



SAĞLIK POLİTİKALARI VE İSTİHDAM ÇALIŞMA GRUBU

1. ULUSAL VE ULUSLARARASI GELİŞMELER

1.1. Ulusal Gelişmeler

1.1.1 COVID-19 salgınının yönetiminde ortaya çıkan ulusal düzeydeki sorunlar: genel değerlendirme

Sağlık yönetimine bilimsel yaklaşım çerçevesinde değerlendirildiğinde SARS COV-2 salgınının ülkemizde çok iyi yönetilmediğini söylemek zorundayız. Salgının yönetiminde, sağlık çalışanlarının olanca gayreti ve özverisine karşın, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında, bilinçli ya da koşullara bağlı olarak yönetim biliminin çoğu öğelerinde hatalar yapıldığı gözlenmektedir. Türkiye’de ilk vakanın ortaya çıktığı 11 Mart 2020 tarihinden bu yana SARS COV-2 salgınının yönetiminde, salgının yayılması ve ölümlerin önlenmesi amacıyla yapılan planlama, örgütlenme, insangücü yönetimi, kurumlar arası eşgüdüm ve iletişim, kayıt tutma, bildirim ve verilerin değerlendirilmesi (salgın sürveyansı) konularında yaşanan sorunları genel olarak şöyle değerlendirmek mümkündür:

Stratejik sorunlardan başlanacak olursa, salgın başlamadan önce Türkiye de dahil Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önderliğinde yapılmış olan çok önemli bir hazırlık vardı: “*Influenza Pandemi Planları*”. Bu planlar stratejik olarak son derecede yol göstericiydi. Bir pandemi durumunda ne yapılacağı önceden planlanmıştı. Pandemi planlamasında ilk atılacak adımlardan biri iller düzeyinde hemen “*Salgın Operasyon Merkezinin*” kurulmasıydı. Operasyon merkezleri, İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde İl Sağlık müdürüne bağlı başkanlıkların kendi aralarındaki eşgüdümüne olanak tanımak, iş birliği düzeneklerini ile sağlık hizmet basamakları arasındaki eşgüdümü gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır. Ne yazık ki çoğu ilde “salgın operasyon merkezi” kurulmadı. Kurulduysa da işlevini yerine getirmedi. Gerek il sağlık müdürlüğü gerekse başkanlıkların, liyakat ve beceri kriteri yerine çoğunlukla politik dengeler gözetilerek istihdam edilmesi bu durumun başka gelen gerekçesidir. Nitekim, il sağlık müdürlüğü düzeyinde çoğunlukla yönetici olarak görev verilmeyen Halk Sağlığı uzmanlarının, daha çok istihdam edildikleri İlçe Sağlık Müdürlüğü bünyesinde büyük başarı gösterdiklerini gördük. Sağlık Bakanlığının bu salgında en etkin ve verimli çalışan birimleri İlçe Sağlık Müdürlükleri olmuştur. Ancak yukarıda da değinildiği gibi, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumları arasında; hatta birinci basamak yönetim ve hizmet birimleri olan İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Aile Sağlığı Merkezleri arasında da hiçbir eşgüdüm sağlanamamıştır. Özellikle rutin sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi ve filyasyon (temaslı izlemi) ve aşı çalışmalarında aile hekimleri iyi yönetilememiş, sağlıkta dönüşüm modelinin -sağlık bakanlığı için- umut veren bu yapılanma son derecede atıl ve verimsiz kalmıştır.

Pandemi sürecinde merkezi yönetim illerde İl Hıfzıssıhha kurullarından ayrı olarak “İl Pandemi Kurullarını” oluşturmuştur. Bu kurullar, devletin multidisipliner yapısını temsil eden teknokratlardan oluşuyordu. Bu kapsamda bu kurullarda üniversitelerden görevlendirilen halk sağlığı öğretim üyeleri de yer almaktaydılar. Söz konusu il pandemi kurullarının görevi,



bilimsel veriler ışığında salgının yönetiminde valinin teknik danışmanlığını yapmaktır. Ancak istisnalar dışında birçok ilde bu kurullar ya hiç toplanmadılar ya da bir toplantı yaptıktan sonra tekrar toplantıya çağırılmadılar. Çoğu kurula halk sağlığı öğretim üyeleri davet edilmediler. Salgın, il düzeyinde yeterli uzman görüşünden yoksun olan, sorun çıkmadan önce değil, çıktıkça çözüm arayan “İl Hıfzıssıhha Kurulu” kararları ile yönetildi ve halen de böyle yönetilmektedir. Burada “sanayi kuruluşlarının” ne pahasında olursa olsun tam kapasite çalışmaya devam etmeleri gerektiği baskısından da söz etmek gerekir. Bunun ötesinde sanayi kuruluşları yöneticileri kendi bağımsız salgın planlarını yaparak, il düzeyinde gerektiğinde uygun bürokrat partnerlerle iş birliği içinde salgında alınması gereken önlemlerin sınırlandırılmasına neden olmaktadır.

Yukarıda değinilen başlıklar dışında öncelikle söz etmemiz gereken diğer başlıklar, toplumun sağlıklı bireylerinin izolasyonu ve saptanan PCR pozitif olguların izolasyonunda yapılan zincirleme hatalardır. Yukardan aşağıya doğru gidersek, bakanlığın merkezinde kurulan “bilim/danışma kurullarının” amacı ne yazık ki danışma amacıyla olmaktan çok, topluma, salgının bilimsel bir yöntemle yönetiliyor olduğu izlenim vermek ve ortaya çıkabilecek istenmeyen sonuçların “sorumlusu” olarak gösterilme amacını taşımaktadır. Bilim kurullarının, toplumun izolasyonu konusundaki önerilerinden çoğunun hayata yansıtılmadığını görüyoruz. Nitekim ikinci dalgadaki büyük olgu artışı bu kaygıyı da haklı çıkarmıştır.

PCR pozitif olguların fiyasyonu, İlçe SM ekiplerinin günde 18 saate varan çalışma temposu ve olağanüstü gayret ve özverisi ile başarılı bir şekilde sağlanmışken -bunda HES kodu uygulamasının olumluluğunda eklemek gerekir-, olguların izolasyonunda aynı başarı sağlanamamıştır. Toplum orta-üst sosyal sınıflarında, gerek aile büyüklüğünün göreceli küçük olması, gerekse iş koşullarının uzaktan ve esnek mesai ile uygulanması nedeniyle PCR pozitif olgu izolasyonu sağlanabilirken alt sosyal sınıflarda bu sağlanamamıştır. Sanayide çalışmak zorunda olan mavi yakalılardan, iş buldukça çalışan ya da işsizlerin, her gün dış ortamla temasta bulunarak aile içi yüksek risk oluşturmaları olasıdır. Yarı kentsel bölgelerde kalabalık ailelerle küçük evlerde yaşayan bu bireylerin hasta olmaları halinde bu evlerde izolasyonunun mümkün olmadığı açıktır. Bu durum, üst düzey yöneticilerce bilinmesine karşın, bu özellikteki olguların uygun sürelerle izolasyon merkezlerine toplanması fikrine Sağlık Bakanlığı ve valilerden büyük direnç gelmiştir. Oysa ki bir çok doğulu ve batılı ülkenin uyguladığı bu model Türkiye’nin yoksun ve yoksul grupları için de uygun bir çözüm olabilirdi.

