sağlık sistemlerinde ne şekilde kullanılabileceğini belirlemek amacıyla kullanılan, sistematik ve çok disiplinli bir karar destek sürecidir (WHO, 2022b). Kamu tarafından finanse edilecek sağlık müdahaleleri paketinin belirlenmesinde kullanılarak sağlık sisteminde etkinliğin artırılmasına fayda sağlaması hedeflenmektedir (Lorenzoni ve diğerleri, 2018). STD sistemi ile ilgili gösterge doğrudan sağlık sonuçlarına etkisinden çok ülkelerin DSÖ politikalarını uygulama eğilimini göstermesi açısından önemlidir.

Yukarıdaki sonuçlara göre Latin Amerika ülkelerinin çoğunluğunu içeren Küme 1’in tedarikçi seçim hakkını kısıtlaması; kapı bekçiliğine, bütçe disiplinine ve STD uygulamasına

ağırlık vermesinin yanı sıra doktorların ücretlendirmesinde hizmet arzı artışını teşvik etmesi ve doktor hizmetlerinde özelleşmenin Küme 2'ye göre daha fazla olması ön plana çıkmaktadır. Küme 1'in genel olarak sağlık sisteminde **daha katı düzenleyici** ülkelerden oluştuğu söylenebilir. Nüfus açısından analize dahil edilen ülkelerin sadece %10'unu oluşturan Küme 2 ise tedarikçi seçim hakkını son derece serbest bırakırken kapı bekçiliğine, STD uygulamalarına ve bütçe disiplinine ortalamanın altında önem veren, doktorların ücretlendirmesinde hizmet arzını daha fazla destekleyen ve doktor hizmetlerinde özelleşmenin nispeten az olduğu **daha düşük seviye düzenleyici** ülkelerden oluşmaktadır. Bu kümede kullanıcıların finansal korunma seviyesinin de düşük olduğu (cepten ödemelerin yüksek olduğu) görülmektedir.

OECD ülkeleriyle kıyaslandığında ise, Küme 1 tedarikçi seçimini katı bir biçimde kısıtlaması açısından Küme 2'den olduğu kadar OECD ülkelerinden de ayrılmaktadır. Küme 2 ise bu konuda OECD ülkelerini dahi aşan bir serbestiye sahiptir. Her iki Latin Amerika kümesinin de doktorların ücretlendirme yöntemlerinde hizmet hacmi artışını teşvik etmediği ve bu konuda giderek hizmet ve performans bazlı ücretlendirme yöntemlerine yönelen OECD ülkelerinden farklılaştıkları görülmektedir. Hastanelerin ücretlendirmesinde hacim artışı teşvikinin, doktorlarınkı kadar olmasa da, OECD ülkelerinin gerisinde kaldığı görülmektedir. Küme 1'de doktor hizmetlerinde özelleşme kısmen mevcutsa da bu konuda Latin Amerika bölgesi OECD ortalamasının oldukça altındadır. Tıbbi kadroların regülasyonu konusunda her iki Latin Amerika kümesinin de OECD ortalamasının üzerinde merkezîyetçi bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. STD uygulamaları konusunda ise Küme 2'nin OECD standartlarının çok gerisinde kaldığı görülmektedir.

Özellikle Küme 1'in OECD ile tedarikçi seçim hakkından sonra en çok fark yarattığı göstergeler tedarikçi ücretlendirme yöntemleriyle ilgili olanlardır. Ücretlendirme yöntemleri sağlık sistemlerinde yarattıkları teşviklerle hizmet arzı ve kalitesini, piyasadaki rekabeti ve pazara giriş koşullarını doğrudan etkilemektedir. Ücretin bakılan hasta miktarı ya da verilen hizmetin özelliklerinden bağımsız olduğu **sabit ücret sistemlerinde** (maaş, sabit bütçe vb.) tedarikçi hizmet arzını arttırmaktan çok maliyetleri düşük tutma eğilimindedir (Ellis, Martins ve Miller, 2017). Bu durum her ne kadar maliyetlerin kontrolünü kolaylaştırırsa da yetersiz tedaviye, tedavilerin üçüncü parti tedarikçilerin üzerine atılmasına, düşük maliyetli hastaların tercih edilmesine ve hizmet kalitesinde düşüklüğe sebep olabilmektedir (Oxley ve MacFarlan, 1994). **Hizmet bazlı sistemlerde (fee-for-services)** tedarikçinin geliri verilen hizmete göre belirlenmekte olup hizmet arzı arttıkça, hastanın sağlık durumundan bağımsız olarak, ödeme de yükselmektedir. Bu durum gereksiz hizmet arzına ve sağlık harcamalarında artışa sebep olabilmektedir (Gerdtham ve Jönsson, 2000). **Hasta bazlı sistemlerde (capitation)** tedarikçinin geliri toplam baktığı hasta sayısına göre değişmektedir. Bu sistemde hasta başına

