

**REFAH SİSTEMLERİ ÇERÇEVESİNDE İKİ ÜLKENİN SAĞLIK SİSTEMİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI(TÜRKİYE-KÜBAÖRNEĞİ)**
*WELFARE SYSTEMS UNDER THE COMPARISON OF TWO COUNTRY'S HEALTH SYSTEM
(TURKEY-CUBA EXAMPLE)*

Sibel ORHAN

*Yüksek Lisans Öğrencisi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü,
sibelorhan09@gmail.com, Tekirdağ/TÜRKİYE, ORCID ID: 0000-0002-2892-3865*

Muhammet GÜMÜŞ

*Yüksek Lisans Öğrencisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü,
muhammetgumus5208@gmail.com, Sivas/TÜRKİYE, ORCID ID:0000-0003-1278-6234*

Emine KIZILKAYA

*Yüksek Lisans Öğrencisi, Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü,
emine_kizil_37@hotmail.com, Karaman/TÜRKİYE, ORCID ID:0000-0002-3678-0905*

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin toplum nezdinde temel amaç ve hedeflere ulaşabilmesi için, birtakım nitelikleri taşıması gerekmektedir. Önemle belirtilmesi gereken husus; öncelikle iyi yapılandırılmış bir sağlık sisteminin varlığının gerekliliğidir. Kamunun ve gerekse özel sağlık kuruluşlarının yeterli düzeyde uzman barındırması, öncelikli olarak iyi teşkilatlandırılmış personel ve donanım bulundurmasına bağlıdır. Bunun için, Anayasa'mızda yer alan herkes, maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkına sahiptir hükmüne paralel doğrultuda düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu amaç ve hedeflere yönelmiş iyi bir sağlık sektörünün ürünü olan sağlık hizmetlerinin nitelikleri açısından incelendiğinde, öncelikle ülkelerin iyi ve doğru bir sağlık politikası oluşturmaları beklenir. Bu çalışmanın ilk bölümünde, Küba hakkında genel bilgilerden bahsedilecektir. İkinci bölümde, Küba sağlık hizmetine detaylı bir şekilde yer verilecektir. Çalışmanın son bölümünde ise, Küba ve Türk sağlık politikaları incelenecek olup, sonrasında sağlık hizmetleri ve sağlık finansmanı konularına değinilecektir. Çalışmanın temel amacı; Türkiye'de mevcut sağlık politikaları eşliğinde sağlık hizmetinin nasıl sunulduğunu ve sağlık finansmanını irdelemektir.

Anahtar Kelimeler: Küba, Türkiye, Sağlık Sistemi, Ülke Karşılaştırması

ABSTRACT

In order for health services to reach the basic goals and objectives before the society, they must have certain qualities. The issue that should be emphasized; it is the necessity of a well-structured health system. The fact that the public and private health institutions have sufficient levels of experts depends primarily on having well-organized personnel and equipment. For this, arrangements should be made in line with the provision that everybody in our Constitution has the right to develop their material and spiritual existence. When examined in terms of the qualities of health services, which are the products of a good health sector oriented towards these goals and objectives, first of all, countries are expected to establish a good and correct health policy. In the first part of this study, general information about Cuba will be mentioned. In the second part, the Cuban health service will be covered in detail. In the last part of the study, Cuban and Turkish health policies will be examined, and then health services and health financing will be discussed. The main purpose of the study is; how the health services offered accompanied existing health policies in Turkey and examine health financing.

Keywords: Cuba, Turkey, Health System, Country Comparison

1.GİRİŞ

1.1. Ülke Tanıtımı

1958'in sonlarında isyancılar Sierra Maestra'dan kaçtılar ve genel bir halk ayaklanması başlattılar. Castro'nun savaşçıları Santa Clara'yı ele geçirdikten sonra Batista, ailesiyle birlikte 1 Ocak 1959'da Dominik

Cumhuriyeti'ne kaçtı. Daha sonra Portekiz'in Madeira adasına sürgüne gitti ve sonunda Lizbon yakınlarındaki Estoril'e yerleşti. Fidel Castro'nun güçleri 8 Ocak 1959'da başkente girdi. Liberal Manuel Urrutia Lleó geçici başkan oldu.

Sovyet birlikleri Eylül 1991'de Küba'dan çekilmeye başladı ve Castro'nun yönetimi, Aralık 1991'deki Sovyet çöküşünün ardından (Küba'da Özel Dönem olarak bilinir) ciddi şekilde sınılandı. Ülke, yıllık 4 milyar ila 6 milyar dolarlık Sovyet sübvansiyonlarının geri çekilmesinin ardından, gıda ve yakıt kıtlığı gibi etkilerle sonuçlanan ciddi bir ekonomik krizle karşı karşıya kaldı. Hükümet, Amerikan gıda, ilaç ve nakit bağışlarını 1993 yılına kadar kabul etmedi. 5 Ağustos 1994'te, devlet güvenliği protestocuları Havana'da spontane bir protesto ile dağıttı.

Küba o zamandan beri Çin Halk Cumhuriyeti'nde yeni bir yardım ve destek kaynağı buldu. Ayrıca, Venezuela Devlet Başkanı Hugo Chávez ve Bolivya Devlet Başkanı Evo Morales müttefik oldu ve her iki ülke de büyük petrol ve gaz ihracatçıları oldu. 2003 yılında hükümet, "Kara Bahar" olarak bilinen çok sayıda sivil aktivisti tutukladı ve hapse attı (Kanbir, 2011,49-).

Şubat 2008'de Fidel Castro, rapor ettiği ciddi mide-bağırsak hastalığının Temmuz 2006'da başlamasının ardından Küba Devlet Başkanı olarak istifa ettiğini açıkladı. 24 Şubat'ta kardeşi Raúl Castro yeni Başkan ilan edildi. Raúl göreve başlama konuşmasında, Küba'da özgürlük üzerindeki bazı kısıtlamaların kaldırılacağına söz verdi. Raúl Castro, Mart 2009'da kardeşinin atadığı bazı kişileri görevden aldı.

3 Haziran 2009'da, Amerikan Devletleri Örgütü, grubun Küba üyeliğine getirilen 47 yıllık yasağı sona erdirmek için bir karar kabul etti. Ancak kararda, tam üyeliğin Küba'nın "OAS'ın uygulama, amaç ve ilkelerine uygun" olana kadar erteleneceği belirtildi. Fidel Castro, OAS kararı açıklandıktan sonra katılmakla ilgilenmediğini ifade etti.

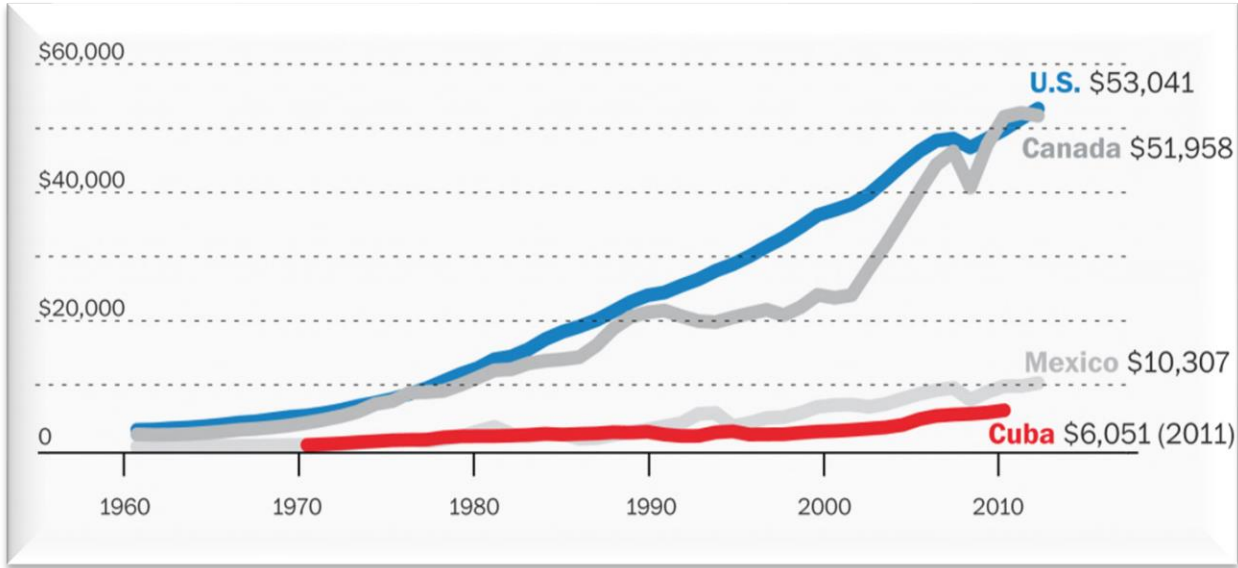
Küba, 14 Ocak 2013 tarihinden itibaren 1961'de belirlenen, yurtdışına seyahat etmek isteyen vatandaşların pahalı bir devlet izni ve bir davet mektubu almaları şartını kaldırdı. 1961'de Küba hükümeti, 1959 devriminden sonra insanların kitlesel göçünü önlemek için seyahatlere geniş kısıtlamalar getirdi; çıkış vizelerini yalnızca ender durumlarda onayladı. Gereksinimler basitleştirildi: Kübalıların ayrılmak için yalnızca bir pasaporta ve ulusal kimlik kartına ihtiyaçları var ve küçük çocuklarını ilk kez yanlarına almalarına izin verilir. Ancak, bir pasaportun ortalama beş aylık maaşı vardır. Gözlemciler, yurtdışında ödeme yapan akrabaları olan Kübalıların büyük olasılıkla yeni politikadan yararlanabileceğini düşünüyor. Programın ilk yılında 180.000'den fazla kişi Küba'yı terk etti ve geri döndü.

