**KORONAVİRÜS (KOVİD-19) PANDEMİSİ SÜRECİNDE DÜNYA SAĞLIK SİSTEMLERİ**

**Öğr. Gör. Dr. Kazım Baş**

Munzur Üniversitesi Tunceli Meslek Yüksekokulu

[kbas@munzur.edu.tr](mailto:kbas@munzur.edu.tr) ORCID NO: 0000-0002-5061-4006

**ÖZET**

**Bu araştırma, dünyadaki sağlık sistemlerini Koronavirüs pandemisi sürecinde literatür kapsamında değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.**

**Ülkelerin en değerli varlığı insan kaynağıdır. İnsanların üretip, verimli olmaları ise sağlıklı olmalarına bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) anayasasında sağlık, “bireyin aynı zamanda hasta ve sakat hali olmayıp beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Günümüzde bir değer olarak kabul edilen sağlıklı olma, hastalıktan korunma, hastalıkların tedavisi, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde sağlık sitemlerinin önemli rolü vardır. Sağlık sistemi kavramı, sağlığı korumak, iyileştirmek ve geliştirmek için yapılan tüm faaliyetler olarak ifade edilmektedir. Sağlık sisteminde amaçlanan ise mevcut kaynakları etkili ve verimli kullanarak var olan sağlık sorunlarına çözüm bulmaktır. Dünyada, küreselleşme, teknolojik gelişme, sermaye hareketleri, rekabet, maliyet artışı, uluslararası artan hastalıklar ve sağlık riskleriyle birlikte ülkelerin sağlık sistemleri ve politikalarında değişimi zorunlu kılmıştır.**

**Günümüzde yaşanan koronavirüs pandemisi dünyadaki tüm insanların sağlığını, sosyal ve ekonomik yapısını olumsuz etkilemektedir. Yaşanan salgınla birlikte ülkelerin sağlık sistemleri de sorgulanıp, salgınla mücadelede sağlık hizmetlerinde kamusal yaklaşım ön plana çıkarken, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi daha da artmıştır. Korona virüs hastalığıyla mücadelede ülkelerin sağlık sisteminin önemli rol oynayacağı belirtilmiştir.**

**Dünyada geçmişten günümüze başlıca sağlık sistemleri; Sosyal Sigorta Modeli (Bismark Modeli), Ulusal Sağlık Hizmetleri Modeli (Beveridge Modeli), Semashko Sağlık Sistemi ve Piyasa Tipi Sağlık Sistemi olarak sınıflandırılmaktadır.**

**Anahtar Kelimeler: Yönetim, sağlık yönetimi, sağlık politikası, sağlık,**

**WORLD HEALTH SYSTEMS IN THE PROCESS OF CORONAVIRUS (COVID-19) PANDEMIA**

**Kazım Baş,** PhD

**Munzur University, Vocational Schoool, Tunceli**

[**kbas@munzur.edu.tr**](mailto:kbas@munzur.edu.tr) **ORCID NO: 0000-0002-5061-4006**

**ABSRACT**

**This research was carried out in order to evaluate the health systems in the world within the scope of the literature during the corona virus pandemic process.**

**Countries' most valuable assets are human resources. If people are productive and efficient depends on their health. In the Constitution of the World Health Organization (WHO), health is defined as “a state of complete well-being in terms of body, spiritual and social aspects, but not the sick and handicapped state of the individual at the same time”. Health systems have an important role in health, protection from disease, treatment of diseases, development and maintenance of health, which are accepted as a value today. The concept of health system is expressed as all activities carried out to protect, improve and develop health. The aim of the health system is to find solutions to existing health problems by using existing resources effectively and efficiently. Globalization, technological development, capital movements, increasing competition, cost increase, international diseases and health risks have necessitated change in health systems and policies of countries in the world.**

**The corona virus pandemic experienced today negatively affects the health, social and economic structure of all people in the world. With the epidemic, the health systems of the countries were also questioned and the public approach in health services came to the fore in the fight against the epidemic, and the importance of preventive health services has increased even more. It has been stated that the health systems of countries will play an important role in combating corona virus disease.**