Kayıt, bildirim ve verilerin salgın müdahalesi açısından değerlendirilmesi konusunda ise öncelikle söylememiz gerek şey, bu konunun salgın yönetiminin en eksik yönü olduğudur. Bırakın sonuç değerlendirmesini, ara değerlendirmelerin bile yapılmadığı hiçbir sağlık yönetimi programı kendine hedef belirleyemez ve bulanık hedefler belirlese de hedefine ulaşamaz, ya da ulaşıp ulaşmadığını anlayamaz. Bu salgının (ve tüm salgınların) temel sonlanım noktası olan “ölümlerin” değerlendirilmesi konusunda da bunu açıkça görüyoruz. Türkiye’de ölümleri sayıyla verip (bu verilerin doğru olmadığı sonradan açıklanmış olsa da) başarı bu hatalı yaklaşım üzerinden değerlendirilmeye çalışılmıştır. Oysa ki COVID-19 ölümleri açısından ileri yaşın en büyük risk faktörü olduğu, toplumların yaşlı nüfus oranlarına göre ölümlerin farklılaştığı bilinmektedir. Yaşlı nüfus oranı farklı olan iki ülkedeki ölümlülüğü doğrudan sayılarla değerlendirmek büyük hata olur. Yani 65 yaş ve üstü nüfus payı %8.5 olan Türkiye’deki ölümlülüğü yaşlı nüfus oranı % 21-23 olan Batı Avrupa



ülkeleri ile ve sayılar üzerinden karşılaştırmak büyük bir hata olur. Yaş dağılımı standardize edildiğinde Türkiye'de gözlenen COVID-19 nedeni ölümler bazı ülkelerden düşük ama birçok ülkeden daha fazladır⁽¹⁾.

Kayıt tutmama ve tutulan kayıtların saklanması ve paylaşılması, Türkiye için hiçbir olumlu katkı sağlamamıştır. Aksine ülkemiz, birdenbire üç binden 30 bine çıkan olgu sayıları ile uluslararası düzeyde güvenilirliğini yitirmiştir. Veri işleme, sorunun ne boyutta olduğunun yanı sıra dağılımı konusunda da çok önemli bilgiler sağlar. Bu bilgiler olgu sayılarını ve ölümleri önlemek amacıyla yapılacak müdahalelere ışık tutar. Bu durum, özellikle Türkiye gibi büyük ve değişken bir coğrafyaya ve nüfusa sahip ülkeler için önemlidir. Daha önce de belirttiğimiz gibi olguların yoğunlaştığı bölgeler için alınacak önlemler değişebilir. Alt sosyal sınıfların yaşadığı bölgelerde ve hatta okullarda alınacak önlemler daha varlıklı bölgelerde alınacak önlemlerden farklı olabilir. Veri paylaşımının olmamasının, bu alanda çalışan bilim insanları için tam bir “körlüğe” yol açması, COVID-19 konusundaki gelişmeleri yeterince izleyemememiz ve bunun sonuçları, ileride tekrar uzun bir değerlendirme gerektirmektedir.

1.1.2 COVID-19 salgınının yönetiminde ulusal strateji ve uygulamaların olumlu ve olumsuz yanları

COVID-19 salgınının yönetiminde ulusal düzeydeki strateji ve uygulamaların olumlu ve olumsuz yanları aşağıda maddeler halinde kısaca verilmiştir⁽²⁻⁸⁾:

1. Enflüenza Bilim Kurulunun, Pandemi Danışma Kurulu şekline dönüştürülmesi olumlu bir gelişme olmuştur. Ancak, bu Kurulun ağırlıklı olarak enfeksiyon, yoğun bakım ve klinik mikrobiyoloji gibi klinik dal uzmanlarından oluşması, halk sağlığı uzmanlığının yalnızca bir kişi ile temsil edilmesi olumsuz bir uygulama olmuştur. İlerleyen dönemde Kurula halk sağlığı uzmanlarının da dahil edilmesi olumlu olmuştur.
2. İl Pandemi Kurullarının oluşturulması ve bu kurullarda birer halk sağlığı öğretim üyesinin yer alması olumlu bir gelişme olmuştur.
3. Salgının sanki hastanelerde ve yoğun bakım servislerindeki hizmetlerle kontrol altına alınabileceği gibi bir algı yaratılmış olması yanlış bir strateji olmuştur.
4. Pandemi mücadelesi halk sağlığı uzmanlığının tanınırlığının artmasına bir vesile olmuştur. Çok sayıdaki halk sağlığı uzmanının özellikle TV programlarına katılmaları olumlu olmuştur.
5. Aynı şekilde, pandemi mücadelesi sırasındaki özverili çalışmaları sağlık çalışanlarının halk nezdindeki prestijini daha da arttırmış, sağlık ordusunun değeri bir kez daha anlaşılmıştır.
6. Medyanın pandemi konusundaki yoğun halk eğitimi çabaları olumlu bir husustur.
7. Sağlık Bakanlığı dışındaki bakanlık ve sektörlerin de mücadelede rol almaları sağlığın bir devlet konusu olduğunu vurguladığı için olumlu bir husustur.
8. Ülkemizde aşı üretim çalışmalarının başlaması gelecekte aşı üretimi için bir alt yapı oluşmasına yol açacağı için olumlu bir teknik gelişme olmuştur.