Aralık 2014 itibarıyla, Başkan Barack Obama da dahil olmak üzere Kübalı yetkililer ve Amerikalı yetkililerle yapılan görüşmeler, Alan Gross'un, elli iki siyasi mahkumun ve ABD vatandaşı olmayan isimsiz bir temsilcisinin üç kişinin serbest bırakılması karşılığında serbest bırakılmasıyla sonuçlandı. Kübalı ajanlar şu anda Amerika Birleşik Devletleri'nde tutuklu. Ek olarak, Amerika Birleşik Devletleri ile Küba arasındaki ambargo hemen kaldırılmazken, ithalat, ihracat ve belirli sınırlı ticarete izin verecek şekilde gevşetildi(Sargutan, 2005, 82).

1.2. Ekonomi

Fidel Castro'nun 1959 devriminden önce Küba, Latin Amerika'daki en gelişmiş ve başarılı ülkelerden biriydi. Küba'nın başkenti Havana, "ışılmalı ve dinamik bir şehir" idi. Yüzyılın başlarında ABD'ye şeker satışıyla beslenen ülke ekonomisi zenginleşmişti. Küba, yarım kürede kişi başına düşen gelirden 5., ortalama yaşam süresinde 3., kişi başına otomobil ve telefon mülkiyetinde 2. ve kişi başına düşen televizyon sayısında 1. sırada yer aldı. Küba'nın okuma yazma oranı% 76 ile Latin Amerika'daki dördüncü en yüksek düzeydeydi. Küba, kişi başına düşen doktor sayısında da dünyada 11. sırada yer almaktadır. Birkaç özel klinik ve hastane yoksullara hizmet veriyordu. Küba'nın gelir dağılımı, diğer Latin Amerika toplumlarına kıyasla olumlu bir şekilde karşılaştırıldı.(Özkan, 2019). Bununla birlikte, gelir eşitsizliği şehir ve kırsal kesim arasında, özellikle beyazlar ve siyahlar arasında derindi. Kübalılar kırsal kesimde berbat bir yoksulluk içinde yaşadılar. PBS' ye göre, gelişen bir orta sınıf refah ve sosyal hareketlilik vaadini taşıyordu. Chapel Hill'deki North Carolina Üniversitesi'nden Küba tarihçisi Louis Perez'e göre, "Havana o zaman Las Vegas'ın haline geldi." Miami Herald 2016'da "... Kübalıların yaklaşık yüzde 27'si ayda 50 doların altında kazanıyor; yüzde 34'ü

ayda 50 ila 100 dolar kazanıyor ve yüzde 20'si 101 ila 200 dolar kazanıyor. Yüzde 12'si 201 ila 500 dolar kazandığını bildirdi. Ayda; neredeyse yüzde 4'ü aylık kazançlarının 500 doları aştığını söyledi, bunlara yüzde 1,5'i 1.000 dolardan fazla kazandıklarını söyledi. (Özkan, 2019). .



