



DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

TÜRKİYE, ALMANYA, FRANSA, İNGİLTERE, İTALYA SAĞLIK SİSTEMLERİ VE COVID-19 SAĞLIK POLİTİKALARI HEALTH SYSTEMS AND COVID 19 HEALTH POLICIES OF TURKEY, GERMANY, FRANCE, ENGLAND, ITALY

Öğr. Gör. Güler SEZGİN¹

Gülşah DENİZ²

ÖZ

Her ülkenin kültürel, idari, sosyal ve ekonomik yapısı birbirinden farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar, ülkelerin sağlık sistemlerinin oluşumunda önemli bir role sahiptir. Bu çalışmada Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) ülkelerinden Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya'nın sağlık sistemleri ve COVID-19 sağlık politikaları incelenmiş ve Türkiye'nin sağlık sistemi ve COVID-19 politikaları ile karşılaştırılmıştır. Bu ülkeler sağlık göstergeleri bakımından OECD ortalamasının üstündedir. Almanya ve Fransa'nın sağlık sistemleri birbirleriyle benzerlik göstermektedir. İngiltere ve İtalya'da benzer sağlık modellerine sahiptir. Türkiye ise daha karma bir sağlık modeli kullanmaktadır. Tüm dünyada pandemiye sebep olan COVID-19 salgını bu ülkelerin ekonomik, idari ve sağlık sistemlerini önemli bir ölçüde etkilemiştir. Bu çalışmada refah düzeyi yüksek olan bu ülkelerin sağlık sistemleri, ekonomik ve sağlık göstergeleri araştırılmış ve COVID-19 pandemiyle mücadelede uyguladıkları sağlık politikaları incelenmiştir. Bu çerçevede çalışmaya literatür taraması yapılarak başlanmıştır. 1. bölümde Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikaları, 2. Bölümde Türkiye sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikaları incelenmiştir. 3. bölümde ise Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve Türkiye'nin sağlık sistemi ve COVID-19 politikaları kıyaslanmıştır. Bu çalışmanın ülkelerin sağlık sistemlerinin pandemi gibi salgın hastalıklarla mücadelede izlediği yolun ne kadar başarılı olduğunu göstermek ve ihtiyaç duyulan yeni politikaların geliştirilmesinde rehber olması amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, OECD Ülkeleri Sağlık Göstergeleri, COVID-19 Sağlık Politikaları

JEL Sınıflandırma Kodları: R118

ABSTRACT

The cultural, administrative, social and economic structures of each country differ from each other. These differences play an important role in the formation of the countries' health systems. In this study, the health systems and COVID-19 health policies of Germany, France, England and Italy from the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries were examined and compared with Turkey's health system and COVID-19 policies. These countries are above the OECD average in terms of health indicators. The health systems of Germany and France are similar to each other. England and Italy have similar health models. Turkey, on the other hand, uses a more mixed health model. The COVID-19 outbreak, which caused a pandemic all over the world, has significantly affected the economic, administrative and health systems in these countries. In this study, the health systems, economic and health indicators of these countries with high welfare levels were investigated and the health policies they used to combat the COVID-19 pandemic were examined. In this context, the study was started by reviewing the literature. In the first section, the health systems and COVID-19 health policies of Germany, France, England and Italy were examined, and in the second section, the health system and COVID-19 health policies of Turkey were examined. In the third section, the health systems and COVID-19 policies of Germany, France, England, Italy and Turkey were compared. This study was conducted to show how successful the path followed by the health systems of the countries in combating epidemic diseases such as pandemics and to guide the development of the new policies needed.

Keywords: Health System, Health Indicators of OECD Countries, COVID-19 Health Policies

JEL Classification Codes: R118

¹ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, gulersezgin@posta.mu.edu.tr

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, g.deniz@adu.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The purpose of this article is to examine the health systems of the OECD countries of England, Germany, France, Italy and Türkiye. To determine the similar and different aspects of these countries and to examine their strategies and effects against the COVID-19 outbreak. It is summarized as a comparison of the measures and health policies taken by these countries against the outbreak.

Design/methodology/approach:

In this study, the health systems and COVID-19 health policies of Germany, France, England, Italy and Türkiye, which are economically, culturally, administratively and politically different OECD countries, were examined and the differences between them were determined. Before starting this study, web-based databases on the health system, health financing, health indicators and COVID-19 policies of the countries in question were scanned. Academic studies that met the research criteria and data from the Turkish Statistical Institute (TUIK), OECD and Health Statistics Yearbook were included in the study.

Findings:

Germany and France use the Bismarck model as their health system model. England and Italy use a Beveridge model health system. Turkey, on the other hand, switched to the General Health Insurance System in 2012 and this system increased access to health services. In all countries, population aging, technological costs and inequalities in access to health services are common problems. Although health systems in Western European countries differ from each other, universal health insurance systems and public coverage are more prevalent with their features. Private health insurance is offered optionally in Türkiye and other countries. When health indicators are examined; it is seen that infant mortality rate (IMR) rates have decreased in all countries in the post-COVID-19 period. The country with the lowest rate is Italy with .5%, followed by Germany with 3.0%. In Turkey, this rate is seen to be 8.5%. The country with the lowest maternal mortality rate is Italy with 2%. It is seen that the country with the highest rate is Turkey with 15%. When vaccination rates are examined, it is seen that Italy has the highest vaccination rate with 80%, followed by France. The most populous countries in terms of population density are Türkiye and Germany. When evaluated from an economic perspective; it is seen that all five OECD countries increased their GDP rate after Covid. The country with the highest rate is Germany with 4.22 trillion USD, while England is second with 3.13 trillion dollars. In Turkey, this value was 0.89 trillion USD. When evaluated in terms of health expenditures; health expenditures of all countries increased after COVID-19. While Germany and France allocated 12.7-12.1% of GDP to health expenditures, Turkey allocated a share of 4.3%. When evaluated in terms of health manpower; Germany, France, England and Italy generally provide public and private health services and public services are provided free of charge or at low cost for citizens. The number of health manpower in all countries has increased after Covid-19. Germany is the best country in terms of the number of physicians with 4.5 per thousand people. Germany also has the highest rates in terms of the number of nurses, followed by France. Türkiye has the lowest rate in terms of health manpower with 2.1. When evaluated in terms of chronic diseases and depression rates; the rates differ from each other. The lowest rate in terms of chronic diseases is in Turkey. However, the rate, which was 15% in 2019, increased to 18% in 2022. The highest rate belongs to England. It is the country with the highest increase compared to pre-pandemic rates. The country with the highest Covid deaths is England with 220,000, while the country with the lowest rate is Turkey with 102,000. Depression has shown a significant increase in all countries after the pandemic. The highest rate is England with an increase rate of 8%.

Conclusion and Discussion:

The health models used by Germany, France, England, Italy and Turkey are similar to each other. Germany is based on social insurance, France is based on social insurance and public support, England is based entirely on taxes, Italy is based on central planning and regional application, and Turkey uses a mixed structure system of public and private general health insurance. When the models are compared, Germany and France offer high-quality services with the Bismarck model, while England and Italy offer services with an egalitarian approach and experience resource shortages. Turkey uses a mixed model and has infrastructure and personnel shortages. During the pandemic period, each country took precautions according to its own socio-economic and health infrastructure characteristics. The strictest practices were seen in Germany, while the most flexible country was England. When we look at vaccination rates, while Italy, France and Germany have 75% and above, Turkey has the lowest rate with a rate of 68%. The highest number of people who lost their lives due to COVID is in Italy and the lowest in Turkey. The pandemic has caused an increase in health expenditures. While the best GDP is in Germany, France and England, the lowest rate is in Turkey. The best rate in terms of health manpower is in Germany, while the lowest rate is in Turkey. While England has the highest rate in terms of chronic diseases, the lowest rate is seen in Turkey. The country that the pandemic has affected the increase in depression the most is England. Although Turkey is the country with the lowest depression rate, it seems that the pandemic increased this rate by 6%. As a result; Germany has been the best country in managing the pandemic with early intervention, health infrastructure, scientific approach and transparency. Although other countries have partial successes, Germany has been the country that stands out in this process with its systematic approach and low death rates.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bir bireyin sağlıklı sayılabilmesi için hem beden hem de ruhsal ve sosyal sağlığının tam bir iyilik halinde olması gerektiğini ifade etmiştir. Bu sebeple ülkeler vatandaşlarının refah seviyesini yükseltmek için herkesin rahatlıkla ulaşabileceği, hakkaniyetli, kaliteli ve ihtiyacına yönelik sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlamak için çalışırlar. Bir toplumda sağlıklı birey sayısının ortalamaların üzerinde olması o devletin sağlık hizmetlerini yürütmekte başarılı olduğunun da bir göstergesidir. Salgın hastalık, pandemi ve doğal afetler gibi durumlarda sağlık sistemleri güçlü olan ülkelerin, sağlık hizmetlerini yürütmekte daha başarılı oldukları görülmüştür. Ayrıca bu tür belirsizlik dönemlerinde teknolojik gelişmeler ve teknolojinin tıp alanında etkin bir şekilde kullanılması salgınla mücadele gücünü de artırmıştır.

Bu çalışma (OECD) arasında yer alan gelişmiş ülkelerden Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye'nin sağlık sistemlerinin ve COVID-19 politikalarının incelenmesi ve aralarındaki farkların belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Her ülkenin kendi normları çerçevesinde kültürel yapısı, ekonomisi, inanç sistemi, tarihsel gelişimi, politikaları ve yaşam şekilleri vardır. Bu unsurlar çerçevesinde ülkeler kendi sağlık politikalarını oluşturmaktadır.

Bu çalışmaya başlamadan önce araştırmaya konu olan ülkelerin sağlık sistemi, sağlık finansmanı, sağlık göstergeleri ve COVID-19 politikaları ile ilgili web tabanlı veri tabanları taranmıştır. Araştırma kriterlerine uygun olan akademik çalışmalar ile Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), OECD ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı verileri araştırmaya dahil edilmiştir. Bu çerçevede birinci bölümde Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikaları, ikinci bölümde Türkiye sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikaları, üçüncü bölümde ise Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve Türkiye sağlık sistemi ve COVID-19 sağlık politikalarının kıyaslaması yapılmıştır. Bu çalışma sağlık politikalarının geliştirilmesinde karar vericilere rehberlik etmesi amacıyla yapılmıştır.

2. ALMANYA, FRANSA, İNGİLTERE, İTALYA SAĞLIK SİSTEMİ VE COVID-19 SAĞLIK POLİTİKALARI

Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya sağlık göstergeleri bakımından OECD ortalamasının üstünde olmasına rağmen COVID-19 pandemisiyle mücadelede birtakım zorluklar yaşamışlardır (OECD, 2024). Bu ülkelerin sağlık sistemleri ve COVID-19 politikaları hakkında literatür taraması yapılmış ve pandemi öncesi ve sonrası ülkelerin ekonomik ve sağlık göstergeleri karşılaştırılmıştır.

Almanya Sağlık Sistemi ve COVID-19 Sağlık Politikaları

Almanya 83,1 milyon nüfusu ile gelişmiş bir Avrupa ülkesidir. GSYH bakımından ekonomik gücü yüksek olan bir ülkedir. 2021 verilerine göre GSYH'si 4, 35 trilyon USD, kişi başı geliri ise 51.200 USD'dir. OECD ortalamasında kişi başına gelir 42.931 USD iken, Avrupa Birliği'nde bu oran 43.350 USD'dir. Kişi başı gelirin yüksek olması yaşam standardının yüksek olduğu izlenimini vermektedir (WB, 2021/OECD,2021). Almanya, ülke zenginliğinin kayde değer miktarını sağlık harcamalarına ayırmaktadır. OECD verilere göre, 2020 yılı GSYH'ye oranı olarak toplam sağlık harcamasında, OECD ortalaması yüzde 8,8 iken, Almanya'nın yüzde 12,5'lik orana sahip olmasıyla ortalamanın üzerinde yer alarak ABD ve İngiltere'den sonra en yüksek orana sahip üçüncü ülkedir. Ayrıca Almanya, AB ülkeleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Almanya'nın toplam sağlık harcamalarının kişi başına oranı yüzde 12,8 ve bu oranla OECD ülkeleri arasında üçüncü sırada yerini almıştır. Harcamaların detayına bakıldığında ise Almanya'nın toplam sağlık harcamalarının içerisinde yer alan kamu/zorunlu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı %10,9, isteğe bağlı sağlık harcamalarının oranı ise %1,9'dur. Aynı zamanda, 83 milyondan daha fazla nüfusa sahip olan Almanya'da 2020 yılı verilerine göre, 1000 kişi başına düşen hekim sayısı 4,5 ve 1000 kişiye düşen hemşire sayısı ise 12,1'dir (OECD, 2020).Dünya Sağlık Örgütü'nün (2021) verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süreside 80,8'dir.