**Major health systems from past to present in the world; Social Insurance Model (Bismark Model), National Health System Model (Beveridge Model), Semashko Health System and Market Type Health System.**

**Keywords: Management, health management, health policy, health,**

**1. GİRİŞ**

İnsanların yaşamlarını devam ettirip üretken ve verimli çalışabilmeleri sağlıklı olmalarına bağlıdır. Sağlık kavramı tüm ülkelerin sağlık sistemi ve politikalarında yer alan önemli kavramdır (Seren, 2014:93). Günümüzde sağlık kavramı geniş bir çerçevede ele alınıp sadece bireyin bedenen, ruhen ve sosyal yönden iyilik halini değil, sağlığının korunup geliştirilmesinde tıbbi modellerle birlikte sağlığa etki eden çevresel faktörlerin olumsuz etkisinin azaltılmasını da amaçlamaktadır (WHO, 2001:22). Sağlık kavramı dünyada ilk olarak Alma-Ata (1978) bildirgesinde hak olarak görülüp ve bireyin yaşam kalitesini olumlu etkileyen, kamu sağlığı ve ekonomik kalkınmanın önemli unsuru olarak görülmüştür (Kıdak ve Demir, 2019:163). Sağlık aynı zamanda toplumsal refahın önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Sağlıklı olmayan koşulların birey ve toplumun gelirini olumsuz etkileyip, yoksulluğu arttırdığı vurgulanmıştır (Satpathy ve Bansal, 1982:24).

Sistem denilince belli parçalar ve bu parçaların kendi içinde işleyişinin birbirine olan ilişkileriyle birlikte, parçaların iç ve dış çevreyle kurduğu ilişki ya da faaliyetleri içeren bir bütünü oluşturan yapıyı ifade etmektedir (Koçel, 2018:280). Sağlık Sistemi kavramı ise sağlık hizmetlerinde arz ve talep oluşumu ve gerçekleştiği ortamı, yapıları ve süreçleri içeren bir bütünü tanımlamaktadır (Sargutan, 2005:403). Sağlık sistemi, bir toplumun sağlık sorunlarını çözmek, sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla toplumun kaynaklarını etkili ve verimli kullanılması olarak ifade edilmiştir. Tüm sağlık sistemleri; kaynaklar, örgütlenme, yönetim- düzenleme, finansman ve hizmetlerin sunumu olmak üzere beş unsura göre analiz edilebileceği ifade edilmiştir (Roemer, 1993:335; Aktaran: Yıldırım ve Yıldırım, 2015:224). DSÖ (2000) ise herhangi bir sağlık sisteminin amacı sağlığı geliştirmesiyle birlikte, hizmet verdiği bireylerin taleplerini karşılaması ve ailelerin yoksullaşmasını önlemesi gerektiği belirtilmiştir (WHO. 2000:8).

Dünyada geçmişten günümüze alanına göre sınıflandırılan başlıca sağlık sistemleri ise;

* Sosyal Sigorta Modeli (Bismark Modeli); Almanya, İsviçre, Fransa gibi ülkeler,
* Ulusal Sağlık Hizmetleri Modeli (Beveridge Modeli); İngiltere vb. ülkeler
* Semashko Sağlık Sistemi; Eski Sovyetler Birliği ve bağlı ülkeler,
* Piyasa Tipi Sağlık Sistemi; Amerika Birleşik Devletleri vb. ülkeler, olarak

sınıflandırılmaktadır (Nolte, 2005:16).

Dünyada ülkelerinde koronavirüs hastalığına bağlı yaşanan ölüm oranları bazı ülkelerde yüksek iken bazı ülkelerde ise düşük olduğu belirtilmiştir. Ülkelerdeki bu ölüm oranlarının düşük ya da yüksek olmasında ülkelerin sağlık sistemlerinin önemli etkisi olduğu bildirilmiştir.