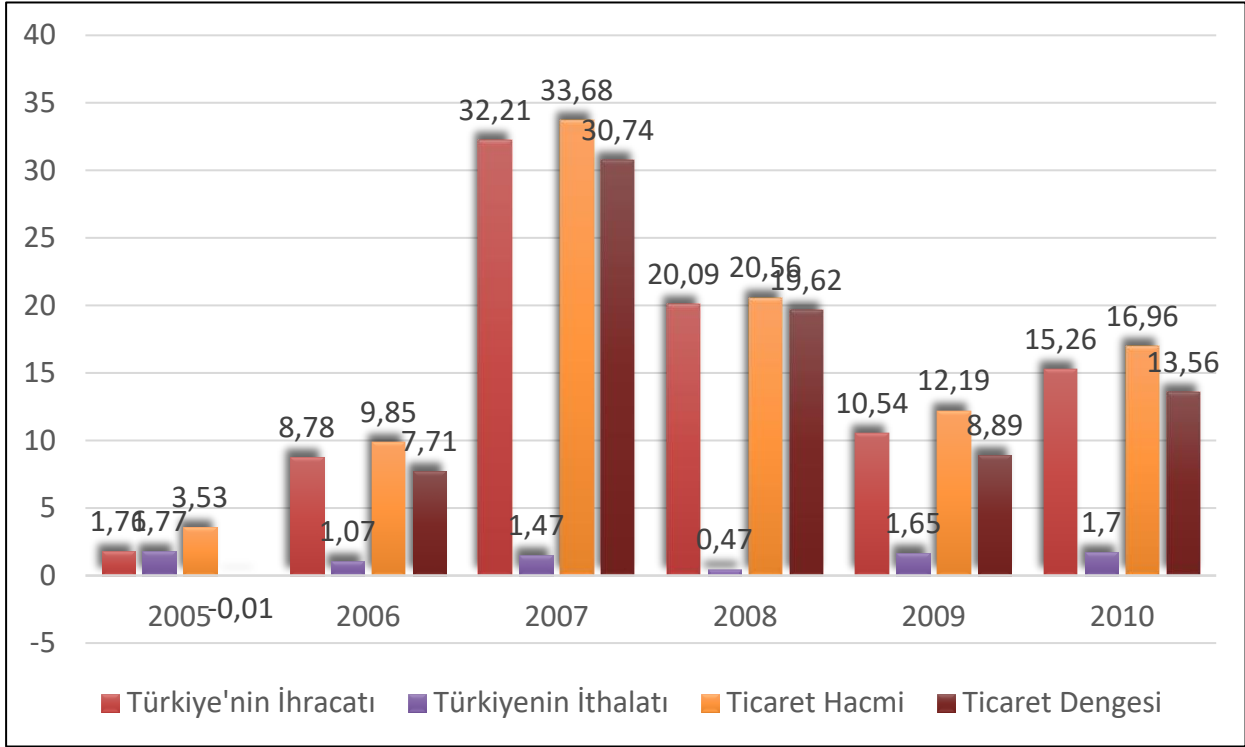
Şekil 1: Kişi Başına Düşen GSYH

Kaynak: World Bank, Observatory Of Economic Complexity



Şekil 2: Küba'nın Ticaret Dengesi

Kaynak: National Office Of Statistic, Republic Of Cuba



Şekil 3: Türkiye Küba Ticari İlişkiler

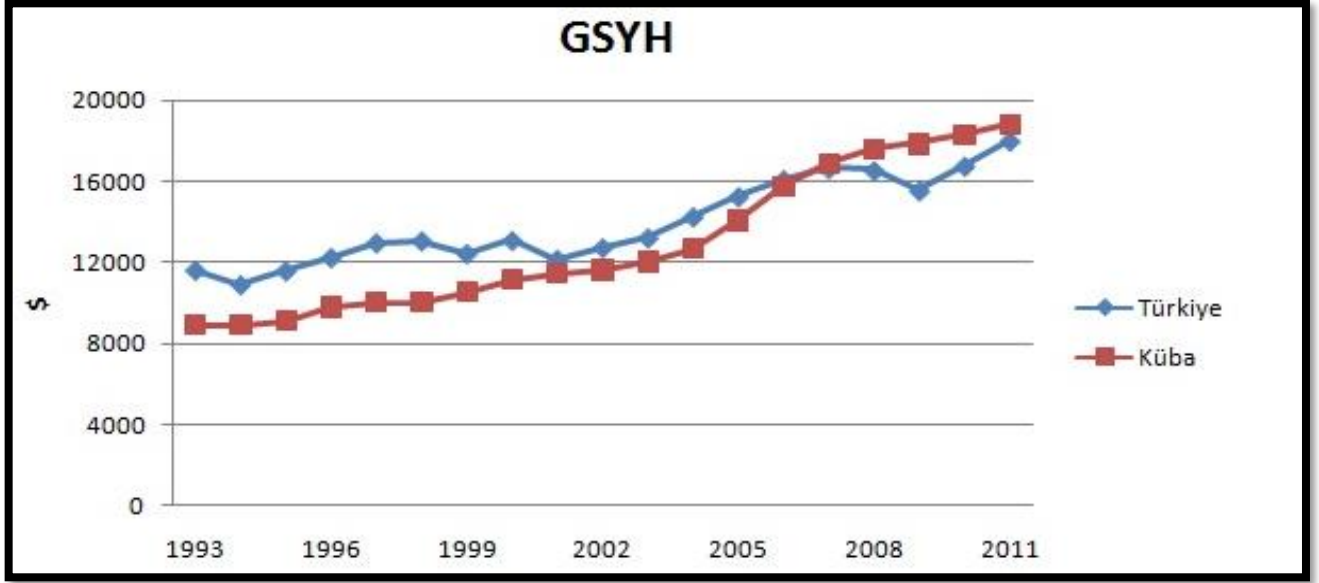
Kaynak: World Bank, 2012.

Küba liderliği, ülkenin tarım sisteminde reform çağrısında bulundu. Raúl Castro, 2008'de gıda üretimini artırmak için tarım reformları uygulamaya başladı çünkü o zamanlar gıdanın% 80'i ithal edildi. Reformlar arazi kullanımını genişletmeyi ve verimliliği artırmayı hedeflemektedir. Venezuela, para ve çoğu tıbbi personel olan yaklaşık 44.000 Kübalı'nın Venezuela'daki hizmetleri karşılığında Küba'ya günde tahmini 110.000 varil (17.000 m³) petrol sağlamaktadır. 2010 yılında Kübalıların kendi evlerini inşa etmelerine izin verildi. Raúl Castro'ya göre, artık evlerini iyileştirebilirlerdi, ancak hükümet bu yeni evleri veya iyileştirmeleri onaylamaz. Küba'da neredeyse hiç evsizlik yok ve Kübalıların% 85'i evlerine sahip ve emlak vergisi veya ipotek faizi ödemiyor. Mortgage ödemeleri, bir hanenin birleşik gelirinin% 10'unu geçmez.

Tablo 1: Küba'nın Dış Ticaret Hacmi

| Küba'nın Dış Ticaret Hacmi (Mal ve Hizmetler) (Milyar ABD \$) | | | | |
|---|---------|---------|---------------|-----------------|
| Yıllar | İhracat | İthalat | Ticaret hacmi | Ticaret dengesi |
| 2008 | 8,9 | 7,8 | 16,7 | 1,1 |
| 2009 | 9,9 | 9,7 | 19,6 | 0,2 |
| 2010 | 11,9 | 10,3 | 22,2 | 1,6 |
| 2011 | 12,5 | 14,8 | 27,3 | -2,3 |

Kaynak: Dünya Bankası, Mart 2013



Şekil 4: Küba Türkiye Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

Kaynak: World Bank, 2012

Mayıs 2019'da Küba, tavuk, yumurta, pirinç, fasulye, sabun ve diğer temel maddeler gibi temel gıda maddelerinin rasyonunu getirdi. (Ülkedeki gıdanın yaklaşık üçte ikisi ithal edilmektedir.) (Özkan, 2019).

1.3. Coğrafya

Küba olarak adlandırılan ana ada, 1.250 km (780 mil) uzunluğunda olup, ülkenin kara alanının çoğunu (104.556 km² (40.369 sq mi)) oluşturur ve Karayipler'deki en büyük ada ve karadan dünyanın 17. en büyük adasıdır. Ana ada, en yüksek noktası Pico Turquino (1,974 m (6,476 ft)) olan güneydoğudaki Sierra Maestra dağları dışında çoğunlukla düz ve inişli çıkışlı ovalardan oluşur.

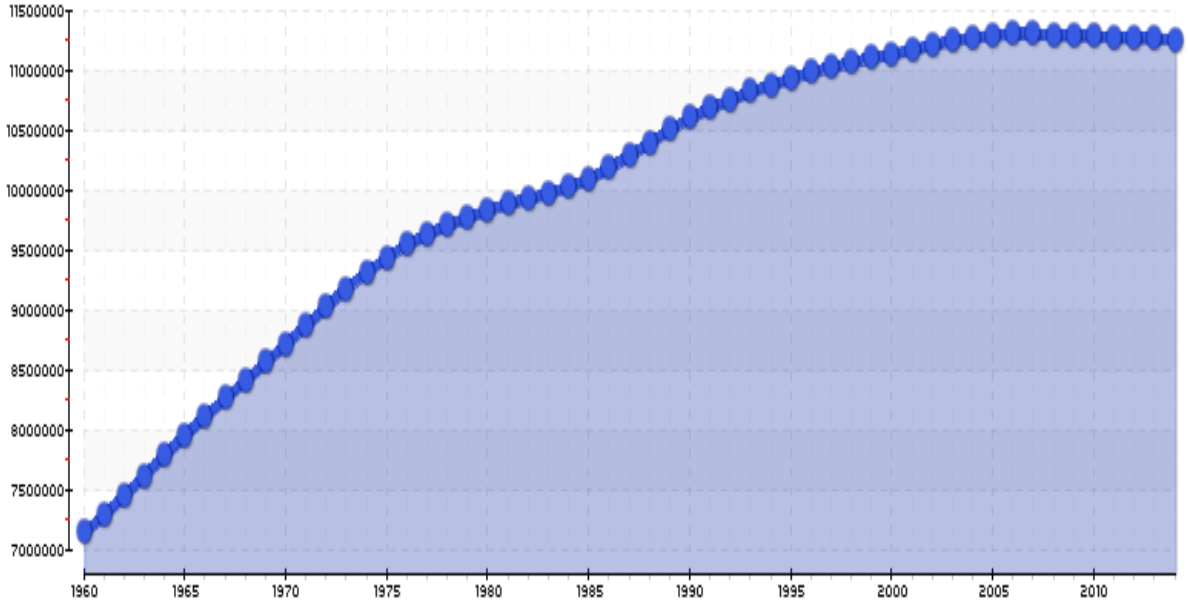
İkinci en büyük ada, 2.200 km² (849 sq mi) alanıyla Canarreos takımadalarındaki Isla de la Juventud'dur (Gençlik Adası). Küba'nın 109.884 km²'lik (42.426 sq mi) resmi bir alanı (kara alanı) vardır. Kıyı ve karasuları dahil olmak üzere alanı 110.860 km²'dir (42.803 sq mi).?

1.4. Demografik Yapısı

2010 resmi nüfus sayımına göre Küba nüfusu 5.628.996 erkek ve 5.612.165 kadından oluşan 11.241.161 idi. Doğum oranı (2006'da bin nüfus başına 9,88 doğum) [265] Batı Yarımküre'deki en düşük oranlardan biridir. Ülkenin nüfusu 1961'den bu yana yaklaşık dört milyon kişi artmış olsa da, bu dönemde büyüme hızı yavaşladı ve ülkenin düşük doğurganlık oranı (kadın başına 1.43 çocuk) ve göçle birlikte 2006 yılında nüfus azalmaya başladı (Kanbir, 2011, 55).

Nitekim, doğurganlıktaki bu düşüş Batı Yarımküre'deki en büyük düşüşler arasındadır ve büyük ölçüde yasal kürtaja sınırsız erişime atfedilir: Küba'nın kürtaj oranı, Karayipler'de ortalama 35, Latin Amerika'da 27'ye kıyasla 1996'da 1000 gebelikte 58.6 idi. genel olarak ve Avrupa'da 48. Benzer şekilde, doğum kontrol haplarının kullanımı da yaygındır ve kadın nüfusunun% 79'u (Batı Yarımküre'deki ülkelerin üst üçte birlik kesiminde) olduğu tahmin edilmektedir.