Almanya sağlık sisteminde zorunlu sosyal sağlık sigortası olarak ifade edilen "Bismarck Modeli" uygulanmaktadır (Ertürk Atabey, 2012). Bu modelle, sosyal devlet düşüncesiyle ülkede sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olarak görülmüştür. Vatandaşların ücretsiz olarak faydalandıkları bir kısım kamu kaynaklı sağlık hizmetlerinin yanı sıra, zorunlu ve belirli miktarda prim ödeme karşılığında, tedavi ağırlıklı sağlık hizmetlerinden faydalanmaları esas alınmıştır (Sargutan, 2005). Dünyada, iş kazası, ilk hastalık, yaşlılık ve malullük sigortasının

kurulmasını sağlayan bu sistemin 19. yy örneklerine rastlanmaktadır. Bu sistem ile Almanya’da çok yaygın olan küçük boyutlu bütün sağlık yardım sandıklarını 1883-1891 yılları arasında kamu denetiminde birleştirerek tüm çalışanların bunlara katılımını zorunlu hale getirmiştir. Bu modelin uygulanmasını düzenleyip başlatan ve sosyal politika uygulamalarının öncülerinden olan dönemin Alman Başbakanı (Şansölye) Otto von Bismarck, prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta uygulamaları “Bismarck Modeli” olarak da bilinen ve bugün ülke vatandaşlarının çoğunu kapsayan yasal sağlık sigortası sisteminin temellerini atmıştır (Spahn, 2021).

Almanya sağlık sistemi merkezi yönetim esasından daha çok çoğulcu ve özerk bir yönetim esasına bağlıdır (Karaman, 2019). Alman sağlık sistemi organizasyon şemasına bakıldığında, sistemin en başında Federal Sağlık Bakanlığı (BMG) yer almaktadır. Ancak eyaletlerde sağlık hizmetleri sağlama ve bölgesel sağlık hizmetlerinin yapısı için kılavuzlar geliştirme sorumluluğunda on altı eyalet sağlık bakanlığı ile birlikte bu süreci yürütmektedir. En yüksek karar alma organı ise Federal Ortak Komite’dir (Ataç, 2020).

Federal Sağlık Bakanlığı; yasalar, yönetmelikler, idari hükümler hazırlayan, alt federal kurumları denetlemekten ve halk sağlığının gelişimini değerlendirmek için bir uzman komisyonu atamak gibi görevlere sahiptir. Eyaletlerde bulunan Sağlık Bakanlığı da bunların uygulanmasında sorumludur. Ayrıca bölgede hastaneler için planlama, sermaye yatırımının finansmanı, mimari planının geliştirilmesi, projenin bölgenin kentsel dokusuna ilişkin değerlendirilmesi ve hasta ihtiyacına ilişkin kanıtların sunulması eyalet yönetiminin görevleri arasında yer almaktadır (Jonge, Voort & Zwart, 2010).

Almanya’nın sağlık sisteminin temeli, devleti vatandaşlarına sosyal hizmet sağlamakla yükümlü kılan Almanya’nın Temel Yasasından (Grundgesetz) türetilmiştir. Spesifik olarak devlet yeterli düzeyde ihtiyaca dayalı olarak ayaklı ve yataklı tıbbi tedavi hizmetleri sağlamalı ve ilaç maliyetini de karşılamalıdır. Ülkede yaşayan tüm bireyler sağlık sisteminde evrensel kapsama alanı altındadır. Herkes sağlık sisteminden yasal sağlık sigortasına sahip olmak koşulu ile ayırım yapılmaksızın sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır (Atabey & Meriç, 2016).

Sağlık hizmetleri, federal, eyalet hükümetlerine ve belediye yönetimine bağlı bulunan kamu hastaneleri ile kâr amacı gütmeyen Caritas ve Alman Kızılhaçı gibi kiliseler, hayır kurumları ve şirketlere, bireylere ait olan kâr amacı güden özel hastaneler tarafından sunulmaktadır. (Döring & Paul, 2010). 2023 verilerine göre Almanya’da 2.471 hastane, 428.500 doktor ve 1 milyondan fazla hemşire ile 83 milyondan fazla kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır. Federal İstatistik Ofisi’nin 2023 verilerine göre Almanya’da sağlık hizmetlerine 498 milyar Euro’dan fazla finansal kaynak harcanmıştır (Eurostat, 2023; Statistisches Bundesamt, 2023). Vatandaşlar sağlık kuruluşu ve ayakta hasta bakımının yapıldığı tüm branşlarda hekim seçme özgürlüğüne sahiptirler. Fakat 2004 yılında uygulanan aile hekimliği uygulamasında eğer kişi aile hekimine başvuru yapmadan uzman hekime veya hastaneye başvurursa sigorta kapsamındaki işlemler için cepten ödeme yapması gerekmektedir (Ataç, 2020).

Almanya sağlık sisteminde özel sağlık sigortasını, sadece düzenli geliri sigorta eşliğinin üzerinde olan çalışanlar, din adamları, özel okul öğretmenleri, emekliler ve serbest meslek sahipleri yasal sağlık sigortası programı üzerinden seçebilmektedir. Özel sağlık sigortası için yatırılan primleri incelendiğinde 2020 yılı itibarıyla ortalama 400 ile 700 € arasında değişmektedir. Çalışan biri için, özel sağlık sigortası priminin %50’si işveren tarafından karşılanmaktadır ve ayda en fazla 365,63 € ödenmektedir (Orhaner ve Çilhoroz, 2020). Ayrıca yasal ve özel sağlık sigortası olan herkes için bakıma muhtaç olanlara ve aile üyelerine mümkün olan en iyi desteği sağlamak amacıyla 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren uzun süreli bakım sigortası zorunlu hale getirilmiştir. Uzun süreli bakım sigortası, işverenler ve çalışanlar tarafından eşit olarak finanse edilmektedir. 1 Ocak 2019’dan bu yana katkı oranı brüt gelirin %3,05’ini oluştururken, çocuksuz olanlar için %3,3’e yükseltilmiştir. Ancak uzun süreli bakım sigortası hemşirelik bakımının tüm masraflarını karşılamamaktadır. Geri kalanı, bakılan kişiler veya gerekirse sosyal güvenlik yardımları tarafından ödenir. Bu nedenle uzun süreli bakım sigortası “kısmi teminat yaşı sigortası” olarak bilinmektedir (Spanh, 2021).

Almanya’da COVID-19 vakası ilk kez 24 Ocak 2020 tarihinde görülmüştür. COVID-19 ile başa çıkmada sağlık sistemlerinin yanıt verebilirliği ve dayanıklılığı ile ilgili sağlığa yönelik kamu harcamaları, sağlık işgücünün mevcudiyeti ve hastane yapısı olarak üç temel faktör göz önünde bulundurulmuştur (Spanh, 2021). Ülkede COVID-19 pandemisinin yayılmasını durdurmak, ekonomik ve sosyal sonuçlarını hafifletmeye yönelik bazı adımlar atılmıştır (Hüsmenoğlu ve Kuşaklı, 2021). Almanya’nın ilk temel hedefi, salgının yayılma hızını yavaşlatarak sağlık sistemine aşırı yüklenmeyi önlemek ve tüm hastaları en iyi şekilde tedavi etmek olmuştur. Bu

nedenle Federal Hükümet, düzenli olarak toplanan ve kısa sürede politikayı ayarlayabilen bir “koronavirüs kabinesi” kurmuştur. Hükümete bilimsel danışmanlık yaparak bu salgında uygulanacak sağlık politikalarını belirlemek ve bu politikaların nasıl uygulanması gerektiği hakkında bilgi veren kurum ise Federal Sağlık Bakanlığı’na (BMG) bağlı olan Robert Koch Enstitüsü (RKE) olmuştur. Ulusal / eyalet / bölge-yerel sağlık otoriteleri arasındaki sürveyans eylemlerini koordine etmede stratejik bir rol üstlenen sağlık acil durumlarını yönetme deneyimine sahip önemli bir halk sağlığı enstitüsü olmaktadır. (Hüsmenoğlu ve Kuşaklı, 2021). Federal Sağlık Bakanlığı, Robert Koch Enstitüsü’nün (RKE) uzmanlığı ve danışmanlığında ülkede COVID-19 vakalarının görülmeye başlaması ile kişisel koruyucu ekipman, dezenfektan, tıbbi ürünler ve ilaç tedariki organize etme kapasitesine sahip olması gerektiğini anlamıştır ve “Enfeksiyona Karşı Koruma Yasası” nı (IfSG) 27 Mart 2020’de değiştirmiştir (Aydoğdu, Yorulmaz ve Kırac, 2021).

Federal Sağlık Bakanlığı (BMG), ventilatörlü hastane yataklarının sayısına genel bir bakış elde etmek için Nisan 2020’de harekete geçmiş ve ülke çapındaki tüm hastanelerin yoğun bakımda ücretsiz yataklarını bildirmelerini gerektiren bir düzenleme yayınlamıştır. Alman Federal Meclisi tarafından, Mart 2020’de COVID-19 salgını sırasında sağlık hizmeti sağlayıcılarının maddi destek almasını sağlamak amacıyla “Hastaneler Üzerindeki Baskıları Hafifletme Yasası” kabul edilmiştir. Ayrıca kronik hastalıkları olan kişilerin korunması için Federal Hükümet İlaç Komisyonu’nun girişimiyle, 20 Nisan 2020’de yayınlanan SARS-CoV-2 ilaç yönetmeliği ile replasman tedavisi kuralları daha esnek hâle getirilmiştir. Bu da pandemi sırasında bile tedavinin sürdürülebileceği anlamına gelmektedir. Buna paralel olarak, Alman Federal Meclisi, ülke çapında bir salgına karşı koruma yasasını meclisten geçirmiştir. Pandemi süresince, Federal Hükümet öncelikle COVID-19 enfeksiyonlarının hızlı bir şekilde tanımlamak ve tedavi etmeyi amaçlamıştır. Almanya’da aşılama, 27 Aralık 2020’de başlatılmış ve yaşlılara öncelik verilmiştir. İlk aşı, Almanya’da geliştirilen Pfizer-BioNTech aşısı olmuştur. Daha sonra Moderna aşısı, 11 Ocak 2021’den itibaren Almanya’da kullanılmaya başlanmıştır. Almanya, AB’nin ortak tedarik sürecinin bir parçası olarak ilk etapta 64 milyon Pfizer aşısı ve 50 milyon Moderna aşısı satın almıştır. Ayrıca Almanya federal hükümeti ortak süreç dışında 30 milyon daha Pfizer dozu satın almıştır (Our World in Data, 2021).

Fransa Sağlık Sistemi ve COVID-19 Sağlık Politikaları

World Health Rankings (2020) verilerine göre; Fransa’da doğumdan beklenen yaşam süresi 82,5’tir. Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) bakımından, OECD ülkeleri arasında ekonomik gücü iyi olan bir ülkedir. 2021 verilerine göre Fransa, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla oranı 2,937 trilyon USD, kişi başına gelir oranı ise 50.999 USD’dir. Kişi başına gelir oranı OECD ortalaması ise 49.008 USD’dir. Fransa kişi başı gelir oranı ile OECD ortalamasının üzerinde yer almaktadır (WB, 2021).

OECD verilerine göre 2020 yılında toplam sağlık harcamasının GSYH’ye oranı %12,4’dür. Bu oranla OECD ülkeleri arasında Almanya ile en yüksek orana sahip ülke olarak öne çıkan Fransa, toplam sağlık harcamalarında ise OECD ülkeleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. OECD ülkeleri arasında Fransa’nın dördüncü sırada yer almasındaki en önemli etken kişi başına düşen gelirin, OECD ortalamasının üzerinde olmasıdır. Fransa’nın kişi başı toplam sağlık harcaması GSYH’ye oranı %12,4’lük oranı ile OECD ülkeleri arasında ABD, Kanada ve Almanya’dan sonra en yüksek orana sahiptir. Bu kişi başı toplam sağlık harcamalarının içerisinde kamu/zorunlu sağlık harcamasının GSHY’ye oranı %10,3 iken isteğe bağlı sağlık harcamasının oranı ise %1,9’dur. Ayrıca 67 milyondan daha fazla kişinin yaşadığı Fransa’da, 1000 nüfus başına düşen hekim sayısı 3,4 ve 1000 nüfus başına düşen hemşire sayısı ise 11,3’tür (OECD, 2020).

Fransa sağlık sistemi, büyük ölçüde Refah Yönelimli/Sigorta tipidir. Nüfusun büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır ve iyi sağlık sonuçlarına sahiptir. Diğer sanayileşmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında Fransa, doğumda ve ileri yaşta beklenen yaşam süresi bakımından üst sıralarda yer almaktadır (Or vd., 2023). DSÖ 2000 yılında Fransa sağlık sistemini performans açısından en iyi sağlık sistemi seçmiştir. OECD ise Fransa sağlık sisteminin güçlü ve zayıf yönlerini değerlendiren bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmaya göre toplumun kapsayıcılığı, hizmete erişim ve beklenen yaşam süresi güçlü yönler olarak, koruyucu hizmetlerin yetersizliği, ilaç tüketiminin fazla olması ve hastane merkezli olması da zayıf yönler olarak değerlendirilmiştir. Fransa sağlık sistemi, covid 19 salgınına kadar dünyanın en iyilerinden biri olduğu düşüncesini sürdürmüştür (Türk, 2022).

