

TÜRKİYE, İSPANYA VE KANADA SAĞLIK SİSTEMİ VE GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

Memiş KARACA¹

Özet

Karşılaştırmalı sağlık sistemlerinin temelinde, diğer ülkelerin deneyimlerinden faydalanma, başka ülkelerde geliştirilen yönetim tekniklerinden ve yeniliklerden haberdar olma, farklı bir bakış açısı kazanma ve karşılaştırma sonucunda üstün yönlerini kendi sağlık sistemine uyarlama düşüncesi yatmaktadır. Ülkelerin tercih ettikleri sağlık sistemleri ve bu sistemlerin özellikleri ülkelerin sağlık harcamalarını ve dolayısıyla sağlıkla alakalı çeşitli çıktıları etkileyen en önemli faktörleri temsil etmektedir. Bu çalışmanın amacı Türkiye, İspanya ve Kanada sağlık sistemlerinin ve göstergelerinin karşılaştırmalı analizi yapılarak, genel bir perspektif çizmektir. Sağlık ölçütü olarak; doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranları, 1000 kişi başına düşen doktor ve hemşire sayısı, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, hastane yatak sayıları, alkol tüketimi, 15 yaş üzeri bireylerde sigara içme sıklığı esas alınmıştır. Türkiye, İspanya ve Kanada ile karşılaştırıldığında; genel sağlık sistemi ve temel sağlık göstergeleri açısından belirtilen ülke standartlarını yakalayamadığı anlaşılmıştır. Genel bir değerlendirme yapıldığında ise, Türkiye sağlık sisteminin gelişmiş ülke sağlık sistemleri standardına henüz erişemediği gelişmekte olan ülke sağlık sistemlerine kıyasla ise dahi iyi sağlık göstergelerine sahip olduğu kanısına varılmıştır. Çıkan sonuçların sağlık politikası belirleyicileri, planlayıcıları, yöneticileri, uygulayıcıları, araştırmacıları ve hizmet talep edenlere yönelik ülkelerin sağlık sistemi ve durumu hakkında bilgi arzı sunacağı aynı zamanda faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, Sağlık Ölçütleri, Kıyaslama

COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH SYSTEM AND INDICATORS IN TURKEY, SPAIN AND CANADA

Abstract

The basis of comparative health systems is the idea of benefiting from the experiences of other countries, being aware of the management techniques and innovations developed in other countries, gaining a different perspective and adapting the superior aspects of their own health system as a result of comparison. The health systems preferred by countries and the characteristics of these systems represent the most important factors affecting the health expenditures of countries and therefore their various health-related outputs. The aim of this study is to draw a general perspective by making a comparative analysis of the health system and indicators of Turkey, Spain and Canada. As a measure of Health; life expectancy at birth, infant mortality rate, per 1000 people, the number of doctors and nurses, the health expenditure share of GDP, the number of hospital beds, alcohol consumption, smoking prevalence is based on over 15 years of age. Turkey faced Spain and Canada; It was understood that it could not reach the country standards specified in terms of general health system and basic health measures. When a general evaluation is made, it is concluded that the Turkish health system has good health indicators, even when compared to the health systems of the developing countries, where it has not yet reached the standards of the developed country health systems. It is thought that the results obtained will be very useful for health policy makers, planners, managers, practitioners, researchers and service requesters to provide a supply of information about the health system and the state of countries.

Keywords: Health System, Health Criteria, Benchmarking

¹ Doktora Öğrencisi, Sağlık Memuru, Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kayseri Devlet Hastanesi, Kayseri, TÜRKİYE, memis.karaca.38@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-8441-5929

1. GİRİŞ

Günümüzde dünya vatandaşlarının gerek ekonomik gerekse sosyal açıdan daha iyi şartlarda hayatlarını idame ettirmeye yönelik talepleri bir hak olarak görülmektedir. Daha iyi yaşam koşullarına sahip olmanın en önemli bileşenleri arasında sağlık hizmetlerinden yeterli derecede faydalanmak gelmektedir. Her ülke kendi koşullarına göre etkin ve verimli düzeyde arz edilen sağlık hizmetleri gelişmişliğini arttırırken bu duruma ek olarak toplumsal refah seviyesinin de olumlu yönde gelişim ve değişimine de öncü olmaktadır.

21. yüzyılın başında yayımlanan Sağlık sistemleri: performansı artırmak adlı rapora göre sağlık sistemi; ana amacı sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü iş ve işlemleri barındıran sistem tanımıyla kapsayıcı niteliği en geniş hale gelen tanım olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2000: 5). Özeld, Santerne ve Neun (2010: 92)'a yapmış olduğu bir tanıma göre ise sağlık sistemi; sağlık hizmetlerinin üretimine, tüketimine ve dağıtımına dair toplumun tercih etmiş olduğu olgular aracılığıyla kurumsal anlaşma ve süreçleri kapsayan bir bütün olduğu ifade edilmiştir.

Sağlık sistemleri dinamik, değişim ve gelişime açık olan bir yapı olmasının yanında, en iyi veya en doğru sağlık sistemi diye bir ifadede bulunmak doğru değildir, ayrıca sürekli aynı sağlık sistemi ile hizmette bulunmak da uygun olmayabilir. Her ülkenin kültürüne, ekonomik yapısına, tarihsel gelişimine, ideolojik düşünce yapısına ve yaşam tarzlarına göre değişiklik göstermektedir. Dolayısıyla farklı koşullarda değişen ve ona ayak uyduran sağlık sistemlerinin, karşı karşıya kaldıkları krizlere verdiği tepkiler de farklılaşmaktadır.

1900'lü yıllarda yaşanan dünya savaşları, siyasi krizler, ekonomik buhranlar ve teknolojik gelişmeler neticesinde örgütler dışı kapalı olmaktan çıkıp, birbirlerinden etkilenirken bu durumun gereği olarak birbirlerine benzeme, hatta bütünleşme uğraşları içine girmiştir. Özellikle büyük dünya savaşları sonrası dünyanın çoğu bölgesinde ortaya çıkan olumsuz sağlık koşulları, sağlığın teknik ve teknolojik gelişiminin aşırı ve kontrolsüz yayılımı, hızla yükselen sağlık harcamaları, sağlık taleplerinin artışı, yaşanan sağlık sorunlarının küresel çaptaki etkilerinin hızla yayılması gibi oldukça önemli gelişmeler ülkelerin sağlık sistemlerinin öneminin ne kadar büyük olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ülkeler dünyada yaşanan büyük sorunlarla mücadele ederken, savaş sonrası ilişkilerin daha iyi olması, iletişimin güçlenmesi, bilgi paylaşımının artması nedeniyle diğer ülkelerde neler olduğu ile ilgili bilgi edinerek, konular üzerinde fikir yürütebilir hale gelmişlerdir (Sargutan, E. 2005:82).

Bir işin üstesinden gelebilmek için o işi bilmek gerekir. Bu doğrultuda bir işi bilmenin en yaygın yolu gözlem ve kıyaslamadır. Gözlem ve sonrası kıyaslama ile o durumla ilgili sonuç çıkarma ve genellemeler yapma imkanı bulunmaktadır. Elde edilecek sonuç ve genellemeler ile doğru planlamalar yapabilmek, tahmin etme, önlem alabilme gibi imkanlar ortaya çıkabilmektedir. Bu doğrultuda ulusal, bölgesel hatta uluslararası düzeyde tüm paydaşlar, ilk aşama olarak kendi sağlık sistemlerini ve hizmetlerini tanımalı daha sonrasında ise eksiklik ve aksaklıkları tespit edip, bertaraf edilmesi için başka ülkelerin sağlık sistemlerini gözlemlene ve kıyaslama metodunu tercih etmelidirler (Sargutan, E. 2005:83).

Çalışmada Türkiye, İspanya ve Kanada ülkelerinin coğrafi özellikleri, nüfusu, idari ve siyasi yapısı, ekonomik durumları, sağlık sistemleri ve göstergeleri hakkında bilgi verilerek, karşılaştırmalar yapılacak olup, genel bir perspektif çizilecektir. Bu doğrultuda ortaya çıkan sonuç neticesinde sağlık politikası

belirleyicileri, planlayıcıları, yöneticileri, uygulayıcıları, araştırmacıları ve hizmet talep edenlere yönelik bilgi arzı ve ele alınan ülkelerin sağlık durumu ortaya koyulacaktır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Asıl amacı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi olarak bilinen sağlık sistemlerinin ülkenin tarihsel, ekonomik ve sosyal gelişimi, kültürel ve dinsel etkileşimi ve siyasi fikirlerini temsil etme becerisi de bulunmaktadır (Roemer, 1993: 335). Bu kapsamda sağlık sistemleri özellikle 20. yüzyılın başlarından bu yana ülkelerin tarihsel gelişimi, ekonomi modelleri, siyasi uygulamaları, sağlık politikaları, sağlık hizmet sunumu, sağlık finansmanı gibi unsurlara dayanarak alanyazında bir çok sınıflandırma çalışması bulunmaktadır. Bunlardan bazıları ise aşağıda verilmiştir;

Tablo 1 Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Evang	1960	Batı Avrupa Tipi, Amerika Tipi, Sovyet Rusya Tipi ve Gelişmemiş Ülkeler Tipi
Terris	1978	Sosyal Yardım, Sağlık Sigortası ve Ulusal Sağlık Hizmetleri Tipi
Field	1989	Az gelişmiş Ülkeler, Korumacı Piyasa, Sigorta/Sosyal Güvenlik, Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Sosyalist Tip
Kılıç ve Bumin	1993	Özel Sigorta Ağırlıklı, Sosyal Sigorta Ağırlıklı, Ulusal Sağlık Sistemi, Sosyalist Sağlık Sistemi, Karmaşık Yapıda Sağlık Sistemi ve İlkel Yapıda Sağlık Sistemi
Dünya Bankası	1993	Bankası Düşük Gelir Grubu, Orta-Gelir Grubu, Avrupa'nın Eski Sosyalist Ülkeler Grubu, Yerleşmiş Pazar Ekonomisi Ülkeleri Grubu ve ABD
Roemer	1993	Serbest/Girişimci Piyasa Tipi, Refah Yönelimli Tip, Kapsayıcı Tip ve Sosyalist Tip
Elling	1994	Tümüyle Kapitalist Ülkeler, Sosyal Yönelimli Ülkeler, Sanayileşmiş Sosyalist Ülkeler, Kapitalizme Bağımlı Ülkeler, Dünya Sistemlerinden Yarı-Bağımsız Ülkeler
OECD	1987	Ulusal sağlık sistemi, Sosyal Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası

Görüldüğü üzere literatürde birçok kurum veya araştırmacı tarafından ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasına yönelik çalışmalar yapılmış ancak bu çalışmada kapsamı en geniş olan ve Roemer (1993) tarafından gerçekleştirilen sınıflandırmadan daha çok yararlanılmıştır. Bu nedenden dolayı Milton I. Roemer sağlık sistemleri sınıflandırılması daha çok irdelenecektir.

2.1. Milton I. Roemer'ın Sağlık Sistemi Sınıflandırması

Roemer "National Health Systems Throughout the World" adlı makalesinde sağlık sistemlerini dört başlık altında toplamıştır. Bunlar (Atabey, 2012: 43):

Girişimci ve serbest sağlık sistemi tipi, refah yönelimli sağlık sistemi tipi, genel ve kapsayıcı sağlık sistemi tipi, sosyalist ve merkezden planlanmış sağlık sistemi tipidir. Herhangi bir ülke yukarıda belirtilen sağlık sistemi tiplerinden sadece birine yönelik niteliklere/özelliklere benzeyeceği gibi birden fazla niteliklerine/özelliklerine de benzeyebilir. Ele alınan bir ülkenin hangi sağlık sistemi içerisinde yer alacağını belirlenmesi aşamasında şu iki soruya verilen yanıt esas olabilir: (Sargutan, 2005: 53).

- ✓ Ülkede tercih edilen sağlık sistem içerisinde belirtilen dört sağlık sistemi grubundan hangisinin özellikleri en baskın ve yaygındır?
- ✓ Ülkede yaşayan vatandaşın çoğunluğunun sağlık hizmetlerini karşılama şekli hangi sağlık sistemi grubunun özellikleri ile daha çok uyumludur?

Yukarıda belirtilen sorulara verilen yanıtlar aynı sağlık sistemindeki özelliklere benziyorsa ele alınan ülkenin sağlık sistemi o yöndedir.