Bu araştırmayla, koronavirüs pandemisi sürecinde dünyadaki sağlık sistemleri incelenip literatür kapsamında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**2. SAĞLIK SİSTEMLERİ**

Sağlık sistemleri sınıflandırmasında ülkelerin sosyal, ekonomik ve kültürel özelliklerinin sağlık politikalarını belirmede önemli role sahip olduğu vurgulanmıştır. Sağlık sistemleri; Piyasa tipi (ABD), refah yönelimli-sosyal sigorta modeli (Bismark Modeli-Almanya), Kapsayıcı tip-ulusal sağlık hizmetleri modeli (Beveridge Modeli-İngiltere) ve sosyalist tip (Sovyetler Birliği), sağlık sistemleri olarak sınıflandırılmıştır (Nolte, 2005:16; Seren, 2014:100).

**2.1-Bismark modeli (sosyal sigorta modeli)**

Bismark tarafından 1883 yılında Almanya’da ilk olarak dünyada uygulanan sosyal sigorta modelidir. Bu model sosyal risklere karşı sistemin kurumlaşmasını sağlayarak günümüze kadar da dünyanın farklı ülkelerinde uygulama alanı bulmuştur. Sosyal sigorta sistemiyle çalışanlar istihdam ve gelir durumuna göre “hastalık fonlarına” ya da buna benzer “üçüncü taraflara” katkı payı ödemektedirler. Çalışmayan nüfus (çocuklar, işsizler, emekliler vb.) çalışanlar üzerinden sisteme dahil edilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2015:233; Orhaner, 2014: 18).

Sosyal sigorta modelinin finansmanı çalışanların ödediği vergiler ya da devlet katkısı yoluyla gerçekleşmektedir. Bu sistemde sağlık hizmeti sunumu farklı kurumlar tarafından yerine getirilmektedir. Sosyal sigorta kurumları hizmet sunan kurumlarla toplu sözleşme yaparak, hastalar adına hizmeti satın alabilmektedir. Almanya gibi ülkelerde rekabeti sağlamak için kişilere sigorta kuruluşlarını seçme özgürlüğü tanınmıştır. Böylece sigorta primleri daha serbest şekilde belirlenebilmektedir. Bu sistemde hastaların istediği hekimi, hastaneyi seçmesi, ulusal sağlık hizmeti modeline göre önemli avantaj oluşturduğu belirtilmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 233; Biçer ve Ilıman, 2019:14).

Sağlık sigorta sistemi günümüzde Avrupa Birliği ülkeleri arasında yaygın kullanılmaktadır. Bu ülkelerde zorunlu sağlık sigortasının karşılanmasıyla ilgili; Belçika, Fransa, Lüksemburg sağlık hizmeti maliyeti geri ödeme yöntemiyle yapılıp ve sağlık hizmetlerinde yararlanmada herhangi bir sevk sistemi zorunluluğu yoktur. Bu ülkelerde hastalar sevksiz her basamakta sağlık hizmeti alabilmektedir. Almanya, Hollanda, Avusturya gibi ülkelerde ise bireyler sağlık hizmetini sigorta fonu ve hizmeti sunanlar arasında yapılan sözleşmeye göre alırsa herhangi bir ödeme yapmaz. Ulusal sağlık hizmetine sahip ülkelerde ise sağlık hizmeti sunumu ve hizmete erişim tek bir yapıyla sağlanmaktadır. Hizmet veren kurumlar merkezi ya da yerelde devlet tarafından kamusal olanaklarla verilmektedir. Sosyal sigorta modelinde, hizmetin finansmanı özel sağlayıcılarla sözleşme yapan özel ve kar amacı gütmeyen fonlar tarafından sağlanmaktadır (hastalık fonları gibi). Bu sistemde devletin rolü ise düzenleme yaparak tüm vatandaşlara hak sahibi olduğu asgari düzeyde yardımları garanti eden bir çerçeve oluşturmaktır. Buna karşılık, Ulusal sağlık hizmeti sunan, Birleşik Krallık ve İsveç gibi İskandinav ülkelerinde devlet genellikle sağlık hizmeti sunumundan sorumludur (Nolte, 2005:19). Merkezi Doğu Avrupa ülkeleri, Sovyet modelinin (Semashko modeli- sosyalist model) çökmesinden sonra (1990’lı yıllardan sonraki süreçte) Avrupa Birliği vizyonuyla sağlık sistemlerinde yapılan reformlar kapsamında sosyal sigorta modeline geçiş yapmışlardır (Yıldırım ve Yıldırım, 2015:233).