maliyetin düşürülmesi ve düşük maliyetli hastaların tercih edilmesi yönünde eğilim söz konusudur (Ellis ve diğerleri, 2017). **Performans bazlı sistemlerde** ise belirlenen başarı ölçütlerine göre (aşılma oranı, operasyonlardaki komplikasyon oranı vb.) ödül söz konusudur. Hizmet kalitesini arttırmayı amaçlayan bu sistemde de hasta seçme etkisi söz konusudur. Çünkü bazı hastalıklarda (astım, şeker gibi) kalite ölçümü daha kolaydır. Ayrıca belirlenen ölçütler yeterli olmayabilmekte, doktorun performansı hastanın da tedaviyi sürdürmesine bağlı olmaktadır. (Ellis ve diğerleri, 2017)

Ücretlendirme yöntemlerinin teşvik etkisi sistemin kapsamlılığına, hassasiyetine ve ödemelerdeki cömertliğe de bağlıdır. Ülkelerin tarihsel olarak sabit ücret sistemlerinden hizmet bazlı ya da hasta bazlı sistemlere yönelme eğilimi söz konusudur. Hizmet ve hasta bazlı sistemler karma biçimde uygulanarak her iki yöntemin olumsuz yöndeki teşvik etkileri bertaraf edilmeye çalışılmaktadır. Son yıllarda performans bazlı sistemlerin de daha sık uygulandığı görülmektedir. (Ellis ve diğerleri, 2017)

Bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Latin Amerika sağlık sistemleri genel olarak benzeşik olup gerçekleştirilen kümeleme analizi çok kümeli bir yapı ortaya koymamıştır. Sadece yedi ülkeden oluşan, nüfus olarak analize dahil edilen ülkelerin %10'luk kısmını temsil eden bir kümenin (Küme 2) diğer ülkelerden (Küme 1) farklılaştığı teyit edilebilmiştir. Bu kümenin ekonomi ve sağlık sonuçları açısından diğer Latin Amerika ülkelerinin gerisinde kalmış ülkelere karşı oluşturulmaktadır.
- Küme 2'yi Küme 1'den ayırıştıran en önemli sağlık politika ve kurumları tedarikçi seçim hakkını serbest bırakmaları, bütçe disiplini daha az katı olmaları, DSÖ tavsiyeli bir süreç olan STD'nin kullanımında geri kalmış olmaları ve kapı bekçiliğinin sistemdeki öneminin daha düşük olmasıdır. Küme 1'in genel olarak daha katı düzenleyici, Küme 2'nin ise daha az düzenleyici ülkelere karşı oluşturulduğunu söylenebilir.
- Latin Amerika ülkelerinin büyük kısmını oluşturan Küme 1 sağlık politikaları ve kurumları açısından OECD ülkeleriyle kıyaslandığında genel olarak daha katı düzenleyici sağlık sistemlerine sahip görünmektedir. Tedarikçi seçim hakkını daha fazla kısıtladığı, tedarikçi ücretlendirme yöntemlerinde hizmet hacmi artışını teşvik etmediği, doktor hizmetinde özelleşmenin nispeten düşük olduğu ve tıbbi kadroların regülasyonu konularında daha merkezîyetçi davrandığı gözle çarpılmaktadır. Bu politikalar aynı zamanda Latin Amerika sağlık sistemlerinin OECD standartlarına ulaşabilmesi için belli başlı reform alanları olarak kabul edilebilir. Uygulanacak politikaların sonuçlara etkisi konusunda genelde literatürde konsensüs bulunmuyor da olsa Küme 1'in daha katı düzenleyici politikaları hibritleştirerek; örneğin tedarikçi seçiminin



kısmen serbestleştirilmesi ya da tedarikçi ücretlendirme yöntemlerinin içine hizmet arzını ve kalitesini artırıcı birtakım mekanizmaların katılması gibi uygulamalar ile sağlık sonuçlarında iyileşme sağlanabilir.