2.1.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi

Bu sistem liberal bir paradigma ile özel sektörün baskınlığı ile beraber devlet müdahaleleri aracılığıyla rekabetçi bir ortam yaratan bir olgudur. Sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü piyasa koşullarına teslim edilmiştir. Diğer bir adı girişimci sağlık tipi olarak ifade edilen bu sistem, isteğe bağlı sigorta veya doğrudan ödeme yöntemi ağırlıklı olarak tasarlanmış bir sistemdir. (Odiër, 2010: 283)

Bu sağlık sisteminde sigorta yaptırma zorunluluğu veya sigorta için başvuruda bulunan bireylerin başvurularının kabul edilme zorunluluğu bulunmamaktadır. Bu durum da isteğe bağlı olması sebebiyle sistemde oluşabilecek riskleri en aza indirme fırsatı vermektedir. Verilecek sağlık hizmeti, özel sektörün sermaye sirkülasyonuna bağlı bir endüstri olarak konumlandırılmaktadır. (Schmid vd., 2010: 471-72). Bu sistem değerlendirildiğinde başarısı özel sektör insiyatifinde olduğu görülmektedir. Doğal olarak maddi gücü olan bireylerin sağlık hizmetinden rahatlıkla faydalanabilmesi, olmayanların ise faydalanamayacağı bir sistem olarak eleştirilere maruz kalabilir.

2.1.2. Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemi

Refah yönelimli sağlık sistemi aynı zamanda Bismark modeli olarak da literatürde anılmaktadır. Bu tip sağlık sistemi adını 1800'li yıllarda Prusya isimli devletin Başbakanı olan Alman Otto Von Bismarck'tan almaktadır. Bu sistem, işgörenler, işverenler ve devlet tarafından finanse edilen kamu sağlık sigortasına dayanmaktadır. Bu doğrultuda, Bismark modeli prim gelirleri ile finanse edilmiş sosyal sigorta temelli bir sağlık sistemidir (Roemer, 1993: 344-45). Bu tip sağlık sisteminde özel sektör kamu sektörüne göre az ağırlıkta ve kamu hizmetini tamamlayıcı rol üstlenmektedir. Kamu harcamalarının önemli bir kısmı zorunlu sigorta fonlarından (hastalık, kaza, yaşlılık, sakatlık sigortası vb.) karşılanmaktadır (Odiër, 2010: 281).

Amerikan sistemi yani serbest piyasa tipi sağlık sistemi ile benzer yanları olması ile birlikte Bismarck modelini serbest piyasa tipi sağlık sisteminden ayıran en önemli unsur karlılık amacının olmaması ve halkın tamamını kapsama hedefinde olmasıdır (Şen, 2019: 25). Sistemin ana unsurlarından birisi de sigorta olarak ifade edilebilir. Sistem hasta olmuş bireylere karşı sigorta yapmaktadır ve bu sigorta ayaktan ve yatarak

tedavi hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır. Bu model gelişmiş çoğu ülkede uygulanmaktadır; Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya gibi ülkeler örnek olarak gösterilebilir (Tatar, 2011: 70).

2.1.3. Kapsayıcı Sağlık Sistemi Tipi

Özellikle 2. Dünya savaşı sonrası İngiliz W. Beveridge tarafından geliştirilen ve ismini burdan alan Beveridge Modeli veya Ulusal Sağlık Sistemi olarak anılan bu sistem; tamamen vergilerle finanse edilen, basit bir ifade ile halktan toplanan vergilerle sağlık hizmetini yürütülen bir sistemdir. “*Hastanın sağlığına kavuşturulması, hastanın ve devletin görevidir.*” Görüşüne haizdir (Er, 2011: 40). Bu modelde sağlık hizmetini alacak kişiler çalışanlar veya bir sınıf değil vatandaşlardır. Tüm nüfusu kapsamaması, evrensel olması, bütünleşmiş bir sistem ve ihtiyaç özelinde aynı imkanlardan yararlanma en önemli özelliklerinden ve diğer sağlık sisteminden ayıran unsurlardır. Bu sistemde sağlık sektöründe çalışacak işgücünü hükümet belirlemekte ve istihdam etmektedir. Sağlık personelinin maaşını hükümet ya da sağlık bakanlığı vermektedir. (Öztürk ve Karakaş, 2015: 43)

Bu modeli ile iç içe geçmiş ülke olarak İngiltere ile bağdaşmış olmasa da Yeni Zelanda da 1938 yılında çıkarılan sosyal güvenlik yasası ile Yeni Zelanda vatandaşlarına sağlık kurum ve kuruluşlarından ihtiyaç duyduğu tüm sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim hakkı veren ilk ulusal sağlık hizmeti modelini yürürlüğe koymuştur. (Burau ve Blank, 2006: 65).

2.1.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemi

Bu tip sağlık sistemi merkezîyetçiliğin en zirvede olduğu sistemdir. 20. Yüzyılın başlarında Nikolai Aleksandrovich Semashko tarafından ortaya çıkarıldığı için Semashko sağlık sistemi olarak da adlandırılmaktadır (Stevens ve Van Der Zee, 2008: 280).

Bu sistemin merkezîyetçiliği ve sosyalistlik özelliklerini ortaya çıkartan unsurları, sağlık hizmetlerini verebilecek yapıların ve tüm sağlık personellerinin finansmanını devletin karşılamasıdır (Roemer, 1993: 347). Sistemin içerisinde farklı niteliklere sahip uzmanların bulunduğu vatandaş poliklinikleri bulunmaktadır. Finansmanı sağlayan unsurlar ise merkezi ve yerel idarelerin bütçelerinde yer alan vergi gelirleri ile hastanenin gelirlerinden oluşmaktadır (Groenewegen, 2007: 128).

4. ARAŞTIRMA

4.1. İSPANYA

Tablo 2 İspanya Hakkında Genel Bilgi

RESMİ ADI	İspanya Krallığı (Reino de España)
NÜFUS	47.326.687
DİL	İspanyolca (resmi dil), Katalanca, Baskça, Galisyaca. Özerk yönetimlerde yerel dil, ikinci resmi dil olarak kabul edilebilmektedir.
YÜZÖLÇÜMÜ	505.988 km ²
BAŞKENT	Madrid

BAŞLICA ŞEHİRLERİ	Barselona, Valencia, Sevilla, Zaragoza, Malaga
YÖNETİM ŞEKLİ	Parlamenter demokrasi şeklinde örgütlenmiş bir anayasal monarşi rejimi
DEVLET BAŞKANI	<input type="checkbox"/> Kral- VI. Felipe <input type="checkbox"/> Başbakan - Pedro Sánchez
PARA BİRİMİ	Euro (€, EUR)

Kaynak: Bu tablo yazar tarafından düzenlenmiştir.

4.1.1. Coğrafi Özellikler ve Nüfus

İspanya (Batıdaki) Portekiz ve Birleşik Krallık'a ait olan (Güneydeki) Cebelitarık ile birlikte İber Yarımadası'nda, 36° ve 43,5° kuzey enlemleri ve (Balear Adaları, Kanarya Adaları, Septe ve Melilla'yı dahil edilmezse) 9° batı ve 3° doğu boylamları arasında bulunur. Coğrafi konumu nedeniyle Avrupa, Güney Amerika ve Afrika ile yakın ilişkileri bulunmaktadır Avrupa açısından İspanya, ise Afrika'ya yakınlığı sebebiyle bu kıtada yaşayan insanlarla Avrupa arasında köprü görevi görürken, Atlantik Okyanusu tarafında ise Amerika kıtasına yakınlığı da ayrı bir önem arz etmektedir (Arıbaş ve Hasan, 2010). Batı Avrupa'nın neredeyse en geniş topraklarına ve en az nüfus yoğunluğuna sahip ülkedir (İTKİB, 2011).

İspanya'nın güncel nüfusu 47.326.687 kişidir. Nüfusun %49,2'si erkek %50,8'i kadındır. Nüfus ülke içinde dengesiz bir şekilde dağılır, büyük şehirlerde ve kıyı şeridinde yoğunlaşmıştır ve nüfusun %79'u şehirlerde yaşamaktadır. Çalışma çağındaki nüfus olarak belirtilen 15-64 yaş grubu arasındaki kişiler nüfusun %65,8'ini oluşturmaktadır. OECD ülkelerinde bu ortalama %65'1'dir. 15 yaşından küçük olan genç nüfus oranı %14,8 iken OECD ortalaması %17,7'dir. Son olarak 65 yaş ve üstü olan yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranı %19,65 ile OECD ortalaması olan %17,20'nin üzerinde bir konuma sahiptir.

4.1.2. Siyasi ve İdari Yapı

Serbest bir seçim sonrası İspanya'nın yeni siyasi alt yapısını ortaya koyan anayasadan 1978 yılında vatandaşın çoğunluğu tarafından kabul edilmiştir. Daha sonra Kral'ın anayasayı onaylaması ile yürürlüğe konulmuş Kral'ın yetkileri kayda değer bir şekilde sembolik kalmıştır asıl ülkenin yönetim yetkisi Kral'ın atamış olduğu Hükümete aittir (Madrid Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği, 2018:7). İspanya Anayasal Parlamenter Monarşi ile yönetilmektedir. Yasama, Temsilciler Meclisi (Congreso de los Diputados) ve Senato (Senado) olmak üzere çift meclisten (Cortes Generales)'ten oluşmakta, Yürütme Başbakan ve Bakanlar Kurulu tarafından gerçekleştirilmektedir. İspanya Meclisi İki kamarası (çift meclisçilik) ile, 350 seçilmiş milletvekili (Kongre/alt kanat) ve 58'i bölgesel temsilci olmak üzere 266 senatörden oluşur. Seçim ise dört yılda bir yenilenir (Ticaret Bakanlığı, 2020:3). İspanya kentler, eyaletler ve özerk bölgelere ayrılmıştır. İspanya'da 17 özerk bölge ile Kuzey Afrika kıyısında 2 özerk şehir bulunmaktadır (KFA, 2019:6). Yedi özerk bölgenin her biri aynı zamanda bir ildir ve her özerk bölge kendi kanunlarını uygular (Ticaret Bakanlığı, 2020:3).

4.1.3. Ekonomi

Dünyada patlak veren 1929 ekonomik krizi ile beraber İspanya’da çıkan iç savaş sonrası süregelen bir ekonomik gelişim içerisinde. İspanya’nın bu süregelen ekonomik büyümesi, “Spanish Miracle” yani İspanya mucizesi olarak adlandırılmıştır. Bu mucize içerisinde İspanya ekonomisi dönüşüm geçirmiştir; tarım sektörünün önemi düşerken hizmet sektörünün önemi katlanarak yükselmiştir ve ekonominin hakim sektörü haline gelmiştir. İspanya ekonomisi genel olarak değerlendirildiğinde nominal GSYİH’ ye göre dünyanın 14. büyük ekonomisi ve satın alma gücü paritesi açısından ise 16. büyük ekonomilerinden biridir. Avrupa Birliği, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü ve Dünya Ticaret Örgütü gibi örgütlere üyeliği bulunan İspanya kapitalist bir karma ekonomiye sahiptir. Ülke ekonomisi, nominal GSYİH’na göre euro bölgesinin dördüncü, Avrupa’nın altıncı büyük ekonomisidir. (Wikipedia, 2022)

4.1.4. İspanya’da Sağlık Sistemin Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Önceden sosyal güvenlik programına dayalı olarak merkezileşmiş sağlık sistemi hakimken 1978 yılında kabul gören Anayasa ile İspanya’da bütün vatandaşlara sağlığın korunması hakkı verilmiş ve genel vergilerle finanse edilen evrensel geçerliliği olan bir modele geçiş yapılmıştır. Bu durumla birlikte bölgesel çapta organizasyonel yeni bir örgütsel çerçeve kurulmuştur. 1978 ve 1981 yıllarında sırasıyla Ulusal Sağlık Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı yapılandırılmıştır. 1986 yılında Genel Sağlık Kanunu bünyesinde çıkartılan yeni bir sistem ortaya konulmuştur. Bu kanun sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim ile evrensel kapsamın önünü açmasına olanak sağlamıştır. İspanya’da zamanla anayasa kabulü sonrası sağlık sisteminde kayda değer değişimler yaşanmıştır. En önemlileri 1986 yılından itibaren sosyal güvenlik rejiminden (Bismark Modeli) ulusal sağlık hizmetlerine (Beveridge Modeli) geçilmesi ve bölgelere desantralizasyon sürecinin yaşanmasıdır (Fırat ve Öztürk, 2021).

İspanyol sağlık sistemi, bir arada var olan üç yasal alt sistemle karakterize edilir: evrensel ulusal sağlık sistemi (Sistema Nacional de Salud, SNS); Devlet memurları, Silahlı Kuvvetler ve yargı (MUFACE, MUGEJU ve ISFAS) için Yatırım Fonları; ve Karşılıklılıklar, “Karşılıklılıkların Sosyal Güvenlikle İşbirliği Yapılması” olarak bilinen Kazalara ve Meslek Hastalıklarına yardım üzerine odaklanmıştır. İspanya sağlık sistemi evrensel, serbest erişim, eşitlik ve finansman adaletine dayanan, vatandaşların tamamına hizmet veren, hem kamu hem de özel sektörün yer aldığı, geneline bakıldığında hükümet bütçesiyle finanse edilen merkezi ve bölgesel sağlık hizmetlerinden oluşan ve en temel özelliğinin genel vergilerle finanse edilmesi olan bir sistemdir.