**2.2. Ulusal sağlık hizmetleri modeli (USH): (Beveridge Modeli)**

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra Birleşik Krallık Sir William Beveridge raporu ve tavsiyeleri doğrultusunda 1946 yılında çıkarılan kanunla yasallaşmıştır. Beveridge modeli kabulünden itibaren dünya genelinde takdir edilip, başta eski İngiliz kolonileri olmak üzere sağlık hizmetlerindeki olumlu etkisi hep tartışılmış ve bu olumlu etkisi günümüze de ilham vermeye devam etmektedir. Beveridge sistemi sağlık riskleri açısından kişiler eşit değerlendirilip ayrıca kişiler arasında herhangi bir ayrımcılık kabul edilmemiştir (Musgrove. 2000:845). Bu sistemde tüm vatandaşlar, çalışma ve aile durumlarına bakılmaksızın sisteme dahil edilmiştir. Bu sistemle sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu, devlet tarafından toplanan vergilerden sağlanmaktadır. Bu sistemin dört önemli özellik taşımaktadır.

* Ülkedeki tüm nüfusu kapsaması
* Evrensel düzeyde koruma sağlaması
* Merkezi ulusal yönetim temelinde bütünleştirilmiş bir sistem içermesi
* İhtiyaç temelli herkesin aynı faydalardan yararlanabilmesi (Biçer ve Ilıman, 2019, s:14).

Ulusal sağlık hizmetleri sisteminde finansman vergilerden (ulusal bütçe) karşılanmaktadır. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısı ve hizmet sunumu desantralize olmuş durumdadır. Hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmış ancak hastaların hekim ve hastane tercihi hakkı sınırlıdır. Hastalar ancak genel pratisyeni seçebilmektedir. Bu sistemde genel pratisyenler kapı rolü görevini sürdürmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2015, 232). Bu sistemin uygulandığı, Danimarka, Finlandiya, İsveç (Nordik ülkeleri) ve Portekiz, İtalya ve İspanya gibi ülkelerde sağlık hizmetleri ulusal politikalarla belirlenmektedir. Ayrıca bu ülkelerde bölgelere, yerele sağlık hizmetlerinde geniş yetkiler verilip, sağlıkta güçlü desantralizasyon uygulamaları da mevcuttur.

NHS (National Helath System) raporu yayınlamasından sonra İngiltere’de muhafazakarlar tarafından bireye geniş haklar içerdiğinden eleştirilmiştir. Bu sistemde "bireyin iyi olma sorumluluğu kabul etmesi gerektiğini" hatırlatılarak, ayrıca "hasta olan bir kişinin sağlığına kavuşturulmasında, devletin yanında hasta kişinin de görevi olduğu" vurgulanmıştır. Bu kapsamda devletin görevinin bireyi kamu sigortası tarafından garanti edilenden daha fazla koruma ve daha fazla bakım sağlama konusunda özgür bırakarak, inisiyatif ve risk almada da serbest bırakmıştır. Bu sisteminin en önemli yanı ayrım gözetmeksizin herkesi yeterli ve asgari düzeyde evrensel kapsama alması, diğeri ise tüm bireylere minimumun üzerinde sağlığa erişim sağlamayı garantilemişidir. Bu çerçeve Beveridge raporunda savunulan sağlık sisteminin temelini oluşturmuştur (Musgrove. 2000:846).