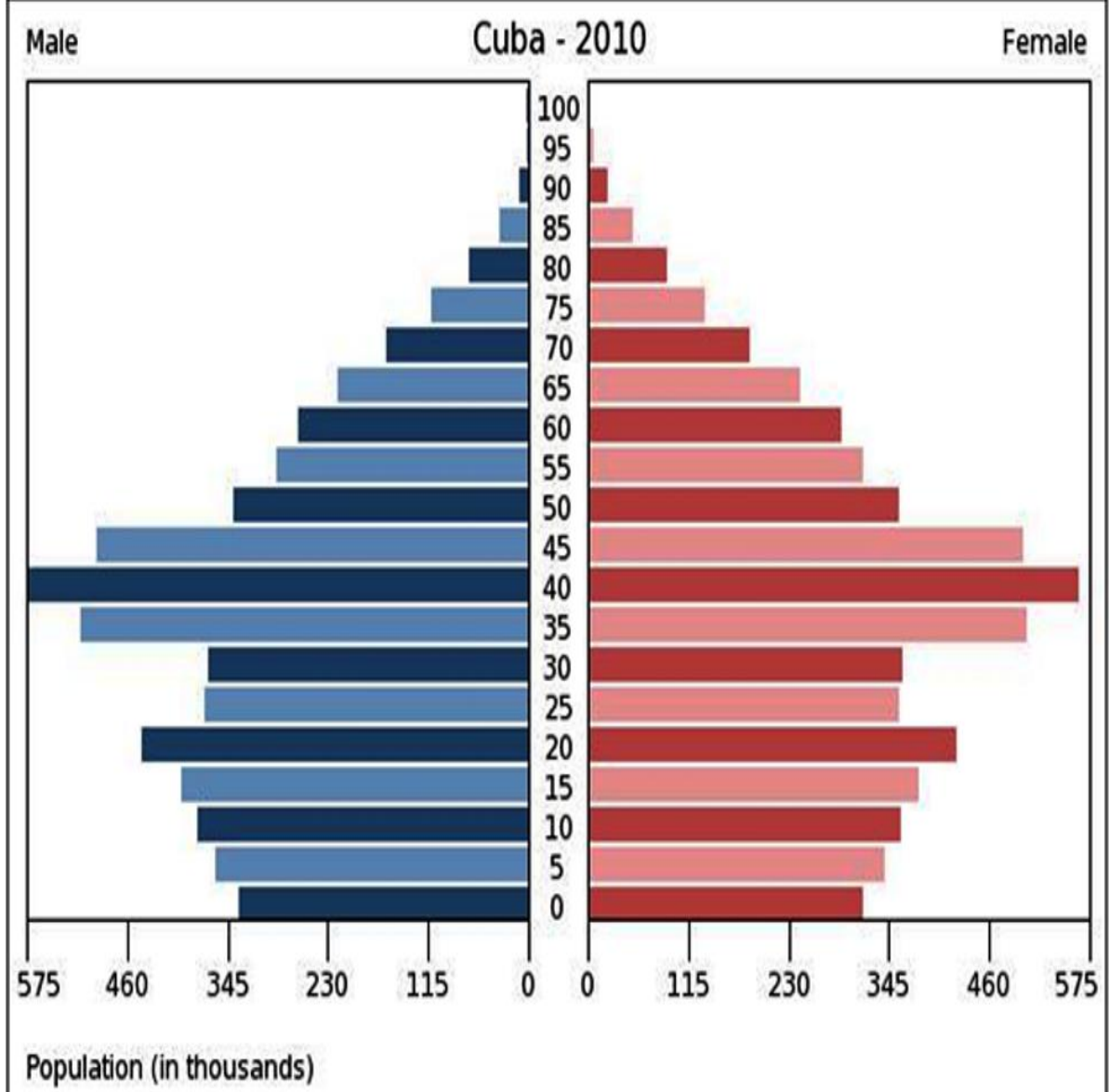
Cuba - Population



Şekil 5: Küba Nüfusu

Kaynak: World Bank, 2015

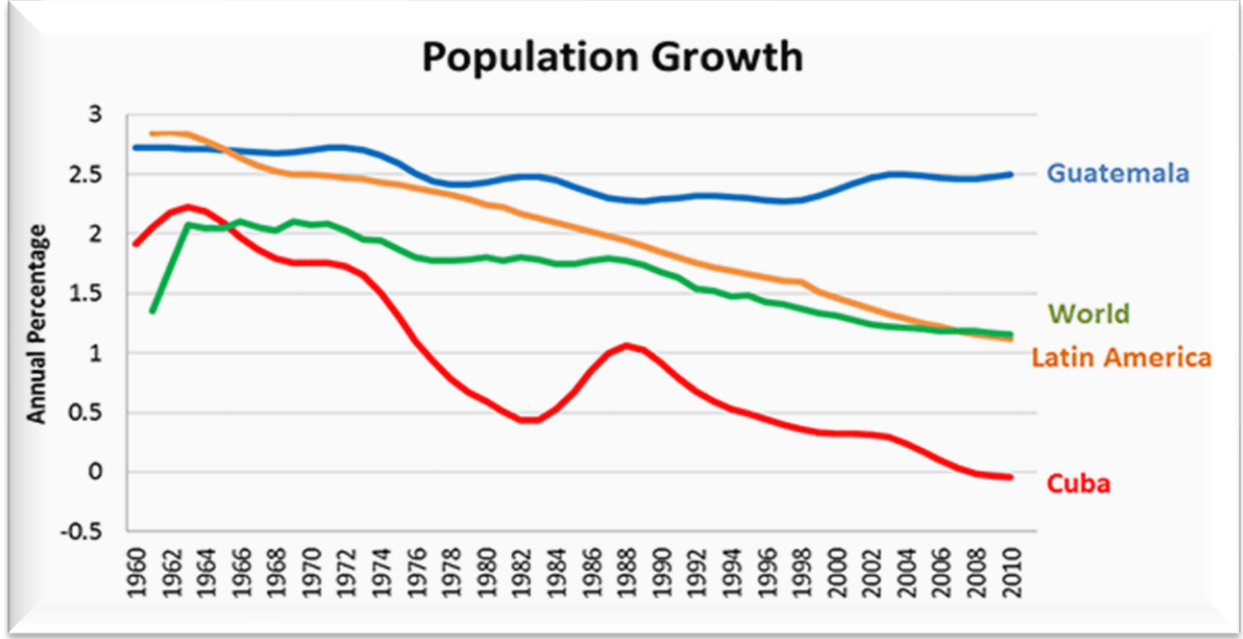
Küba nüfusu Grafik 1'de gösterildiği gibi yıllar içinde artan bir seyir göstermiştir.



Şekil 6: Küba Nüfus Piramidi

Kaynak: US Census Bureau, 2010

Grafik 6'de Küba'nın nüfus piramidi gösterilmiştir. Kadın erkek oranı birbirine hemen hemen eşit denilebilir. Gelişmemiş ülke olduğu görülmektedir. Nüfus planlaması uygulandığından söz edilebilir.



Şekil 7: Nüfus Büyüme Hızı Karşılaştırması

Kaynak: WHO, 2011

Grafik 7’te nüfus büyüme hızı verilmiştir. Küba Dünya ortalamasının altında yer almaktadır. 1982-1988 yılları arasında bir sıçrama gösteren Küba nüfusunun artış hızı genel olarak azalma eğilimindedir.

| Ülke | Yıl | Nüfus Toplam | (bin) | 15 Altındaki Nüfus Oranı(%) | Yaş 65 Nüfus Oranı(%) | Yaş Üstü | Yıllık Artış Hızı | Nüfus |
|---------|------|--------------|-------|-----------------------------|-----------------------|----------|-------------------|-------|
| Küba | 2012 | 11.163.934 | | 18.8 | 10.7 | | 0.05 | |
| Türkiye | 2012 | 75.627.384 | | 24.9 | 7.5 | | 1.2 | |
| Norveç | 2012 | 5.000.000 | | 18.9 | 14.9 | | 1.3 | |