Ülkenin idari bölümünü yansıtan ulusal ve bölgesel olmak üzere iki düzeyde organize edilmiştir. Sağlık yeterlilikleri ve sağlık sistemi performansının izlenmesi Ulusal Sağlık sistemi yönetiminde, belirli stratejik alanlar için ve sağlık sisteminin genel koordinasyonu için ulusal düzeyde sorumlu olan 17 Özerk Topluluğa aktarılır. Ulusal Sağlık sistemi koordinasyonu için en yüksek organ, ulusal bakan tarafından yönetilen 17 bölgesel sağlık bakanını içeren Bölgeler arası Ulusal Sağlık Sistemi Konseyi’dir. Bu yapı ulusal sağlık bakanı ve diğer özerk bölgelerdeki sağlık sorunlarında yetkili 17 bakandan oluşmaktadır. Ayrıca iki özerk şehirdeki sağlık idaresi temsilcileri yer almaktadır. Bölgeler arası Ulusal Sağlık Sistemi’nde kararlar fikir birliği ile alınmalı ve bölgelere aktarılan meseleleri (merkezi ve bölgesel hükümetler arasında hiyerarşik bir ilişkinin aracılık etmediği) etkilediğinden, sadece tavsiye biçimini almalıdır. Bazı durumlarda, Özerk

bölgeler ve merkezi hükümet her iki taraf için de bağlayıcı olan “sözleşmeler / anlaşmalar” imzalayabilir (Lopez-Ibor, 2014).

Ulusal Sağlık ve Sosyal Politika Bakanlığı (MSPS) ise, Ulusal Sağlık sistemini koordine etmekten ve sağlık politikasına temel sağlayacak mevzuatı hazırlamaktan, ilaç mevzuatı gibi belirli stratejik alanlar üzerinde ve ülke çapında sağlık hizmetlerinin adil işleyişinin garantörü olmaktan sorumludur ve son zamanlarda sosyal hizmetler ve bağımlılık bakımı alanında ulusal otoriteye sahiptir (2010:24). Özerk bölgelerde ana aktörler, bazı bölgelerde bir sağlık teknolojisi değerlendirme ajansı da dahil olmak üzere uzmanlaşmış kurumlar tarafından desteklenen bir Sağlık Otoritesi (düzenleme, planlama, bütçeleme ve üçüncü taraf ödeme yapan) rolünü üstlenen sağlık departmanlarıdır. Bu organizasyon biyomedikal araştırmaları teşvik etmek ve koordine etmekle yükümlüdür; halk sağlığı ve sağlık hizmetleri yönetiminde personelin eğitimi; halk sağlığı hizmetleri; sağlık bilgisi teknolojisinin değerlendirilmesi; bilimsel ve teknik akreditasyon ve teknik danışmanlık fonksiyonlarını içermektedir.

Planlama ve düzenleme sorumlulukları, ülke çapında yasalar ve planlar söz konusu olduğunda esas olarak Sağlık Bakanlığı'na ve ulusal düzenlemelerin yerel uygulaması veya bölgesel düzenleme ve politikaların geliştirilmesi söz konusu olduğunda 17 özerk bölgenin Sağlık Bölümlerine aittir (Fırat ve Öztürk, 2021). Sağlık yönetiminde her ne kadar söz sahipliğinin büyük bir kısmı özerk bölge yönetimlerine verilmişse de temel sağlık yasalarının çıkarılmasında, ulusal sağlık sistemine bütçe sağlanmasında, ilaç politikaları vb. konularda yetkiler merkezi hükümette bulunmaktadır.

İspanya'daki sosyal hizmetlerden ve sağlık hizmetlerinden bölgesel hükümetler sorumlu olsa da, finansmanı merkezi olarak yürütülmekteyken, sosyal hizmetlerin geliştirilmesi yerel düzeyde yürütülmektedir. Bu durum 2002 yılı itibariyle sağlık hizmetlerinin bölgesel yönetimlere devri tamamlanmıştır (Sargutan, 2006). Bu devrim, bölgesel sağlık bakanlıklarının topraklarında sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve teslimi konusunda birincil yargı yetkisine sahip olmasını ve % 90'a varan oranlarda yönetilmesini sağlamıştır (Bravo vd., 2015:547).

Ulusal sağlık hizmetlerinin bir “halk sağlığı modeli çerçevesinde” uygulanması nedeniyle model birincil bakım ve ikincil bakım olarak düzenlenmiştir. Özerk Topluluklarda Birincil bakım eşit olarak üç kapsayıcı programda kümelenmiştir: çocuk bakımı, kadın sağlığı ve yetişkinlerin ve yaşlıların bakımı. Bu doğrultuda aile hekimliği olarak kabul edilebilen birincil bakım, topluma doğrudan ulaşılabilen ilk temas noktası olmakla birlikte sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması için yapılan başvuruların %95'i bu basamağadır (Aloğlu ve Taşlıyan, 2016). Birinci bakım hizmetlerinde genel pratisyenlerden sonra hastalar için ilk temas yeridir ve hastaları süzme rolü oynamaktadır (Sargutan, 2006). Ayrıca hastalar birinci basamak sağlık hizmetlerinde genel pratisyenleri seçmekte özgürdür (Sargutan, 2006). Bireyler, kendi aile hekimlerini isterlerse değiştirebilmekte, ancak kendi aile hekimleri dışında başka bir aile hekimine başvuramamaktadırlar (Çopurlar ve Öztürk, 2014).

İspanya Aile Hekimliğinin en iyi uygulandığı ülkelerden birisi olarak gösterilmekte ve sosyal sağlık sistemi ile herkese ücretsiz sağlık hizmetinin verilebildiği iyi bir sağlık sistemi olarak kurulmuştur. Birinci basamak sağlık ekipleri Ulusal Sağlık sisteminin temel bakım yapısını oluşturma ve planlama kriterlerine bağlı

olarak, çocuk doktorları ve uzmanlaşmış çocuk hemşireleri, fizyoterapistler, diş hekimleri, psikologlar, geriatrist, eczacı ve sosyal hizmet uzmanları yer almaktadır (Bravo vd., 2015:548).

İspanya'da, Türkiye'de Aile Sağlığı Merkezine karşılık gelen Aile Hekimliği Kliniği tanımlaması kullanılmakta ve en küçük klinikte 5-8 aile hekimi bulunmaktadır; tek kişilik Aile Hekimliği Klinikleri yoktur. Küçük kliniklerde aile hekiminin yanı sıra 15 yaş altı her 1000 çocuktan sorumlu bir pediatrist bulunmakta, her hekimle birlikte bir hemşire, sekreter ve temizlik personeli çalışmaktadır, sekizden fazla aile hekiminin çalıştığı büyük kliniklerde ise, ayrıca geriatrist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diş hekimi, eczacı ve biyokimya uzmanı da çalışmaktadır. İspanya'da hekim başına düşen kişi sayısı 1800-2200 arasındadır. Hastalar randevulu sistemle polikliniğe kabul edilmektedir; randevusuz gelen hasta (acil hizmet gerekmedikçe) randevulu hasta sırasının bitmesini beklemek zorundadır. Evde sağlık hizmetleri, programlı ev ziyaretleri şeklinde kişinin kendi doktorunca veya klinik hekimlerince sırasıyla haftalık nöbet usulü ile verilmekte ve ev ziyaretleri gerektiğinde ekip halinde (aile hekimine eşlik eden nörolog, geriatrist, fizyo-terapistler ile) yapılmaktadır (Külbay, 2014:2).

Hastane yatakları hastanelerde yatan hastalara hizmet vermek için mevcut kaynakların bakım, personel ve hemen kullanıma hazır yatak sayısı açısından bir ölçüsüdür ve İspanyada 1000 kişi başına 3' yatak düşmektedir. Doktor sayısı bakımından her 1000 kişiye 3,9 doktor ve 5,7 hemşire düşmektedir. Belirli bir yılda hemşirelik ve tıp mezunlarının sayısına göre her 100 000 kişiden 22'si hemşire ve 14,5'i tıp mezunudur. Bu göstergeler hemşirelik eğitim programındaki öğrenci sayısını artırmak ve doktor sayısını korumak veya arttırmak için yeni doktorlar yetiştirmeye yatırım yapılması noktasında fikir sunmaktadır. İspanya'da her bir kişi için sağlık harcaması 3.323 dolar ile OECD ortalamasının (3.994 dolar) altında kalmaktadır. Avrupa Birliği ülkeleri arasında 14. sırada yer almaktadır. Toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2017 ve 2018 yılı için %8,9'dur.

4.1.5. İspanya'da Sağlık Hizmetleri Sunumu Göstergeleri

Sağlık hizmet sunumunda en önemli kriterlerden biri olan sağlık insan gücü bakımından ülke profilinin incelenmesi de önem arz etmektedir. 1000 kişi başına düşen doktor sayısı 4.4 iken diğer önemli sağlık insan gücü olan hemşire sayısı 5.9 olduğu görülmektedir. İspanya'nın sağlık hizmet sunumunda ekonomik iyilik halini gösteren gayrisafi yurt içi hâsıla içerisinde sağlık harcamalarının payı 3600 dolar olmakla birlikte hastane yatak sayılarının 1000 kişi başına dağılımı üç yatak olduğu görülmüştür (OECD,2022).

4.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Genel vergiler ulusal sağlık hizmetlerinin arz edilmesinde ana finansman kaynağını oluşturmaktadır. Bu finansman türü ile kamu kaynaklarının %94,5'i finanse edilmektedir. Bu durumdan farklı olarak, memurlar, Silahlı Kuvvetler ve yargı (MUFACE, MUGEJU ve ISFAS) için hizmet veren sigorta rejimi, bordro katkıları ve vergilendirmenin bir karışımından finanse edilir ve kaynakların %3,4'ünü oluşturmaktadır. Öte yandan bordro ve işverenlerin katkıları ile oluşturulan sağlık fonlarının sistemin finansmanına katkısı % 2,1'e karşılık gelmektedir. Sistemin nüfus kapsamı ise %99,5'tir ve sistem tüm vatandaşlar için kapsamlı bir temel teminat paketini garanti etmektedir. Hizmetler herkes için ücretsizdir. (Sargutan, 2006, s. 1545).

4.1.7. İspanya Genel Sağlık Durumu

İspanya’da 2020 yılında doğuştan beklenen yaşam süresi erkeklerde 81,3 ve kadınlarda 86,7 iken ortalama yaşam süresi 83,4’tür. İspanya’da da 2020-2050 yılları arasında yaşam beklentisi 85-90 yıl iken 2055 yılından sonra 90-95 yıl arasında olması tahmin edilmektedir (OECD,2022). İspanya’da beş yaş altı çocukların ölümleri 1.000 canlı doğumda 2.4 iken bebek ölümü 1.000 canlı doğumda 2.0’dir.



Şekil 1. 5 Yaş Altı Çocukların Ölümleri ve Bebek Ölümleri (Worlddometers,2022)

2017 yılında İspanya’da en çok ölüme neden hastalıklar iskemi kalp hastalıkları, Alzheimer hastalığı, inme ve kronik obstruktif akciğer hastalığı yer almaktadır. En erken ölüme neden olan hastalıklar ise iskemi kalp hastalıkları, akciğer kanseri, inme ve kronik obstruktif akciğer hastalığıdır. Dünya sağlık örgütü tarafından en çok ölümlere neden olan hastalıklara baktığımızda ilk sırada iskemi kalp hastalıkları, inme ve kronik obstruktif akciğer hastalığı yer almaktadır. Bu belirtilen ölümler arasında İspanya’da da iskemi kalp hastalıkları ilk sırada, inme üçüncü sırada kronik obstruktif akciğer hastalığı ise dördüncü sırada yer almaktadır.

Günlük sigara içenlerin sayısı Avrupa Birliği ülkeleri arasında %22,1 ile İspanya ilk sırada, alkol tüketimi bakımından ise sondan altıncı sırada yer almaktadır. Aşırı kilolu veya obez popülasyon içerisinde, vücut ağırlığının yüksek oranı nedeniyle aşırı kilo veren sağlık riskleri olan bireylerin oranı %53 olarak belirtilmiştir. Aşılar difteri, tetanoz, boğmaca (boğmaca) ve kızamık gibi hastalıklara karşı koruma sağlamada etken olduğu için çocuk aşılama oranları önem arz etmektedir. İspanya’da difteri, tetanoz ve boğmaca aşısı yapılan çocukların oranı %93 iken kızamık aşısı yapılan çocukların oranı %97’dir. Doğurganlık oranı 2017 yılında 1,31 ile OECD ortalamasının (1,70) altındadır.

İspanya’da 15 yaş ve üzeri günlük sigara içme sıklığı nüfusun 19.8’ine denk gelmekte olup 15 yaş ve üzeri alkol tüketim litre/kişi bazında nüfusun 10.7’sidir. intihar oranları ise 100.000 kişi başına 7.0 olduğu görülmüştür (OECD,2022).