- Küme 2 her ne kadar tedarikçi seçimini serbest bırakması açısından Küme 1'in tersine OECD ülkelerine benzese de daha temel bazı sorunlara sahiptir. Ekonomi ve sağlık sonuçları açısından diğer Latin Amerika ülkelerinin gerisinde kalan bu grubun kullanıcıların finansal korunma seviyesi (harcamalarda cepten ödemelerin payının düşüklüğü), DSÖ teşvikli STD uygulamaları ve kapı bekçiliği gibi temel bazı politikalarda geride kalmış olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu ülkelerde uygulanacak reformların ekonomik kalkınmayla paralel ve daha yapısal bazı eksikleri gidermesi daha öncelikli hedef olmalıdır.

Sağlık sistemleri birçok alt mekanizmadan oluşan, karmaşık ve her ülke için benzersiz yapılardır. Kullandığımız kümeleme yöntemi benzer özelliklere sahip sağlık sistemlerini gruplandırarak analizleri kolaylaştırmakla birlikte bazı ince detayları gözden kaçırma riski de taşımaktadır. Dolayısıyla kümeleme analizi yoluyla bulunan tipolojiler sağlık sistemi gibi yapıları açıklamak için kullanıldığında genelleme yapma ve özgünlüğü koruma arasında subjektif bir tercih yapmak zorunda kalınmaktadır (Burau ve diğerleri, 2015). Bu çalışma kümeleme analizinin mantığına uygun bir biçimde Latin Amerika sağlık sistemlerini makro bir çerçeveden genel hatlarıyla analiz etmiş olup ülkeler bazında gerçekleştirilecek reformların her ülke için ayrı ve detaylı bir biçimde analiz edilmesi gereklidir.

## **Kaynakça**

- ATUN, Rifat, Luiz O.M. DE ANDRADE, Gisele ALMEIDA, Daniel COTLEAR, T DMYTRACZENKO, Patricia FRENZ, Patricia GARCIA, Octavio GOMEZ-DANTES, Felicia M. KNAUL, Carles MUNTANER, Juilana B. DE PAULA, Felix RIGOLI, Pastor C.F. SERRATE and Adam WAGSTAFF; (2015), “Health-System Reform and Universal Health Coverage in Latin America”, *The Lancet*, 385(9974), pp.1230-1247.
- BÖHM, Katharina, Achim SCHMID, Ralf GÖTZE, Claudia LANDWEHR and Heinz ROTHGANG; (2013), “Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification”, *Health Policy*, 113(3), pp.258-269.
- BURAU, Viola, Robert H. BLANK and Emmanuele PAVOLINI; (2015), “Typologies of Healthcare Systems and Policies”, Ellen KUHLMANN, Robert H. BLANK, Ivy Lynn BOURGEAULT and Claus WENDT (Ed.), *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*, Palgrave Macmillan, UK, pp. 101-115.
- BURGESS, Simon, Carol PROPPER and Deborah WILSON; (2005), “Will More Choice Improve Outcomes in Education and Health Care”, <http://ulsites.ul.ie/sociology/sites/default/files/wp2016-01.pdf>, 10.12.2022
- DOCTEUR, Elizabeth and Howard OXLEY; (2003), *Health-care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD Health Working Papers No.9, [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1329305](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1329305), 19.05.2022
- ELLIS, Randall P., Bruno MARTINS and Michelle M. MILLER; (2017), “Provider Payment Methods and Incentives”, Stella R. QUAH and William C. COCKERHAM (Ed.), *International Encyclopedia of Public Health Second Edition*, Academic Press, USA, pp. 133-142.
- EVERITT, Brian S., Sabine LANDAU, Morven LEESE and Daniel STAHL; (2011), *Cluster Analysis, Fifth Edition*, Wiley, UK
- GAYNOR, Martin, Rodrigo MORENO-SERRA and Carol PROPPER; (2013), “Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service”, *American Economic Journal: Economic Policy*, 5(4), pp.134-166.
- GERDTHAM, Ulf-G. and Bengt JÖNSSON; (2000), “International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis”, Anthony J. CULYER and Joseph