**2.3. Semashko sağlık sistemi modeli (sosyalist model)**

Bolşevik devriminden sonra Semashko tarafından 1918 yılında Moskova’da yapılan “halk sağlığı ve tıp” konferansında, tıbbi bakımın tüm vatandaşları kapsayıp, devlet tarafından garanti edileceği ifade edilmiştir. Semashko modeli eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği (SSCB)’nde geliştirilen model olup, Merkezi Doğu Avrupa ülkelerinde uzun yıllar bu sistem uygulanmıştır. Bu sistemde tüm ülke nüfusuna sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunun devletin görevi kabul edilerek, hizmetler merkezi düzeyde planlanıp sunulmuştur. Sovyetler döneminde bu sistemle sağlık hizmetlerinde entegre bir yapı oluşturularak, ilçe, il, merkezi düzeyde rayon bölge, belediye ve federal hastaneler olmak üzere hepsi sevk sistemiyle birbirine bağlanmıştır. Bu modelle diğer tıbbi hizmetlerin faaliyetleri de entegre edilerek sistemin ekonomik olarak etkili olması sağlanmıştır. Böylece sağlık hizmetleri evrensel kapsam ve düşük maliyet ile herkese ücretsiz olarak uzun yılar sunulabilmiştir (Sheiman, 2013:320). Bu sistemde hastaların hekimi seçme hakkı olmadığı, hekimlerin ya da sağlık çalışanlarının maaş karşılığı çalıştırılması sistemin performansını olumsuz etkilediği ifade edilip eleştirilmiştir. Bu sistemde süreçle birlikte sağlık hizmetlerinde arz ve talep arasındaki denge iyi kurulamadığı vurgulanmıştır. Zamanla ihtiyaç fazlası hastanelere, hekim sayısı da eklenince bazı sağlık tesislerinin atıl duruma geldiği bildirilmiştir. Özellikle de İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra sağlık hizmetlerinde başlayan aşırı ve gereksiz kullanımla birlikte ihtiyaç olmadığı halde büyük hastaneler inşa edilmiştir Sovyetler Birliği’nde 1980’li yıllardan sonra ekonomik durgunluğa sağlık hizmetlerindeki gereksiz maliyetlerde eklenince, nitelikli sağlık personeli eksikliğiyle beraber sistemin sürdürebilirliğini olumsuz etkilemiştir. Bu süreçle birlikte ideolojik ve siyasi değişimlerin yaşanmasına bağlı Sovyetler Birliği ve bağlı blokun dağılmasıyla Semashko sağlık hizmetleri modeli de bu ülkelerde sona ermiştir (Yıldıran ve Gülşen, 2017:114).

**2.4. Piyasa tipi sağlık sistemi (karma sistem)**

Sağlık hizmetlerinde piyasalaştırma, kamu sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulmasıdır. Bu sağlık sistemi modelinde kamunun rolü az olup sağlık hizmetleri ağırlıklı özel sağlık sigortaları tarafından yapılan sözleşmelerle yerine getirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri piyasa tipi sağlık sistemlerine örnek gösterilen ülkelerdendir. Ancak dünyada sağlık hizmetlerinde kişi başına en yüksek harcama yapmasına rağmen, sağlığa erişimde ve sonuçlarında büyük eşitsizliklerin mevcut olduğu bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri sağlık sektöründe birbirinden bağımsız ve birbiriyle koordineli şekilde çalışan sağlık sistemleri vardır. Ülkede tek bir sağlık sistemi yoktur ve ülkedeki sağlık sistemi herkesi kapsamaktadır. Sağlık sektöründeki yetkiler ise federal ve eyalet düzeyi hükümetleri arasında paylaşılmıştır. (Nolte, 2005, s:12;Kıdak ve Demir, 2019, s:164). Bu sistemde Amerika’yla birlikte Avustralya, Japonya ve İsviçre gibi ülkelerde de farklı kategorilerde özel sağlık sigortasıyla sağlık hizmetlerinde finansman sağlanmaktadır (Orhaner, 2014: 22).

Amerika Birleşik Devletleri’nde’sağlık sigortaları ise başlıca aşağıdaki sınıflamada yer almaktadır.

- Özel sağlık sigortası,

- Çocuk Sağlık Sigortası Programı (CHIP),

- Askeri personel için ordu sağlık sigortaları,

- Medicare (yaşlılar için),

- Medicaid (düşük gelirler için), (Baş, 2021, s:61).

Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık hizmetleri sunumuyla ilgili yoksullar ve yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinde özel sigorta şirketlerine bağlı hizmetlere erişimle ilgili ciddi sorunlar yaşanmıştır. Bu sorunların aşılması için Obama döneminde Obamacare olarak adlandırılan sağlık reformlarıyla ülkede yaşayan ve evrensel sağlık kapsamı dışında kalan herkes sağlık sigortasına kapsamına alınmıştır. Böylece yoksul ve yaşlıların sigorta şirketleriyle ilgili ödeme risklerini kamu üstlenmiştir (Rice vd., 2013:25).