4.2. KANADA

Tablo 3 Kanada Hakkında Genel Bilgi

RESMİ ADI	Kanada (Canada)
NÜFUS	38,01 milyon
DİL	Resmî diller ; İngilizce, Fransızca Tanınan bölgesel diller; Denesulinece. Krice, Guçince, İnuiñnaq İnuitçesi, Doğu Kanada İnuitçesi, Batı Kanada İnuitçesi, Kuzey Slaveyce, Güney Slaveyce, Tlinçonca
YÜZÖLÇÜMÜ	9.984.670 km ²
BAŞKENT	Ottowa
BAŞLICA ŞEHİRLERİ	Toronto, Montreal ve Vancouver
YÖNETİM ŞEKLİ	Parlamentar Demokrasi Ve Anayasal Monarşi
DEVLET BAŞKANI	• Kraliçe - II. Elizabeth • Genel Vali - Mary Simon • Başbakan - Justin Trudeau
PARA BİRİMİ	Kanada doları (\$, CAD)

Kaynak: Bu tablo yazar tarafından düzenlenmiştir.

4.2.1. Coğrafi Özellikler ve Nüfus

Kanada’nın neredeyse yarısı, Kanada Kalkanı olarak isimlendirilen bölgeden meydana gelmektedir. Bu isimlendirilen bölge 4.568.889 kilometrekarelik bir alandan oluşmakta ve çok eski ve sert kayalardan meydana gelmektedir. Kenarları, orta kısmını meydana getiren Hudson Körfezinden daha yüksek olduğu için bu bölge, bir tabağa benzetilir. (Kanada Tanıtım Sitesi, 2022).

Amerika’nın kuzeyinde yer alan ve Atlas ve Pasifik Okyanusu’na kıyısı olan Kanada, 9.984.670 km² yüzölçümüne sahiptir (KFA, 2018, s.2) bu rakamla yüzölçümü bakımından İspanya’dan sonra dünyada ikinci sırada yer almaktadır (Ottova Büyükelçiliği, 2012, s. 2). Kanada 8.892 km uzunluğundaki ABD sınırı haricinde herhangi bir kara komşusu bulunmamaktadır (DEİK, 2015, s. 4). Neredeyse 202 bin kilometre olan kıyısı ile dünyanın en uzun yüzölçümüne sahip Kanada, dünya yüzölçümünün %7’sini, Amerika kıtasının ise neredeyse %41’lik kısmını oluşturmaktadır. (KFA, 2018, s. 2).

Kanada 38.01 milyon nüfusa sahiptir. (OECD,2022) Nüfusun %49,63'ü erkek, %50,37'si kadındır. (Kanada Tanıtım Sitesi, 2022).

Nüfus içerisinde yaşlı nüfus olarak ifade edilen 65 yaş ve üstü nüfusun genel nüfus içerisindeki oranı 2020 yılına %17,99'unu oluşturmaktadır. OECD ortalaması Kanada ile benzer oran gösterirken Avrupa Birliği ülkelerinde bu oran daha fazladır. 15 yaş ve altı genç nüfusun genel nüfus içerisindeki oranı 2020 yılı için %15,9'dur. Toplam nüfus içerisinde çalışma çağındaki nüfus bakımından Kanada %66,1 ile hem OECD ortalamasından (%65,1) hem de Avrupa Birliği ortalamasından (%64,6) yüksek bir orana sahiptir (OECD, 2022).

4.2.2. Siyasi ve İdari Yapısı

1867 yılında İngiltere'den ayrılarak Federal bir şekilde bağımsız olan Kanada, İngiltere Kraliçesi tarafından yönetilen anayasal monarşi yönetim tarzı ile süregelmiştir ve Kanada Hükümeti'nin teklifi ile Kraliçe tarafından atanan Genel Vali, ülkede Kraliçe'yi temsil etmektedir (KFA, 2018, s. 2). Monarşi, temelinde bir liderin tek başına devletin başkanı olduğu bir yönetim sistemi iken anayasal monarşide ise monarkların yetkilerini doğumla değil de atamayla görev başına geçen bakanlara ve başbakana bir taraftan da parlamentoya devrettikleri gücünün sembolik hale geldiği bir yönetim anlayışıdır (Hekimoğlu, 2020, ss. 58-59). Kanada'nın siyasi yapısı, Büyük Britanya siyasi yapısına benzer ve federal devlet ve eyaletlerden oluşan "parlamentar demokrasi" olarak tanımlanmaktadır (Ottava Büyükelçiliği, 2012).

Ülkenin iki meclisli parlamenter sistemi, 308 üyeli Avam kamarası ile 105 üyeli Senato'dan oluşmaktadır. Avam kamarası üyeleri dört yılda bir yapılan seçimlerle belirlenirken Senato üyeleri Başbakan'ın önerisiyle Genel Vali tarafından atanmaktadır (TETSİAD, 2020). 10 eyalet ve 3 bölgeden oluşan federal yapı içinde yönetim yetkileri, Merkezi Hükümet (Federal Government), Eyalet Hükümetleri (Provincial Government) ve Yerel Hükümetler/Belediyeler (Regional Government) arasında paylaşılmaktadır (DEİK, 2015, s. 5).

4.2.3. Ekonomi

Kanada dünyanın en büyük ekonomi sıralamasında 11. Sıradadır. Kuzey Amerika pazarı ile Asya ekonomileri arasında stratejik konumu ile bir köprü işlevi gören Kanada, dünyanın en büyük dokuzuncu tüketim pazarıdır. ABD ve Meksika ile yapmış olduğu Kuzey Amerika Serbest Ticaret Alanı (NAFTA) sayesinde 443 milyonu geçen bir tüketici kitlesine ulaşması ile birlikte güvenli iş ve yatırım alanı olması ile de dünyanın önde gelen en dinamik ekonomilerinden biri olarak görülmektedir (UİB, 2017:3). Aynı zamanda Kanada OECD ve G8 üyesidir (İzmir Ticaret Odası, 2018:3).

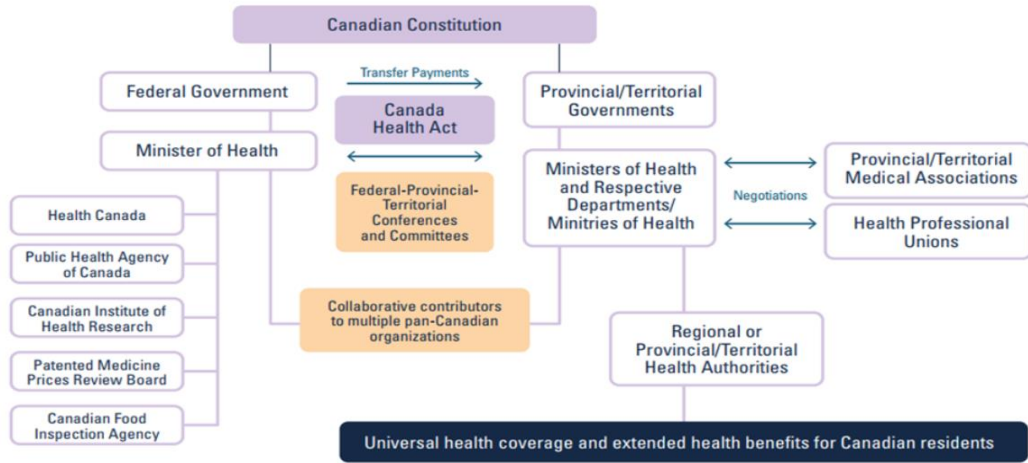
Kanada'da 2020 yılına ait GSYH 1.815 milyon dolar ile tüm ülkeler arasında 16.sırada yer almaktadır. Kişi başı GSYH 46,611 dolar ile Avrupa Birliği ülkelerindeki ülkeler (46.161 dolar) ve OECD ortalaması (46.386 dolar) üzerindedir. Gayri safi milli gelir (gayri safi yurtiçi hasıla) ile birlikte çalışanların tazminatı, mülk gelirleri ve net vergilerden daha az sübvansiyonlar nedeniyle yurt dışından net gelirler olarak tanımlanmakta ve Kanada GSMH 2020 yılı için 1.896 milyon dolardır. Kişi başı GSMH bakımından ise 46,091 dolar ile Avrupa Birliği (44.498 dolar) ve OECD ortalamasının(43.766) üzerindedir. İşsizlik oranı, işgücünün yüzdesi olarak işsizlerin sayısıdır ve Kanada'da 2019 yılında işgücünün %5,5'i işsiz olarak belirtilmektedir OECD ortalamasında işsizlik oranı ise %5,2 iken Avrupa Birliği ülkelerinde %6,1'dir.

OECD ortalamasında genç işsizlik oranı %11,7 iken Kanada'da bu oran %11'dir. 12 ay veya daha uzun süredir işsiz olan kişiler bakımından ise işsizlerin yüzdesi OECD'de %29 Avrupa Birliği ülkelerinde %43,4'tür. Gelir eşitsizliğine göre 0,31 ile OECD ülkeleri arasında 17. Sırada yer almaktadır (OECD, 2022).

4.2.4. Sağlık Sisteminin Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Kanada'da yönetimi, organizasyonu ve sunumu merkezi olmayan bir sağlık sistemi yapısı söz konusudur. Kanada sağlık sisteminin yapısı incelendiğinde, Kanada sağlık sisteminde Kanada Anayasası'na bağlı olarak görev yapan federal ile bölgesel ve eyalet düzeyinde hükümetler yer almaktadır. Aynı zamanda federal düzey ile bölgesel ve eyalet düzeyi arasındaki koordinasyonu sağlamaya yönelik hükümetler arası bir hizmet sunum düzeyi söz konusudur. Sağlık Bakanlığı federal hükümete bağlı olarak görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı günümüzde halen 1984 yılında çıkarılan Kanada Sağlık Yasası'nı kullanarak hizmet sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Kanada, Halk Sağlığı Ajansı ve Patentli İlaçlar Fiyatları İnceleme Kurulu yer almaktadır. Aynı zamanda federal hükümete hiyerarşik anlamda bağlı olan istatistik birimi bulunmaktadır. Federal hükümet Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüsü'nün (CIHR) finansmanı yoluyla sağlık araştırmalarında kritik bir rol oynamaktadır.

Uzun zamandır dünyanın önde gelen istatistik ajanslarından biri olarak kabul edilen İstatistik Kanada, sağlık istatistiklerinin toplanmasında ve sağlık durumu göstergelerinin ve sağlığın belirleyicilerinin geliştirilmesinde öncü konumundadır. Hizmet sunum rolünde ise mental sağlık ve halk sağlığı hizmet sunucuları, evde bakım ve uzun dönemli bakım hizmet sunucuları ile hastane ve medikal servisler yer almaktadır. Hem federal hem bölgesel hem de eyalet düzeyiyle hiyerarşik bir üst ilişki olmaksızın hizmet sunan ilaçlardan sorumlu İlaç ve Teknoloji Ajansı, Ulusal Sağlık Harcamaları Veritabanı, Ulusal Doktor Veritabanı, Hastane Morbidite Veritabanı, Taburculuk Özet Veritabanı ve Ulusal Reçeteli İlaç Kullanımı ve Bilgi Sistemleri Veritabanı dahil olmak üzere toplam yirmi yedi veri tabanını bünyesinde bulundurarak kayıtlar tutan Sağlık Bilgi Enstitüsü, Sağlık Konseyi, elektronik sağlık ve tıbbi kayıtlar da dahil olmak üzere elektronik sağlık teknolojilerinin ve elektronik halk sağlığı surveyans sistemlerinin geliştirilmesi için çalışan Kanada Sağlık Infoway, hasta güvenlik enstitüsü ve kan hizmet birimi bulunmaktadır (Marchildon, 2013, p. 34).



Şekil 5. Kanada Sağlık Sistemi Organizasyon Şeması (Gregory ve ark,2020)

Federal Yönetim Düzeyi

Her ne kadar sağlık hizmetleri kaynaklarının temini, yönetimi ve sunumu eyaletlerin sorumluluğunda olsa da, federal hükümet sağlık araştırmalarında, veri toplamada, halk sağlığı ve sağlığın korunması gibi konularda oldukça önemli bir role sahiptir. Federal hükümete bağlı Sağlık Bakanlığı ülkenin sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan kurumlar ve görevleri ise şunlardır (Marchildon, 2013, pp. 31-32):

- Kanada Sağlık Yasası: Kanada'nın kamu tarafından finanse edilen sağlık güvence sistemini düzenleyen federal yasasıdır. Yasanın amacı fiziksel ve zihinsel iyilik halini korumak, geliştirmek ve onarmak için Kanada halkının finansal veya diğer engellere takılmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamaktır. .
- Sağlık Kanada (Sağlık Bakanlığı): Tıbbi cihazlar, ilaçlar da dahil olmak üzere terapötik ürünlerin güvenliğini ve etkinliğini düzenlemek, Gıda ve tüketici ürünlerinin güvenliğini sağlamak, Sağlığın geliştirilmesi ve halk sağlığı hizmetlerinin yönetimi ve finansmanını sağlamak, Sigorta kapsamında olmayan sağlık hizmetlerinin sunulmasının yönetimini sağlamak, toplum sağlığı programları ve sigara kullanımının kontrol altına alınması gibi çeşitli halk sağlığı programlarından sorumludur
- Kanada Halk Sağlığı Ajansı: Bu ajans bulaşıcı hastalık kontrolü, ulusal bağışıklama ve seyahat sağlığı için programların koordine edilmesi faaliyetlerini sürdürür. Aynı zamanda Ulusal Mikrobiyoloji Laboratuvarındaki biyogüvenlik tesisleri de dahil olmak üzere bölgesel olarak dağıtılmış merkezlerden ve laboratuvarlardan sorumludur.
- Patentli İlaçlar Fiyatları İnceleme Kurulu: Patentli ilaçları ilaç üreticilerinin hastanelere, eczanelere ve diğer toptancılara sattığı fiyat olan fabrika çıkış fiyatını düzenler. Patentli ilaç

fiyatları üzerinde bir denetçi görevi yapma yetkisine sahiptir. Kurul her yıl tüm ilaçların fiyat eğilimleri hakkında parlamentoya rapor vermektedir.