9. Halkın gerek medya aracılığıyla gerekse diğer yollarla hijyen konusunda yoğun biçimde eğitilmesi olumlu bir gelişme olmuştur.
10. Siyasetin pandemi mücadelesini yürütmekte olan Sağlık Bakanlığına olan müdahaleleri sıklıkla olumsuz sonuçlara neden olmuştur.
11. Hasta tanımında DSÖ kriterlerinden sapılması, hasta / vaka tanımlarındaki kargaşa kamuoyunda şaşkınlığa ve Bakanlığa olan güvenin sarsılmasına yol açmıştır
12. Sağlık Bakanlığı tarafından halka yapılan açıklamaların doğru olmadığına anlaşılması çok büyük bir hata olmuş, şeffaflık ilkesi yok olmuş, Bakanlığa (ve Hükümete) olan güven ciddi biçimde sarsılmıştır.
13. Aşıların yurt dışından satın alınması konusunda geç kalınması ve tek bir aşı üretim kaynağına bağımlı kalınması olumsuz bir karar olmuştur.
14. Bütün hastanelerin pandemi mücadelesi ile görevlendirilmesi kronik hastalıkların izlemlerini aksatmıştır,
15. 65 yaş üzerindeki diğer ülkelerde görülmeyen biçimde evde kalmaya zorlanmış ve sosyal yaşantıları sınırlandırılmıştır. Bu uygulamanın uzaması bu grupta bazı ruhsal ve fiziksel sorunların ortaya çıkmasına yol açtı.
16. Çok sayıdaki işyerinin kapatılması, çalışanların işten çıkartılmaları ve bu kişilere uygun maddi desteğin verilmemesi toplumun büyük bir kesiminin mağdur olmasına yol açmıştır.
17. Sağlık Bakanlığının araştırmalara izin verme konusundaki sınırlayıcı tutumu bilimsel bağımsızlığı zedeleyici bir tutum olmuştur. Bu nedenle, Türkiye kökenli yayınların az olmasına neden olmuştur.
18. Pandemi kontrol uygulamalarının (maske, mesafe) özellikle rol model olması gereken bazı siyasiler tarafından ihlal edilmesi ve bazı siyasi toplantılarda kontrol önlemlerine uyulmaması ülkemizdeki pandemi mücadelesinin zayıf noktalarından birisidir.
19. Kurallara uymayanlara uygulanan para cezalarındaki hukuksal dayanak kargaşası denetimlerin caydırıcı olmasını engellemiştir.
20. Okul eğitimlerinin aksamıştır. Uzaktan eğitim için gerekli tablet ve internet olanağı olmayan öğrencilerde mağduriyete neden olmuştur. Ayrıca, Milli Eğitim Bakanlığının eğitimle ilgili kararlarında sık sık değişiklikler yapması da güven sarsıcı olmuştur.
21. Sağlık personellerine verilen vaatler büyük ölçüde yerine getirilmemiştir.
22. Özellikle pandemi mücadelesinin ilk dönemlerinde Hac ziyaretine izin verilmesi ve yurda dönen hacılara gerektiği gibi karantina uygulanması olumsuz bir uygulamadır.
23. Pandemi mücadelesindeki yoğun görevleri nedeniyle aile hekimleri rutin hizmetlerini aksatmışlardır.
24. Kamu görevlisi olan kronik hastaların izinli sayılmasına karşın özel sektörde çalışanların aynı uygulamadan yararlanmaması olumsuz bir husustur.
25. HASUDER tarafından yapılan “Umut ve Endişe” başlıklı duyuru, değerlendirme raporları yayınlanması, diğer uzmanlık dernekleri ile işbirliği sağlanması ve halk



sağlığı uzmanlarının Pandemi Danışma Kuruluna dahil edilmesi için yapılan girişimler olumlu olmuştur.

1.1.3 COVID-19 salgınının yönetiminde halk sağlığı anabilim dallarının sağlık bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yaptıkları çalışmalar

Ülkemizde pandemi vakalarının görülmeye başladığı 10 Mart tarihinden sonra Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) salgın ile ilgili çeşitli değerlendirme ve görüş yazıları hazırlamıştır. ⁽⁹⁾

Sağlık Bakanlığı bünyesinde ilk oluşturulan 26 kişilik bilim kurulunda Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Levent Akın yer almakta diğer halk sağlığı anabilim dallarından ve halk sağlığı uzmanlarından üye yer almamaktaydı. ⁽¹⁰⁻¹³⁾ HASUDER Yönetim Kurulu 23 Mart 2020'de açıkladığı görüşünde Halk Sağlığı Uzmanlarına her düzeydeki yönetsel yapılarda görev verilmesi gerektiğini bildirmiştir. ⁽¹⁴⁾ Sağlık Bakanlığı da İl Pandemi Koordinasyon Kuruluna illerde bulunan üniversitelerin Halk Sağlığı Anabilim Dalından bir öğretim üyesinin görevlendirilmesi ile ilgili 20.03.2020 tarih ve 44773052-149-E.119 sayılı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü yazısını illere aynı tarihlerde göndermiştir. ^(15,16) Bunu izleyen günlerde HASUDER 30 Mart 2020 tarihinde İl Koordinasyon Kurullarının hayata geçirilmesi ve bu kurullarda Halk Sağlığı Uzmanlarına yer verilmesi yönündeki kararı önemsendiğini bildirmiştir. HASUDER tarafından Halk Sağlığı Uzmanlarının merkez düzeyindeki Bilim Kurulunda daha güçlü biçimde yer alması gerektiği, il operasyon ve koordinasyon çalışmalarına da aktif katılımlarının sağlanmasının sürece yapacağı katkı sağlayacağını vurgulamıştır. ⁽¹⁷⁾ Sağlık Bakanlığı'nın 20 Mart tarihli yazısının HASUDER'in 23 Mart tarihli görüş yazısından bir gün sonra illere ulaştığı bilgisi HASUDER'in 09 Nisan tarihli görüş yazısında belirtilmiştir ve bu görüş yazısında 9 Nisan itibari ile 36 (%44,4) ilin İl Koordinasyon Kurul'larına Halk Sağlığı uzmanlarının görevlendirilmesi yapıldığı bildirilmiştir. Nisan başında yayınlanan HASUDER görüşünde İl Sağlık Müdürlük'lerinde Halk Sağlığı araştırma görevlilerinin görevlendirilmesi ve eğitim sorumlusu akademisyenlerinde sürece aktif olarak dahil edilmesi gerektiği belirtilmiştir. ⁽¹⁸⁾ İç İşleri Bakanlığı da 28 Martta İl Pandemi Kurullarının toplanacağını belirtmiştir. ⁽¹⁹⁾ İl pandemi kurullarında Halk Sağlığı öğretim üyeleri katılımının tam olarak sağlanamadığı ve bilgi paylaşımı konusunda yetersizlikler olduğu da HASUDER görüşlerinde ifade edilmiştir. ⁽²⁰⁾

Çalışma grubumuzun yaptığı değerlendirme raporunda 2020 yılı Mayıs ayı itibari ile Halk Sağlığı uzmanı İl Sağlık Müdürü bulunmadığı, Halk Sağlığı Başkanlarının %6.2'sinin, Halk Sağlığı Başkan Yardımcılarının %9.4'ünün, İlçe Sağlık Müdürlerinin % 4.5'inin ve TSM Başkanlarının ise %37.5'inin halk sağlığı uzmanı olduğu bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında ise Halk Sağlığı ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürleri'nin de Halk Sağlığı uzmanı olması ile birlikte yönetsel aşamada yer alan halk sağlığı uzmanlarının oranı sadece %6.3'tür. ⁽²¹⁾

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 26 Mart tarihli yazısında İl Sağlık Müdürlüklerinde operasyon merkezi kurulması bildirilmiş fakat bu merkezde halk sağlığı uzmanı için bir tanımlama yapılmamıştır. ^(22,23)

COVID-19 ile ilgili bilim kuruluna 6 Mayıs'ta Halk Sağlığı Anabilim Dalları'ndan Pınar Okyay, Selma Metintaş, Deniz Çalışkan, Seçil Özkan, Ali Özer ve Mustafa Öztürk'ün eklenerek bilim kurulu üye sayısının 38'e yükseldiği bildirilmiştir. ⁽¹¹⁾ Birkaç gün sonrada



Sağlık Bakanlığı tarafından Mustafa Necmi İlhan'ında yer aldığı Toplum Bilimleri Kurulu oluşturulduğu ve ilk toplantısını da 8 Mayıs'ta yaptığı açıklanmıştır. ⁽²⁴⁾