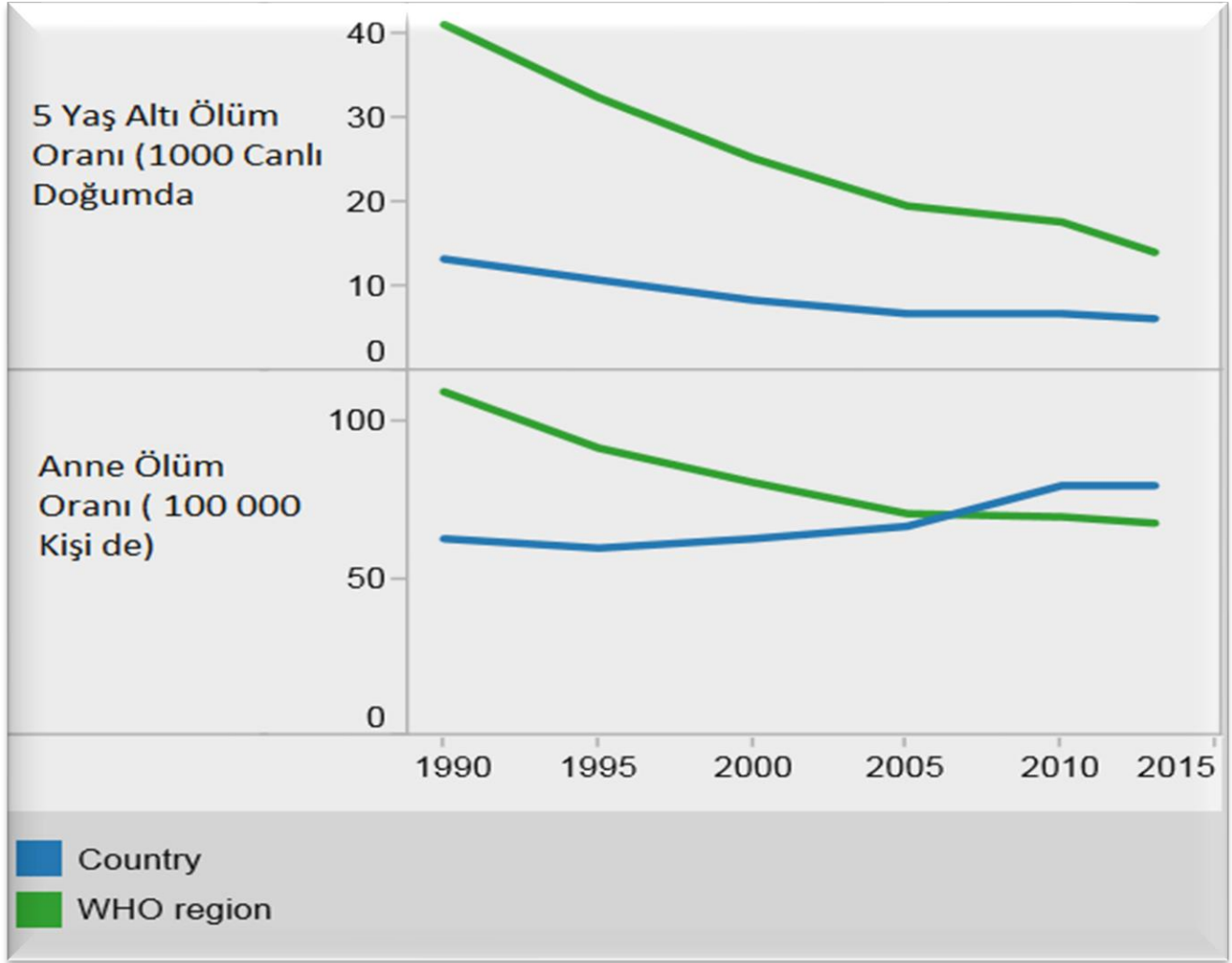
Tablo 2: Küba, Türkiye ve Norveç’in Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Kaynak: World Health Organization, 2013.

| Gösterge | İstatistik | Yıl |
|-------------------------------------|------------|------|
| 15 yaşın altındaki nüfus (%) | 16 | 2013 |
| 60 yaşın üstündeki nüfus (%) | 19 | 2013 |
| Ortalama yaşam (yıl) | 40 | 2013 |
| Kentsel Nüfus (%) | 77 | 2013 |
| Doğurganlık Oranı | 01. | 2013 |
| Canlı doğum (1000 kişide) | 107.1 | 2013 |
| Ölüm (1000 kişide) | 95.9 | 2013 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl) | 79.07 | 2012 |

Tablo 3: Küba 2013 yılı Demografik Özellikleri

Kaynak: World Health Organization, 2013.



Şekil 8: Küba 5 Yaş Altı Ölüm ve Anne Ölüm Oranı

Kaynak: WHO, 2013

1.5. Eğitim

Havana Üniversitesi 1728'de kuruldu ve çok sayıda başka köklü kolej ve üniversite var. 1957'de, Castro'nun iktidara gelmesinden hemen önce, Birleşmiş Milletler'e göre yaklaşık% 80 ile bölgede okuryazarlık oranı İspanya'dakinden daha yüksekti. Castro, tamamen devlet tarafından işletilen bir sistem yarattı ve özel kurumları yasakladı. Okula devam, altı yaşından temel ortaöğretimin sonuna kadar (normalde 15 yaşında) zorunludur ve tüm öğrenciler, yaş veya cinsiyete bakılmaksızın, sınıf seviyesini gösteren renkte okul üniforması giyerler. İlköğretim altı yıl sürer, orta öğretim temel ve üniversite öncesi eğitim olarak ikiye ayrılır. Küba'nın yüzde 99,8'lik okuryazarlık oranı, büyük ölçüde her düzeyde ücretsiz eğitim sağlanması nedeniyle, küresel olarak en yüksek onuncu. Küba'nın lise mezuniyet oranı yüzde 94.

2. KÜBA SAĞLIK SİSTEMİ

2.1. Sağlık Politikasına Genel Bir Bakış

Küba'nın doğumda beklenen yaşam süresi 79,2 yıldır (erkekler için 76,8 ve kadınlar için 81,7). Bu, Küba'yı dünyada 59. sırada, Amerika'da ise Kanada, Şili, Kosta Rika ve Amerika Birleşik Devletleri'nin ardından 5. sırada yer almaktadır. Bebek ölüm oranı 1957'de 1.000 canlı doğumda 32 bebek ölümünden 1990-95'te 10'a, 2000-2005'te 6.1'e ve 2009'da 5.13'e düşmüştür. Tarihsel olarak, Küba sağlık personeli sayısında üst sıralarda yer almıştır ve 19. yüzyıldan beri dünya sağlığına önemli katkılar sağlamıştır. Bugün, Küba genel sağlık hizmetine sahiptir ve tıbbi malzeme sıkıntısına rağmen tıbbi personel sıkıntısı yoktur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, adanın her yerinde mevcuttur, bebek ve anne ölüm oranları, gelişmiş ülkelere kıyasla olumludur. Küba gibi gelişmekte olan bir ulusun, gelişmiş dünyaya rakip olan sağlık sonuçlarına sahip olduğu, araştırmacılar tarafından Küba Sağlık Paradoksu olarak adlandırılıyor. Küba, bu kadar üst sıralarda yer alan

tek gelişmekte olan ülke olan 2019 Bloomberg En Sağlıklı Ülke Endeksi'nde 30. sırada yer almaktadır (Belek, 2017).

2.1.1. Sovyetler Birliği'nin Dağılmasından Sonra

1990'ların başında Sovyet sübvansiyonlarının kaybı Küba'ya gıda kıtlığı getirdi. Özel Dönemdeki kıtlığa, halka açık gıda dağıtımı çöktüğünde hak sahibi oldukları yiyecekleri inkâr eden otoriter bir rejim neden oldu; seçkin sınıflara ve orduya öncelik verildi. Rejim, 1993 yılına kadar ABD'den yiyecek, ilaç ve para bağışlarını kabul etmedi.

Epidemiyolog Manuel Franco, Özel Dönemi "diyabet, kardiyovasküler hastalık ve tüm nedenlere bağlı ölümler üzerindeki büyük etkilerin, popülasyon çapında sürekli kilo kaybıyla ilişkili olduğu talihsiz koşullardan doğan ilk ve muhtemelen tek doğal deney olarak tanımlamaktadır.

2007'de Küba, kan bankaları, nefroloji ve tıbbi görüntülerde bilgisayarlaştırma ve ulusal ağlar oluşturmayı üstlendiğini duyurdu. Küba, dünyada böyle bir ürüne sahip ikinci ülkedir, sadece Fransa'dan önce gelir. Küba, bilgisayarlı bir sağlık kaydı, hastane yönetim sistemi, temel sağlık hizmetleri, akademik işler, tıbbi genetik projeler, sinir bilimleri ve eğitim yazılımı hazırlamaktadır. Amaç, Küba halkı için kaliteli sağlık hizmetini ücretsiz olarak sürdürmek, uzmanlar arasındaki alışverişi artırmak ve araştırma-geliştirme projelerini hızlandırmaktır. Kablolama sürecindeki önemli bir bağlantı, Küba'nın Veri İletim Ağı'na ve Sağlık Web Sitesine (INFOMED) ulusal sağlık sisteminin tüm birimlerine ve çalışanlarına erişimi garanti etmektedir (İstanbuluoğlu, 2010, 87).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu

Küba'nın ulusal sağlık sistemi birden çok kademedен oluşur: 1) bireyleri ve aileleri içeren topluluk, 2) aile hekimi ve hemşire ekipleri, 3) temel çalışma ekipleri, 4) toplum poliklinikleri, 5) hastaneler ve 6) tıp enstitüleri (Belek, 2017).