➤ **Birinci Basamak / Ayaktan Tedavi Hizmetleri**

Birinci basamak, bireyin sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yaygın sağlık sorunları ve yaralanmalar için genel tıbbi bakım verir (Marchildon, 2013, p.104). Kanada'da sağlık hizmetleri temel tedavinin seyrini belirleyen bir aile hekimini ziyaret ile başlar. Aile hekimleri “gatekeepers” rolündedir. Bu bağlamda aile hekimine başvurmadan ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerini ücretsiz almak mümkün değildir. Aynı zamanda Kanada'da aile hekimleri temel ruh sağlığı hizmetlerinin çoğunu sağlar. Hastalar aile hekimlerini değiştirmekte özgürdürler, çoğu hasta bir doktorla uzun süreli ilişkiler kurmayı tercih eder. Hastanın düzenli bir aile hekimine sahip olmadığı veya mesai saatleri dışında yardıma ihtiyacı olduğu durumlarda, ilk temas noktası randevusuz tıp kliniği veya hastane acil departmanı olabilir (Marchildon, 2013, p.105).

➤ **Yatan Hasta Bakımı / Uzmanlaşmış Ayaktan Tedavi Hizmetleri**

Kanada'da, neredeyse tüm ikincil, üçüncül ve acil bakımın yanı sıra uzman ayaktan bakım hizmetlerinin çoğunluğu hastanelerde yapılmaktadır. Hastaneler hem acil müdahale birimleri olarak hem de pratisyenlerin yönlendirme birimleri olarak hizmet vermektedir (Marchildon, 2013, p.106).

➤ **Rehabilitasyon Hizmetleri**

Hastanelerde ve özel rehabilitasyon tesislerinde sağlanan yatan hasta rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi açıdan gerekli hizmetler olarak kabul edilmektedir ve Kanadalılara ücretsiz olarak sunulmaktadır. Yatan hastalar için rehabilitasyon hizmetleri ortopedi (kalça ve diz protezi ameliyatından hemen sonra), inme, beyin fonksiyon bozukluğu, uzuv amputasyonu ve omurilik yaralanmasına odaklanır. Ayakta tedavi gören rehabilitasyon hizmetleri için kamu kapsamı eyalet ve bölgeye göre değişmektedir. Ayakta rehabilitasyon hizmetleri genellikle fizyoterapistler veya mesleki terapistler tarafından yönlendirilen kliniklerde veya işyerlerinde verilmektedir (Marchildon, 2013, p.110).

Kanada sağlık sisteminde ilk adım aile hekimliğine ön muayene olarak başlamaktadır. Aile hekiminin muayenesi sonrasında aile hekimi tedavi ile ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip ise hastaya ilaç reçetesi yazmaktadır. Hasta ilaç alımında hekimin verdiği reçete ile eczaneye başvurmaktadır ancak özel sigortası yoksa ilaç maliyetinin tamamını kendisi karşılamaktadır. Aile hekimi tanı koyma amacıyla belirli tetkikler istemesi durumunda hasta tanı testlerini özel bir laboratuvarda, özel bir klinikte veya hastanede numune vererek yaptırabilmektedir. Bu aşamada aile hekimi yönlendirdiği için herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Testlerin sonuçlanmasının ardından aile hekimi ile irtibat devam etmekte ve test sonuçlarına göre aile hekimi ya tedavi planı geliştirmekte ya da konsültasyon için hasta ile iletişim kurmaktadır.

Hastanın birinci basamak seviyesinde çözülemeyecek bir sağlık sorunu olduğu durumlarda aile hekimi tarafından gerekli konsültasyon gerçekleştirilmektedir. Fakat bu adımda da aile hekiminin süreç ile bağlantısı devam etmektedir. Uzman doktorun muayenesi, cerrahi prosedür veya başka bir akut müdahale sonuçları aile hekimi tarafından taburcu özeti belgesi şeklinde temin edilmektedir. Bunlara ek olarak hasta

evde bakım veya rehabilitasyon hizmetine ihtiyaç duyuyorsa aile hekiminin sevki ile bu hizmetlere yönlendirildiği takdirde ücretsiz olarak hizmetten faydalanabilmektedir.

4.2.5. Kanada’da Sağlık Hizmetleri Sunumu Göstergeleri

Kanada’da gerçekleştirilen sağlık hizmet sunumunda önem arz eden kriterlerden ilki hastane yatak sayılarıdır. Kanada’da 1000 kişi başına 2.5 hastane yatağı ile OECD ülkeleri arasında sondan onuncu sırada yer almaktadır. (OECD, 2022)

Sağlık hizmet sunumunda diğer önemli kriterlerden biri olan sağlık insan gücü bakımından ülke profilinin incelenmesi de önem arz etmektedir. 1000 kişi başına düşen 2.8 doktor sayısı bakımından sondan yedinci sırada yer almaktadır. Diğer önemli sağlık insan gücü olan hemşire sayısı bakımından ise 1000 kişi başına 10 hemşire düşmektedir (OECD, 2022). Doktor sayısı ile kıyaslandığında hemşire sayısı bakımından OECD ülkeleri içerisinde daha iyi bir konumda olduğu söylenebilir.

Kanada’nın sağlık hizmet sunumunda ekonomik iyilik halini gösteren gayrisafi yurt içi hasıla içerisinde sağlık harcamalarının payı 5.370 dolar olduğu görülmektedir (OECD, 2022).

4.2.6. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Yerleşik göçmenler de dahil olmak üzere, yerleşik Kanada nüfusunun %100’ü, “tıbbi olarak gerekli” hastane, teşhis ve tıbbi hizmetler için tam kapsama almaktadır (Marchildon, 2013, p.70). Bu sebeple ülkede sağlık harcamalarında devlet kanalıyla finansman temel yöntemdir. Kanada sağlık sisteminin finansmanında sağlık hizmetlerinin %74’lük kısmının devletin topladığı vergiler aracılığıyla finanse edildiği görülmektedir. Vergilerden sonra en yüksek paya (%14) sahip olan finanslama şekli cepten ödemeler iken, ülkenin %10’luk kısmı özel sağlık sigortalarını kullanmaktadırlar (WHO, 2020). Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan yöntemlerin detayları ise şu şekildedir

- Vergiler: Sağlık hizmetlerinin finansmanını oluşturan kaynaklar bireysel gelir vergisi, tüketim vergisi ve kurumlar vergisi şeklinde toplanan eyalet ve federal yönetimlerin genel vergi fonlarıdır. (Marchildon, 2013, p.72).
- Özel Sağlık Sigortası: Kanada’daki hemen hemen tüm özel sağlık sigortaları tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır. Kanada’da özel sigorta sistemi Sağlık Kanada tarafından kapsanmayan hizmetler için geçerlidir. Sağlık Kanada kapsamına girmeyen dış bakımı, reçeteli ilaçlar, uzun süreli bakım ve destek ile tıbbi olarak gerekli olmayan doktor ve hastane hizmetleri Kanada’da özel sağlık sigortaları aracılığıyla karşılanmaktadır (Marchildon, 2013, p.75).
- Cepten Ödemeler: Özel olarak finanse edilen sağlık hizmetleri ve ürünleri için yapılan harcamaların %50’sinden fazlası doğrudan cepten ödemeler ile gerçekleşmektedir. Kanada’da özellikle göz sağlığı, reçetesiz satılan ilaçlar ile tamamlayıcı ve alternatif ilaç ve tedaviler için cepten ödeme yöntemi kullanılmaktadır (Marchildon, 2013, p.75).
- Diğer Finansman Kaynakları: Sağlık finansmanının %2’lik dilimini kapsayan diğer yöntemler ise gönüllü ve hayırsever bağışları ile işveren katkılarıdır. Sağlık sisteminin finansmanı içerisinde hastalar ve aileleri için destekleyici sağlık hizmetleri sunmak amacıyla yapılan gönüllü ve

hayırsever bağışları %0.5'lik dilimi kapsarken; taşeron işçilerin iş kazası ve meslek hastalığı için işveren katkılarıyla sağlanan sosyal sigorta fonu kamu sağlık harcamalarının %1.5'ini oluşturmaktadır (Marchildon, 2013, p.77).

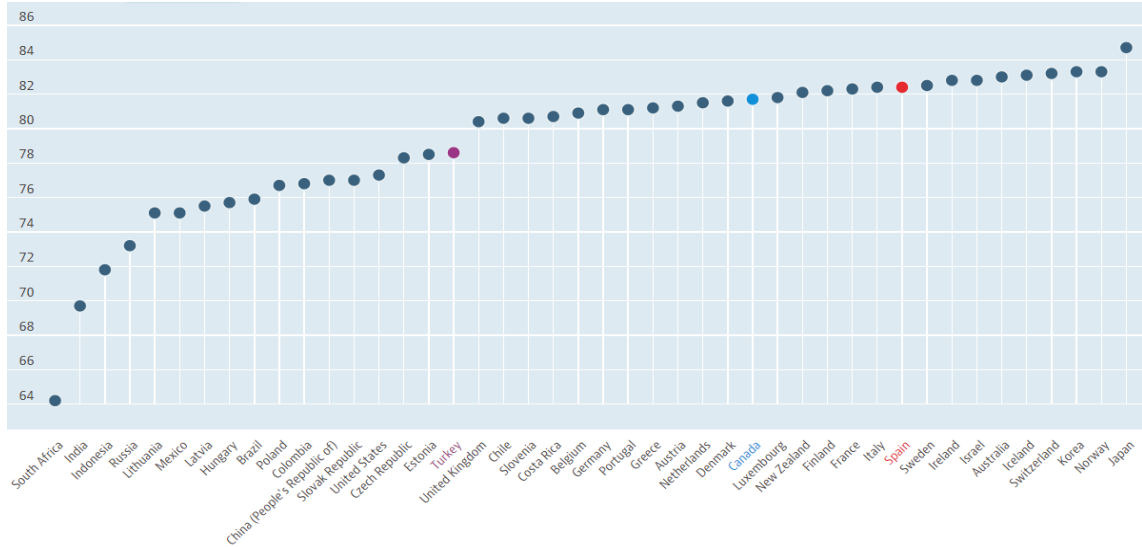
4.2.7. Kanada Genel Sağlık Durumu

Genel sağlık durumunun en önemli göstergelerinden biri olan doğumda yaşam beklentisi bakımından Kanada incelendiğinde Dünya üzerinde en yüksek yaşam beklentisine sahip olan ülkelerden birinin Kanada olduğu görülmektedir. Kanada'nın doğumdaki yaşam beklentisi 82 yıldır (World Bank, 2020). Kanada bu uzun yaşam beklentisi ile dünya ülkeleri arasında 6. Sırada yer almaktadır (CIA, 2020). Cinsiyet bazında incelendiğinde kadınlarda doğumda yaşam beklentisi 84 yaş bandında iken erkeklerde 80 yaş bandındadır. Yaklaşık 4 yıllık bu fark genelde dünya ülkelerindeki fark ile benzerdir. (OECD, 2022)

Kanada'da 15 yaş ve üzeri günlük sigara içme sıklığı nüfusun 10.3'üne denk gelmekte 15 yaş ve üzeri alkol tüketim litre/kişi bazında nüfusun 8.7'si oluşturmaktadır. İntihar oranları ise 100.000 kişi başına 12.5 olduğu görülmüştür (OECD,2022). Cinsiyet bazında incelendiğinde kadınlarda bu oran 7 iken, erkeklerde 18.1 ile en yüksek skalada yer almaktadır. Bu bağlamda İspanya'da olduğu gibi erkeklerin daha çok intihar eğiliminde olduğu söylenebilir (World Bank, 2020). Ülkelerin önemli sağlık göstergelerinden biri olan bebek ölüm oranların da Kanada'nın birçok dünya ülkesine göre bebek ölüm oranı konusunda iyi durumda olduğu söylenebilir. Kanada da 1000 canlı doğumda bir yaşın altında 4.3 bebek ölmektedir (OECD,2022).