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği 21 Mart 2020 tarih ve 31075 sayılı resmi gazetede değiştirilerek deprem, sel baskını, salgın hastalık gibi olağandışı ve hizmetin normal olarak sürdürülemediği hallerde uzmanlık öğrencileri, hekimlik görevlerini yürütmek üzere eğitim gördüğü kurumun dışındaki aynı il sağlık tesislerine 3 ayı geçmemek üzere görevlendirileceğine yönelik düzenleme yapılmıştır. ⁽²⁵⁾ Sağlık Bakanlığı 1 Nisan'da tıpta uzmanlık eğitimi öğrencisi olan araştırma görevlileri için il sağlık müdürlüklerine 3 ayı geçmemek üzere görevlendirilebileceğine dair yazıyı resmi gazete değişikliğinin ardından göndermiştir. ^(26,27) Bu yazı ile üniversitelere bağlı tıp fakültelerinde görevlendirme başlamasa da Mayıs ayında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından gönderilen 15260714-799 sayılı "Yeni Koronavirüs Hastalığında Uzmanlık Eğitimi Süreci Hakkında" konulu yazıda uzmanlık öğrencilerinin, hekimlik görevlerini yürütmek üzere eğitim kurumu dışındaki aynı il sağlık tesislerine eğitim süresinden sayılmak ve üç ayı geçmemek kaydıyla COVID-19 sürecine yönelik görevlendirilebileceğinin bildirilmesi ardından Halk Sağlığı anabilim dalları başta olmak üzere üniversitelerden İl Sağlık Müdürlüklerine görevlendirmeler başlamıştır. ⁽²⁸⁾ Son olarak 26 Kasım'da Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği tekrar değiştirilmiş ve görevlendirme süresi 3 aylık süreler halinde bir yıl içinde en fazla iki defa olarak yeniden düzenlenmiştir. ⁽²⁹⁾ 2020 içerisinde 3 ay için tıp fakültelerinden yapılan görevlendirmeler tamamlanmış ve yıl sonu ile yapılan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği değişikliği sonrası 2021 yılında tekrar 3 aylık dönemlerde görevlendirmeler başlamıştır. İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri yönetiminde Halk Sağlığı uzmanları katkısı çalışma grubunun 2020 içerisinde yaptığı sunumda olduğu gibi devam etmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın illerde Halk Sağlığı Anabilim Dallarından çok fazla destek almadığı dikkati çekmektedir. İl pandemi kurullarının her ilde kurulmamış olması, kurulan illerde toplantıların ne kadar düzenli yapıldığı ve davet edilen Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinin etkinliği ile ilgili detaylı veri bulunmamaktadır. Ancak her ilde anabilim dallarının etkinliğinin yeterli olmadığı ve il pandemi kurulu toplantılarının da düzenli yapılmaya devam etmediği dikkati çekmektedir. Ayrıca veri paylaşımı konusundaki kısıtlarda anabilim dallarının katkılarını sınırlandırmıştır.

Halk Sağlığı anabilim dalları pandemi ile ilgili olarak her üniversitede farklı davranmıştır. Birçok anabilim dalında araştırma görevlileri özellikle 2020 son çeyreğinde sahada il sağlık müdürlüğü fiyasyon ekiplerinde görev almıştır. Yönetmelik değişiklik ile 2021 yılında araştırma görevlisi görevlendirme sayısı azalsa da halen devam etmektedir.

Ayrıca Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri de tıp fakültesi hastanelerinde her ilde farklı şekilde görev almışlardır. Bazı illerde surveyans takibinde aktif rol alırken, bazı illerde sağlık çalışanı takibinde sınırlı görev almışlardır. Yine halk sağlığı anabilim dalları ile veri paylaşımı konusunda farklılıklar olmakla birlikte tıp fakültesi hastanelerinde de il verilerinde olduğu gibi sınırlılıklar olduğu gözlenmiştir. Bazı Halk sağlığı akademisyenlerinin il düzeyinde daha aktif olarak görev aldığı da aktarılmıştır. Ayrıca üniversite hastanelerinde halk sağlığı araştırma görevlileri de farklılık göstermekle birlikte tıp fakültesi hastanesi içerisinde pandemi sürecinde farklı görevler almışlardır. Tıp Fakültesi hastanelerinde İl Sağlık Müdürlüğü görevlendirmesi dışında hastane içinde PCR örneği alma, sağlık çalışanı hasta takibi ve tedavisi ile kimi hastanelerde nöbet tutmak gibi görevlerde yer almışlardır.



1.1.4 COVID-19 Salgınının Yönetiminde Halk Sağlığı Anabilim Dallarının Üniversite Hastanelerinde Yaptıkları Çalışmalar

COVID-19 pandemisinde üniversite hastanelerinde halk sağlığı anabilim dalları tarafından yapılan yönetsel organizasyon birimlerinin oluşturulma süreci, amacı, örgütlenme yapısı, insan gücü, oluşturulan iş-akış şemasının bileşenleri, bu birimin çalışma ilkeleri ve birim çalışma yöntemleri 4 anabilim dalının (Ege, Dokuz Eylül, Celal Bayar, Mersin) çalışmalarının derlenmesiyle aşağıda özetlenmiştir:

Birim adı: Söz konusu anabilim dallarında kurulan birimler “İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi”, “Sağlık Çalışanı COVID-19 İzlem Birimi”, “Sürveyans Birimi” “Çalışan Sağlığı, Güvenliği ve Hakları Birimi (ÇASAGÜB)” gibi isimler taşımaktadır.

Bağlı ve sorumlu olduğu üst yönetim: Birimler hastane başhekimliğine bağlıdır. Birim çalışanları başhekimlik görevlendirmesiyle çalışmaktadır.

İnsan gücü mesleki unvanı, niteliği: Birimlerde öncelikle halk sağlığı öğretim üyeleri, halk sağlığı araştırma görevlileri, epidemiyoloji yan dal uzmanlık öğrencileri, iş ve meslek hastalıkları yan dal uzmanlık öğrencileri, işyeri hekimleri, işyeri hemşireleri, iş güvenliği uzmanları ve çevre sağlığı teknisyenleri yer almaktadır. İş yoğunluğunun arttığı dönemlerde diğer sağlık çalışanları da başhekimlik görevlendirmesiyle destek olmuştur. Mersin örneğinde; biyofizik, histoloji ve embriyoloji ile fizyoloji anabilim dallarından hekim kökenli olan ve olmayan öğretim elemanları birim çalışmalarında yer almıştır.