**3-KORONAVİRÜS (COVİD-19) SÜRECİNDE DÜNYADAKİ SAĞLIK SİSTEMLERİ**

Dünyada yaşanan koronavirüs pandemisiyle birlikte, dünya ülkeleri salgına karşı hazırlıklı olmadığı ve müdahalede yetersiz kaldığı bildirilmiştir. Virüsün dünya ülkelerinde yayılmasının durdurulamaması akut ve kronik hastalıkların tedavilerini aksatıp, risk gruplarını olumsuz etkileyerek, sağlık hizmetlerine erişimdeki sorunlarda eklenince salgın tüm ülkelerin sağlık sistemlerini olumsuz etkilemiştir. Hastalığın tüm dünyada yayılımının sınırlandırılması önemli sorun iken özellikle de düşük ve orta gelirli ülkelerde hastalık yayılımını azaltmak için daha fazla iş birliği yapılması gerektiği belirtilmiştir. Küresel seferberlikte çözüm için "küresel kamu yararı" temasıyla daha fazla fon toplama, bilgi oluşturup ve yaymanın önemli olduğu ifade edilmiştir. Özellikle en kırılgan olan düşük gelirli ülkelerde sağlık sisteminin desteklenip, krtik olan sağlık hizmetlerinin aksamadan devam etmesinin bu ülke sağlık sistemleri için hayati önem taşıdığı belirtilmiştir (Bcheraoui, vd., 2020: 4; OECD, 2020: 2).

Dünyaülkeleri, koronavirüs pandemisini önlemek amacıyla enfeksiyonun kontrolü için başta hastaların izolasyonu, sosyal mesafeye ve hijyen olmak üzere çeşitli önleyici stratejileri uygulamaya koymuştur. Hastalığın önlemesine yönelik stratejilerle birlikte ülkelerin sağlık sistemlerinin de salgınla mücadelede önemli role sahip olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre dünyada tüm bireylerin korona virüs enfeksiyonuna karşı duyarlı olduğu belirtilmiştir. Belirli risk gruplarında (yaşlılar, kronik hastalar vb.) ise hastalığa yakalanma ve ölüm oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Koronavirüse yakalan ülkelerdeki yaşlı nüfustaki ölüm oranları bazı ülkelerde yüksek (İtalya gibi), bazı ülkelerde ise düşük olduğu (Almanya ve Türkiye gibi) belirtilmiştir. Bu durum ülkelerin sağlık sistemiyle ilişkili olduğu açıklanmıştır. Ayrıca sağlık sistemlerinin kronik hastalıkların önlenmesine katkı sağladığı gibi bu hastalıkların ortaya çıkmasından sonra iyi bakım vererek, ölüm oranlarının azaltılabildiği bildirilmiştir. Ayrıca koruyucu sağlık politikalarının hastalıkları önlemede önemli etkisi olduğu vurgulanmıştır. Küresel bir tehdit olan koronavirüs ile mücadelede ülkelerin sağlık sistemlerinin önemli bir role sahip olduğu belirtilmiştir (Keleş ve Keleş, 2021: 118 ).

Günümüzde yaşanan koronavirüs salgınıyla birlikte tüm dünya ülkelerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi daha iyi anlaşılmıştır. Güçlü koruyucu sağlık sistemleri sağlıkta acil durum müdahalesinin temelini oluşturmaktadır. İngiltere’de birinci basamak sağlık sistemi tüm sağlık sistemi faaliyetlerinin % 95'inden fazlasını gerçekleştirmektedir. DSÖ’ne üye ülkeler, birinci basamak sağlık sistemlerini geliştirme taahhütlerini defalarca teyit etmişlerdir. Sağlık sisteminin “ön kapısı” olarak, birinci basamak sağlık hizmeti veren uzman ve pratisyen hekimler, sağlık hizmetlerinde; acil durum, risk yönetimi, hizmet planlama ve hizmetlerle ilgili eylemlere dahil edilmeleri halinde sağlık sorunlarının çözümünü daha da kolaylaştırabileceği belirtilmiştir (Dunlop vd., 2020: 2). Koronavirüs salgınında, sağlık sistemlerini ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirmek için sağlık sistemlerine yapılan güçlü yatırımın geri dönüşleri de yüksek olacaktır. Bu yaklaşım aynı zamanda ülkelerin evrensel sağlık sigortasına yönelik küresel taahhütlerin uygulanmasını da kolaylaştıracağı vurgulanmıştır (OECD, 2020: 18).