4.3. TÜRKİYE, İSPANYA VE KANADA SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN KIYASLANMASI

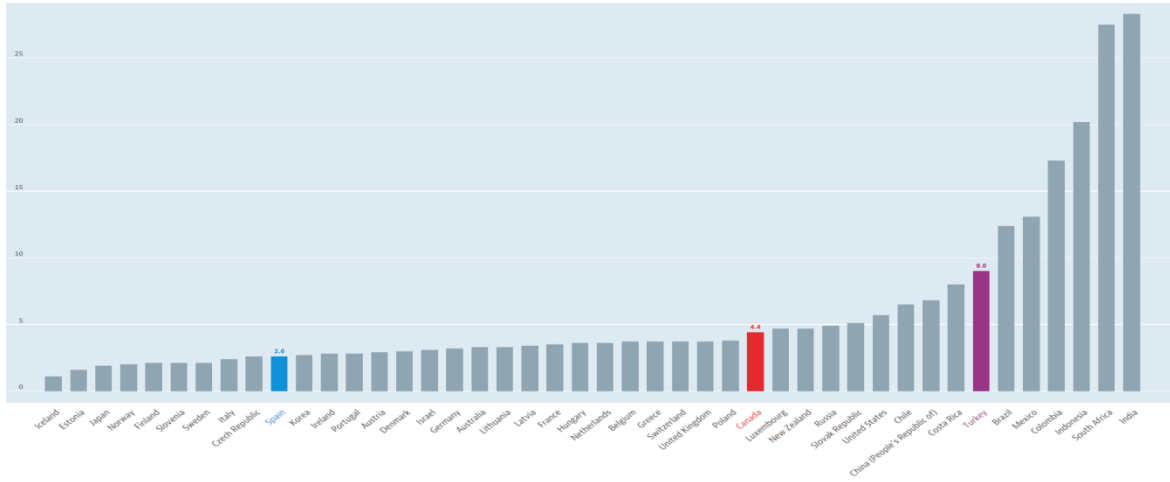
Ülke kıyaslamaları kapsamında İspanya, Kanada ve Türkiye verileri sunulmuştur. Şekil 39'da doğumda beklenen yaşam süreleri OECD ülkeleri bazında İspanya, Kanada ve Türkiye verileri kıyaslanmıştır.



Şekil 2. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (OECD, 2022)

Şekil 39 incelendiğinde OECD ülkeleri arasında doğumda beklenen yaşam süresi en düşük olan ülke 78,6 ile Türkiye olduğu görülmektedir. Üç ülke kıyaslanırsa Türkiye'yi 81,7 ile Kanada takip etmekte iken, İspanya üç ülke arasında 82,4 ile doğumda beklenen yaşam süresi en uzun olan ülkedir.

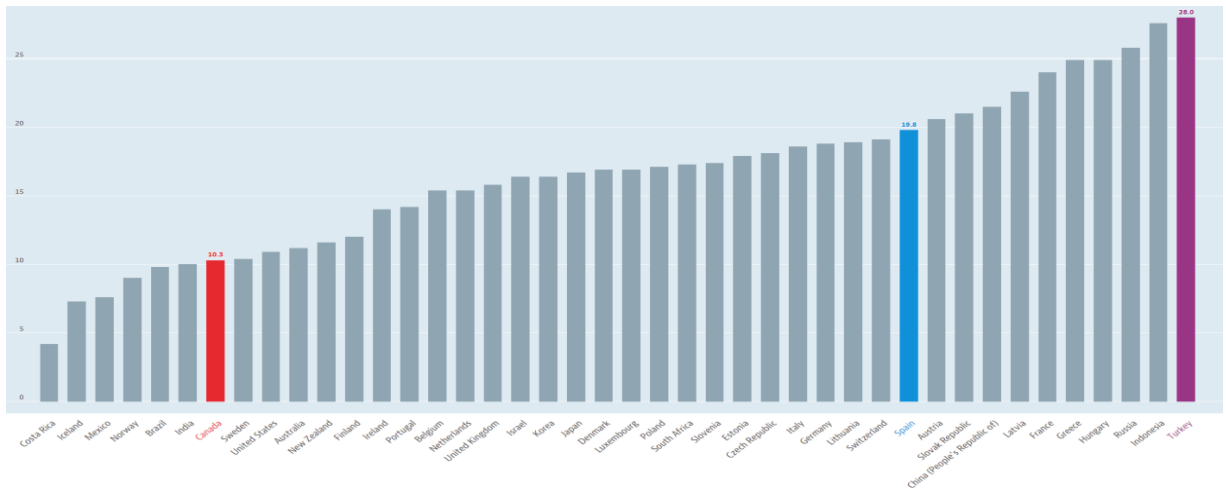
Bebek ölüm oranları bakımından Kanada, İspanya ve Türkiye'nin durumu hakkında Şekil 40'te bilgi sunulmuştur.



Şekil 3. Bebek Ölüm Oranı (OECD, 2022)

Şekil 40 incelendiğinde Dünya üzerinde Türkiye'nin de aralarında bulunduğu belirli bölgelerde bebek ölüm oranları konusunda ciddi bir yoğunluk vardır. Özellikle Afrika, Güney Asya, Asya Pasifik ve Güney Amerika kıtalarında bebek ölüm oranları konusunda ciddi oranlar söz konusudur. Kanada'nın yer aldığı Kuzey Amerika ve İspanya'nın yer aldığı Avrasya kıtasında bebek ölüm oranları daha düşük orandadır. Üç ülke kıyaslanacak olursa Türkiye üç ülke arasında en kötü durumda iken, Kanada 4,4 ile ikinci sırada, İspanya ise 2,6 oranla bebek ölüm oranlarında üçüncü sırada yer almaktadır.

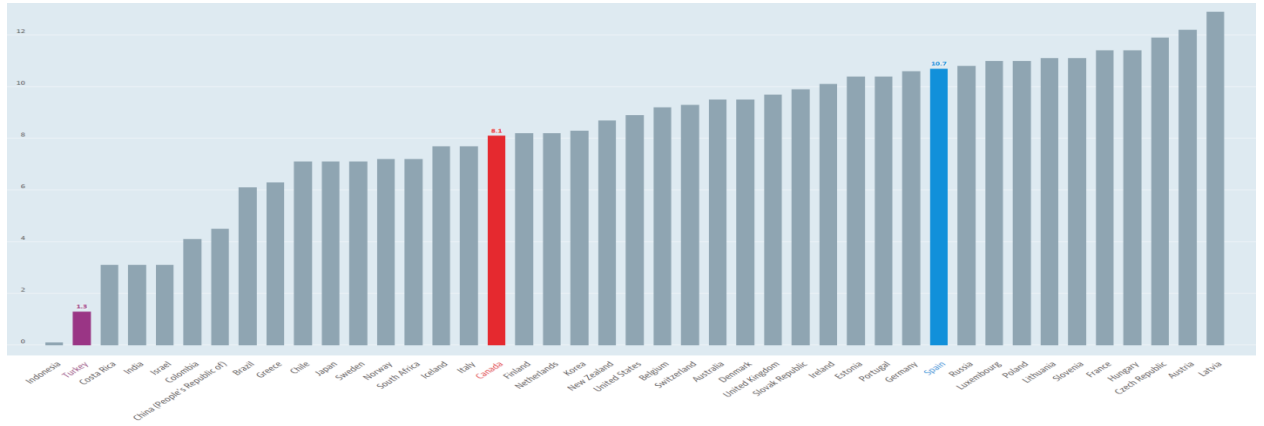
Toplumun mevcut sağlık durumunu gösteren sağlığın tıbbi olmayan belirleyicilerinden olan 15 yaş üzeri sigara içme sıklığı (Şekil 41) ve alkol tüketimi (Şekil 42) aşağıda sunulmuştur.



Şekil 4. 15 Yaş Üzeri Sigara İçme Sıklığı (OECD, 2022)

Şekil 41 incelendiğinde Türkiye 15 yaş üzeri sigara içme sıklığı bakımından OECD ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır. 15 yaş üzeri sigara içen sayısı Türkiye 28,0 ile birinci sırada yer alırken, İspanya 19,8 ile ikinci sırada yer almaktadır. Kanada ise 10,3 ile diğer iki ülkeye göre nispeten iyi bir durumdadır.

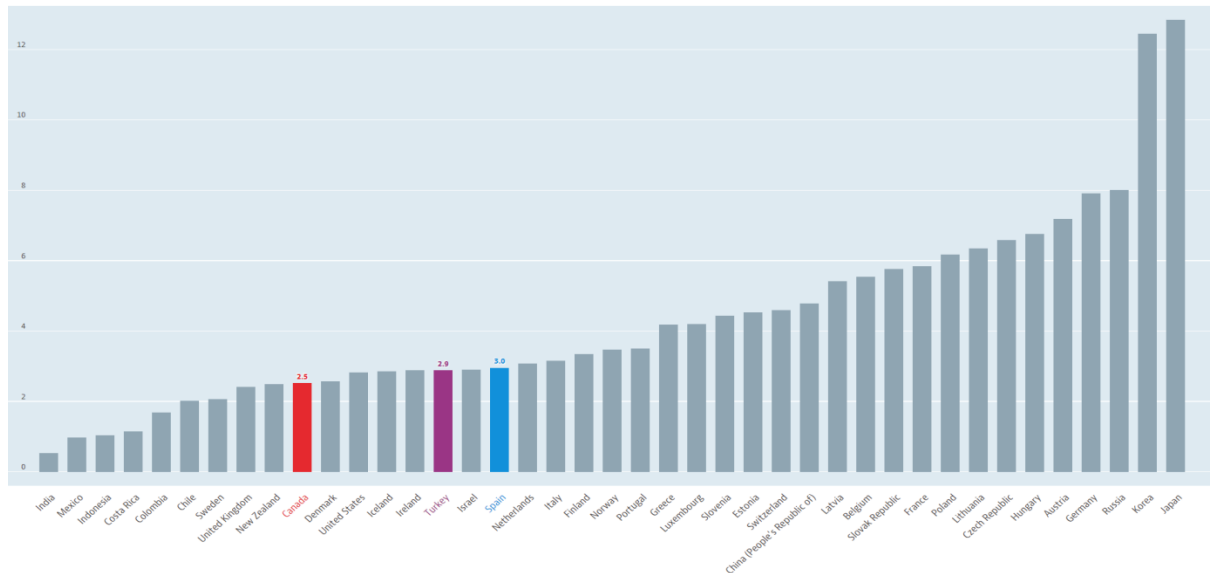
Sağlığın tıbbi olmayan belirleyicilerinden bir diğeri ise alkol tüketimidir. OECD ülkeleri arasında Kanada, İspanya ve Türkiye'nin alkol tüketimine ilişkin mevcut durumu Şekil 42'de sunulmuştur.



Şekil 5. Alkol Tüketimi (OECD, 2022)

Şekil 42 incelendiğinde Türkiye'nin alkol tüketimi bakımından OECD ülkeleri arasında kişi başı 1.3 litre ile son sırada yer aldığı görülmektedir. Toplumun çoğunluğu islam dinine mensup bir ülke olması sebebiyle Türkiye için şaşırtıcı olmayan bir sonuç söz konusudur. Alkol tüketim konusunda üç ülke arasında en ciddi oran ise İspanya görülmüştür. İspanya kişi başı alkol tüketimi bakımından üç ülke arasında 10,7 ile birinci sırada yer alırken, 8.1 litre ile Kanada ikinci sırada yer almaktadır.

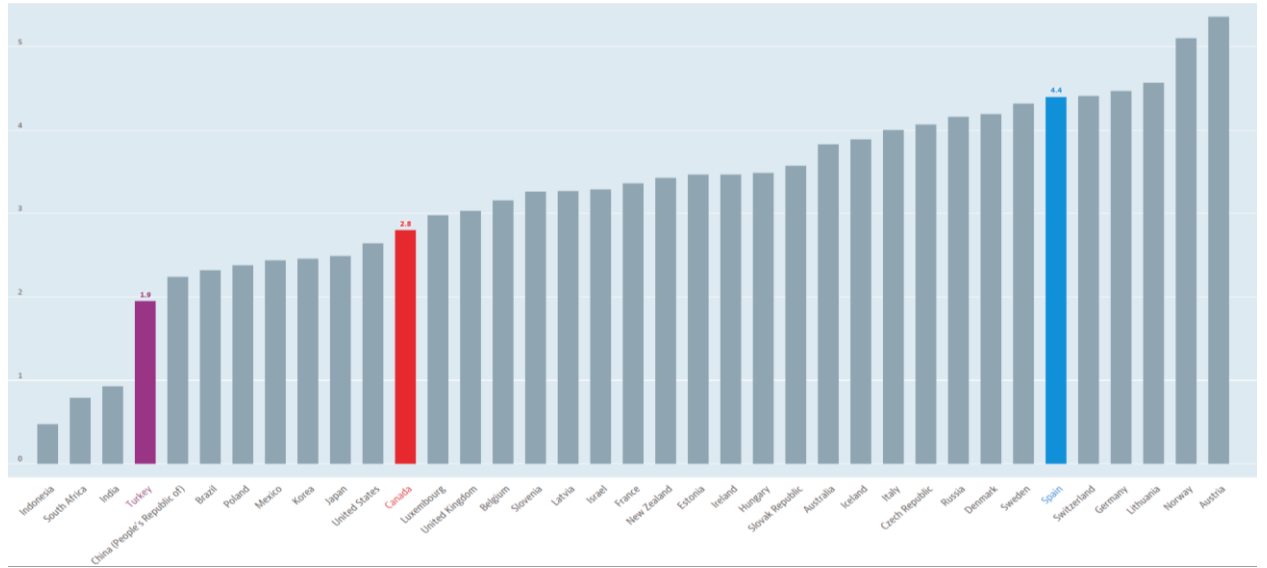
OECD ülkeleri arasında İspanya, Kanada ve Türkiye'nin sağlık tesislerinin yeterliliğini incelemek amacıyla hastane yatak sayıları Şekil 43'de sunulmuştur.