Fransa sağlık sistemi organizasyonu içerisinde sağlık hizmetlerinin yönetimine bakıldığında, Sağlık Bakanlığı sisteminin başında olup, sistemin düzenlenmesi ve yönetimi esas olarak hükümet ile yasal sağlık sigortası fonları

arasında bölünmüştür. Hükümet, sektör düzeyinde harcama hedeflerini, sağlık hizmeti sağlama ve eğitim düzeylerini belirlemektedir. Ulusal programlar için öncelikli alanları tanımlamaktadır. Öte yandan, yasal sağlık sigortası fonları, geri ödeme prosedürlerini, ilaçların ve cihazların fiyatlarının düzenlenmesi ve birlikte ödeme seviyelerinin tanımlamak gibi fayda paketlerinin tanımlanmasında ana rolü oynamaktadır (Or & Gandré, 2019). Sağlık Bakanlığı sorumluluklarını sağlık politikalarından sorumlu olan Genel Sağlık Yöneticiliği, kaynakların kullanımından sorumlu Hastane ve Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği, finansal konularla alakalı birim olan Sosyal Sigorta Yöneticiliği, sosyal hizmetlere ilişkin olarak da Sosyal Politika Yöneticiliği birimleri ile birlikte yerine getirmektedir (Şen, 2019).

Fransa sağlık sisteminin örgüt yapısı içerisinde ayrıca belirli rolleri olan kuruluşlar ve görevleri bulunmaktadır. 2004 yılında Sosyal Sağlık Yasası kapsamında yasalaşan ve 2007 yılında resmen kurulan Halk Sağlığı Yüksek Konseyi (HCSP), halk sağlığı alanında bağımsız uzmanlardan oluşmuş olup nüfusun sağlık durumuna göre de raporlar üretmektedir. Sağlık Sigortası Yüksek Kurulu (HCAAM), 2004 reformlarının oluşturulmasında etkili olmuştur ve özellikle eşitlik ve finans alanlarında sağlık hizmetlerinde iyileştirmeler önermek için çalışmaktadır. Ulusal Sağlık Kongresi, 2004 Halk Sağlığı Yasası ile kalıcı bir organ olarak oluşturulmuştur. Bu kongre, sağlık mesleklerinin temsilcilerini, sağlık tesislerini, bölgesel sağlık konferanslarını ve bir dizi ek uzmanı ulusal düzeyde sağlık önceliklerini tartışmak ve tanımlamak için bir araya getirmektedir. Ulusal Sağlık Otoritesi (HAS), hasta bakımının kalitesini iyileştirmek ve sağlık sistemi içinde eşitliği garanti altına almak için tasarlanmış bir dizi faaliyeti tek çatı altında toplamak amacıyla 2004 yılında kurulmuştur. Bu kuruluş bir hükümet organı değildir, ancak ilaçların, tıbbi cihazların ve prosedürlerin değerlendirilmesinden kılavuzların yayınlanmasına ve sağlık kuruluşlarının akreditasyonuna ve doktorların sertifikalandırılmasına kadar değişen işleri üstlenmekle yasalarca görevlendirilmiştir. Bakanlıklar Arası Tıbbi Ürünler Ekonomik Komitesi (CEPS), ilaç ve tıbbi cihazlar için fiyatları belirlemekte ve ilaç harcamalarındaki eğilimleri izlemektedir. Ayrıca, harcamalardaki büyümeyi kontrol etmek için ilaç firmalarıyla uzun vadeli anlaşmalar imzalamaktadır (Or & Gandré, 2019).

Fransa'da sağlık hizmeti sunumu, kamu ve özel sağlayıcıları tarafından sağlanmaktadır. Hastalar, kamu ve özel hizmet sağlayıcılarını seçme özgürlüğüne sahiptir. Aynı şekilde Fransa'daki doktorlar da, çalışma yerlerini seçme konusunda serbestliğe sahiptirler. Bu durum, genellikle zengin kentsel alanlarda yoğunlaşmalarına neden olurken, kırsal bölgelerde ise yetersiz hizmet sunulan geniş tıbbi alanların oluşmasına yol açmaktadır (Or vd., 2023). Fransa'da birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri herhangi bir sevk zinciri sistemi olmadan kamu ve özel sektör tarafından yerine getirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri esas olarak kendi kişisel muayenehanelerinde veya sağlık/tıp merkezlerinde ve hastane ayakta tedavi bölümlerinde çalışan pratisyen ve uzman hekimler, hemşireler, diş hekimleri ve tıbbi yardımcıları dahil olmak üzere serbest çalışan özel sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin yarısı hemşireleri veya yardımcıları olmadan çalışmaktadır. Ödemeler hizmet başına yapılmaktadır. Hastalar kayıtlı oldukları aile hekiminden ücret ödemedi sağlık hizmeti alabilmektedir ve aile hekimini seçme özgürlüğüne de sahiptir (Ateş, 2011). Ayrıca Fransa'da birinci basamak sağlık hizmeti olarak ambulator hizmetleri yani gezici sağlık hizmeti de sunulmaktadır. Bu hizmet pratisyen hekimler ve evlere sağlık hizmeti veren aile hekimleri tarafından sağlanmaktadır (Or & Gandré, 2019).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise çok sayıda kamu ve özel hastaneler tarafından sağlanmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle özel sektörün rolü oldukça fazladır. Fransa'daki hastane sektörü, hem kamuya ait hem de özel sağlık kuruluşlarının geniş bir yelpazede hizmet sunduğu bir yapıya sahiptir. Kamu ve özel sektör olmak üzere 3.044 hastane olup % 60'ı kamu, %20'si özel sektör, %15'i kâr amacı gütmeyen özel ve %5'i diğer olacak şekilde dağılmaktadır (Türk, 2022). Kamuya açık veya kâr amacı gütmeyen hastanelerdeki doktorlar maaşlı çalışmaktadır. Tüm üniversite hastaneleri halka açıktır (Zaleski, 2014). Almanya'ya göre hastane sayısı daha fazladır ancak çok sayıda küçük hastane de bulunmaktadır (Türk, 2022). Hastalar sevk edilmeden aralarında özgürce seçim yapabilirler. Hastane harcamalarının %90'ını halk sağlığı sigortası ile finanse edilirken, bu harcamaların üçte biri kâr amacı güden özel hastanelerde gerçekleşmektedir. Devlet hastaneleri hastanelerin %60'ını ve tüm akut yatarak yatakların %65'ini temsil etmektedir. Bakımın sürekliliğini sağlama, yani 24 saat acil bakım sağlama, tedavi isteyen her hastayı kabul etme ve ulusal / bölgesel halk sağlığı öncelikleriyle ilgili faaliyetlere katılma gibi yasal yükümlülükleri bulunmaktadır. Kâr amacı güden özel sektör, tüm yatarak yatakların %25'ini, ancak cerrahi yatakların %45'ini temsil etmektedir (Or & Gandré, 2019). Ayrıca Fransa'da rehabilitasyon hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetleri de sunulmaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri özel ve kamu sektörü aracılığıyla sağlanmaktadır. Uzun süreli bakım hizmetleri ise günlük ihtiyaçlarını kendi başına karşılayamayan bireylere yataklı bakım tesislerinde veya evlerinde sunulmaktadır (Or vd., 2023). Bu tesislerin finansmanı, esas olarak sağlık hizmetlerinin maliyetine ilişkin ulusal sağlık sigortasından, kişisel, sosyal bakımı finanse etmek için yerel makamlardan ve ulusal özerklik fonu tarafından karşılanmaktadır. Ulusal sağlık sigortası tarafından finanse edilen yatılı bakımın toplam tutarı yıllık olarak bir bakanlık emriyle belirlenmektedir (Rodwin, 2018).

Fransa’da sağlık hizmetleri evrensel kapsama sahip sosyal sağlık sigortası aracılığıyla finanse edilmektedir. Sosyal sağlık sigortası programı 1945’te kuruldu ve kapsama yıllar içinde tüm yasal sakinlere kademeli olarak genişletilmiştir (Agnés, 2001). Sosyal sağlık sigortası programına kayıt, istihdam durumuna bağlıdır ve işçiler için otomatiktir, eşlerini ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları kapsamaktadır. Sosyal sağlık sigortası fonları, işverenlerden ve çalışanlardan (sendikalar) eşit temsile sahip bir temsilciler kurulu tarafından yönetilmektedir (Or ve Gandré, 2019). Fransa sağlık sistemi, geniş kapsamlı bir fayda paketi sunarak evrensel erişimi sağlamaktadır. Ancak tüm temel hizmetler için maliyet paylaşımı zorunludur (Or vd., 2023). Sağlıkla ilgili maliyetler, zorunlu sosyal sağlık sigortası ve özel tamamlayıcı sağlık sigortası programlarının bir karışımı ile karşılanmaktadır. Ayrıca Fransa OECD ülkeleri arasında cepten yapılan ödemelerin en düşük seviyelerinden birine sahiptir (Or ve Gandré, 2019).

Sosyal sağlık sigortası sistemi, toplam sağlık harcamalarının %75’ini karşılamaktadır. Ödenmemiş tutarın geri kalanı ise zorunlu veya gönüllü tamamlayıcı sağlık sigortası tarafından ya da hastaların cepten ödemeleriyle karşılanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçeleri bireyler veya gruplar tarafından satın alınabilmektedir (Franc ve Pierre, 2015). Fransa’da nüfusun yaklaşık %95’i tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahiptir. Bunun nedeni, hastaların doktor konsültasyonları, hastane bakımı ve reçeteler dahil olmak üzere hemen hemen tüm hizmetler için maliyetin bir kısmını ödemeleri gerektiğidir (Bidgood & Clarke, 2013). Tamamlayıcı özel sağlık sigortasına katılım kişilerin isteğine bağlıdır ve yasal maliyet paylaşımını geri ödemektedir. Esas olarak, nüfusun % 87 ile % 90’ını kapsayan kar amacı gütmeyen istihdama dayalı karşılıklı dernekler (mutuelles) tarafından sağlanmaktadır. Yalnızca hâli hazırda sosyal sağlık sigortası kapsamında olan hizmetleri kapsamaktadır. 2000 yılından bu yana düşük gelirli kişiler (işsizler, düşük gelirli kişiler ve tek ebeveyn sosyal yardım alan kişiler) ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, neredeyse hiçbir ücret ödemedi tamamlayıcı özel teminat alma hakkına sahiptir (Zaleski, 2014). İngiltere’den farklı olarak, daha kısa bekleme listelerinden veya ‘seçkin’ uzmanlardan yararlanmak için özel sağlık sigortası kullanılmamaktadır. Bunun yerine, sosyal sağlık sigortası kapsamı ile genel sağlık hizmeti maliyeti arasındaki farkı karşılamak isteyen kişiler tarafından veya sosyal sağlık sigortası tarafından yeterince karşılanmayan veya hiç karşılanmayan tıbbi mal ve hizmetler için kullanılmaktadır (Bidgood & Clarke, 2013).

Ayrıca Fransa’da 2000 yılından bu yana, çok düşük gelirli gruplar için devlet tarafından finanse edilen Kapsamlı Sosyal Sağlık Sigortası bulunmaktadır (Kuvertür Maladie Universelle, CMU). Kapsamlı Sosyal Sağlık Sigortası (CMU), esas olarak devlet tarafından tahsis edilen tütün vergisi ve tamamlayıcı özel sağlık sigortacılarının gelirleri üzerinden % 2,5 vergi yoluyla finanse edilmektedir (Zaleski, 2014).

Fransa’da COVID-19 politikaları merkezî hükümetin sorumluluğunu öne çıkarmıştır. Fransanın sağlık sistemi, sağlık güvenceleri ülkenin bütün sakinlerine kapsamlı bir sağlık hizmeti verilmesi esasına dayanmaktadır. COVID-19 salgını Fransa’yı etkisi altına aldığı anda söz konusu sağlık sistemindeki istikrarın olumlu etkilerinin görüldüğü, ne var ki merkezî ve güçlü otoritenin salgını kontrol altına almakta yetersiz kaldığı ifade edilmelidir. 6 Mart 2020’de “virüs ile savaş” stratejisi kapsamında, Paris ve çevresi için Beyaz Plan (Plan Blanc) olarak ifade edilen bir mücadele programı açıklanmıştır (Strategic Comments, 2020).

Fransa Ocak 2020 sonunda, ilk vakalar görülmeye başlamasına rağmen şubat sonunda radyo ve televizyon kanallarından fiziksel mesafe, el hijyeni ve kendini izole etmenin önemi gibi konularda tedbir almaya başlamıştır (Türk, 2022). 10 Mart 2020’den itibaren Covid Bilim Konseyi tıp ve sosyal bilimlerden oluşan uzmanları bir araya getirerek ve hükümetten bağımsız olarak ve gönüllü çalışma ile önerilerini açıklamıştır (Chauvin vd., 2020). Vaka sayısının özellikle Fransa’nın doğusunda ve Ile de France’ta hızlı yükselmesi karşısında hükümet tüm Fransa’da 17 Mart’ta çok sıkı bir kapanmaya gitmiştir. Zorunlu olmayan bütün aktiviteler durduruldu. Fransa, Mart 2020 başında sağlık çalışanlarını harekete geçirerek geçici olarak sağlık personeli eksikliğini gidermeye çalışmıştır (OECD, 2020). Fransa Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü haftalık bültenleri ile korunma yollarını, farklı bölgelerin

durumlarına ilişkin ayrıntılı bilgileri halka ve sağlık çalışanlarına bildirmiştir. Hükümet, “Stop Covid” mobil uygulaması ile temaslıları izlemeyi düşünmüştür. Kapanmalar sırasında, sağlık yöneticileri sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına COVID hastalarının yönetimi ve aynı zamanda ikincil olarak ortaya çıkacağı öngörülen toplumun hizmete erişiminin ve hizmet sürekliliğinin kesintiye uğramasını engellemek için ayakta tedavi hizmeti veren çok sayıda sağlık çalışanının teletıp uygulama ücretlerinin ödenmesinde kolaylık sağlamıştır (Türk, 2022).