- P. NEWHOUSE (Ed.), *Handbook of Health Economics Vol. 1 Part. A*, Elsevier, Amsterdam, pp. 11-53.
- JENSEN, Carsten; (2008), "Worlds of Welfare Services and Transfers", *Journal of European Social Policy*, 18(2), pp.151-162.
- JOUMARD, Isabelle, Christophe ANDRE and Chantal NICQ; (2010), *Health Care Systems: Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Papers No.769, [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1616546](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1616546), 29.05.2021
- KAM, Yu Wai; (2012), "The Contribution of Health Decommodification Typologies to the Study of the East Asian Welfare Regime", *Social Policy & Administration*, 46(1), pp.108-128.
- KAUFMAN, Leonard and Peter J. ROUSSEEUW; (1990), *Finding Groups in Data: An Introduction to Cluster Analysis*, Wiley, USA.
- KAUTTO, Mikko; (2002), "Investing in Services in West European Welfare States", *Journal of European Social Policy*, 12(1), pp.53-65.
- KULESHER, Robert; (2014), "International Models of Health Systems Financing", *Journal of Hospital Administration*, 3(4), pp.127-139.
- KUTZIN, Joseph; (2011), "Bismarck vs. Beveridge: Is There Increasing Convergence Between Health Financing Systems", <https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>, 10.03.2022
- LAURELL, Asa C. and Ligia GIOVANELLA; (2018), "Health Policies and Systems in Latin America", <https://oxfordre.com/publichealth/display/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-60>, 08.10.2021
- LORENZONI, Luca, Fabrice MURTIN, Laura-Sofia SPRINGARE, Ane AURAAEN, and Frederic DANIEL; (2018), "Which Policies Increase Value of Money in Health Care", *OECD Health Working Papers No:104*, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/which-policies-increase-value-for-money-in-health-care\\_a46c5b1f-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/which-policies-increase-value-for-money-in-health-care_a46c5b1f-en), 06.10.2021
- LORENZONI, Luca, Diana PINTO, Frederico GUANAIS, Tomas P. RENESES, Frederic DANIEL and Ane AURAAEN; (2019), *Health Systems Characteristics: A Survey of 21 Latin American and Caribbean Countries*, *OECD Health Working Papers No.111*, <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/0e8da4bd-en>, 13.10.2021

- MEDEİROS, Joao and Christoph SCHWIERZ; (2015), Efficiency Estimates of Health Care Systems, European Commission Economic Papers 549, <https://ideas.repec.org/p/euf/econpap/0549.html>, 01.10.2021
- MORAN, Michael; (2000), “Understanding the Welfare State: The Case of Health Care”, *The British Journal of Politics and International Relations*, 2(2), pp.135-160.
- OECD; (2016), Government at a Glance: Latin America and the Caribbean 2017: Summary in English, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserandr/074ddfe3-en.pdf?expires=1652949375&id=id&accname=guest&checksum=1533C2CF388D9E4E0A6CDB71CCD5EE8D>, 16.03.2022
- OECD; (2018), Health Systems Characteristics Survey [Data set], <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>, 27.11.2021
- OECD; (2022), Health Statistics [Data set], <https://www.oecd.org/health/OECD-Health-Statistics-2022-Frequently-Requested-Data.xls>, 21.12.2022
- OXLEY, Howard and Maitland MACFARLAN; (1994), Health Care Reform Controlling Spending and Increasing Efficiency, OECD Economics Department Working Papers No:149, [https://www.oecd-ilibrary.org/economics/health-care-reform-controlling-spending-and-increasing-efficiency\\_338757855057](https://www.oecd-ilibrary.org/economics/health-care-reform-controlling-spending-and-increasing-efficiency_338757855057), 16.12.2022
- POWELL, Martin and Armando BARRIENTOS; (2004), “Welfare Regimes and the Welfare Mix”, *European Journal of Political Research*, 43, pp.83-105.
- PROKSCH, Dorian, Julia BUSCH-CASLER, Marcus M. HABERSTROH and Andreas PINKWART; (2019), “National Health Innovation Systems: Clustering the OECD Countries by Innovative Output in Healthcare Using a Multi Indicator Approach”, *Research Policy*, 48, pp.169-179.
- REIBLING, Nadine; (2010), “Healthcare Systems in Europe: Towards an Incorporation of Patient Access”, *Journal of European Social Policy*, 20(1), pp.5-18.
- REIBLING, Nadine, Mareike ARIAANS and Claus WENDT; (2019), “Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries”, *Health Policy*, 123(7), pp.611-620.
- SCHMID, Achim, Mirella CACACE, Ralf GÖTZE and Heinz ROTHGANG; (2010), “Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of Hybrid Health Care Systems”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4), pp.455-486.