Şekil 6. Hastane Yatak Sayıları (OECD, 2022)

Şekil 43 incelendiğinde hastane yatak sayıları bakımından OECD ülkeleri içerisinde İspanya nispeten iyi bir konumda yer almaktadır. Üç ülke hastane yatak sayıları bakımından incelendiğinde 1000 kişi başına 3,0 yatak ile İspanya ilk sırada iken, 2.9 ile Türkiye ikinci ve 2.5 ile Kanada üçüncü sırada yer almaktadır. Üç ülkenin nüfusları ile kıyaslandığında bu oranlar normal karşılanabilir.

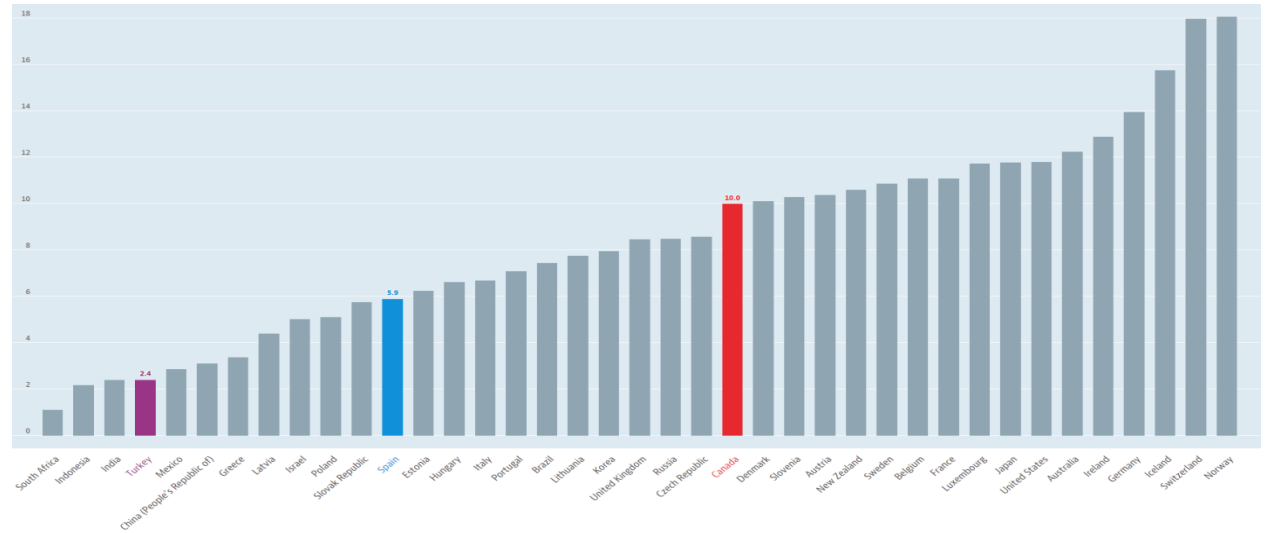
Sağlık hizmet sunumunun devamlılığı için en önemli doktor sayısı bakımından İspanya, Kanada ve Türkiye'nin kıyaslaması Şekil 44'te aktarılmıştır.



Şekil 7. Doktor Sayısı (OECD, 2022)

Şekil 44 incelendiğinde doktor sayısı bakımından üç ülke arasında en fazla orana sahip olan 1000 kişi başına 4,4 doktor ile İspanya iken, 2,8 doktor ile Kanada ikinci sırada 1,9 doktor ile Türkiye ise üçüncü sırada yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinde bel kemiği olan yardımcı sağlık personellerinden hemşire sayısı bakımından dünya geneli içerisinde İspanya, Kanada ve Türkiye'nin mevcut durumu Şekil 45'te incelenmiştir.

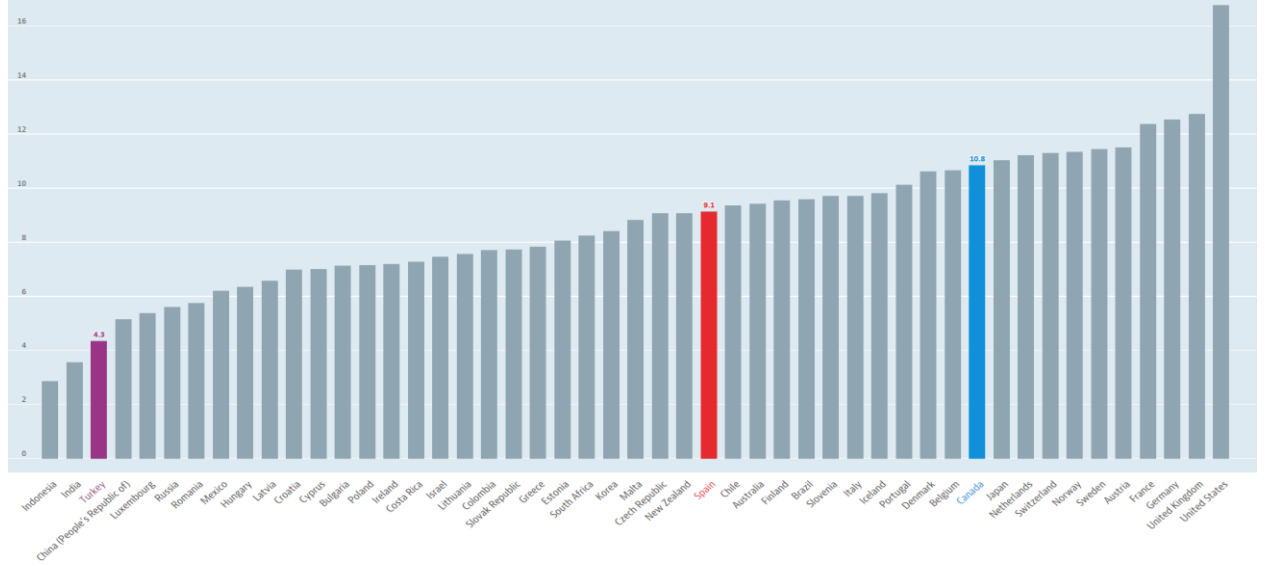


Şekil 8. Hemşire (OECD, 2022)

Şekil 45 incelendiğinde Dünya üzerinde 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı en yüksek olan ülkenin Norveç olduğu görülmektedir. İspanya, Kanada ve Türkiye incelendiğinde Kanada'nın 1000 kişi başına 10,0 ile birinci sırada, İspanya'nın ise 5,9 ile ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Türkiye ise 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı bakımından diğer iki ülkenin altında kalmaktadır. 1000 kişi başına 2,4 hemşire

düşmesi bakımından dünya ülkeleri skalasında 2,11-4,75 bandı arasında yer almaktadır. Bu durumda Türkiye'nin nüfusuna göre hemşire sayısının da yetersiz olduğu söylenebilir.

Sağlık sisteminin etkinliğinin diğer bir göstergesi olarak sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla içerisindeki payı Şekil 46'da aktarılmıştır.



Şekil 9. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (OECD, 2022)

Şekil 46 incelendiğinde OECD ülkeleri arasında sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı en düşük olan ülke Türkiye'dir. Kanada, İspanya ve Türkiye kıyaslandığında sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı 10.8 ile Kanada birinci sırada yer alırken, 9,1 ile İspanya ikinci sırada ve 4.3 ile Türkiye son sırada yer almaktadır.

4.3.1. Türkiye, İspanya ve Kanada Covid-19 Pandemi Verileri

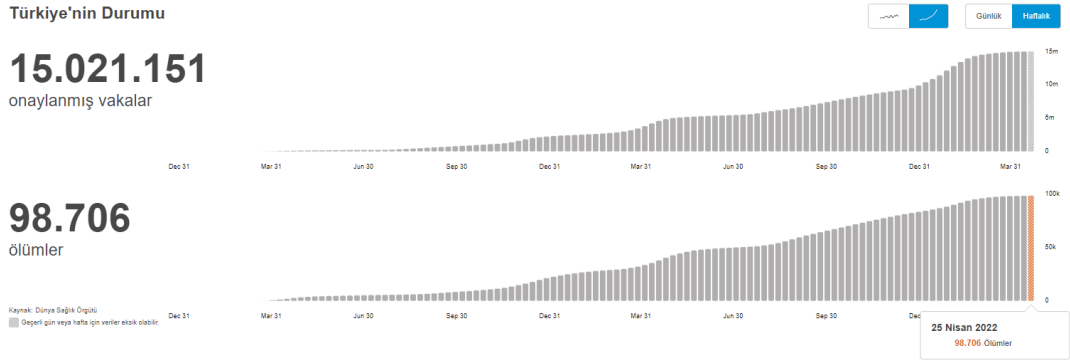
Türkiye'de ve Dünya'da COVID-19 pandemisine yönelik ortaya çıkan 27.02.2022 tarihli güncel veriler bu bölüm kapsamında sunulmuştur. Türkiye'deki mevcut durumu gösteren rakamlar Şekil 47'de aktarılmıştır.



Şekil 10. COVID-19 Pandemisi'nde Türkiye'deki Mevcut Durum (Sağlık Bakanlığı, 2022)

Türkiye'de vakanın ortaya çıktığı günden bu yana meydana gelen toplam vaka sayısı ve toplam ölüm miktarı Şekil 48' de aktarılmıştır.

Türkiye'de , 3 Ocak 2020 - 26 Nisan 2022 CEST 19: 38'e kadar, DSÖ'ye bildirilen 98.706 ölümlle birlikte 15.021.151 onaylanmış COVID-19 vakası olmuştur . 11 Nisan 2022 tarihi itibarıyla toplam 147.211.194 aşı dozu yapılmıştır.



Şekil 11. Türkiye'deki Toplam Vaka ve Ölüm Miktarı (WHO, 2022)

Şekil 48 incelendiğinde toplam iyileşen hasta sayısının toplam vaka sayısına yaklaştığı görülmektedir. Mevcut durum incelendiğinde toplam vefat sayısı ile toplam iyileşen hasta sayısı arasında önemli derece açılma gözlemlenmektedir.

Dünya'da COVID-19 pandemisinin durumunu ortaya koymak amacıyla Şekil 49'da dünyadaki onaylanmış vakalar, ölümler ve yapılan aşı dozu miktarı aktarılmıştır.

Küresel olarak , 26 Nisan 2022 , 19:38 CEST itibarıyla, DSÖ'ye bildirilen 6.224.220 ölüm dahil 508.041.253 onaylanmış COVID-19 vakası olmuştur . 17 Nisan 2022 tarihi itibarıyla toplam 11.324.805.837 doz aşı yapılmıştır.

Küresel Durum

508.041.253

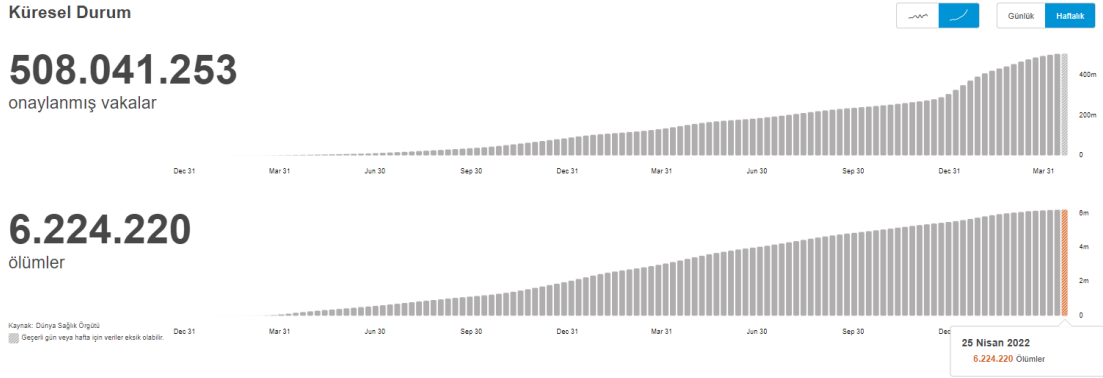
onaylanmış vakalar

6.224.220

ölümler

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü

■ Geçerli gün veya hafta için verilerle etiketli olabilir.