COVID ile mücadele başlangıçta, korunma (el hijyeni, maske), daha yoğun test yapma (semptomatik olgulara ve pozitif olguların temaslılarına), pozitif olguların izolasyonu şeklinde üç genel prensip üzerine kurulmuştur. Daha sonra yeni vakaların tanılarını koymak, aile hekiminden geçmeden doğrudan hastaneye yatırmak, acillerde testlerin yapılması, salgını kontrol altına almak amacıyla da temaslıları belirlemek ve izole etmek için bulaş zincirini kırmak üzere hastane sistemini ve bölgesel sağlık otoritelerini harekete geçirmek şeklinde yürütülmüştür (Türk, 2022). Fransa’ya ilk aşılar 2020’nin son haftası 500.000 doz Pfizer-Biontech şeklinde ulaşmıştır. Aşı ücretsiz olarak uygulamaya konmuş fakat zorunlu tutulmamıştır (Our World in Data, 2021). Fransa’da dört aşı uygulanmıştır. Pfizer/BioNTech 21 Aralık 2020’den itibaren, Moderna 6 Ocak 2021’den itibaren, Astra Zeneca 29 Ocak 2021’den itibaren, Janssen 11 Mart 2021’den itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Başlangıçta, yaşlı bakımevleri ve çalışanları, sosyal hizmet uzmanları sağlık çalışanları, itfaiyeciler, 50 yaş ve üzeri evde bakım hizmeti verenler, engelli merkezlerinde kalan engelliler ve 75 yaş ve üzeri ile başlanmıştır. 18 Ocak 2021’den itibaren yaşa bakılmaksızın yüksek riskli kişiler de dâhil edilmiştir (Our World in Data, 2021).

İngiltere Sağlık Sistemi ve COVID-19 Sağlık Politikaları

2021 yılında 67 Milyon nüfusa sahip gelişmiş bir Avrupa ülkesidir. Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Oranı (GSYH) 3,1 trilyon USD olup; bu oran içinde kişi başına düşen gelir 46.268 USD’dir. GSYH içindeki toplam sağlık harcamalarının payı % 11,9 olup ortalama yaşam süresi 81,3 yıldır (OECD, 2021).

İngiltere sağlık sistemi, Beveridge temelli sağlık modelinden oluşmaktadır. İkinci Dünya Savaşından sonra devletin sorumlulukları arasında halkın sağlığının korunması ve geliştirilmesinin devletin görevi olduğu görüşünde olan William Beveridge tarafından ortaya konulmuş bir sağlık sistemidir. Sir William Beveridge’in, 2. Dünya Savaşından sonra Londra’nın doğusunda bulunan yoksul olan halkı da içine alacak şekilde yeniden bir yapılanmayı planlamıştır. Sovyetlerde uygulandığı gibi sağlık harcamalarının sadece vergilerle finanse edilerek ek olarak prim alınmaması önerileri arasında yer almıştır. Bu sebeple bir rapor hazırlanmış, hazırlanan raporda istihdam eğitim, barınma ve güvenliği teşvik edecek şekilde düzenlenen kapsamlı bir sağlık hizmeti gündeme getirilmiş ve 1948 yılında tüm vatandaşların faydalanabileceği Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti kurulmuştur. (Light, 2003).

İngiltere’de Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Hizmetleri (UHS) aracılığı ile vatandaşlarının sağlık hizmetlerini büyük oranda karşılamaktadır. İngiltere sağlık sisteminin temeli olan UHS, tüm vatandaşları kapsayan devlet tarafından vergilerle finanse edilen vatandaşların ödeme yapmadan katıldığı bir programdır. Sağlık hizmetleri hastaneler ve kliniklerde ücretsiz olarak hekim ve hemşireler tarafından sunulmaktadır. Hastalar bazı reçeteler hariç (göz ve diş sağlığı) prim ödememektedir. Sağlık Bakanlığı sistemin içinde ana aktör olarak rol almakla birlikte UHS ile ilgili plan ve programları da yapmaktadır (Ulusoy ve Aydın, 2021).

İngiltere’nin sağlık sistemi başarısını ölçmek için sağlık göstergelerine bakıldığında, doğumdan beklenen yaşam süresi dünya ortalamasının üstündedir. Dünyada doğumdan beklenen yaşam süresi 73 yıl iken, İngiltere’de bu oran 81,4 yıldır (WHO, 2021). Diğer bir açıdan bakıldığında da Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Evrensel Sağlık Kapsamı Endeksine göre on dört sağlık göstergesinin (bir ülkenin üreme, anne, yeni doğan ve çocuk sağlığı ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla yapılan mücadele ve sağlık hizmetlerinin kapasitesi gibi) değerlendirilmesi sonucu elde edilen verilere göre İngiltere 87 puan ile beşinci sırada bulunmaktadır (WHO, 2021).

Sağlık finansmanı açısından İngiltere vergilerle finansmanı en yoğun kullanan ülkedir. Gelirinin %79,5’lik kısmını yurt içi kaynaklardan sağlamaktadır. Sağlık finansmanının %16’sını cepten ödemeler, %3’ünü özel sağlık sigortası oluşturmaktadır (OECD, 2021). Sigorta sisteminin işleyiş sisteminde ödemeler tedavi görülen kuruma sigorta şirketleri tarafından yapılırken, tedaviyi uygulayan doktorlara da sigortalı bireyler tarafından yapılmaktadır. Fakat hastanın doktora yaptığı ödeme ilerleyen zamanda sigorta şirketi tarafından sigortalıya geri ödemektedir. Sigorta şirketleri bireylerin başvurularını değerlendirirken sağlık risklerini göz önünde bulundurmaktadır. Anlaşmalı

oldukları hastanelerin ücretleri ödenirken, doktor ve kurum olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır. Özel sigorta hizmeti kapsamında ani olarak meydana gelen, tedaviye hızlı yanıt veren ve acil durumları kapsayan birçok paket bulunmaktadır. Bu paketlerin genel olarak yatarak tedavi gerektiren hizmetleri veya özel bakım gerektiren hastalıkları kapsam içine almaktadır. Ayaktan tedavilerde veya fiziksel tedavi gerektiren hizmetlerde daha yüksek prim ödenmektedir (Boyle, 2011; NHS, 2023). İngiltere’de sağlık hizmeti sunumu üç basamaktan oluşan ve etkili sevk zinciri ile sağlanmaktadır. Bireyler direkt olarak hastaneye başvuru yapamamaktadır. Rahatsızlık durumunda bireyler istedikleri aile hekimine başvurabilirler. Gerekli görüldüğünde aile hekimleri tarafından sevk zinciri yoluyla hastaneye sevk edilebilir. Sağlık ocakları ise koruyucu sağlık hizmeti sunumundan sorumludur. Aile hekimlerine kapı doktoru ya da genel pratisyen gibi isimler verilmiştir ve sağlık ocağı içinde kiralandıkları bir odada ya da kendi evlerinin bir odasında çalışmaktadırlar (Aksakoğlu ve Giray, 2006; NHS, 2023). Sevk sistemi kanser vb. hastalıklarda gecikmeleri önlemek için 2023 yılında gevşetilmeye başlanmıştır (NHS, 2023).

Avrupa birliği üyesi olan diğer ülkelerin vatandaşları, Avrupa Sağlık Sigorta Kartı ile sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. Ücretsiz olarak turistlerin faydalanabildiği hizmetler arasında bulaşıcı hastalıklar ile acil hizmetler bulunmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti, ekonomik düzeyi düşük olan grupların reçeteli ilaç, göz ve diş muayeneleri ve hastaneye sevk durumunda oluşacak masraflarını karşılanmaktadır (<https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs/>).

Sağlık hizmetlerinde zamanla fiyatlandırma uygulamalarının yapılması kamu-özel sektör ortaklıkları ile taşeronlaşma sistemine geçişin yolunu açmıştır. Taşeronlaşma sistemi ilk olarak çamaşır ve temizlik işleri ve yemekhane gibi ikinci hizmetlerden başlamış, daha sonra da bilgi sistemleri ile muhasebe ile devam etmiştir. İlk olarak tedavi merkezleri UHS tarafından yürütülmüş, 2002 yılından itibaren de kâr amacı güden şirketler hükümet tarafından sisteme davet edilmiştir (Eke ve Kişi, 2019).

İngiltere’nin USH dahili bir "piyasa"ya dayalı eski kurumsal yapıların yerini entegre bakım sistemleriyle değiştirdiği için büyük bir reform sürecindedir. Değişiklikler, ticarileştirmeden sağlık sağlayıcıları arasındaki iş birliğine doğru önemli bir değişimi temsil etmektedir. 2010’dan itibaren kemer sıkma önlemleri, covid 19 ile daha da tüketilen USH’nin ciddi bir şekilde zayıflaması vb. sebepler sağlık hizmetlerinde öz ödemede bir artışa neden olarak özel sağlık hizmetlerinin konumunu güçlendirmiştir. Yeni bir organizasyonel çerçeve uygulamaya yönelik pilot önlemler, 2021 Sağlık ve Bakım Yasasının (SBY) temeli olan 2019 Ulusal Sağlık Hizmetlerinin Uzun Vadeli Planına yol açmıştır (Eke ve Kişi, 2019).

İngiltere COVID-19 pandemisinden kayda değer bir şekilde etkilenmiştir. COVID-19 vakasından 137 binden fazla insan hayatını kaybetmiştir. Vaka sayısı bakımından dünyada dördüncü ülke konumunda olduğu görülmektedir (WHO, 2021). İngiltere’de COVID-19 tedbirleri amacıyla ilki Acil Durum Fonu Kanunu, ikincisi Korona virus Kanunu olmak üzere iki kanun çıkarılmıştır. Acil Durum Fonu Kanunu COVID-19 tedbirleri kapsamında kullanılmak üzere %48’e kadar ek harcama olanağı sağlanmıştır. Korona virus Kanunu ile de sağlık hizmetlerinin kapasitesini artırmak, sağlık hizmeti sunucularının çalışma sistemini düzenleyerek iş yükünü hafifletmek ve halkı desteklemek için hükümeti yetkilendirmiştir (Şahin İpek ve Acar, 2021). İngiliz hükümeti pandemi döneminde GSYH büyüklüğünün %13’üne tekabül edecek miktarda 350 milyar sterlin ek mali destek sağlayarak sağlık harcamalarının üstüne çıkan üçüncü ülke olmuştur (Aydoğdu vd., 2021). COVID-19 tedbirleri kapsamında aşılamanın başlamasından itibaren toplamda 108 milyon doz aşı uygulanmıştır. OECD, (2019) verilerine göre Pandemi öncesi yenidoğan bebek ölüm hızı % 3,9 iken pandemi sonrası 2021 yılında bu oran %3.8’e düşmüştür (OECD, 2021). Anne ölüm oranı 2019 yılında (%07 iken 2022 yılında %06’dır. Kronik hastalıklardan ölen sayısı 2019 yılında % 38 oranında iken 2021 yılında %42 olarak artış göstermiştir (OECD, 2019; OECD, 2021).

İtalya Sağlık Sistemi ve COVID-19 Sağlık Politikaları

İtalya’nın OECD (2021) verilerine göre nüfusu 59 Milyon, GSYH’ sı 2.1 trilyon ABD Doları, kişi başı GSYH 35.593 ABD Doları, sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı % 9,7’ dir. Ortalama yaşam süresi ise 82,7’dir. Ferre, vd. (2014) yaptığı çalışmada İtalya’nın 20 bölgeden oluştuğu ve bunlardan beş tanesinin özel statüde olduğu ifade edilmiştir. Kuzey İtalya ülke yönetiminde büyük bir katkı payına sahip olan gelişmiş bir bölge olmaktadır. Bu farklılık sağlık göstergelerine de yansımış olduğundan ülkenin kuzeyi ile güneyi arasında bölgesel farklılıklar görülmektedir.

İtalya sağlık sistemi, merkezi olmayan, bölgesel tabanlı sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık hizmetleri esas olarak tahsis edilmiş merkezi ve bölgesel vergilerle finanse edilir. Bölgelere tahsis edilen kaynak, ulusal fondan karşılanmaktadır. Merkezi hükümet sağlık sistemini oluşturmak ve hedeflerini belirlemekle birlikte Sağlık Bakanlığının da görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemekle sorumludur. Kamunun finanse ettiği hizmetler vergi gelirlerinden karşılanmaktadır. Bölgeler kendi alanlarındaki sağlık hizmetlerinin organize edilerek sunulmasından sorumludur. Halk sağlığı sistemleri birinci basamak sağlık hizmetlerini direkt olarak sunarken, ikinci sağlık hizmetleri ile uzman bakımını gerektiren hizmetleri de doğrudan akredite olmuş özel sağlık kurumları aracılığıyla veya kamu hastaneleri tarafından sunulmaktadır (OECD/EU, 2019).