Küba'nın Aile Hekimliği ve Hemşire programı, bireylere, ailelere ve topluluklarına hizmet veren doktor ve hemşire ekiplerinden oluşur. Devlet tarafından inşa edilen aile hekimliği bürolarının üzerinde yaşıyorlar, doğrudan hizmet ettikleri topluluklarda yaşıyorlar ve günün 24 saati müsaitler. Bu ekipler, çevredeki halk sağlığı endişelerini iyileştirmek ve tıbbi bakım sağlamak için çalışır. Toplum sağlığını iyileştirmek için önceliklere odaklanmak için topluluk risk faktörlerinin değerlendirildiği bir mahalle sağlık teşhisini yılda iki kez gerçekleştirirler. Klinik olarak, aile hekimi ve hemşire ekipleri, toplum ve ev ortamlarını, mevcut sağlığı ve tıbbi geçmişi inceleyerek bireysel ve aile sağlığını izleyen Sürekli Değerlendirme ve Risk Değerlendirmesi (BAKIM) yöntemini takip eder. Ekipler, sağlıklarını değerlendirmek ve değerlendirmek için her aileye yılda en az bir kez ev ziyaretleri yapar. Kronik hastalığı olan bireyler en az üç ayda bir görülmektedir. Bu ekiplerin rolü, hem halk sağlığına hem de klinik tıba odaklanmanın önemini birleştiriyor (Belek, 2017).

Poliklinikler, birinci basamak sağlık hizmetleri uzmanlarını barındıran toplum temelli kliniklerdir. Her Küba toplumunda varlar ve hizmet ettikleri insanları ve toplulukları iyi tanıyorlar. Toplum sağlığını etkileyen sosyal belirleyicileri ve çevreyi görebilir, hastalarına hizmet etme yeteneklerini geliştirebilirler. Poliklinikteki uzmanlar ihtiyaç duyulduğunda hekimlere destek olmak için oradadır. Her uzman kliniği 20-40 doktor ve hemşire ekibini desteklemektedir. Polikliniklerdeki temel çalışma ekipleri, aile hekimliği bürolarının mahalle ve klinik sağlık çalışmalarını denetler ve değerlendirir.

Hastanede yatan hastalar için önleyici tıbbi bakım, teşhis testleri ve ilaçlar ücretsiz iken, sağlık hizmetlerinin bazı yönleri hasta tarafından ödenmektedir. Parasını karşılayabilen hastalar tarafından ödenen kalemler: ayakta tedavi bazında reçete edilen ilaçlar, işitme, diş ve ortopedik işlemler, tekerlekli sandalyeler ve koltuk değnekleridir. Bir hasta bu ürünleri devlet mağazalarından alabildiğinde, bu ürünler devlet tarafından sübvansiyon edildiğinden fiyatlar düşük olma eğilimindedir. Düşük gelirli hastalar için bu ürünler ücretsizdir (Belek, 2017).

Küba ekonomisinin geri kalanı gibi, çok sayıda rapor Küba tıbbi bakımının uzun süredir ABD ambargosunun neden olduğu ciddi malzeme kıtlığından muzdarip olduğunu göstermiştir. 1990'ların başında Sovyet sübvansiyonlarının sona ermesi de onu etkiledi.

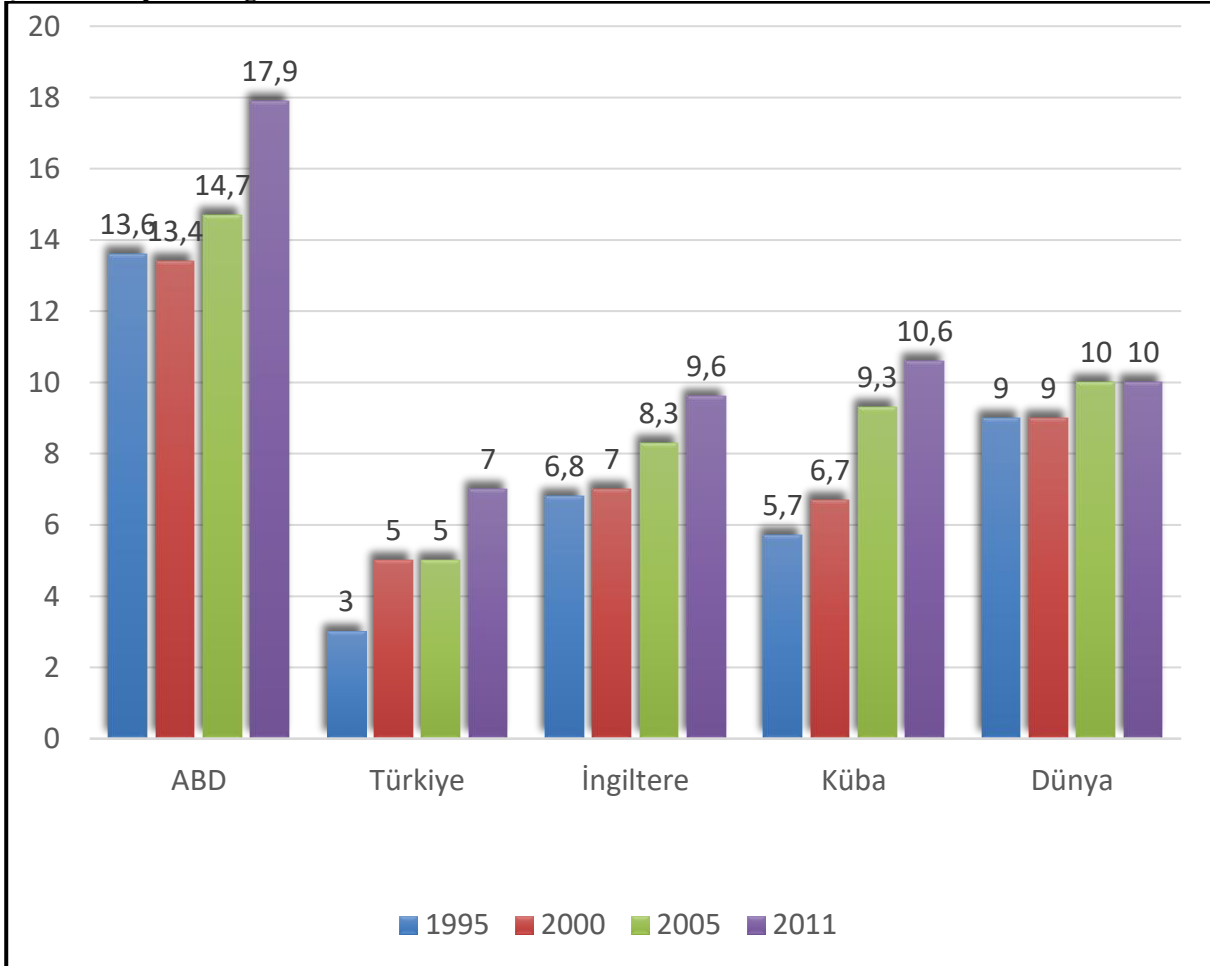
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

2012 rakamlarıyla sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %10'dur. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 430 \$'dır. Toplam sağlık harcamaları içinde hükümet sağlık harcamalarının oranı %86,2'dir. Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının oranı %13,8'dir. (Belek, 2017).

Küba'da bütün sağlık kurumları kamunundur, hizmet parasızdır ve personelin tümü, profesyonellik dereceleri, deneyimleri ve eğitimleri dikkate alınarak ücretlendirilir.