Koronavirüs Pandemisini kontrol altına almak için geliştirilen aşılar tüm dünya ülkeleri için bir fırsat olduğu vurgulanmıştır. Birleşmiş milletler, aşıya ihtiyacı olan herkesin erişimini sağlamak için kanıta dayalı küresel koordineli bir çabanın olması gerektiğini belirtmiştir. Aşıya erişimin dünyadaki tüm insanlar için bir insan hakkı olduğunu bildirilmiştir. Koronavirüsle mücadelede aşılamanın önemi vurgulanarak diğer yandan dünya genelinde temel ilaçlara erişim, rutin çocuk ve yetişkin aşılarının yapılmasıyla birlikte hastalıkların tedavilerinin yapılmasının gerekli olduğu vurgulanmıştır. Koronavirüs sürecinde geliştirilen teknolojilerle erişimle birlikte ülkelerin işbirliklerinin geliştirilmesi ve sağlık sitemleriyle uyguladığı sağlık politikalarının kilit rol oynayacağı belirtmiştir (UN, 2020:1)

**4.SONUÇ**

Dünyada yaşanan korona virüs salgınıyla birlikte dünyanın tüm ülkeleri olumsuz etkilenmiştir. Salgın şimdiye kadar dünyada milyonlarca insanın ölümüne neden olmuştur. Koronavirüs salgını ülkelerin sağlık sitemlerini olumsuz etkileyerek, sağlık sorunlarının daha da artmasına neden olduğu vurgulanmış. Ülkeler salgını kontrol etmek için izolasyon, sokağa çıkma ve seyahat kısıtlaması gibi çeşitli uygulamaları hayata geçirmiştir. Bu uygulamalar birlikte ülkelerin sosyal ve ekonomik yapıları da olumsuz etkilenmiştir. Salgınla birlikte özellikle gelişmekte olan ülkeler ve dezavantajlı gruplar, hastalığın etkilediği risk grupları daha da olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Dünyada tüm insanları etkileyen bu salgının etkilerinin azaltılması için herkesin güvende olmasıyla mümkün olacağı vurgulanmıştır. Salgının kontrol altına alınmasında ulusal sağlık sistemlerinin güçlendirilmesiyle birlikte dünya ülkelerinin küresel işbirliği ve dayanışmasının bu sorunun çözümünü kolaylaştıracağı belirtilmiştir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin olumsuz etkilenmemesi için koronavirüs salgınının sınırlandırılmasının önemi vurgulanarak ve tüm ülkelerde ayrımcılık yapılmadan aşılarının karşılanabilir olması gerektiği vurgulanmış. Bu süreçte ülke sağlık sistemlerinin kar amaçlı değil halk sağlığı önceliklerine göre yapılandırılıp, güçlendirilmesinin hastalıkla mücadelede tüm dünyada daha etkili sonuçlar alınabileceği belirtilmektedir.

**KAYNAKLAR**

BAŞ, K., (2021), *Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyona İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi/Tunceli ve Elazığ Örneği*, Doktora Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.

BCHERAOUİ, C.E., WEİSHAAR, H, POZO-MARTİN, F., and HANEFELD, J., (2020), *Assessing COVID-19 Through the Lens of Health Systems’ Preparedness*: Time for a Change,Globalization and Health (2020),16:112,https://doi.org/10.1186/s12992-020-00645-5.

BİÇER, E.B. ILIMAN, E., (2019), *Sağlık Kurumlarında Yönetim*. Zekai Öztürk (Ed.). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Yapısı* İçinden (s.:9-41), Ankara, Siyasal Kitabevi, 1.Baskı, ISBN: 978-605-9221-98-6.