İtalya sağlık sistemi, bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermekle birlikte, sağlık bakımına iyi düzeyde erişim sağlayan büyük ölçüde ücretsiz, bölgesel tabanlı bir ulusal sağlık sistemine sahiptir (OECD/EU, 2019). İtalya'da halk sağlığı birimi Sağlık Bakanlığının sorumluluğu altındadır. Öncelikli hizmetler arasında tarama ve bağışıklama hizmetleri bulunmaktadır. Rutin programlar arasında pap smear testleri, kolorektal taramalar ve mamografi taramaları yer almaktadır. Bu hizmetler karşılığında ücret ödenmemektedir. Yatan hasta bakımı akredite edilmiş özel hastaneler ve kamu hastaneleri vasıtasıyla sunulmaktadır. Bu tür hizmetler pratisyenlerin ve pediatristlerin yönlendirmeleri üzerine yapılmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin toplum ruh sağlığı hizmetleri adı altında sunulması planlanmıştır. Kuzey ve güney bölgeleri arasında ruh sağlığı hizmetleri bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların düzeltilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Göçmenlerin de, sağlık hizmetlerinden kendi halkı ile aynı şekilde faydalanabilmesi için mevzuat çalışmaları yapılmıştır.

İtalya'da sağlık göstergeleri AB ülkeleri arasında doğumda beklenen yaşam süresi bakımından İspanya'dan sonra ikinci ülkedir. Doğumda beklenen yaşam süresi 83.1 olup, AB ortalamasının 2 yıl üstündedir. Eurostat (2019) verilerine göre 65 yaş oranı nüfusun %22,3 olup, AB ortalamasından %2,9 oranında yüksektir ve Dünya'da 65 yaş üstü nüfusu olarak Japonya'dan sonra 2. sırada yer almaktadır. Kişi başına sağlık harcaması AB ortalamasından %15 kadar düşüktür. Sağlık harcamaları gayrisafi milli hasılanın %8,8'ini oluşturur (OECD/EU, 2019). İtalya, sağlık göstergeleri bakımından değerlendirildiğinde bebek ölüm hızı binde 2.8, yenidoğan ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı da binde 3.1 oranları ile AB seviyesinden daha iyi durumdadır. Bu göstergeler AB'nde 3.5, 1.92 ve 3.95 şeklinde görülmektedir. Anne ölüm oranı ise İtalya'da yüz binde 2 iken ve AB'nde bu oran 6'dır (Worldbank, 2020; Eurostat, 2020). İtalya'da doğurganlık oranı 1.4 olup dünyanın en az doğurganlık oranına sahiptir. Nüfus artış hızı göçmenlerden kaynaklanmaktadır. Kendi halkının nüfus artış oranı düşüktür (HSP, 2020).

İtalya'nın etkili bir sağlık sistemi vardır. Sağlık hizmetine erişim düşük maliyetli ve yüksek kalitededir. Sağlık sisteminin asıl sorunları, kronik hastalıkları yaşayan nüfusun artması ve sağlık bakımına ulaşılabilirlik bakımından adaletsizliklerin iyileştirilmesi ile ilgilidir (Ferre vd., 2014). Dünya Bankası verilerine göre; bin kişiye düşen doktor sayısının en yüksek olduğu ülke İtalya'dır. İspanya ve Almanya İtalya'dan sonra gelmektedir. Sağlık sisteminin finansmanında ulusal sağlık hizmeti vergilerle finansmanı sağlanırken, ilaç ödemelerinde ve ayaktan tedavilerde katkı payı alınmaktadır. İtalya'da kişi başına düşen yurt içi hasıla (GSYH) 34.483 USD olup, bu oran AB ortalamasından yüksek bir orandır. Genel itibarı ile ilaçlar geri ödeme kapsamındadır fakat ayaktan tedavi alan hastaların kullandığı ilaçlarının maliyeti düşerken, hastanelerin sağladığı ilaçların maliyeti git gide artmaktadır. İtalya'da sağlık harcamalarının dörtte üçünü kamu üçte birini cepten ödemeler karşılamaktadır. Temel Yardım Paketi (TYP), sağlık hizmetlerinin çoğunu karşılamasına rağmen cepten yapılan ödemeler de yüksek orandadır. Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcaması içindeki payı küçüktür. Cepten radyolojik görüntülemeler, laboratuvar testleri, ilaçlar, acil servislerde sağlanan gerekçesiz müdahaleler için ödeme yapılır (Group, 2020).

Temel Yardım Paketi temel sağlık hizmetlerini karşılamakta yetersiz kaldığından kapsamının genişletilmesi onaylanmış fakat bu hizmetlere erişilebilirlik bakımından bölgeler arası farklılıklar bulunmaktadır. Bölge halkının sağlık hizmetlerinden faydalanmak için farklı bölgelere gitmeleri konusunda esneklik vardır. Bu sebeple güney bölgenin vatandaşlarının bu yöndeki hareketliliği daha fazladır. Son dönemlerde harcamalardaki maliyeti düşürmek için önlemler alınmaya başlanmış ve alt yapı için ek finansman kaynakları aranmıştır. Kaynaklar, bölge sağlık kuruluşlarının finansmanını kendilerinin sağlaması, Avrupa fonları ve proje finansmanı gibi finansman biçimlerinden oluşmaktadır. Dijital sağlık kayıtları ile reçetelerin dijitalleştirilmesi gibi e-sağlık uygulamaları hükümet tarafından desteklenmektedir. İtalya'nın Lazio, Campania, Molise ve Lombardia bölgelerinde yüksek düzeyde özel bakım hizmetleri mevcuttur. Hastaneye yapılan yatışların %30'u kadar özel hizmet sunucuları tarafından yapılmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmetlerinin istihdam ettiği doktorlar maaşlı çalışmakta olup,

pratisyenler ve pediatristler bazı müdahaleler için ayrıca ödeme almaktadır. Hastanelerde ve ayaktan yapılan tedavilerde alınan ödemeler, ulusal oranlar baz alınarak her bölgenin kendisinin belirlediği oranlarda alınmaktadır (OECD/EU, 2019).

İtalya’da OECD (2020) verilerine göre doktor sayısı AB ortalamasının üzerinde olmakla birlikte 1000 kişiye 4.1 oranında hekim düşmektedir. Kamuda çalışan hekim sayısı azalmıştır. Hemşire sayısı AB ortalamasında 1000 kişi başına 8.8 iken İtalya’da bu oran 5,8 olarak görülmektedir (OECD/EU, 2019). İtalya’da diğer AB ülkelerine kıyasla yabancı hekim sayısı %5 oranında daha düşüktür. Hemşire sayısının dörtte biri yabancıdır. Yabancı uyruklu hemşirelerin büyük bir kısmı orta ve kuzey İtalya’da çalışmakta olup, genellikle evde bakım ve yaşlı bakımı hizmetlerinde görev yapmaktadır. Hemşirelerin uygulama kapsamı sınırlı olup, kariyer fırsatlarını iyileştirmek için bir gelişme sağlanmamıştır. AB dışında olan sağlık hizmet sunucuları sürekli kamu sektöründe sürekli bir çalışan olmamakla birlikte daha az rağbet gören alanlarda çalışmaktadırlar (OECD/EU, 2019).

İtalya COVID-19 salgınına karşı tedbir alma konusunda yavaş davranmış ve salgının ciddi boyutlara ulaşmasına sebep olmuştur (Guiseppe, 2020). İtalya’da ilk vaka 31 Ocak 2020 tarihinde görülmüş ve vaka sayısı bölgeden bölgeye değişiklik göstermiştir. İtalya’ nın kuzey bölgesinde uygulanmak üzere planlanan karantina kararının halk arasında duyulması üzerine halkın bölgeden ayrılarak başka bölgelere yayılması salgının artışına sebep olmuştur. 3 Şubat 2020’de COVID-19 Bilimsel Teknik Kurul “Comitato Tecnico Scientifico” (CTS) kurulmuştur (<https://tg24.sky.it/tecnologia/2020/06/16/report-media-italia>).

Teknik kurulun 7 Eylül’de yaptığı açıklamada hızla bir COVID-19 ile mücadele planı hazırlamak zorunda kaldıklarını bildirmiştir (Iacometti, 2022). Dolayısıyla, İtalya’nın COVID-19 pandemisi için ön hazırlığının yetersiz olduğu ve bu planın vakaların çıkışından sonra ve bilimsel komite ile hazırlanmak zorunda kaldığı görülmektedir. Mayıs ayında COVID-19 testi pozitif çıkanlara bluetooth ile bilgi verebilen Immuni uygulaması sistemine başlanmıştır. Karantina süresi, 3 Mayıs’a kadar uzatılmış, fakat bazı mağazaların 14 Nisan’dan sonra, kademeli olarak gevşetilmesi için stratejik planlar yapılmıştır (Ministera della salute, 2021a). Mayıs itibari ile AB ülkelerine sınırlar açılmış veriler doğrultusunda da diğer birkaç ülkeye de sınırlar açılmıştır. Yeniden açılma politikaları vaka sayılarının artmasına sebep olmuştur (<https://tg24.sky.it/tecnologia/2020/06/16/report-media-italia>).

İtalya’da 27 Aralık 2020 tarihinde Avrupa İlaç Ajansı (AİA)’nın COVID-19 aşısını onaylamasının ardından aşılama başlamıştır. İlk olarak programın kapsamına sağlık hizmet sunucuları ve huzur evleri alınmıştır. Pfizer/BionTech aşısı hem AİA hem de İtalyan İlaç Ajansı (İİA) tarafından onaylanan ilk aşıdır. İtalya’da 26 Nisan 2021 tarihine gelindiğinde onsekiz milyon doz aşının yapıldığı görülmüştür (Our World İn Data, 2021). Sonuç olarak İtalya’nın sağlık sisteminin pandemi karşısındaki durumu değerlendirildiğinde; önlemlerdeki gecikmeler vaka sayılarının artmasına ve koruyucu ekipmanlar ile sağlık çalışanı eksikliği, yatak sayısının azlığı ve tıbbi malzemelerin yetersiz kalması gibi sebeplerden dolayı zor zamanlar geçirmiştir. İtalya’da salgının hızla yayılmasında turistik bir ülke ve hareketli bir sosyal yaşamının olması, yaşlı nüfusun fazlalığı, kronik hasta sayısının çokluğu ve yatak kapasitelerinin orta seviyede olması vb. sebepler etkili olmuştur. İtalya’da sağlık hizmetleri açısından bölgeler arasında farklılıkların olması bazı bölgelerin bu yükü fazlasıyla aldığı görülmüş ve bundan dolayı da kapatma tedbirlerinin ön plana çıkmasına vesile olmuştur (Boccia ve ark, 2020). Sağlık hizmetlerinin sunumunda tedavi hizmetlerinde yoğun bakım yatak sayılarının azlığı sebebiyle sorunlar yaşanmış ve ihtiyacı karşılamamıştır. İtalya’nın yaşlı nüfusunun fazla olması yataklı hizmetlere daha fazla ihtiyaç duyulmasına sebep olmuştur. Hastane kapasitelerinin yetersizliği evde izalasyon tedbirlerinin yaygın olarak uygulanmasına yol açmıştır. Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi pandemi İtalya’nın da sağlık sistemini gözden geçirerek uzun vadeli daha güçlü planlar yapması gerektiğini ortaya koymuştur (Boccia et al., 2020).

3.TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ VE COVID-19 SAĞLIK POLİTİKALARI

OECD 2021 verilerine göre Türkiye 84 milyonluk nüfusa sahip GSYH'sı 0,8 trilyon olan, kişi başına düşen geliri ise 9,523 USD olup, OECD ülke ortalamalarının altında kalan bir ülkedir. Toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %4,6'dır. OECD ortalamasında ise %8,8 oranındadır.

Türk sağlık sisteminde Genel Sağlık Sigortası, 5510 sayılı kanunla 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiş ve 2012 yılından itibaren herkesi kapsamı altına alan bir sigorta sistemi olmuştur. Bu sistemle toplam sağlık harcamasının %79,2'si genel devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası herkesi kapsayan adaletli, ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunmayı temel amaç edinmiştir (Tatar ve Diğerleri, 2013). Genel Sağlık Sigortası'nda primler sigortalıların gelirine oranlanarak kesilmektedir (Sülkü, 2011). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, genel sağlık sigortası sistemi içinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yürütülmektedir. Genel Sağlık Sigortası'nın gelirleri; sosyal sigorta primleri, vergiler, devlet katkısı, cepten harcamalar ve isteğe bağlı sağlık sigortası primlerinden oluşmaktadır. Bu özelliğinden dolayı Türkiye'deki sağlık finansman sistemi karma bir yapıdan oluşmaktadır (Atasever, 2014; Günay, 2017). Türkiye' de sosyal sigortalar sistemi işçi, işveren ve diğer çalışanlardan kesilen primlerden elde edilir (Tatar, 2011; Günay, 2017). Sosyal güvencesi olmayan ve geliri asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların Genel Sağlık Sigortası primleri vergilerden ve hazineinden karşılanmaktadır (5510 sayılı Kanunun 65. maddesi). Birinci basamak sağlık hizmetleri ile aile hekimliği hizmetleri devlet tarafından ücretsiz olarak sağlanmakla birlikte giderleri de vergilerden karşılanmaktadır (Altun, Aydın vd., 2013). Özel Sağlık Sigortası isteğe bağlı şekilde yapılır. Sigorta şirketleri ve bireyler arasında ödenecek primlerin oranları, sigortanın kapsamı ve şartları kişinin kazanacağı haklar ve içeriği ile ilgili karşılıklı olarak yapılan anlaşmalardır. Özel Sağlık Sigortası sadece bireyin kendini kapsayabileceği gibi bir gruba ve aile fertlerini de kapsayabilmektedir.