İnsan gücü sayısı: Birimde çalışan kişi sayısı hastane sağlık çalışanı sayısına göre değişmektedir. Mersin Üniversitesi Hastanesinde toplam 2762 kişi çalışmakta; iki halk sağlığı öğretim üyesi, 9 halk sağlığı araştırma görevlisi, 5 enfeksiyon kontrol komitesi hemşiresi, son iki ay içinde diğer anabilim dallarından 5 öğretim elemanı görev almıştır. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesinde toplam 1702 kişi çalışmakta; bir halk sağlığı öğretim üyesi, 11 halk sağlığı araştırma görevlisi ve kalite biriminden 1 hemşire görev almıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde toplam sayısı 6050 kişi çalışmakta, bir halk sağlığı öğretim üyesi, 11 halk sağlığı asistanı, ÇASAGÜB’den 2 hemşire ve 2 iş güvenliği uzmanı görev almış, iş yükünün arttığı Kasım 2020 tarihinden itibaren hemşire sayısı 10 kişiye çıkarılmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde 3539 kişi çalışmakta, İş Sağlığı ve Güvenliği Biriminde 2 öğretim üyesi, 2 işyeri hekimi, 5 araştırma görevlisi, 1 iş-meslek hastalıkları yan dal uzmanlık öğrencisi, 3 işyeri hemşiresi, 3 iş güvenliği uzmanı ve 1 çevre sağlığı teknisyeni görev almaktadır. Sürveyans biriminde ise 2 öğretim üyesi, 2 epidemiyoloji yan dal uzmanlık öğrencisi, 15 araştırma görevlisi bulunmaktadır. Ayrıca Dokuz Eylül Hastanesi Pandemi Kurullarında (Yönetim, Sürveyans, Eğitim, İletişim ve İş Sağlığı) 5 öğretim üyesi görev almıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi ve Sürveyans Biriminde intern doktorlar da görev almaktadır. Ocak 2021 tarihinden itibaren Dokuz Eylül Hastanesi COVID İzlem Merkezi de açılmış ve yönetimi halk sağlığı öğretim üyeleri ve elemanları tarafından üstlenilmiştir.

Birimin amacı: Pandemi sürecinde üniversite hastanesinde görev yapan alt işverene bağlı çalışanlar dahil bütün sağlık çalışanlarından riskli temasları belirlemek, risk değerlendirmesini yapmak, risk düzeyine göre gerekiyorsa karantina sürecini takip etmek, idari izinleri belirlemek, işe dönüşleri takip etmek, hasta çalışanların tanı-tedavi-işe başlama sürecini izlemek, çalışanların konuyla ilgili sağlık eğitimlerini yapmak, başhekimliğe ve



hastane pandemi kuruluna salgın yönetimi sürecinde çalışanların korunmasıyla ilgili danışmanlık yapmak, bütün kayıtları tutmak ve düzenli rapor-bilgilendirme olarak belirlenmiştir.

İş bölümü ve görevler: Birimde iş bölümünde görevler genel olarak üç ayrı başlık altında yürütülmektedir:

- Birim sorumlusu ve yardımcısı: Üst yönetim ve hastane pandemi kurulu ile iletişim, birim çalışmalarının organizasyonu, takibi, izlem raporlarının hazırlanması ve paylaşımı. Bu görevi halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyeleri yürütmüştür.
- Riskli temasları bildiren görevliler: Hastane çalışanları arasında COVID-19 riskli teması olan çalışanların belirlenmesi, bu kişilerin iletişim bilgilerinin belirlenmesi, risk değerlendirmesi için bildirilmesi, karantina gerekenlerin idari izinlerinin ve işe dönüşlerinin takibi. Bu görevi birimlerde görev yapan hemşireler ve halk sağlığı araştırma görevlileri yürütmüştür.
- Risk değerlendirmesi yapan görevliler: COVID-19 riskli temaslı olarak bildirilenlerin risk değerlendirmelerini yapmak, hasta çalışanların hastalık kaynağını öğrenmek, tanı-tedavi-işe dönüş sürecine müdahale etmeden takip etmek. Bu görevi halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri yürütmüştür.

Hiyerarşik yapılanma: Birim sorumlusu doğrudan hastane başhekimliğine bağlı olarak çalışmıştır. Birim sorumlusu, pandemi kurulu ve enfeksiyon kontrol komitesi (EKK), insan kaynakları kalite birimi (İKKB), ÇASAGÜB ile yönetsel ve hizmet sunumu açısından aynı düzlemde ortaklaşa çalışmıştır. Birim çalışanları arasında iş bölümü, nöbet organizasyonu, sorunların çözümü birim sorumlusu tarafından yapılmıştır.

Birim çalışma yöntemi: COVID-19 riskli temaslı sağlık çalışanlarının takibi hem aktif hem de pasif sürveyans yöntemiyle yapılmıştır. Pandemi döneminde birimin işlevi, çalışma saatleri bütün çalışanlara resmi yazı ve eğitimler sürecinde duyurulmuştur. Herhangi bir birimde “COVID-19 hasta” tanısı konulduğunda (ki bu COVID-19 tanısı konulan kişi hizmet sunulan hastalar ya da iş arkadaşları olabilir) COVID-19 riskli temaslı sağlık çalışanlarının ya da hastaların isimleri, TC Kimlik numarası, iletişim bilgileri, görev yeri ve unvanı ilgili servis sorumlu hemşireleri tarafından bilgisayar ortamında hazırlanan bir forma aktarılmıştır. Bu bilgiler doğrudan ya da anabilim dalı başkanlıkları aracılığıyla EKK’ne ya da İKKB’ne bildirilmiştir. Hastanedeki bütün bilgiler tek bir elde toplandıktan sonra oluşturulan liste eposta ile birim sorumlusuna anlık olarak iletilmiştir. Hatta bazı acil durumlarda anabilim dalı başkanları, öğretim üyeleri, servis sorumlu hemşireleri tarafından doğrudan birim sorumlusuna telefon ya da mesaj ile COVID-19 riskli temaslı olan kişilerin listesi de gönderilmiştir.

COVID-19 riskli temaslı sağlık çalışanlarının değerlendirmesinde iki farklı yöntem görülmektedir: Her iki yöntemde de risk değerlendirme sürecinde sadece çalışanın beyanı esas alınmıştır.

- Mersin, Dokuz Eylül ve Ege Üniversitesi örneğinde, bildiri yapılan sağlık çalışanları sadece birim görevlileri tarafından telefonla aranarak risk değerlendirmesi yapılmıştır. Risk değerlendirmesi pandeminin başlangıcından beri her gün sabah 08.00 ile akşam 22.00 arasında, mesai ya da tatil günü gibi bir ayrıma gidilmeden düzenli olarak yürütülmüştür.



- Manisa örneğinde, bildiri yapılan sağlık çalışanlarının birime başvurmaları istenmiş, gel(e)meyen sağlık çalışanları telefon ile aranarak risk değerlendirmesi yapılmıştır. Risk değerlendirmesi pandeminin başlangıcından beri mesai günlerinde hastane içerisinde yer alan birimde 09.00-16.00 arasında görevli tarafından, mesai saati dışında ve tatil günlerinde ise telefon ile yürütülmüştür.

COVID-19 temaslı sağlık çalışanlarının risk değerlendirmesi basılı hale getirilen formlar doldurularak yapılmıştır. Ege Üniversitesi Hastanesinde 45 soruluk formlar sadece bilgisayar ortamında doldurulmuştur. Mersin rneğinde 42 soru ve Manisa rneğinde 28 soru içeren veri formu kullanılmıştır. Veri formlarında; çalışanların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, çalıştığı bölüm, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, son 14 gün içerisinde ülke dışı veya şehir dışı seyahat, eve misafir kabul, iş dışı COVID-19 hastasıyla riskli temas, olası riskli temasta bulunduğu vaka, temasta bulunduğu vakanın özellikleri, temas tarihi, temas şekli, temas süresi, temaslı kişide semptom varlığı, PCR yapılma durumu, evde yaşadığı kişilerde COVID-19 hastalık varlığı, çalışanın kaldığı evi değiştirme durumu ve yapılan risk değerlendirmesinin sonucu yer almıştır. Görüşme tarihinde semptomu olan çalışanlar hastanenin COVID-19 polikliniğine yönlendirilmiştir. Bu bilgiler hem formlar aracılığıyla yazılı olarak kayıt altına alınmış hem de st yönetimin bilgilendirilmesi ve değerlendirme raporları amacıyla bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Her görüşme ortalama 20 dakika sürmüştür. Görüşme sonrası sağlık çalışanlarına risk düzeyi ayırt etmeksizin COVID-19 korunma eğitimi verilmiştir.