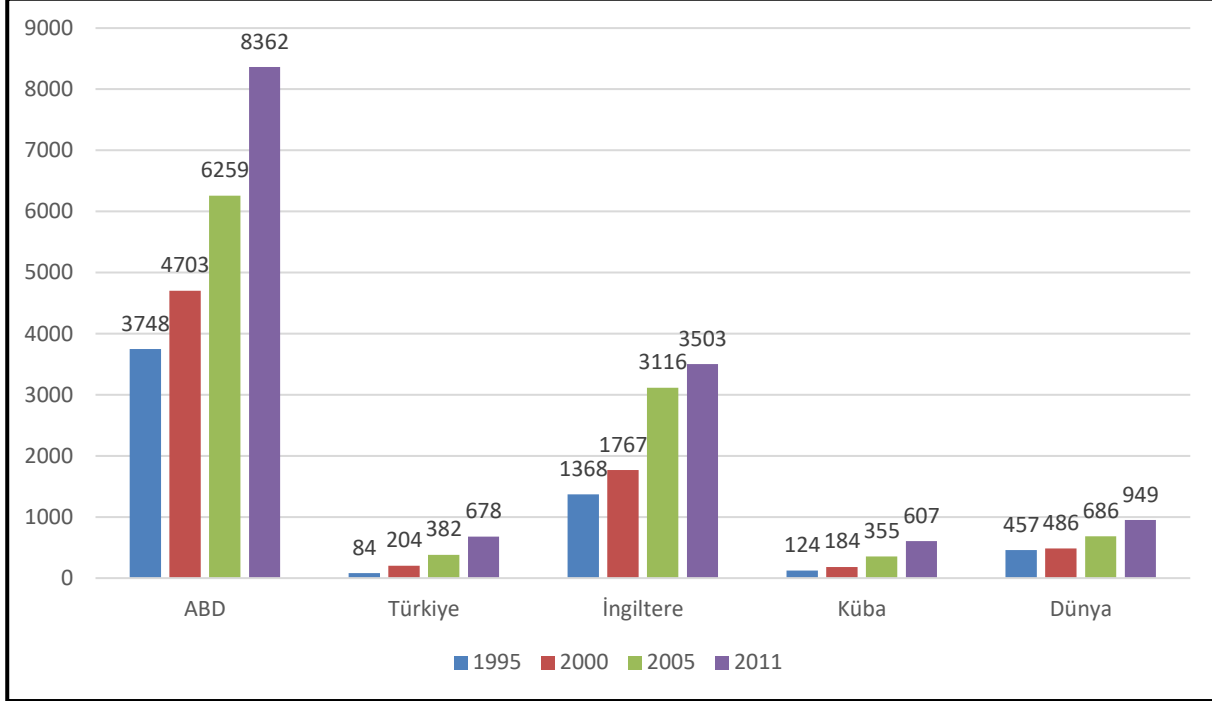
Finansman genel bütçeden sağlanmaktadır. Cepten ödemeler yalnızca ayakta tedavide yazılan ilaçlar, işitme cihazları, diş ve ortopedik cihazlar, gözlük, tekerlekli sandalye vb. cihazlar için katkı payı biçiminde yapılmaktadır. Bunlara da önemli devlet desteği sunulmaktadır.

Sekil 9: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH' YE oranı %



Kaynak: WB, DATA: Economic Policy&External Debt: Gdp&Gdp Growth; WB, DATA: Health: Health Expenditure.

Şekil 10: Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (ABDS)



Kaynak: Wb, Data: Economic Policy&External Debt: Gdp&Gdp Growth; Wb, Data: Health: Health Expenditure.

3.KÜBA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Küba, Karayipler bölgesindeki en büyük ülke, iki ana adadan ve birçok küçük ada ve anahtardan oluşan bir takımadadır. Toplam arazi alanı yaklaşık 110.860 km² olup, nüfus yoğunluğu 100.9 km²'dir. Toplam nüfus 11.199.000 kişidir ve bunların% 75.5'i kentsel alanlarda yaşamaktadır. Başkent, 3003,9 / km² nüfus yoğunluğu ve yaklaşık 2.000.000 nüfuslu toplam nüfusu ile La Habana'dır (Sargutan, 2005, 81).

Tamamen halka açık olan Küba Sağlık Sistemi evrenseldir, ücretsizdir ve her düzeydeki tüm vatandaşlar için erişilebilirdir. Halk Sağlığı Bakanlığı, Ulusal Sağlık Sisteminin yöneten organizmasıdır ve Halk Sağlığı, Tıp Bilimi Geliştirme ve Tıbbi İlaç Endüstrisi ile ilgili tüm Devlet ve Hükümet politikalarını uygulamaktadır (Sargutan, 2005, 89).

Küba'nın sağlık sistemi devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Nüfus, birinci basamak sağlık hizmeti, rutin tıbbi müdahale ve diş hekimliğinden son derece gelişmiş tıbbi teknolojilerin kullanılmasını gerektiren hastane bakımına kadar değişen ücretsiz önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri almaktadır.

Ayrıca, gerekli tüm teşhis testleri ve ilaçlar, hamile kadınlara ve belirli programlar kapsamında ayakta tedavi gören kişilere ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Aileler için cepten yapılan harcamalar, ayakta tedavi için reçete edilen ilaçları ve bazı tıbbi cihazları içerir. Ülkenin son on yılda yaşadığı derin ekonomik krizin bir sonucu olarak, doğal ve geleneksel tıp, batı tıbbi için gerekli kaynaklar olmadan halkın sağlığını korumanın en ucuz alternatif yolu olarak tanıtıldı(Sargutan, 2005, 111).

Ulusal sağlık harcamasının bir oranı olarak yıllık kamu sağlık harcaması% 87,6 olup, yıllık ulusal sağlık harcamasının% 6,4'ü GSYİH'nın bir oranıdır (1998 verileri - Tablo 1). Resmi döviz kurunda (1998) sağlık için toplam kişi başına harcama 121 ABD Doları idi. Sağlık için yapılan sosyal güvenlik harcamaları, kamu sağlık harcamalarının% 'si olarak aynı yıl% 33.2 idi. Yaşlılar için emeklilik bütçesi tamamen hükümet tarafından Sosyal Güvenlik Sistemi aracılığıyla yönetilmekte ve üstlenilmektedir; bu sistem aynı zamanda dul, yetim ve kayıksız kişiler için bir miktar yardım garantisi etmektedir.

Sağlık Sistemi, kolayca erişilebilen ve nüfusun% 100'ünü kapsayan bir kurumlar ağından oluşmaktadır. 2018'de sistem, ortalama 9,4 gün kalışla 80.528 hastane yatağını (1.000 kişi başına 7,3) içeriyordu. Tıbbi

bakım, Küba nüfusunun% 99,1'ine birinci basamak sağlık hizmeti veren 284 hastane, 12 araştırma enstitüsü, 442 poliklinik ve 30,133 aile hekiminden oluşan bir ağ aracılığıyla sağlanmaktadır.

168 diş kliniğinde ağız sağlığı hizmeti verilmektedir. Sosyal yardım hizmetleri arasında 269 yaşlı ve 33 engelli evi bulunmaktadır. 10.000 kişi başına 58,2 doktor ve 74,3 hemşire düşmektedir. Diş hekimlerine gelince, her 10.000 kişi başına 8,9 düşmektedir. İçme suyu hizmetlerine erişimi olan nüfusun oranı% 92,9'dur.

Türkiye Sağlık Bakanlığı ilk olarak 1920 yılında kurulmuş ve mevcut Türk halk sağlığı sisteminin temelleri 1923-1946 yılları arasında atılmıştır. 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu veya SSK adıyla Sosyal Sigortalar Teşkilatı kurulmuştur. Özel sektör ve mavi yakalı kamu sektörü çalışanlarına sağlık sigortası hakkı verilmiştir (OECD 2008).

1950 yılında "Emekli Sandığı" adı altında Devlet İşçi Emekli Sandığı (RF) kurulmuş olup, beyaz yakaya hizmet vermek amacıyla, çalışanların (devlet memurlarının), emekli ve maluliyet aylığına sahip askeri personelin, mahalli idarenin benimsenmesine kadar geçici bir çözüm olarak tanıtılmıştır. Konsey üyeleri, parlamento ve askeri okul öğrencileri de dâhildir (Güzel, 2010)).

Genel Sağlık Sigortası (KSE) sistemi, 1963 yılında ilk beş yıllık kalkınma planında hükümet tarafından tanıtılmış ve daha sonra Ulusal Sağlık Politikasında (1990) yeniden uygulamaya konulmuş, ancak hükümet değişiklikleri, ekonomik kriz ve yatırım eksikliği de ortaya çıkmıştır.

1986-1989 yılları arasında hükümet, Bağ-Kur (Esnaf, Esnaf ve Serbest Meslek Sahibi Sosyal Sigortalar Kurumu) aracılığıyla Sağlık Sigortası başlatmanın kabul edilmesine kadar geçici bir çözüm olarak kabul edilen programa ilişkin Kanun'u kabul etti. Daha sonra 1992'de Yeşil Kart programı, KSE'nin benimsenmesine kadar geçici bir çözüm getirildi. Yoksul ve sigortasız insanlara ücretsiz sağlık hizmeti vermeyi amaçladı. Ancak 2007 yılı sonu itibarıyla yaklaşık 9 milyon vatandaş Yeşil Kart sisteminden yararlanmıştır (Erus ve Aktakke 2009). 2003 yılına gelindiğinde, Türkiye tarafından kullanılan bir dizi farklı sosyal güvenlik programı vardı; Sosyal Sigorta Kurumu (SSK), Devlet Çalışanları Emekli Sandığı (Emekli-Sandığı), Bağ-Kur ve Yeşil Kart (Yeşil Kart). Sigortalı vatandaşların sosyal güvenlik hizmetlerine göre farklı tesis ve eczaneleri kullanmalarına izin verildi. Sağlık sigortası fonlarındaki ödeme mekanizmaları da farklıydı (Aktan, 2001, 40).