- WENDT, Claus; (2009), "Mapping European Healthcare Systems: A Comparative Analysis of Financing, Service Provision and Access to Healthcare", *Journal of European Social Policy*, 19(5), pp.432-445.
- WENDT, Claus; (2014), "Changing Healthcare System Types", *Social Policy & Administration*, 48(7), pp.864-882.
- WENDT, Claus; (2019), "Healthcare", Bent GREVE (Ed.), *Routledge Handbook of the Welfare State*, Routledge, New York, pp. 407-417.
- WENDT, Claus, Lorraine FRISINA and Heinz ROTHGANG; (2009), "Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison", *Social Policy & Administration*, 43(1), pp.70-90.
- WHO; (2021), UHC service coverage index [Data set], <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4834>, 08.04.2022
- WHO; (2022a), Global Health Expenditure Database [Data set], <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>, 04.04.2022
- WHO; (2022b), Health Topics: Health Technology Assessment, [https://www.who.int/health-topics/health-technology-assessment#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-technology-assessment#tab=tab_1), 16.12.2022
- World Bank; (2022a), Life Expectancy at Birth, Total (Years) [Data set], <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>, 14.12.2022
- World Bank; (2022b), Mortality Rate, Infant (per 1,000 live births [Data set], <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>, 14.12.2022

**Ek 1. Sistem göstergelerinin değerleri**

Ülke	1.2 Sağlık hizmetleri kullanıcılarının finansal koruma seviyesi	1.4 Temel kapsam için kullanıcıların tercih hakkı derecesi	1.5 Sigorta tedavilerinde piyasa için aralarında kalıncılar	1.7 Hastanın tedavilerinde seçimi hakkı	1.8 Birincil bakım sistemindeki yeri (kapı bekleme)	1.9 Evrensel Hizmet Kapsamı	2.1 Doktorların ücretlendirme yöntemlerinde hacimsel artışın tesviki	2.2 Hastanelerin ücretlendirme yöntemlerinde hacimsel artışın tesviki	2.3 Doktorlar için hizmet tedarrükünde özelleşme derecesi	2.4 Hastanelerde personelin regülasyonu	2.5 Sağlık kalitesiyle ilgili vesikler	3.2 STD kullanımını	3.5 Bütçe disiplini
Aranın	4.336228885	0	0	2.67	3	4.6794	1.5	0	0	6	2.666666667	4.5	5
Belize	4.606588346	0	0	0	2	4.1538	0	0	1.5	6	2	4.5	5
Bolıya	4.68111944	2	0.9	0	2	3.9054	0	6	0	6	0	0	4
Brezilya	4.32947568	0	0	0.67	6	4.8678	0	3	3	6	0	4.5	5
Şili	4.005196399	4	2.4	2.67	6	4.9368	0	3	3	6	4.833333333	4.5	5
Kolombiya	5.092155158	3	1.5	0	2	4.7814	0.75	6	3	0	0	3.75	6
Kosta Rika	4.655014486	0	0	0	2	4.9152	0	0	3	6	0	3.75	2
Dominik Cumhuriyeti	3.3152768	2	0.9	4	0	4.503	2.75	3	0	6	1.333333333	0	2
Ekuador	4.172103256	0	0	0	2	4.77	0.5	3	1.5	6	0	3	4
El Salvador	4.272605977	0	0	4.67	3	4.6686	0.75	3	0	6	0	2.75	1
Guatemala	2.549978548	3	3.9	6	0	3.6372	0	3	0	3	0	0	5
Guyana	3.976176146	0	0	4	2	4.6446	0	3	3	6	0	4.5	5
Honduras	2.861640361	0	0	6	0	3.9306	0	3	1.5	6	0	0	3
Jamaika	4.993465914	0	0	6	2	4.5948	3	0	1.5	6	0	3.75	0
Meksika	3.46457834	2	1.5	0.67	2	4.464	0.5	3	1.5	6	0	4.5	3
Panama	4.277726413	2	2.1	6	4	4.7274	0.75	3	3	6	0	0	3
Paraguay	3.367421125	0	0	6	0	4.4232	1	3	1.5	6	6	4.5	3
Peru	4.235460709	2	0.75	0	0	4.4976	0.75	3	0	4.5	2	3.75	6
Surinam	4.809917317	3	2.7	2.67	6	4.338	4.5	6	1.5	4.5	0	0	0
Trinidad ve Tobago	3.306618672	0	0	4	2	4.5612	0	3	3	6	0	3.75	6
Uruguay	4.794762137	0	0	0	1	4.968	0.75	0	3	0	1.333333333	4.5	0