Temaslıların risk değerlendirmesi yapılırken T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı "COVID-19 Teması Olan Sağlık alışanlarının Değerlendirilmesi Algoritması" dikkate alınmıştır. Risk değerlendirme kriterleri Bakanlığın rehberde yaptığı her güncelleme ile eř zamanlı olarak güncellenmiştir⁽³⁰⁾. Riskli temaslar Sağlık Bakanlığı Kriterlerine göre değerlendirilerek dört düzeyde ele alınmıştır: 1-Risk yok, 2-Düşük riskli temas, 3-Orta riskli temas ve 4-Yüksek riskli temas. Sağlık alışanlarının farklı zamanlarda COVID-19 hastasıyla olan her bir teması yeni bir "riskli temas" olarak ele alınmış, her riskli temas için ayrı bir risk değerlendirmesi yapılmıştır.

Bu birimler tarafından sadece COVID-19 riskli temaslı sağlık çalışanları değil "COVID-19 hasta" alışanlar da değerlendirilmiştir. COVID-19 polikliniği tarafından tanısı konulan ve tedavisi planlanan "COVID-19 hasta" sağlık çalışanları ile telefonla görüşülerek olası enfeksiyon kaynağı, tanı almadan önceki 48 saat içinde çalışma birimindeki temaslıların kim olduğu, tedavi sürecine ilişkin bilgiler ve iş başı tarihi sorgulanmıştır.

Risk değerlendirmesi sonuçlarının hastane ile paylaşımı:

- Mersin rneği: Risk değerlendirmesi sonuçlarının eř zamanlı olarak birçok kişi tarafından kullanılabilmesi için Google Drive üzerinde e-tablolarda Excell dosyası oluşturulmuş ve görevli çalışanlara dosyaya erişim izni verilmiştir. Hastane EKK'den eposta aracılığıyla gelen riskli temaslı sağlık çalışanlarının iletişim bilgileri birim sorumlusu tarafından Drive zerindeki dosyaya kaydedilmiştir. Birim çalışanlarına riskli temas bildiri, telefon uygulamaları ile oluşturulan ve sadece birim görevlilerinin yer aldığı haberleşme grubu aracılığıyla yapılmıştır. Risk değerlendirmesini yapan birim çalışanları sonuçları Drive zerindeki dosyaya kaydetmiştir. Drive üzerinde ortak kullanılan bu dosyaya erişim izni olan hastane EKK görevlileri, risk değerlendirme sonuçlarını sistemden alarak sağlık çalışanlarının görev yaptığı servis sorumlusuna bildirmiştir. Servis sorumluları ve anabilim dalı başkanları



değerlendirme sonucuna göre “yüksek riskli” çalışanların idari iznini başlatmış ve çalışma programını son duruma göre anlık olarak güncellemiştir.

- Manisa örneği: Risk değerlendirmesi sonuçları Sürveyans Biriminde değerlendirilmesi hizmet içi yazışmalar ile personele duyurulmuştur. Yüksek riskli olan ve idari izinle karantina için gönderilen personelin işe dönüş zamanları Sürveyans birimi tarafından belirlenmiş ve Başhekimliğe günlük olarak bildirilmiştir. Risk değerlendirme sonuçları günlük listeler halinde başhekimliğe hem resmi yazı hem de excell dosyası olarak iletilmiştir. İKKB’de görevli hemşire de sürveyans Ekibi üyesi olarak bildirimde bulunmuştur. Grup içinde anlık bilgi paylaşımı telefon uygulamaları üzerinden oluşturulan haberleşme grubu ile gerçekleşmiştir. Her gün değerlendirilen temaslı sağlık çalışanlarının listesi resmi yazı ile Başhekimliğe ve Tıp Fakültesi Dekanlığına bildirilmiştir.

- Ege ve Dokuz Eylül Üniversitesi örneği: Risk değerlendirme sonuçları her gün whatsapp ve e-posta ile hastane yönetimine, hemşirelik hizmetleri müdürlüğüne, insan kaynaklarına bildirilmiştir. Ayrıca 4D grubu için, birim sorumlularının olduğu whatsapp grubuna da bildirilmiştir. COVID-19 riskli temaslı sağlık çalışanlarının Halk Sağlığı Yönetim Sistemi’ne (HSYS) kayıtları birim görevlileri tarafından yapılmıştır. Bu sayede hastane çalışanlarının veri doğruluğu sağlanmış, çelişkili verilerin sisteme girişi önlenmiştir.

Çalışmalar sırasında yaşanan sorun alanları ve olası çözüm önerileri

COVID-19 riskli temaslı sağlık çalışanlarının çok fazla olduğu, özellikle vakaların yoğun yaşandığı dönemlerde insanüstü bir çaba gerektirmiştir. Bütün birim çalışanları risk değerlendirmesini tamamlayıp yüksek risklilerin karantinaya alınmasında gecikmemek, COVID-19 bulaşını kontrol edebilmek için tatil, bayram izni, gece, yemek saati demeden özel hayatlarından feda ederek yoğun emek vermiş özveri ile çalışmıştır.

- Mersin örneği:

- COVID-19 riskli temas bildirimlerinin çok olduğu zaman ve süreçte birim çalışmalarına destek olacak ekibin belirlenmesi gerekir.
- Hastanemiz Çalışan Sağlığı Birimi, bu konuya uzak durmuş süreç içerisinde herhangi bir sorumluluk almamıştır. Yönetimler tarafından hastane İSG’nin de sürece aktif destek olması sağlanmalıdır.
- Alt-orta ve üst yönetim kademesinde görev yapan bazı çalışanların, yüksek riskli temas nedeni ile karantina önerdiğimiz sağlık çalışanlarını zamanından daha önce işe çağırışlar ya da bu kişiler yalan beyanda bulunuyor diye birimi arayarak yüksek risk verilmemesi talep edilmiştir. Birimin yöntem ve amaçlarının hem çalışanlara hem de bütün yönetim kademesiyle ayrıntılı olarak paylaşılması sürece dışarıdan müdahaleleri azaltacaktır.
- Bazı riskli temas öykülerinin Bakanlığın algoritması dışında olması durumunda haberleşme grubu üzerinde olgu tartışılarak ortak bir karar verilmiştir.

- Manisa örneği:

- Veri tabanları arasında veri paylaşımı açısından ara kanallar ile vaka bildirimine olanak tanımamıştır. Bu yüzden temaslıların belirlenmesi büyük çoğunlukla kişisel iletişim ile mümkün olmuştur.