Şekil 12. Dünya’da COVID-19 Pandemisi Verileri (WHO, 2022)

Şekil 49 incelendiğinde Dünya genelinde korona virüs pandemisinin başladığı günden bugüne kadar toplamda 508.041.253 vaka gerçekleşmiş ve 6.224.220 kişi pandemi kaynaklı olarak vefat etmiştir.

Tüm bu veriler incelendiğinde Kanada, Türkiye ve İspanya kıyaslandığında toplam vaka sayısı bakımından 15.021.151 vaka ile Türkiye ilk sırada yer almaktadır. Toplam vaka sayısı bakımından 11.786.036 vaka ile İspanya ikinci sırada yer alırken, 3.699.1170 vaka ile Kanada üçüncü sırada yer almaktadır.

Teyit edilen ölümler ve teyit edilen vakalar arasındaki oranı gösteren, pandemi salgını sırasında hastalığın mortalite riskinin ölçüsü olan vaka ölüm oranları incelendiğinde toplam vaka sayılarından farklı bir tablo ile karşılaşılmaktadır. Toplam vaka sayısı bakımından en iyi konumda yer alan Kanada vaka ölüm miktarı bakımından (100.000 nüfus başına kümülatif toplam) 102.927 seviyesindedir. İspanya vaka sayısı bakımından ülke arasında ikinci sırada yer alırken vaka ölüm miktarı (100.000 nüfus başına kümülatif toplam) 220.201 seviyesindedir. Türkiye ise 117.051 vaka ölüm miktarına (100.000 nüfus başına kümülatif toplam) sahiptir. Bu durumda üç ülke arasında koronavirüs sebebiyle ölümlerin en fazla olduğu ülke İspanya iken, en düşük olduğu ülke Kanada’dır.

5. SONUÇ

Sağlık sistemleri dinamik, değişim ve gelişime açık olan bir yapıyla birlikte, en iyi veya en doğru sağlık sistemi diye bir ifadede bulunmak doğru olmadığı gibi, sürekli aynı sağlık sistemi ile hizmette bulunmak da uygun olmayabilir. Her ülkenin kültürüne, ekonomik yapı, tarihsel gelişim, ideolojik düşünce yapısı ve yaşam tarzlarına göre değişiklik göstermektedir. Dolayısıyla farklı koşullarda durumlarda değişen ve ona ayak uyduran sağlık sistemlerinin, karşı karşıya kaldıkları krizlere verdiği tepkiler de farklılaşmaktadır.

Aynı şekilde Dünya Sağlık Örgütü de ülkelerin sağlık sistemlerinin, toplumun benimsemiş olduğu norm ve değerlere göre şekillendiğinden bahsetmiştir. Bu nedenlerden dolayı dünyadaki bütün sağlık sistemleri farklılık göstermektedir. Dolayısıyla ülkeler, genellikle tek finansman tarzı ve sabit bir sağlık hizmeti sunucusunu ideal olarak ele almadan zaman ilerledikçe politika değişikliğine yönelebilmektedirler (Berie ve Fink, 2000:27). Ancak Roomer’in (1993) literatürde yer etmiş olduğu, çoğu karşılaştırmalı sağlık sistemi sınıflandırılmasında; devletin sağlık sistemleri üzerindeki etkisi, ağırlık olan finansman türü ve sağlık sunucuna göre dört başlık altında değerlendirilmiştir. Bu sınıflandırmada; Kapsayıcı Tipte (Beveridge),

Refah Yönelimli (Bismarck), Ulusal Sağlık Sigortası ve Serbest Piyasa Yönelimli sağlık sistem modelleri mevcuttur (Atabey, 2012: 43). Çalışmada ele alınan ülkeler bazında Kanada ve Türkiye'nin Refah Yönelimli/Bismarck (Atabey, 2012: 44), İspanya'nın ise Ulusal Sağlık Sigortası/Beveridge (Çelebi ve Cura 2013: 57) sağlık sistemi içerisinde yer aldığı görülmektedir.

Çalışma kapsamında ele alınan ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması noktasında sağlık ölçütü olarak, Doğumda Beklenen Yaşam Süresinde, Alkol Tüketimi ve 1000 kişi başına düşen Doktor Sayısı kapsamında en yüksek oranların sırasıyla İspanya, Kanada ve Türkiye olduğu, 1000 kişi başına düşen Hemşire Sayısı ve Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payında sırasıyla Kanada, İspanya ve Türkiye olduğu, Bebek Ölüm Oranında Türkiye, Kanada ve İspanya, Hastane Yatak Sayılarında İspanya, Türkiye ve Kanada 15 Yaş Üzeri Sigara İçme Sıklığında ise Türkiye, İspanya ve Kanada olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Covid-19 Pandemisi verileri kapsamında ise toplam vaka sayısı bakımından en iyi konumda yer alan Kanada vaka ölüm miktarı bakımından (100.000 nüfus başına kümülatif toplam) 102.927 seviyesindedir. İspanya vaka sayısı bakımından ülkeler arasında ikinci sırada yer alırken vaka ölüm miktarı (100.000 nüfus başına kümülatif toplam) 220.201 seviyesindedir. Türkiye ise 117.051 vaka ölüm miktarına (100.000 nüfus başına kümülatif toplam) sahiptir. Bu durumda üç ülke arasında koronavirüs sebebiyle ölümlerin en fazla olduğu ülke İspanya iken, en düşük olduğu ülkenin Kanada olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamında ortaya çıkan sonuç neticesinde sağlık politikası belirleyicileri, planlayıcıları, yöneticileri, uygulayıcıları, araştırmacıları ve hizmet talep edenlere yönelik farklı bir bakış açısı kazandıracağı ve bu durumlara yönelik sağlık politikası ve stratejileri belirlemeleri gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Aloğlu N. ve Taşlıyan M. (2016). Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin geçmiş sistem (sağlık ocakları) ile bugünkü sistemi (aile hekimliği) değerlendirmeleri: Kahramanmaraş il merkezinde bir alan araştırması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2:1-14.
- Arıbaş, K., ve Hasan, Kara (2010). Siyasi Coğrafya Açısından İspanya. Doğu Coğrafya Dergisi, 15(24), 61-86.
- Atabey, S. E. (2012). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Gazi Kitapevi: Ankara.
- Berié, Hermann ve Ulf Fink (2000) "Europas Sozialmodell-Die Europäischen Sozialsysteme im Vergleich: Eine volkswirtschaftliche Analyse", WISO Institut für Wirtschaft und Soziales GmbH, (Berlin).
- Bravo, M., San Martín, L., Casals, E., Eaton, K. A., & Widström, E. (2015). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 2: Spain. British Dental Journal, 219(11), 547-551.
- Central Intelligence Agency (CIA), The World Factbook, Web: <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/rs.html> adresinden 02.04.2022 tarihinde alınmıştır.
- Çelebi, A. K., ve Cura S. (2013). Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri: karşılaştırmalı bir analiz. Maliye Dergisi, 164, 47-67

- Çopurlar, C. K., ve Öztürk, Y. K. (2014). İspanya'da Bir Önkonferans Değişim Programı Deneyimi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(4), 108-12.
- Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (DEİK), (2015). Kanada Ülke Raporu. Web: <file:///C:/Users/casper39/Downloads/kanada-ulke-raporu-agustos-2015-2.pdf> (erişim tarihi: 01.03.2022)
- Er, Ünal (2011), "Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası", Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Fırat, Kara ve Öztürk, İ. (2021). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi (Benchmarking): Türkiye ve İspanya Örneği. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5(1), 19-26.
- Google News, Koronavirüs (COVID-19), Web: <https://news.google.com/covid19/map?hl=tr&mid=/m/02j71&gl=TR&ceid=TR:tr> adresinden 03.03.2022 tarihinde alınmıştır.
- Gregory P. Marchildon, Sara Allin & Sherry Merkur. (2020). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22 (3)
- Groenewegen, P.P. (2007), "Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu", Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar (der.), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, İletişim Yayınları*, 1. Baskı, İstanbul, 125-140.
- Hekimoğlu, H. B. (2020). Karşılaştırmalı Siyasal Sistemler. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Kamu Yönetimi Lisans Programı. Web: <file:///C:/Users/casper39/Downloads/karsiyistemler.pdf> adresinden 20.05.2022 tarihinde alınmıştır.
- <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>
- İzmir Ticaret Odası Uluslararası İlişkiler Müdürlüğü, (2018). Kanada Ülke Raporu, Web: file:///C:/Users/casper39/Downloads/5606_1540473036.pdf adresinden 01.04.2022 tarihinde alınmıştır.
- Kanada Tanıtım Sitesi, 2022, <http://www.kanadaelciligi.com/kanada-hakkinda> (erişim tarihi: 01.03.2022)
- KFA Fuarcılık, (2018). Kanada Ülke Raporu, Web: http://www.bolutso.org.tr/dosyalar/kanada_ur.PDF (erişim tarihi: 01.03.2022)
- Külbay H.(2014). İspanya aile hekimliği izlenimleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 4: 1-3.
- Lopez-Ibor, J. (2014). EPA-1394–İspanya sağlık sistemi performansı. *Avrupa Psikiyatrisi*, 29 (S1), 1-1.
- Madrid Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği, (2018), <https://ticaret.gov.tr/data/5b8a43355c7495406a22765a/ecfed48b553d654f38c8095645ca8f95.pdf> erişim tarihi: 05.01.2023
- Marchildon, G.P. (2013). Russian Federation Health System Review. *The European Observatory on Health Systems and Policies*, 15(1), pp. 1 – 179.
- Odier, N. (2010), "The US Health-Care System: A Proposal for Reform", *Journal of Medical Marketing*, 10(4), 279-304
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), Data, Web: <https://data.oecd.org/> (erişim tarihi: 01.03.2022)

- Ottova Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği, (2012). Kanada Özet İş Rehberi, Web: file:///C:/Users/casper39/Downloads/rehber2012.pdf (erişim tarihi: 01.03.2022)
- Our World İn Data, Web: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+cases&Interval=Cumulative&Relative=to+Population=true&Color+by=test+positivity=false&country=~CAN> (erişim tarihi: 01.03.2022)
- Öztürk, Z. ve Karakaş, E. T. (2015). Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(2), 29-59.
- Roemer, M.I. (1993), "National Health Systems Throughout the World", Annual Review of Public Health, 14(1), 335-353.
- Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Türkiye Web Portalı, Web: <https://covid19.saglik.gov.tr/> adresinden 20.05.2022 tarihinde alınmıştır.
- Santerne, R.E. ve Neun, S.P. (2010), Health Economics: Theory, Insights and Industry Studies, 5th Edition, South-Western Cengage Learning, Ohio.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3):400-428
- Sargutan, A.E. (2006), Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Sargutan, E. (2005). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı Kavram, Metot Ve Uygulamalar. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 81-111.
- Schmid, A., Cacace, M., Götze, R. ve Rothgang, H. (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), 455-486.
- Stevens, F.C.J. ve Van Der Zee, J. (2008), "Health System Organization Models (Including Targets and Goals for Health Systems)", G. Carin, K. Buse, H.K. Heggenhougen ve S.R. Quah (der.), Health System Policy, Finance and Organization içinde, New York: Academic Press, 275-284
- Şen, A. (2019). Sağlık Hukuku yaklaşımıyla OECD ülkelerinin Türkiye ile sağlık sisteminin karşılaştırılması (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Tatar, Mehtap (2011), "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 1, Sayı: 1, 103-13
- Temel Ekonomik Göstergeler Genel ve Sektör Bilgileri, (2011), file:///C:/Users/stn24/Desktop/ispanya_ulke_raporu_eylul_2011.pdf erişim tarihi: 01.03.2022
- Ticaret Bakanlığı Dış Temsilcilikler ve Uluslararası Etkinlikler Genel Müdürlüğü. (2020), <https://ticaret.gov.tr/data/5b921eb013b87613646656b8/Ticaret%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%202020%20Y%C4%B1%C4%B1%20Performans%20Program%C4%B1-31.01.2020.pdf> erişim tarihi: 05.01.2023
- Uludağ İhracatçı Birlikleri (UİB) Genel Sekreterliği Arge Şubesi, (2017). Kanada Ülke Raporu (Meyve Sebze Mamulleri Sektörü Açısından), Web: <https://uib.org.tr/tr/kbfile/kanada-ulke-raporu-yms-sektoru-acisindan> erişim tarihi: 03.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Wikipedia, 2022, https://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0spanya_ekonomisi erişim tarihi: 01.03.2022

Woldometers, (2020) <https://www.worldometers.info/demographics/spain-demographics/#life-exp>: erişim tarihi: 01.03.2022

World Bank, Data, Web: <https://data.worldbank.org/> adresinden 14.04.2022 tarihinde alınmıştır.

World Health Organization (2000), World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance, The World Health Organization Publishing, Geneva.

World Health Organization (WHO), (2020a) Global Health Expenditure Database, Web: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> adresinden 01.04.2022 tarihinde alınmıştır.

World Health Organization (WHO), (2020b), WHO Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Kontrol Paneli, Web: <https://covid19.who.int/> adresinden 03.03.2022 tarihinde alınmıştır.