Türkiye'nin sağlık finansmanını cepten yapılan ödemeler doğrudan ödemeler, katkı payı ve enformel ödemeler oluşturmaktadır (Tatar, 2011). Resmi ve özel sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler ve verilen ilaçlar karşılığında belirli miktarlarda katkı payı alınmaktadır (5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2012). Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından Genel Sağlık Sigortası kapsamında tüm vatandaşlara ücretsiz olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile aile hekimliği ve halk sağlığı hizmetleri sunulmaktadır.

Türkiye'nin sağlık göstergelerine bakıldığında, 2020-2023 yıllarında doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 77,5 yıldır. Dünyada doğuşta beklenen yaşam süresi ise 78,6 yıldır. Türkiye' de Mortalite oranı 81,3' dür. Anne bebek ölüm hızı 9,1 ölüm oranları da 63,7'dir. 65 yaş üstü vatandaşların oranı ise 9,5'tir (OECD, 2023). Sarıyıldız ve Paşaoğlu' nun (2021) yılında yaptığı bir çalışmada Türkiye'de 6.039'u üniversite hastanesi 16.086'sı Sağlık Bakanlığı ve 15.973 özel hastane de olmak üzere toplam 38.098 yoğun bakım yatağına sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu artışın sebebini Kamu Özel İş birliği modeli ile hizmet veren şehir hastanelerine bağlamıştır (Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2023).

Türkiye'de ilk kez COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de dönemin Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin KOCA'nın açıklaması ile duyurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020). Türk hükümetinin pandemi ile mücadeledeki ilk önlemleri ilk vakanın görüldüğü Çin, Güney Kore ve Japonya gibi ülkelerle ilgili seyahat yasağı önlemleri almak olmuştur. Ekomik tedbirler arasında 35 milyar dolarlık Ekonomik İstikrar Kalkanı paketi hazırlanmış ve düşük gelirli vatandaşlar ekonomik açıdan desteklenmiştir (Yeşilyurt ve Türk, 2023). Daha sonra salgını kontrol altında tutmak için 10 Ocak 2020'de mikrobiyoloji, enfeksiyon, göğüs hastalıkları, acil tıp, viroloji, yoğun bakım, halk sağlığı uzmanı bilim insanlarından oluşan 31 kişilik Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu (Bilim Kurulu) kurmuş ve COVID-19 salgını ile alakalı tüm tıbbi tedbir ve önlemlerin alınmasında görev almışlardır.

COVID-19 (SARS-CoV-2) Enfeksiyonu Rehberi (2020). Sağlık Bakanlığı salgının yayılmasını önlemek amacıyla SARS-CoV-2 Enfeksiyonu (COVID-19) rehberi hazırlamış ve süreç boyunca sürekli güncellenmiştir. Bakanlık aynı zamanda web sitesinden salgının boyutunu ve vaka sayılarına ait verileri sürekli olarak kamuoyu ile paylaşmıştır (Sarıyıldız, Paşaoğlu ve Yılmaz, 2021).

Pandemi döneminde sosyal güvencesi olmayanlar için Cumhurbaşkanlığı'nın yayınladığı kararname kapsamında tüm vatandaşlar koruyucu ekipman, kit, test ve tedavi ilaçlarından ücretsiz olarak faydalanmıştır (TC. Resmi Gazete, 2020). Çok kısa sürede sadece COVID-19 salgınına karşı mücadelede Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi gibi pandemi hastaneleri inşaa edilmiş yatak kapasitesi artırılmış ve hizmetin kilitlenmesi önlenmiştir. Ülkeler kriz anında kendi üretim kapasiteleri doğrultusunda bazı hamleler gerçekleştirmek için gerekli ve çeşitli adımlar atmaktadırlar. Pandemi dönemi ile mücadelede birçok ülke solunum cihazı yetersizliğinden dolayı birtakım sıkıntılar yaşaması üzerine Sağlık Bakanlığı ile Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı ve özel sektör iş birliği ile seri olarak yerli solunum cihazı üretmeye başlamışlardır. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı riskleri tespit etmek ve sağlık kontrollerini yapabilmek için bir mobil uygulama olan ve anlık veri paylaşan HES kodu uygulamasına geçmiştir. Bu kod ile temaslı ve hastalıklı kişiler tespit edilerek takip altına alınmıştır. Kişiler yaptırdıkları testlerin sonuçlarını sağlık kuruluşlarına gitmeden e-Nabız uygulaması üzerinden öğrenebilmişlerdir. COVID-19 pandemisinde tüm dünyada aşılama çalışmalarının başlaması ile kritik hasta ve ölüm oranlarının düştüğü gözlemlenmiştir. Türkiye'de 30 Ağustos 2021 tarihi itibari ile toplam yapılan aşı sayısı 93.377.256, 1. doz uygulanan kişi sayısı 47.955.208 ve 2. doz uygulanan kişi sayısı 36.792.263'tür (Sağlık Bakanlığı, 2021).

4. ALMANYA, FRANSA, İNGİLTERE, İTALYA VE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SİSTEMİ VE COVID 19 SAĞLIK POLİTİKALARININ KIYASLANMASI

Her ülkenin sağlık sistemi tarih, sosyal ve ekonomik unsurlardan etkilenecek şekilde şekillenmiştir. Sağlık sistemi modelleri bakımında değerlendirildiğinde Tablo 1'de de görüldüğü gibi Almanya ve Fransa Bismarck modelini kullanmaktadır. Yüksek kalitede sağlık hizmeti sunması bu modelin güçlü yönlerindendir. İngiltere ve İtalya Beveridge modeli bir sağlık sistemi kullanmakta olup; eşitlikçi bir yaklaşımla hizmet sunmaya çalışmaktadır. Kaynak sıkıntısı ise sistemin zayıf yönleri arasında yer almaktadır. Türkiye ise 2012 yılında Genel Sağlık Sigortası Sistemine geçmiş ve bu sistemle sağlık hizmetlerine erişim artırılmıştır. Tüm ülkelerde nüfusun yaşlanması, teknolojik maliyetler ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler ortak sorunlar arasında yer almaktadır.

Türkiye, 2012 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemini kullanmaya başlayarak büyük bir kamu sigortası sistemini oluşturmuştur. Batı Avrupa ülkelerinde sağlık sistemleri birbirlerinden farklılıklar gösterebilir evrensel sağlık sigortası sistemleri özellikleri ile kamu kapsamı daha ağır basmaktadır. Özel sağlık sigortası Türkiye ve diğer ülkelerde isteğe bağlı olarak sunulmaktadır.

Tablo 1. Sağlık Sistemi Modelleri

Ülkeler	Model Tipi	Finansman ve Kaynaklar	Erişim	Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Almanya	Bismarck Modeli	İşveren/Çalışan Primleri (%14,6 Maaştan Kesinti)	Evrensel (%99)	Bekleme Sürelerindeki Kısalık, Yüksek Kalite	Maliyetlerin artması, Nüfusun yaşlanması (OECD, 2022; (Blümel vd. 2020))
İngiltere	Beveridge Modeli	Genel Vergiler (KDV, Gelir Vergisi)	Evrensel	Düşük Maliyet, Eşitlikçi Yapı	Bekleme Sürelerindeki Uzunluk, Personel Sıkıntısı (The Lancet, 2022; Nuffield Trust, 2022).
Fransa	Karma Bismarck Modeli	Primler (%58) +Genel Vergiler (%42)	Evrensel	Hasta Memnuniyeti,	Bütçe Açığı, Kırsalda Doktor Eksikliği (Who, 2021; Ress (2023)).

İtalya	Bölgesel Beveridge	Vergiler (%76) Bölgesel Katkılar	Evrensel	Kronik Hastalıkların Yönetimi Uzun Yaşam Süresi, Yenilikçi Tedaviler	Bütçe Kısıtlılığı, Kuzey Güney Bölge Eşitsizliği (Eurostat, 2022; Annual Health Report, 2023)
Türkiye	Karma Sistem (Sosyal Sigorta, Kamu Destekli)	İşçi, İşveren, Devlet Katkısı (79.3) Özel Kaynaklar (20.7) (Sağlık Bakanlığı, 2023).	Evrensel	Erişimdeki Gelişmeler, Dijital Alt Yapı, E-Nabız Kamu Sigortası Kapsamı Şehir Hastaneleri	Bölgesel Eşitsizlikler, Personel Sıkıntısı, Verimlilik Sorunları, Ekonomik Yük (OECD, 2023)

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

Sağlık göstergeleri açısından bakıldığında; COVID-19 sonrası dönemde tüm ülkelerde bebek ölüm hızı (BÖH) oranlarının düştüğü görülmektedir. En düşük ülke %5 oranı ile İtalya'dır ve İtalya'yı %3,0 oranıyla Almanya takip etmektedir. Türkiye'de ise bu oranın %8,5 olduğu görülmektedir. Anne ölüm hızının en düşük olduğu ülke %2'lik oranla İtalya'dır. Bu oranın en yüksek ülkenin de %15'lik oranla Türkiye olduğu görülmektedir. Aşılama oranlarına bakıldığında en fazla aşılama %80'lik oranla İtalya'nın olduğu ve onu da Fransa'nın takip ettiği görülmektedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi açısından bakıldığında; Almanya, İngiltere ve Türkiye'de pandemi sonrası yaşam süresinin kısaldığı, Fransa'da artış gösterdiği, İtalya'da ise pandemi öncesi ile aynı olduğu görülmektedir. Nüfus yoğunluğu bakımından değerlendirildiğinde ise en kalabalık ülke Türkiye ve Almanya'dır.

Tablo 2. Pandemi Öncesi ve Sonrası Sağlık Göstergeleri

Göstergeler ve Yıllar	Almanya		Fransa		İngiltere		İtalya		Türkiye	
Yıllar	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Bebek ölüm hızı (%)	3.1	3.0	3.8	3.7	3.9	3.8	2.6	2.5	9.1	8.5
Anne ölüm hızı (100.000'de)	3	3	8	7	7	6	2	2	17	15
Covid-19 sebebiyle hayatını kaybedenler (100.000'de)	-	160	-	220	245	-	-	280	-	110
Doğuşta beklenen yaşam süresi	81	80,7	82	82,3	81	80,4	83	83	78	77,3
Nüfus (milyon)	83.12	83.20	67.06	67.75	66.65	67.22	60.36	59.11	83.43	85.34

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

Ekonomik açıdan değerlendirildiğinde; beş OECD ülkesinin de COVID sonrasında GSYH oranını artırdığı görülmektedir. Bu oranın en yüksek olduğu ülke 4,22 trilyon USD Almanya iken ikinci sırada 3,13 trilyon dolarla İngiltere yer almaktadır. Türkiye'de ise bu değer 0,89 trilyon USD olduğu görülmektedir. Sağlık harcamaları bakımından değerlendirildiğinde; Tablo 3'te de görüldüğü gibi tüm ülkelerin sağlık harcamaları COVID-19 sonrasında artış göstermiştir. Almanya ve Fransa GSYH'nın %12,7-12,1 oranını sağlık harcamalarına ayırırken Türkiye'nin %4,3 oranında bir pay ayırdığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için sağlık harcamalarının GSYH'ndaki oranının en az %5'i civarında olması gerektiğini ifade etmiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015; Kırılmaz, Amarat ve Ünal, 2017).

Tablo 3. Pandemi Öncesi ve Sonrası Ekonomik Göstergeler

Göstergeler ve Yıllar	Almanya	Fransa	İngiltere	İtalya	Türkiye
-----------------------	---------	--------	-----------	--------	---------

Pandemi Öncesi ve Sonrası	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
GSYH (trilyon \$)	3.85	4.22	2.72	2.94	2.86	3.13	2.00	2.10	0.76	0.89
Kişi başı GSYH	46.000	50.400	40.500	43.800	42.300	46.540	33.200	35.530	9.200	10.430
Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki oranı (%)	11.7	12.7	11.1	12.1	10.2	11.3	8.7	9.7	4.2	4.3

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

Sağlık insan gücü bakımından değerlendirildiğinde; Almanya, Fransa, İngiltere ve İtalya genellikle kamu ve özel sağlık hizmeti sunmaktadır ve kamu hizmetleri, vatandaşlar için ücretsiz ya da düşük maliyetli olarak sunulmaktadır. COVID-19 sonrası tüm ülkelerdeki sağlık insan gücü sayısı artmıştır. Hekim sayısı açısından bin kişide 4.5 ile en iyi ülke Almanya'dır. Hemşire sayısı bakımından da en yüksek oranlar Almanya'nın olup onu Fransa takip etmektedir. Sağlık insan gücü bakımından 2.1 ile en düşük oran Türkiye'ye aittir.