## Ek 2. Bazı sistem göstergelerinin detay hesaplama tabloları

## Ek 2.1 Hastanın tedarikçi seçimi

	Hastalar genelde birincil bakım hizmetleri için tercih haklarına sahip midir?	Hastalar genelde ayatık tedavi uzmanı tedarikçileri için tercih haklarına sahip midir?	Hastalar genelde yatarak tedavi için hastane tercih haklarına sahip midir?	TOPLAM PUAN
Uruguay	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0
Peru	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastanın tercihleri sınırlıdır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0
Ekvador	Hastanın tercihleri sınırlıdır.	Hastanın tercihleri sınırlıdır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0
Kosta Rika	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0
Kolombiya	Hastanın tercihleri sınırlıdır.	Hastanın tercihleri sınırlıdır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0
Bolivya	Hastanın tercihleri sınırlıdır.	Hastanın tercihleri sınırlıdır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0
Belize	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastanın tercihleri sınırlıdır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0
Meksika	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0
Brezilya	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0
Surinam	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Şili	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastanın tercihleri sınırlıdır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Afganistan	Hastaların işe/dedikleri birincil bakım tedarikçisini seçebilir, ancak belli tedarikçilerle seçme yönünde eşyıklar vardır.	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Trinidad ve Tobago	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastaların işe/dedikleri ayatık tedavi uzmanı tedarikçisini seçebilir, ancak belli tedarikçileri	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Guyana	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Dominik Cumhuriyeti	Hasta belli bir tedarikçiye atanır.	Hastaların bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
El Salvador	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastaların bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Paraguay	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastaların bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Panamama	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastaların bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Jamaika	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastaların bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Honduras	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastaların bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67
Guatemala	Hastalara bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastaların bir tedarikçiyi diğerlerine tercih etme yönünde bir eşyık bulunmaktadır.	Hastanın tercihi kan biçiminde, istisnasızdır.	0,67

Kaynak: Anket cevapları için kaynak: Lorenzon ve diğerleri (2019)

## Ek 2.2 Bütçe Disiplini

	74. Kamu sağlık harcamaları için belirlenmiş bir tavan var mıdır?	Puan	76. Kamu sağlık harcamalarının hedefleri ya da yasal olarak belirlenmiş düzeyi aşması durumunda devreye girecek bir etkin uyarı mekanizması mevcut müdür?	Puan	77. Kamu sağlık harcamalarının başlangıçta atıldığı miktarlarda kalmasını sağlayan genel bir maliyet kontrolü mevcut müdür?	Puan	Puan	Toplam Puan
Uruguay	Hayır	0	Hayır, böyle bir sistem mevcut değildir	0	Hayır	0	0	0
Surinam	Hayır	0	Hayır, böyle bir sistem mevcut değildir	0	Hayır	0	0	0
Jamaika	Hayır	0	Hayır, böyle bir sistem mevcut değildir	0	Hayır	0	0	0
El Salvador	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Hayır, böyle bir sistem mevcut değildir	0	Hayır	0	0	1
Dominik Cumhuriyeti	Evet, sağlık finansmanı ajansları (ya da planları) bazında belirlenmiş harcama tavanı vardır	2	Hayır, böyle bir sistem mevcut değildir	0	Hayır	0	0	2
Kosta Rika	Hayır	0	Hayır, böyle bir sistem mevcut değildir	0	Evet	2	2	2
Paraguay	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Evet	2	0	3
Panamama	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Hayır, böyle bir sistem mevcut değildir	0	Evet	2	2	3
Meksika	Hayır	0	Evet, ama uyarı yasal bir aksiyon gerektirmez	1	Evet	2	2	3
Honduras	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Hayır, böyle bir sistem mevcut değildir	0	Evet	2	2	3
Ekvador	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Evet, ama uyarı yasal bir aksiyon gerektirmez	1	Evet	2	2	4
Bolivya	Evet, sağlık finansmanı ajansları (ya da planları) bazında belirlenmiş harcama tavanı vardır	2	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Hayır	0	0	4
Guyana	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Evet	2	2	5
Guatemala	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Evet	2	2	5
Şili	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Evet	2	2	5
Brezilya	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Evet	2	2	5
Belize	Evet, toplam kamu sağlık harcaması için bir tavan mevcuttur	1	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Evet	2	2	5
Ajanların	Evet, sağlık finansmanı ajansları (ya da planları) bazında belirlenmiş harcama tavanı vardır	2	Evet, ama uyarı yasal bir aksiyon gerektirmez	1	Evet	2	2	5
Trinidad ve Tobago	Evet, sağlık finansmanı ajansları (ya da planları) bazında belirlenmiş harcama tavanı vardır	2	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Evet	2	2	6
Peru	Evet, sağlık finansmanı ajansları (ya da planları) bazında belirlenmiş harcama tavanı vardır	2	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Evet	2	2	6
Kolombiya	Evet, sağlık finansmanı ajansları (ya da planları) bazında belirlenmiş harcama tavanı vardır	2	Evet, ve cari yılda bir aksiyon harekete geçirir	2	Evet	2	2	6