- Ege Üniversitesi örneği:



- Temaslı değerlendirmesinde bakanlığın tanımladığı durumlara uymayan durumlarla karşılaşılması, farklı değerlendirmelerin olması sonrasında risk değerlendirme matrisi geliştirilmiştir.
- Dokuz Eylül Üniversitesi örneği:
- Çalışanların dinlenme odalarının fiziksel sorunları, yemek organizasyonu, çay-kahve dinlenme araları en sorunlu alanlar olmuştur. Bu sorunun çözümü için sosyal mekanlar olabildiğince yeniden düzenlenmiş, yemekler paket servise dönmüş ve ayrı mekanlarda yemek araları verilmiştir. Ayrıca pandemi başlangıcında kişisel koruyucuların alım ve dağıtım sorunu yaşanmıştır. Bu sorun hastane lojistik yönetimiyle birlikte çözülmüştür. Ayrıca hastane giriş-çıkışının kontrolü, polikliniklerin ve ameliyathanelerin organizasyonu konusunda düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının izolasyonu gerektiğinde, konaklama sorunu olanların uygun mekanlarda konaklaması sağlanmaya çalışılmıştır. Sağlık çalışanlarının filyasyon çalışmalarında kullanılmak üzere bir risk değerlendirme matrisi geliştirilmiştir.
- Ortak sorun alanı:
- Sağlık Bakanlığı temaslı takibinde temaslı kişilerin sağlık çalışanı olarak HSYS sistemine girilmemesi nedeniyle karantina sürelerinin sağlık çalışanına göre düzeltilmesi amacıyla İlçe Sağlık Müdürlükleri ile her bir vaka üzerinden telefon ile görüşülerek sağlık çalışanına uygun karantina sürelerinin düzeltilmesi iş yükünü artırmıştır. Birimler ile Sağlık Müdürlükleri tarafından sağlık çalışanları için belirlenen risk düzeylerinin farklı olmasını önlemek için il, ilçe sağlık müdürlüğü görevlileri ile her an haberleşme içinde olunmalıdır.
- Yoğun çalışma temposu ve izinlerin yasaklanmasıyla az sayıda da olsa yüksek risk için gerekli koşulları öğrenen bazı sağlık çalışanlarının doğrudan “yüksek risk” öyküsü vererek idari izinli sayılma girişimleri yaşanmıştır. Tamamen kişi beyanına dayalı yapılan risk değerlendirmesinde farklı temaslı iş arkadaşları ile olayın doğrulanması doğru karar verebilmek için yardımcı olacaktır. Tabii ki temel neden olan iş yükü artışı ve tükenme gibi sorunlara yönetimin müdahalesi çözüm aşamasında göz ardı edilmemelidir.

1. 1.5 COVID-19 salgınının yönetiminde sağlık bakanlığı taşra teşkilatının yaptığı çalışmaların değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile tanımlanmıştır⁽³¹⁾. Kararnamenin 353. maddesinde Sağlık Bakanlığının “merkez, taşra ve yurtdışı teşkilatından” oluştuğu yazılıdır. Merkez yapıları Kararnamede düzenlenmiştir. Taşra örgütlenmesi ise Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge ile düzenlenmiştir⁽³²⁾. Yönergede sekizinci maddesinin üçüncü fıkrası İl Sağlık Müdürünün görev, yetki ve sorumluluklarını tanımlar. Ayrıca İl düzeyinde sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli sunulabilmesi için Bakanlık planlamalarında değerlendirilmek üzere önerilerde bulunur. Yönergenin Ek-II’si müdürlükte kurulacak birimleri tanımlamaktadır ve bu birimlerden özellikle halk sağlığı ile ilgili olanlarına geniş sorumluluklar tanımlanmıştır. Örneğin Bulaşıcı Hastalıklar Birimi bulaşıcı, zoonotik ve vektörel hastalıklar ile ilgili Bakanlık tarafından belirlenen eliminasyon, eradikasyon ve kontrol programlarına yönelik faaliyetlerini, bu hastalıklarla ilgili sürveyans çalışmalarını



yürütür, yıllık sürveyans değerlendirme raporlarını hazırlar, hastalıkların ihbar ve bildirimine ilişkin iş ve işlemleri yürütür, oluşabilecek salgınlara karşı korunma ve kontrol önlemlerini alır. Gerekli durumlarda saha çalışması planlamak ve yürütmekle görevlidir. Halka ve sağlık personeline yönelik eğitim programlarından sorumludur. Bakanlıkça belirlenen hastalıkların tedavisi ve halk sağlığını koruma amacına yönelik gerekli ilaç ve malzeme ihtiyacını belirleme, temin edilmesini ve dağıtılmasını sağlama, malzemelerin envanter kayıtlarını tutma sorumluluğu vardır. Hastalıkların korunma ve kontrolüne yönelik kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapma ve koordineli olarak çalışma görevi vardır. Tüm bu görevleri nedeniyle Bulaşıcı Hastalıklar Birimleri COVID-19 pandemisi henüz ülkemize gelmeden hazırlık çalışmalarına başlamıştır.

Aşı Programları Birimi ise daha çok Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamındaki aşılarından sorumlu olsa da, aşı ile önlenemez hastalıklarla ilgili görevleri olduğundan ve aşı nakli ile ilgili altyapıyı kullandığından CoronaVac aşısı ülkemize ulaştığında aşı lojistiği ile ilgili işleri yürütmüştür. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tanımlamalarına göre İ5-İ9 arasında sınıflanan illerde, iki birimin görevleri Bulaşıcı Hastalıklar Birimine verilmiştir.

Mevzuatta yapılan tanımlar üzerine Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilim Kurulu hazırladığı Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon Rehberi'nde il düzeyinde COVID-19 izlemi için yapılacakları şöyle sıralar⁽³³⁾:

- Yeni Vaka Sayısı
- İnsidans ve Kümülatif İnsidans Hızı
- Vaka Sayısı ve İnsidansın ilçe, yaş grubu, cinsiyet, hassas gruplara vb göre dağılımları
- Günlük Yapılan Test Sayısına Göre Pozitiflik Yüzdesi
- Günlük Hastane Yatış Sayısı/Hızı
- Günlük Yoğun Bakıma Yatış Sayısı/Hızı
- Günlük İyileşen Vakaların Sayısı
- Günlük Ölüm Sayısı
- Mortalite ve Kümülatif Mortalite Hızı
- Fatalite Hızı
- Ölüm Sayısı ve Mortalite Hızının ilçe, yaş grubu, cinsiyet, hassas gruplara vb göre dağılımları
- Olguda Ölüm Hızı (Olgu Fatalite Hızı)

Burada belirtilen göstergelerden ilk dördü (hassas grupların izlenmesi dışında) Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) yazılımından, yetki tanımlarına göre elde edilebilir. Hastane yatışları ve ölümlerle ilgili göstergeler HSYS'nin Bulaşıcı Hastalıklar için tanımladığı ekranlarda bulunmamaktadır. Ancak COVID-19 pandemisinin başlangıcından itibaren Sağlık Bakanlığının bilgi-işlem ve yazılım geliştirme kapasitesinin yüksek olduğu görülmüştür. Pandemi öncesinde hazırlıkları yapılmakta olan Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) adlı yazılım, pandemi verilerine uyarlanmıştır. SİNA yalnızca Başkan Yardımcısı düzeyine kadar olan yöneticilere tanımlanmıştır. SİNA'da rehberde tanımlanana göre çok daha fazla gösterge ekolojik nitelikte paylaşılmaktadır. Ayrıca İl ve İlçe Sağlık Müdürlerine Merkezi İş Zekası adlı başka bir yazılım tanımlanmıştır. Mekansal İş Zekası pandemi görevli ekiplerin anlık konumlarının izlenmesini sağlamaktadır.