Tablo 4. Sağlık Alt Yapısı ve Sağlık İnsan Gücü

Göstergeler ve Yıllar	Almanya		Fransa		İngiltere		İtalya		Türkiye	
Yıllar	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Hekim sayısı (1000 kişi'de)	4.3	4.5	3.4	3.5	2.8	3.0	4.1	4.2	1.9	2.1
Hemşire Sayısı (1000 kişi'de)	13.2	13.5	10.8	11.0	8.2	8.5	6.2	6.5	2.3	2.5
Yoğun Bakım Yatak Sayısı (100.000'kişi'de)	34	34	16	16	7	7	12	12	46	46

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

Kronik hastalıklar ve depresyon oranları açısından değerlendirildiğinde; oranların birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklar sınıfına diyabet, KOAH ve kalp hastalıkları girmektedir. Tablo 5'te de görüldüğü gibi kronik hastalıklar bakımında en düşük oran Türkiye'dedir. Fakat 2019 yılında %15 olan oran 2022 yılında %18'e çıkmıştır. En yüksek oran ise İngiltere'ye aittir. Pandemi öncesi oranlarla kıyaslandığında en yüksek artışa sahip ülkedir. COVID ölümlerinin en yüksek olduğu ülke 220.000 ile İngiltere iken 102.000'lik oranla en düşük olan ülke Türkiye'dir. Depresyon pandemi sonrasında tüm ülkelerde önemli bir artış göstermiştir. En yüksek oran %8'lik bir artış oranıyla İngiltere'dir.

Tablo 5. Kronik Hastalıklar ve Depresyon Oranları

Ülke	Kronik Hastalık Oranı (2019) %	Kronik Hastalık Oranı (2022) %	Depresyon Oranı (2019) %	Depresyon Oranı (2022) %	Covid 19 ölümleri 2023 verileri
Almanya	35 (Robert Koch Enstitüsü, 2019)	36 (Robert Koch Enstitüsü, 2019)	9 (WHO, 2022)	15 (WHO, 2022)	174.000 (Destatis, 2023)
İngiltere	38 (OECD, 2019)	42 (NHS, 2022)	10 (The lancet Psyshiary, 2022)	18 (The lancet Psyshiary 2022)	220.000 (The lancet Psyshiary, 2022; NHS, 2022; UK Government, 2023)
Fransa	20 (DRESS, 2022)	22 (Sate Pulique France, 2022)	11 (Sate Pulique France, 2022)	17 (Sate Pulique France, 2022)	167.000 (Sate Pulique France, 2022; Sate Pulique France, 2022)

İtalya	23 (Eurostat, 2019)	25 (Eurostat, 2022)	6 (Italian Ministry of Health, 2022)	12 (Italian Ministry of Health, 2022)	193.000 (WHO, 2023)
Türkiye	15 (TUİK, 2019)	18 (TUİK, 2019)	8 (Sağlık Bakanlığı, 2022)	14 (Sağlık Bakanlığı, 2022)	102.000 (TUİK, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2022; WHO 2023)

Kaynak: OECD 2019 ve 2022 yılı istatistiksel verileri.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve Türkiye OECD ülkeleri arasında yer almasına rağmen bu ülkelerin refah düzeyleri ve gelişmişlik düzeyleri birbirlerinden farklılık göstermektedir. Sağlık alt yapısı, sağlık insan gücü, ekonomik refah düzeyi vb. sebepler ülkelerin salgın hastalıklarla mücadelesini etkilemektedir. Bu çalışmada birbirine benzer ve ekonomik refah düzeyi yüksek olan OECD ülkelerinden dört tanesi seçilmiş ve sağlık sistemleri, pandemi öncesi ve sonrası dönemi sağlık verileri ülkemizin verileri ile karşılaştırılmıştır.

Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve Türkiye'nin kullandıkları sağlık modelleri birbirlerine benzerlik göstermektedir. Almanya sosyal sigorta temelli, Fransa sosyal sigorta ve kamu destekli, İngiltere tamamen vergilere dayalı, İtalya merkezi planlama ve bölgesel uygulama, Türkiye ise genel sağlık siortası kamu ve özel karma yapı sistemlerini kullanmaktadır. Modeller karşılaştırıldığında Almanya ve Fransa Bismarck modeli ile yüksek kalitede hizmet sunarken, İngiltere ve İtalya eşitlikçi yaklaşımla kaynak sıkıntısı çekerek hizmet sunmaktadır. Türkiye ise karma bir model kullanmakta olup alt yapı ve personel sıkıntısı çekmektedir. Pandemi döneminde her ülke kendi sosyo-ekonomik ve sağlık alt yapı özelliğine göre önlem almıştır. En katı uygulamalar Almanya'da görülürken en esnek davranan ülke İngiltere olmuştur. Aşılama oranlarına bakıldığında İtalya, Fransa, Almanya % 75 ve üzeri iken %68'lik oranla Türkiye en düşük orana sahiptir. COVID sebebiyle hayatın kaybeden insan sayısı en fazla İtalya'da en düşük Türkiye'dedir. Pandemi sağlık harcamalarında artışa sebep olmuştur. En iyi GSYH Almanya, Fransa ve İngiltere iken en düşük oran Türkiye'nindir. Sağlık insan gücü bakımından en iyi oran Almanya' da iken en düşük oran Türkiye'dedir. Kronik hastalıklar konusunda en yüksek orana İngiltere sahipken en düşük oran Türkiye'de görülmektedir. Pandeminin depresyon artışını en çok etkilediği ülke İngiltere'dir. Depresyon oranının en düşük olduğu ülke Türkiye olmasına rağmen pandeminin bu oranı %6 oranda artırdığı görülmektedir. Sonuç olarak; Almanya erken müdahale, sağlık alt yapısı, bilimsel yaklaşım ve şeffaflıkla pandemiye yöneten en iyi ülke olmuştur. Diğer ülkelerin kısmi başarıları olsa da Almanya sistematik yaklaşımı ve ölüm oranlarının azlığı ile bu süreçte öne çıkan ülke olmuştur.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar makaleye %60, ikinci yazar ise makaleye %40 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Agnes, C. (2001). The French Health Care System: A Brief Overview. Presentation Prepared For The PWG Meeting, CREDES. Erişim adresi: <https://www.irdes.fr/english/documentation/documents/the-french-health-care-system.pdf>, (09.12.2023).
- Akman, E., ve Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt:6 Sayı:2, ISSN -2149-6161
- Aksaoğlu, G.ve Giray, H. (2006). Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü. *Toplum ve Hekim*, 21 (56), ss. 1-16.

- Anelli F, Leoni G, Monaco R, Nume C, Rossi RC, Marinoni G, vd. (2020). Italian Doctor Call For protecting healthcare workers and boosting community surveillance during covid 19 outbreak. BMJ. 26 Mart 2020;368. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1254>.
- Altınkaya, Z. (2020). Koronavirus Pandemisinde Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Neoliberalizm İtalya Örneği, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi. Cilt .10 Sayı. 20.
- Arslan Çilhoruz, İ., ve Orhaner, E. (2020). Özel Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: Türkiye Almanya Örneği. İşletme Akademisi Dergisi, 1 (2): 88-10. DOI:10.26677/TR1010.2020.434.
- Arslanoğlu, A. (2021). *5n 1 Kalite*. İstanbul: Eftalya Yayım.
- Association of British Insurance, Health Insurance, Erişim adresi: <https://www.abi.org.uk/Insurance-and-savings/Topics-and-issues/Health insurance>, (21.10.2023).
- Atasever, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi. ISSN:978-605-67663-9-8.
- Ateş, M (2011). Birleşik Krallık’ ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü, Toplum ve Hekim TTB Yayını, 21, 335-343.
- Ateş, M. (2011). Sağlık Sistemleri. İstanbul: Gerekli Kitap.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlıoğlu, S., Özgülcü, S., Aydoğan, U., Ayar, B., Dilmen, U., Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61051-X.
- Aydoğdu, A., Yorulmaz, M. & Kırac, R. (2021). Covid-19’A Karşı Alınan Ekonomik Önlemlerin Büyüklüklerinin Değerlendirilmesi: Amerika, Almanya, İngiltere, İtalya ve Türkiye Örneği. International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences, 7(1).
- Bank, W. (2020). *World Bank Open Data | Data [Internet]*. . Available at: <https://data.worldbank.org/> adresinden alınmıştır
- Bayliss, K. (2022). Can England’s National Health System Reforms Overcome The Neoliberal Legacy? International Journal Of Health Services, Vol. 52(4), 480–491 Doi:10.1177/00207314221115945.
- Bebbington, J. and Song, E. (2004). *The adoption of IFRS in the EU and New Zealand*. Access address: <http://www.europe.canterbury.ac.nz/>, (14.07.2008).
- 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu, (2012). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5510.pdf>. (Erişim Tarihi:11/03/2025).
- Bevan, G., Karanikolos, M., Exley, J., Nolte, E., Connolly, S., ve Mays, N. (2014). Sağlık sistemleri, İstanbul: Gerekli Kitap Yayınları The four health systems of the United Kingdom: How do they compare? Summary Report. The Health Foundation.
- Birleşik Krallık 2020 Etkinlikleri*. (tarih yok). 09 11, 2023 tarihinde Human Right Watch: <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/united-kingdom> adresinden alındı.
- Boccia, S., Ricciardi, W., Ioannidis, JPA. (2020). What other countries can learn from Italy, during the Covid-19 pandemic. JAMA Vol 180, No 7 p:927-8.Erişim Adresi: <http://jamanetwork.com/on11/09/2020>. Erişim Tarihi: 11 Kasım 2020.
- Boyle S. (2011) Health Systems in Transition; United Kingdom (England): *HealthSystem Review*. Erişim Adresi:http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf. Erişim Tarihi: 15.10.2023.
- Boz, C., ve Önder, E. (2017). Oecd ülkelerinin sağlık sistemi performanslarının değerlendirilmesi. *Sosyal Güvence Dergisi* (11). DOI: 10.21441/sguz.2017.54.

- Brexit briefing reciprocal healthcare between the UK and the EU, <https://www.bma.org.uk/collectivevoice/influence/europe/brexit/bma-brexit-briefings/reciprocalhealthcare>.
- Blümel, M., Spranger, A. Achstetter, K. Maresso, A. and Busse, R. (2020). Germany: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies, 22(6): 1–273. Erişim adresi: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020> (03.04.2022).
- Çapar, H. ve Çakmak, C. (2021). *Sağlık Turizmi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Çakmak, Ö., Biçer, İ. ve Demir, H. (2020). Sağlıkta Sanat Terapisi Kullanımı: Literatür Taraması. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 12-21.
- Çapar, H., Çınar, F., ve Arıcı, H. (2014). Communication Problems with People on the Streets during COVID 19 in terms of Social Well-being. 6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 20-22 Mayıs 2021, Isparta, 158-169.
- Çapar, H., Çınar, F. ve Güven, B. (2021). Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim. A. Yıldız ve B. Özgüleş (Ed.), *Stratejik Yönetim* içinde (28-49), Ankara: Gazi Kitabevi.
- Chauvin, F, Yazdanpanah, Y, Lina, B, et al. (2020). “France’s Covid 19 Response: Balancing Conflicting Public Health Traditions”. The Lancet 396 (10246), 219-221. Erişim adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31599-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31599-3/fulltext) (Erişim tarihi: 01.12.2022). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31599-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31599-3).
- Clarke, E. (2012) and Bidgood, E. (2013). Based on the 2001 Civitas Report by David Green and Benedict Irvine. Healthcare Systems: France
- Çınar, F. (2021). Sağlık Politikaları. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 128-138.
- Çınar, F. ve Çapar, H. (2021). Association of new coronavirus (COVID 19) with hand hygiene score. *Annals of Clinical and Analytical Medicine Journal*, 12(3), 102-112.
- Çınar, F. ve Oğuz, M. (2020). Türkiye’de COVID-19 Pandemisine Yönelik Stratejilerin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2) , 1-11.
- Cookies on the NHS websitesi, (NHS). (2025). Erişim Adresi: <https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs/>. Erişim Tarihi: (11.03.2025).
- Çöl, M. (2021). İtalya’ da Sağlık Sistemi ve Covid 19 Pandemisi yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 36(5).
- Çifçi, H. İ., (2011). Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.
- Cylus, J, Richardson, E, Findley, L, Longley, M, O'Neill, C, Steel, D (2015). United Kingdom: Health system review. Health systems in transition, 17(5), 1-126.
- Daşdan, İ. ve Çetinkaya. V. (2015), OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *SGD Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, Sayfa 104-134.
- Direction de la Recherche, des Études, de l’Evaluation et des Statistiques (DRESS). (2023). Fransa Sağlık Harcamaları Raporu. [<https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr>].
- DREES, Études et Résultats. (2022). Chronic diseases most often affect those on low incomes and significantly reduces their life expectancy. Erişim Adresi: <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/ER1243ENMAJ0704-23.pdf>.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2021). Fransa Sağlık Sistemi İncelemesi. Erişim Adresi: <https://www.who.int>.