## Ek 2.3 Sağlık teknolojisi değerlendirmelerinin kullanımı

	STD ülkelerinde kullanılıyor mu?	Puan	STD genelde harcanabilirlik ve bütçe etkisi analizi içeriyor	Puan	Tıbbi prosedürler alanında STD karar almada kullanılıyor mu?	Puan	İlaçlar alanında STD karar almada kullanılıyor mu?	Puan	Toplam Puan
Surinam	Hayır	0		0		0		0	0
Panama	Hayır	0		0		0		0	0
Honduras	Hayır	0		0		0		0	0
Guatemala	Hayır	0		0		0		0	0
Dominik Cumhuriyeti	Hayır	0		0		0		0	0
Bolivia	Hayır	0		0		0		0	0
El Salvador	Evet	2		0		0	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	2.75
Ekvador	Evet	2	Evet	1		0		0	3
Trinidad ve Tobago	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında sistematik olarak kullanılıyor.	0.75		0	3.75
Peru	Evet	2	Evet	1		0	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	3.75
Jamaika	Evet	2	Evet	1		0	Kapsam kararlarında sistematik olarak kullanılıyor.	0.75	3.75
Kosta Rika	Evet	2	Evet	1		0	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	3.75
Kolombiya	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75		0	3.75
Uruguay	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında sistematik olarak kullanılıyor.	0.75	Kapsam kararlarında sistematik olarak kullanılıyor.	0.75	4.5
Paraguay	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	Kapsam kararlarında sistematik olarak kullanılıyor.	0.75	4.5
Meksika	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	Kapsam kararlarında sistematik olarak kullanılıyor.	0.75	4.5
Guyana	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	4.5
Şili	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	4.5
Brezilya	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında sistematik olarak kullanılıyor.	0.75	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	4.5
Belize	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	Kapsam kararlarında sistematik olarak kullanılıyor.	0.75	4.5
Arjantin	Evet	2	Evet	1	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	Kapsam kararlarında bazı durumlarda kullanılıyor.	0.75	4.5

## Ek 2.4 Doktorların ücretlendirme yöntemlerinde hacim artışının teşviki

Lorenzoni ve diğerlerinin (2018) puanlama tablosunda Uzman doktorların ücretlendirme yöntemleri için “hasta başına ücretlendirme” seçeneği bulunmamaktadır. Ancak Latin Amerika ülkelerinin birçoğunun anketin yorum kısmında bu seçeneği girdikleri görülmüş ve puanlama buna göre hesaplanmıştır. Surinam yatarak tedavi uzmanlarının ücretlendirme yöntemini belirtmediği için sadece ayakta tedavi uzmanlarının puanı ortalamaya girmiştir.