2003 yılında, 2003-13 dönemini kapsayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edildi. AB'ye katılım süreci, daha modern bir sağlık bakım sisteminin uygulanması için ek bir ivme sağlamıştır (Varol ve Saka 2008). Ekim 2008 itibarıyla yardım paketinin uyumlaştırılması tamamlanmış ve son olarak KSE, tüm sigortalı vatandaşları (Bağ-kur, SSK, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart sahipleri) tek bir sigorta şemsiyesi altında toplamıştır.

SDP'nin tanıtılmasından sonra, aile hekimliği bazı şehirlerde kabul edildi ve programın amacı, Türkiye genelindeki uygulamasını daha da yaygınlaştırmaktır. Ayrıca, Performansa Dayalı Ek Ödeme sistemi başlatıldı. Bu sisteme göre döner sermaye, işyerindeki karşılaştırmalı yoksunluk düzeyine göre sağlık personeline dağıtılır. Koruyucu bakım uygulamaları da performans kriteri olarak vurgulanmaktadır. 2003 yılı başında tam zamanlı pratisyen hekimlerin payı yüzde 11 iken bu uygulamalar sonucunda bu oran yüzde 75'e ulaşmıştır (Çelebi, 2013).

Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için geliştirilen kaynak yaratma aracı olarak tanımlanmaktadır (Gottret,2006:12).Sağlık hizmetlerinin temel amacı bir hastalık karşısında bireyi korumak ve eski hayatına hızla dönmesini sağlamaktır. Dolayısıyla daha evvel tartışma konusu yapıldığı üzere bir sağlık hizmetinin her şeyden evvel erişilebilir ve ulaşılabilir olması gerekmektedir. Etkililik konusunda ise bir sağlık hizmetleri finansmanı bireylerin ödeme gücü olmadığı noktada da devreye girmelidir. Başka bir deyişle etkili bir finansman yönteminde bir toplumu oluşturan bireylerin ödeme güçleri bulunmadığı zaman o hizmetten yararlanamaması anlamına gelmemelidir. Birey sağlık hizmetinden faydalanmadığı takdirde yoksullaşacak ve üretime katkısı olmayacaktır (WHO,2000).

Sağlık hizmetlerinin ne şekilde sunulacağı ve finansmanı temelinde gerçekçi bir yöntemin de olması gerekliliğini çağırır. Bu yöntemde birinci taraf (first party) sağlık hizmeti alıcılarıdır. Alıcılar sağlık hizmeti sunucularına (second party) doğrudan ödeme yapmaktadır. Bu hizmet sunumu ve hizmetin para karşılığı transferi en basit (temel) şeklidir (Mossialos,2002:49).

4.SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin temel fonksiyonu, toplum halinde yaşayan bireylere hizmet sunmaktır. Bireylerin iktisadi hayata katılıp, üretim faktörü içinde doğrudan veya dolaylı olarak yer almaları sağlık kavramıyla doğrudan ilişkilidir. Ancak sağlıklı bir birey sosyo-kültürel yaşamın bir parçası olup, hayatını idame ettirebilir. Devletler çoğunlukla benimsenen sisteme göre, sağlık hizmetlerinin sunumuyla birinci dereceden ilgilidir.

Devlet, sağlık hizmetine yönelik çeşitli finans kaynakları yaratarak sunduğu bu hizmeti karşılamayı hedeflemektedir. Sağlık hizmetine ilişkin finans yöntemlerinden bazıları genel vergiler yoluyla tahsis, özel sağlık sigortaları ve sağlık sigortaları aracılığı ile finansmanın sağlanmasıdır. Sağlık hizmeti, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile yakinen ilişkili bir kavram olup ülkelerin sağlık düzeyi ne olursa olsun yetkililer kıt kaynaklar karşısında harcamalarını belli bazı yöntemler aracılığı ile finanse etmeleri gerektiğinin bilincinde olarak hareket etmelidir. Bu nedenle, sağlık hizmetinin en önemli fonksiyonlarından biri olan finansman konusunda, ülkeler ciddi yatırımlarını hukuka bağlı kalarak ve hakkaniyetle yerine getirmek zorundadırlar. Küba'nın sağlık sistemi kendi ülkesinin tarihsel, kültürel dokusu ve felsefi özelliklerini yansıttığından Türkiye'ye direk rol model olur denilmemektedir. Fakat Küba'nın sağlık hizmet sunumu, sağlık finansmanı, örgütsel iklimi ve yönetsel yapısında Türkiye'ye örnek teşkil edebilecek yönleri ele alınabilir ve devlet tarafından uygulamaya konulabilir.

Küba sağlık sistemine baktığımızda, sağlık hizmetleri sunumunda merkezileştirme rol oynarken, sağlık finansmanı ve uyguladığı yönetim biçiminde desantralizasyonu benimseyerek oldukça başarılı olmuştur. Türkiye'de Halk Sağlığı Kurumları ve Kamu Hastaneleri kurumları kapatılmış ve yönetim tek başına Sağlık İl Müdürlüklerine verilmiştir. Bu durum birçok yönden yönetime fayda sağlamıştır.

Türkiye'de açılan şehir hastanelerini düşündüğümüzde, kamu özel ortaklığı yatırımı devlete tek başına çok büyük bir yük getirmiştir. Açılan şehir hastanelerinin tüm gelir ve gider kalemi Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilmiştir. Bu durumun gelecekte, devlete ciddi bir finansman açığı ve dengesizliği olarak döneceği yadsınamaz bir gerçektir. Çözüm ise kamu-özel ortaklığındaki devletin yükünün azaltılarak gelir-gider dengesinin daha adaletli bir şekilde ortaya konması, kayıtsız çalışanların kayıtlarının yapılması ve istihdamın kayıtlı olarak devam etmesi, sigortada yer alan-almayan kişi sayısının belirtilmesi ve yükseltilmesi, devlet primlerinin gerçek rakamlar üzerinden ödenmesi prim sistemi uygulanan karma sağlık finansmanı yapısı yönünden önem arz etmektedir.

Son olarak, Küba; refah devleti modellerinden sosyalizmi benimseyerek, Sosyal Demokrat Refah Devleti kapsamında yer almıştır. Türkiye ise; sosyal bir devlet modeli olarak, Sosyal bir hukuk devleti bandında karşımıza çıkmaktadır. Bu farklılıklara rağmen, ülkelerin içinde yer aldığı refah modelleri ile sağlık sistemleri büyük oranda benzerlik göstermektedir. İki ülkenin ortaya konulan bu durumundan da anlaşılabilir ki; sağlık hizmetleri sisteminin sunum ve refahının oldukça önemli ve bütünlük içinde ayrılmaz bir parça olduğudur.

KAYNAKÇA

A. Kemal ÇELEBİ, Serkan CURA, Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri; Karşılaştırmalı Bir Analiz, Haziran 2013

Aktan, H. (2001), "Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki Uygulamaları". Yeni Türkiye 7:40

Annual Health Statistics, 2010

Belek, İlker, (2017). "KÜBA SAĞLIKTA NEDEN VE NASIL BAŞARILI OLDU?".19

Country Statistics And Global Health Estimates by WHO and UN Partners, Ocak 2015 (http://who.int/mortality_burden_disease/en/) Erişim Tarihi: 11.12.2015

Güzel, A. G. (2010), “Sosyal Güvenlik Hukuku. ”, Beta Basım Yayım Dağıtım.

İstanbuluoğlu, H. (2010), “Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri.”, Dirim Tıp Gazetesi, Sayı.85,2: 86-89.

Kanbir, Ö. (2011). Endüstriyel Tarımın Krizi Ve Küba Tarımı. *Praksis* (25), 49-68.

Özkan, N. (2019). Özel Dönem” Öncesi Küba Ekonomisi.

Sargutan,E.(2005). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı Kavram, Metot Ve Uygulamalar. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1),81-111.

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015

World Bank, Mart 2013

World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014.

World Health Organization, Mental Health Atlas 2011 - Department of Mental Health and Substance Abuse