- Eke, E. ve Kişi, M. (2018). Sustainability and transformation in the NHS. Erişim Adresi: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/Sustainability-and-transformation-in-the-NHS.pdf>.
- Eke, E. ve Kişi, M. (2019). Geçmişten günümüze İngiltere sağlık politikaları: Ulusal sağlık sistemi odaklı güncel bir perspektif. *OPUS International Journal of Society Researches*, 11(18), 2687-2707.
- Ekinci, G., Arslanoğlu, A., Çapar, H. ve Çınar, F. (2021). *Sağlıkta Kalite*. İstanbul: Eftalya Yayınları.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2016). The Economic Consequences Of Brexit: A Taxing Decision. Erişim Adresi: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4jmOsvdkföken.pdf>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü/Avrupa Birliği (OECD/AB). (2019). Sağlık Genel Bakış: Avrupa 2019 – AB Döngüsünde Sağlık Durumu. Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/en/data.html>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2019). İngiltere Sağlık Profili. Erişim Adresi: <https://www.oecd.org>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) (2020). Tackling coronavirus (COVID19)-Browse OECD contributions: Beyond Containment: Health systems responses to COVID 19 in the OECD, Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/coronavirus/en/>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2021). OECD Health Statistics. <https://web.archive.oecd.org/temp/2024-02-21/78817-health-data.htm>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2022). Sağlık Bir Bakışta: Avrupa [<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-2022.htm>].
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD). (2023). Sağlık Bir Bakışta: Türkiye Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/turkey/health-at-a-glance-turkiye.htm>.
- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü OECD. (2024). Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight? OECD Publishing, Paris. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>
- Ekonomik Örgütü (ve Kalkınma Örgütü) (OECD). (2021), OECD Economic Outlook, Volume 2021 Issue 2, No. 110, OECD Publishing, Paris. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1787/66c5ac2c-en>.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), (2020). European Centre for Disease Prevention and Control. Testing strategies. Erişim Adresi: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/testing-strategies>
- Eurostat. (2023). Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals. (Erişim Tarihi: 29.03.2025).
- Eurostat, (2020). *The health systems and policy monitor*. Erişim Adresi: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table?lang=en..>
- Eurostat. (2022). İtalya'da Sağlık Hizmetleri: Bölgesel Farklılıklar. Erişim Adresi: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Ergenay, O. Şataf, C. (2021). İngiltere'de Sağlık Harcamaları ve COVID 19. *Journal of Public Economy and Public Financial Management*, 1(1), 10-27.
- Ertürk Atabey, S. (2012). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Ankara: Gazi Kitabevi Yayınları.
- Ertürk Atabey, S., Meriç, M. (2016). Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelemesi. *Sosyoekonomi Dergisi*, Vol. 24(29), 113-131 DOI: 10.17233/se.2016.06.005

- Evans, D. (2013). What price public health? Funding the local public health system. *Critical Public Health*, 31:4, 429-440, DOI: 10.1080/09581596.2020.1713302
- Fahy, N, Hervey, T, Greer, S, Jarman, H, Stuckler, D, Galsworthy, M, McKee, M. (2019). How will Brexit affect health services in the UK? An updated evaluation. *The Lancet*, 393(10174), 1-10. Greener, I. (2015).
- Ferre, F., Giulio De Belvis, A., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., et al. (2014). Health Systems in Transition C.16. *Italy Health System Review*. Erişim Adresi: <https://air.unimi.it/bitstream/2434/1023586/3/HiT-16-4-2014-eng.pdf>.
- Franc C, Pierre A (2015). Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France: Implications and current debate. *Health Policy*, Volume 119, Issue 2: 111-116. Erişim Adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.014>
- Godin M. (2020). Why Is the Coronavirus Outbreak So Bad in Italy? |Time Erişim Tarihi:05.09.2023.
- Gönül D (2009) Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. Erişim Adresi: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/component/com_booklibrary/ebook/nhs_kitap_0210.pdf
- Guiseppe G. (2020). HealthManagement.org, Management of CO VID-19 in Italy; 20(3) Erişim tarihi 18 Ekim 2020 Ava-ilable at: <https://healthmanagement.org/c/hospital/issueartic-le/management-of-covid-19-in-italy>
- Günay, A. (2017). Türkiye' de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere İle Karşılaştırılması. *Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü*. İstanbul.
- Güngör, B. (2020). Ortodontik Pekiştirme Tedavisinde Maliyet Analizi: Essix – Sabit Retainer Karşılaştırması. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim Adresi: <https://time.com/5799586/italy-coronavirus-outbreak/>
- Group. WB. (2020). Italy GDP per capita. Erişim Adresi: <http://www.governo.it/it/ articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-22-marzo-2020/14363>. Erişim Tarihi:15.08.2023.
- Health Systems and Policy Monitor HSP. (2020). The health systems and policy monitör. Erişim Adresi: <https://hspm.org/countries/italy/25062012/countrypage.aspx>.
- Health Care Systems in the EU [: A Comparative Study, European Parliament, Erişim Adresi: http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf:
- Health and Social Care Information Centre (2013/2014) NHS Denta Statistics for England), Erişim Adresi: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB14738>. (Erişim Tarihi: 20.10.2023).
- Health at a Glance: Europe (2022) State Of Health In The Eu Cycle, ISSN 2305-607X (print) ISSN 2305-6088. (Erişim Tarihi: 20.10.2023).
- Help with health cost. Erişim Adresi: <https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs>. (Erişim Tarihi: 03/11/2025).
- Hermann C (2010). The UK national health service, DFID Health Systems Resource Centre. Erişim Adresi: <http://www.heartresources.org/wpcontent/uploads/2012/10/The-history-and-development-of-the-UK-NHS.pdf>.
- Hüsmenoğlu, M., Yılmaz Kuşaklı, M. (2021). Almanya sağlık sistemi COVID 19 pandemisi durum analizi German health system situation analysis in COVID 19 pandemic. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Vol 8(2): 156-162.
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), (2023). France pandemic death report. Erişim Adresi: <https://www.insee.fr>.

- Işık, DW (2003). Evrensel sağlık bakımı: Britanya deneyiminden dersler. *Amerikan halk sağlığı dergisi*, 93 (1), 25-30.
- Italian Ministry of Health. (2022). Mental health survey. Erişim Adresi: <https://fundit.fr/en/institutions/ministry-health>.
- Italian Ministry of Health. (2023). Annual Health Report. Erişim Adresi: <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>.
- Iacometti, M. (2022). Pandemi döneminde İtalya, İspanya ve Belçika'daki yerel yönetimlerin sağlık konusundaki yasama yetkileri. *DPCE Çevrimiçi*, 54 (Sp).
- Jothikasthira, N. (2021). *Medikal Turizm*. H. ÇAPAR (Çev.), Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Karagan. E., (2008). Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.
- Kaya, A., (2011). Türkiye ile Bazı Oecd Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması. *Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı*, Yüksek Lisans Tezi.
- Kırılmaz, H., Amarat, M. ve Ünal, Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-104.
- King's Fund (2014). The UK Private Health Market, Erişim Adresi: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/commission-appendix-ukprivate-health-market.pdf> (Erişim Tarihi: 05.10.2023).
- Lancet. (2022). NHS Performans Analizi. Erişim Adresi: <https://www.thelancet.com>.
- Light, D. W. (2003). Universal health care: lessons from the British experience. *American journal of public health*, 93(1), 25-30.
- Medikal Turizm Derneği. (2021). *COVID 19'un Medikal turizm Üzerindeki Etkileri*. Access address: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33901355/>, (13.06.2021).
- Merlin Press, Hitiris, (1997). Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları, L. Panitch ve C. Leys (Eds.), U. Haskan (Çev.), (2. Bsm) London. NHS England. (2014). Five year forward view. Leeds: NHS England. NHS England. (2019). The NHS long term plan. Leeds: NHS England
- Mooney, (2012). Universal health care: Lessons from the British experience, *American Journal of Public Health*, 93(1), 25-30.
- National Health Service (NHS). (2022). Post-Pandemic Chronic Disease Report. <https://www.nhs.uk/search/results?q=Post-Pandemic+Chronic+Disease+Report>
- National Health Service (NHS), (2023). How to Access NHS Services. Erişim Adresi: <https://www.nhs.uk/nhs-services/>.
- Nuffield Trust (2013) Public Payment and Private Provision: The Changing Landscape of Health Care in The 2000s Erişim Adresi: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130522_public-payment-and-private-provision.pdf. (Erişim Tarihi: 08.2023).
- Nuffield Trust. (2022). UK Waiting Times Report. Erişim Adresi: <https://www.nuffieldtrust.org.uk>.
- Our World in Data, COVID 19 Data Explorer. Erişim Adresi: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data>. (Erişim Tarihi 09.03.2023).
- Or, Z., and Gandré, C. (2019). Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage Barber. S.L., Lorenzoni. L and Ong, P (Ed.), Price setting and price regulation in health

- care: France (57-84), World Health Organization and the Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K (2023). France: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies, 25(3): 1 –276. Erişim adresi: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-review-2023>
- Özkaraduman. H. T., (2019). Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası, Genel Olarak AB Ülkeleri Değerlendirmeleri, İngiltere ile Türkiye Kıyaslaması ve Öneriler, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sigorta ve Risk Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi.
- Pamuk, Ş. (2007). *Economic change in twentieth century Turkey: Is the glass more than half full?* (Working Paper No.41). Paris: The American University of Paris.
- Robert Koch Institute, (2019). Chronic conditions in Italy. Erişim Adresi: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_it_english.pdf.
- Santé Publique France, (2022). Depression and anxiety study.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3).
- Sargutan, E., (2006). Karşılaştırmalı sağlık sistemleri, *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, Ankara.
- Sarıyıldız, Y., A., Paşaoğlu, M. T. ve Yılmaz, M. E. (2021). Türkiye, Çin, ABD, Fransa sağlık sistemleri ve Covid-19 politikaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 314-327.
- Sky tg24, (2025). Erişim Adresi: <https://tg24.sky.it/tecnologia/2020/06/16/report-media-italia>. Erişim Tarihi: (11.03.2025).
- Spahn, J. (2021). The German Healthcare System: Strong, Reliable, Proven. Erişim adresi: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_EN.pdf (Erişim tarihi: 05.12.2023).
- Strategic Comments. (2020). “France’s Response to Covid 19.” 26 (5), 4-6 Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13567888.2020.1805910> (Erişim tarihi: 05.12.2023).
- Statistisches Bundesamt. (2023). Erişim Adresi: https://www.destatis.de/EN/Home/_node.html. (Erişim Tarihi: 29.03.2025).
- Sülkü, S. N. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. *Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı*.
- Şahin İpek, E. A. ve Acar, İ. A. (2021), Covid-19 Salgını ve Bütçe Yönetimi: Seçilmiş Ülke Örnekleri Çerçevesinde Türkiye Açısından Bir Değerlendirme, *Pandemi Ekonomisi* (s. 153- 188). Bursa: Dora Yayınevi.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman model: “sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1).
- TC. Resmi Gazete. (2020, 04 04). Cumhurbaşkanlığı Kararı. Karar Sayısı: 2399. (31099), 317.
- TC. Sağlık Bakanlığı. (2022). Ruh sağlığı verileri. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr>.
- TC. Sağlık Bakanlığı. (2023). Genel Sağlık Sigortası Faaliyet Raporu. Erişim Adresi: <https://https://www.saglik.gov.tr>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). COVID 19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi. Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2020). Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Covid 19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi. Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid19-rehberi.html>. (Erişim Tarihi: 11.01.2023).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2021). Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri (2023). 2012/25 sayılı SGK Genelgesi, Erişim Adresi: http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a/28.06.2012_2012_25.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=42513bda-6eaa4a3f-a257-239149e51e7a. (Erişim Tarihi: 27.10.2023).
- Türk, M. (2022). Fransa Sağlık Sistemi ve Pandemi Yanıtı. Toplum ve Hekim, 37(3), 231-240.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2019). Türkiye sağlık harcamaları. Erişim Adresi: <https://www.tuik.gov.tr>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=n%C3%BCfus>. (Erişim Tarihi: 10.10.2023).
- Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Erişim Tarihi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>.
- Ulusoy, H. ve Aydın, J. C. (2021). Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri* (s. 258). Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım Tic. Ltd.Şti.
- Yeşilyurt, E. ve Türk, Y. (2023). *Turkey's relief package against virus hits* Erişim Adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2019). Word Health Statistics. Erişim Adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2021). Word Health Statistics, Erişim Adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>.
- World Health Organization (WHO). (2023). Italy COVID-19 dashboard. Erişim Adresi: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/italy/>.
- World Health Organization (WHO). (2023). Türkiye COVID-19 death data. Erişim Adresi: <https://www.who.int>.
- Word Bank Group. (2025). *World Development Indicator* Erişim Adresi: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&country=FRA>. Erişim Tarihi: 06.03.2023
- World Bank. (2021). Erişim Adresi: <http://data.worldbank.org/The>. (Erişim Tarihi: 06.03.2023).
- Zaleski, I.D. (2014). The French Health Care System, Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/266507927> (Erişim tarihi: 06.12.2022).
- Zwart, J, Jonge, H., Voordt, T. (2010). Private Investment in Hospitals: A Comparison of Three Healthcare Systems and Possible Implications for Real Estate Strategies. *HERD Healt Environments Research & Desing Journal*, 3(3):70-86 DOI:10.1177/193758671000300308 Source PubMed.