	Birincil bakım doktorları ücretlendirme yöntemi		Ayakta tedavi uzmanlarının ücretlendirme yöntemi		Yatarak tedavi uzmanlarının ücretlendirme yöntemi		Ortalama Puan
	Maaş ve hizmet başına ücret		Hizmet başına ücret		Maaş ve hizmet başına ücret		
Surinam	Maaş ve hizmet başına ücret	3	Hizmet başına ücret	6			<b>4.50</b>
Jamaika	Hizmet başına ücret	6	Maaş	0	Maaş	0	<b>3.00</b>
Dominik Cumhuriyeti	Maaş ve hasta başına ücret	1	Hizmet başına ücret	6	Maaş ve hizmet başına ücret	3	<b>2.75</b>
Arjantin	Maaş	0	Maaş, hizmet başına ücret ve hasta başına ücret	4	Hasta başına ücret	2	<b>1.50</b>
Paraguay	Maaş	0	Hasta başına ücret	2	Hasta başına ücret	2	<b>1.00</b>
Kolombiya	Maaş	0	Maaş ve hizmet başına ücret	3	Maaş	0	<b>0.75</b>
El Salvador	Maaş	0	Hasta başına ücret	2	Maaş ve hasta başına ücret	1	<b>0.75</b>
Panama	Maaş	0	Hasta başına ücret	2	Maaş ve hasta başına ücret	1	<b>0.75</b>
Peru	Maaş	0	Hasta başına ücret	2	Maaş ve hasta başına ücret	1	<b>0.75</b>
Uruguay	Maaş	0	Hasta başına ücret	2	Maaş ve hasta başına ücret	1	<b>0.75</b>
Ekvator	Maaş	0	Maaş ve hasta başına ücret	1	Maaş ve hasta başına ücret	1	<b>0.50</b>
Meksika	Maaş	0	Maaş ve hasta başına ücret	1	Maaş ve hasta başına ücret	1	<b>0.50</b>
Belize	Maaş	0	Maaş	0	Maaş	0	<b>0.00</b>
Bolivya	Maaş	0	Maaş	0	Maaş	0	<b>0.00</b>
Brezilya	Maaş	0	Maaş	0	Maaş	0	<b>0.00</b>
Şili	Maaş	0	Maaş	0	Maaş	0	<b>0.00</b>
Kosta Rika	Maaş	0	Maaş	0	Maaş	0	<b>0.00</b>
Guatemala	Maaş	0	Maaş	0	Maaş	0	<b>0.00</b>
Guyana	Maaş	0	Maaş	0	Maaş	0	<b>0.00</b>
Honduras	Maaş	0	Maaş	0	Maaş	0	<b>0.00</b>
Trinidad ve Tobago	Maaş	0	Maaş	0	Maaş	0	<b>0.00</b>

**Ek 2.5 Birincil bakımın sistemdeki rolü (kapı bekçiliği)**

Uruguay 37. soruya cevap vermediği için alabileceği değerlerin (0-1-2) ortalaması ile hesaba katılmıştır (1.00)

	36. Hastaların bir birincil bakım doktoruna kayıt olmaları zorunlu mudur ya da bu yönde teşvik edilmekte midirler?	37. Birincil bakım doktorları uzman bakımı kontrol etmekte midir?	Puan
Peru	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Birincil bakım doktorunun referansı gerekli değildir ya da teşvik edilmemektedir.	0
Paraguay	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Birincil bakım doktorunun referansı gerekli değildir ya da teşvik edilmemektedir.	0
Honduras	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Birincil bakım doktorunun referansı gerekli değildir ya da teşvik edilmemektedir.	0
Guatemala	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Birincil bakım doktorunun referansı gerekli değildir ya da teşvik edilmemektedir.	0
Dominiik Cumhuriyeti	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Birincil bakım doktorunun referansı gerekli değildir ya da teşvik edilmemektedir.	0
Uruguay	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.		1
Trinidad ve Tobago	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	2
Meksika	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	2
Jamaika	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	2
Guyana	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	2
Ekvator	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	2
Kosta Rika	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	2
Kolombiya	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	2
Bolivya	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	2
Belize	Bir birincil bakım doktoruna kayıt olmak zorunlu değildir ve teşvik edilmemektedir.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	2
El Salvador	Hastaların kayıt olmaları zorunlu değildir, ancak finansal teşvikler söz konusudur.	Birincil bakım doktorunun referansı gerekli değildir ya da teşvik edilmemektedir.	3
Arjantin	Hastaların kayıt olmaları zorunlu değildir, ancak finansal teşvikler söz konusudur.	Birincil bakım doktorunun referansı gerekli değildir ya da teşvik edilmemektedir.	3
Panama	Hastaların kayıt olmaları zorunlu değildir, ancak finansal teşvikler söz konusudur.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	4
Surinam	Hastaların kayıt olması zorunludur.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	6
Şili	Hastaların kayıt olması zorunludur.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	6
Brezilya	Hastaların kayıt olması zorunludur.	Uzman bakımının büyük kısmına erişebilmek için (acil durumlar dışında) birincil bakım doktorunun referansı zorunludur.	6