DUNLOP, C. HOWE, A. Lİ, D. and Allen, L.N., (2020), *The Coronavirus Outbreak*: The Central Role of Primary Care in Emergency Preparedness and Response, BJGP Open 2020; DOI: 10.3399/bjgpopen20X101041.

KELEŞ, A.İ. ve KELEŞ, G., (2021), A Comparative Analysis of World Health Systems and Covid-19, Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2021; 38(2): 115-120 doi: 10.52142/omujecm.38.2.11.

KIDAK, L.B. DEMİR, H., (2 018), *Sağlık Politikası*,Dilaver Tengilimoğlu (Ed.), *Küresel Sağlık Polikaları* içinde (159-181.ss.), Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 1.Basım, ISBN: 978-605-320-952-2.

KOÇEL, T., (2018), *İşletme Yöneticiliği*, İstanbul, Beta, 17.Baskı, ISBN: 978-605-242-100-0.

MUSGROVE, P., (2000), *Health insurance: the influence of the Beveridge Report*, Bulletin of the World Health Organization, 78 (6): 845-846.

NOLTE, E., MCKEE, M. and WAİT, S. (2005).*Handbook Of Health Research Methods*, A, BOWLİNG and S.ABRAHİM (eds.), Investigation, Measurement and Analysis, Chapter in:Describing and evaluating health systems(p.:12-40), Open University Press, Berkshire-England, SL6 2QL. ISBN: 0-335-21460-6.

OECD, (2020), *Strengthening Health Systems During a Pandemic*: The Role of Development Finance, oecd.org.coronavirus. Erişim Tarihi: 16.04.2021.

ORHANER, E., (2014), *Türkiye’de Sağlık Sigortası*, Ankara, Siyasal Kitabevi, ISBN:978-605-4627-85-1.

RİCE T. ROSENAU, P. UNRUH, L.Y. BARNES, A.J. SALTMAN R.B. and VAN GİNNEKEN E., (2013)*. United States of America: Health System Review*. *Health Systems in Transition*, 15(3), 1-431.

SARGUTAN, A.E., (2005), Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi*, 8(3), 401-428.

SATPATHY, S.K. and BANSAL, R.D., (1982), Health Economics-Concepts and Conceptual Problems, *Health and Population Perspectives & Issues*, 5(1), 23-33.

SHEİMAN, I., (2013), Rocky Road From The Semashko to a New Health Model, Bull World Health Organiztion, 91, 320-321, doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.030513.

SEREN. A. K, H., (2014). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Baykal, T.Ü. ve Türkmen, E.E. (Ed.). *Sağlık Sistemi, Sağlık Politikları ve Hemşirelik Mevzuatı* içinden (93-131.ss.), İstanbul, Akademi, 1. Baskı, ISBN: 978-605-64411-2-7.

UNİTED NATİONS (UN), (2020), *Responses to the COVID-19 Catastrophe Could*

*Turn the Tide on İnequality,* United Nations Department of Economic and Social Affairs,

[www.un.org/development/desa/publications/](http://www.un.org/development/desa/publications/), Erişim Tarihi: 15.04.2021.

YILDIRIM, H.H. YILDIRIM, T., (2015), *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri* Ankara: ABSAM, 3. Baskı, ISBN: 978-605-84583-9-0.

YILDIRAN, M. GÜLŞEN, M.A., (2017), T.C. Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı, Kamu Sağlık Politikalarının Oluşturulmasında Finansman Sorunları: Orta Asya ve Kafkasya Ülkelerinden Örnekler, *AVRASYA ETÜDLERİ Dergisi,* 52(2), 111-151.

WHO, World Health Organization., (2000), The World Health Report 2000: Health Systems,

Improving Performance, Printed in France, ISBN 92 4 156198 X- ISSN 1020-3311.

WHO, Commission on Macroeconomics and Health & World Health Organization., (2001). *Macroeconomics and Health : İnvesting in Health For Economic Development* : Executive Summary / Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42463>. ISBN: 9241545526.