Bilgi-işlem ve yazılım kapasitesindeki ilerleme COVID-19 aşı uygulamalarına da yansımıştır. Genişletilmiş Bağışıklama Programı aşılarının lojistiği Aşı Isı ve Sıcaklık Takip Sistemi ile, kişisel aşı kayıtları ise e-Nabız ile yürütülmekteyken COVID-19 aşılama yalnızca tek bir mobil uygulama (Aşıla) üzerinden yapılacak şekilde planlanmıştır. Aşıla hem lojistik kayıtlarına hem de kişisel sağlık kayıtlarına entegredir.

COVID-19 pandemisi okul çağı aşılama ile ilgili bir gelişmeyi de getirmiştir. İlköğretim birinci sınıfta yapılan DaBT-IPA ve KKK, sekizinci sınıfta yapılan Td aşıları, okullarda öğrenim yapılmadığından aile hekimlerine devredilmiştir. Yeni takvim için 2022-23 eğitim öğretim yılına kadar kademeli bir geçiş öngörülmüştür.

Bilim Kurulunun rehberleri COVID-19 tanısı alan kişilerin takibi ve temaslarının belirlenmesi işlemlerinin İl Sağlık Müdürlüğü koordinatörlüğünde yapılacağını belirlemiştir ancak bu işleri hangi kuruluşun yapacağını belirlememiştir. Yeni tanı alan kişilerin izlenmesi klinik durumlarına göre hastanede ya da evde yapılmaktadır. Ev izlemi kararı alınanları aile hekimleri telefonla izlemektedir. Tanı alanların temaslarının belirlenmesi ise, yine ilgili rehberdeki ölçütlere göre İlçe Sağlık Müdürlüklerinde görevli filyasyon ekipleri tarafından yapılmaktadır. Temaslı belirlenmesi salgının kontrolü için hassas bir işlemdir. Ayrıca temaslıların ekonomik etkinliklerine ve üretim ilişkilerine göre çatışmalı durumlar ortaya çıkabilmektedir. Mevcut durumda HSYS'de Filyasyon Takip Sistemi'nde yetki tanımlanmış kişiler temaslı ekleyebilmektedir. Günlük yeni COVID-19 sayılarının yüksek olduğu 2020 sonbahar aylarında İlçe Sağlık Müdürlükleri çalışanlarının temaslı takibi yükleri artmış, kendisine kayıtlı nüfusu bireysel olarak tanıma potansiyeli daha yüksek olan Aile Hekimlerine bu dönemde dahi temaslı belirleme görevi verilmemiştir.

Aile Hekimlerinin Aile Sağlığı Merkezlerinden sahaya çıkmaması durumu COVID-19'a karşı bağışıklamada da gözlenmiştir. Seksen beş yaş ve üzerindeki kişilerin evinde aşılabilmesi kararı alınmış ancak evde aşılama talep edenlerin aşılama İlçe Sağlık Müdürlükleri yerine getirmiştir. İlçelerin büyüklükleri, nüfusları çeşitlilik göstermektedir. Aşı yapılacak olan kişinin aşı yapılmasına engel potansiyel bir durumu İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının bilme olasılığı, kişinin kayıtlı olduğu Aile Hekiminin bu durumu bilme olasılığından düşüktür. İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının hanede kişileri değerlendirdikten sonra, aşılamanın yataklı sağlık kuruluşunda yapılmasının daha uygun olacağı kararıyla aşı yapmadan ayrıldıklarına rastlanmaktadır. Bu durum zaman ve emek kaybına ek olarak maddi kayba da neden olmaktadır.

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler 1980'lerden sonra daha çok gündeme gelen, tartışılan bir kavram olmasına karşın 19. yüzyılda da, 20. yüzyılın ortasında da konu üzerine eğilenler olmuştur. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin konusu farklı sosyal sınıflar arasında (öğrenim düzeyi ya da mesleki sınıf yönünden) sistematik sağlık düzeyi farkları olmasıdır. Sağlığı olumlu ya da olumsuz yönde değiştirme kapasitesine sahip her yeni olayda sağlık hizmeti yanıtı geliştirirken öncelikle sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin olduğu varsayılarak hizmet planlanmalıdır. Sağlık Bakanlığının yukarıda bahsedilen yazılımlar aracılığıyla mikro düzeyde (mahalle) COVID-19 yükü ve aşılama dağılımını doğruya yakın izleyebildiği varsayılabilir. Aşıya erişimde Merkezi Hekim Randevu Sistemi üzerinden ya da e-Nabız aracılığıyla randevu alınması koşulu getirilmiştir. Randevu uygulaması yüksek sosyoekonomik konumda olan kişiler için olumlu olsa da, ileri yaşlı ve düşük sosyoekonomik konumda yer alanların aşıya erişiminde bir bariyerdir. Bu bariyer yüksek ve düşük



sosyoekonomik konum arasındaki sağlık eşitsizliğini artırma potansiyeli taşımaktadır. Aile hekimleri tanımlanan riskli grupta yer aldığı halde aşısını olmamış nüfusuna erişip, onlara aşı hakkında bilgi vererek aşı uygulama kapsayıcılığını artırıp artırmayacağı bir başka bilinmezdir.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü için kamunun elinde Umumi Hıfzıssıhha Kanunu kaynaklı etkili önlem alma kapasitesi bulunmaktadır. Ayrıca hem Kişisel Verilerin Korunması Kanunu hem de 1 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi halk sağlığı uygulamaları için kişisel sağlık verilerinin kişilerin rızası aranmaksızın işlenmesine olanak vermektedir. Şu anda, temaslı belirlenmesi gibi can alıcı bir konunun düzenlenmesinde mevzuat eksikliği var gibi görünmektedir. Anılan yasal düzenlemelere göre Halk Sağlığı Uzmanı hekimlere Aile Hekimleri ile koordinasyon halinde temaslı belirleme için bir yetki tanımlaması için mevzuat düzenlenmesi yapılabilir. Böylesi bir düzenleme yaşamakta olduğumuz ve küresel iklim değişikliği ile yeniden karşılaşabileceğimiz pandemilere hazırlıkta önemli olacaktır. Ayrıca pandemi döneminde iş yeri hekimlerine neredeyse hiçbir resmi görev verilmemiştir. Oysa temaslı belirlenmesi gibi bir konuda iş yeri hekimleri de önemli bir destek sağlayabilirdi.

1.2. Uluslararası Gelişmeler

Çinin Wuhan kentinde başlayan ve DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından pandemi olarak dünyaya duyurulan şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) enfeksiyonu nedeniyle Şubat 2021 sonu itibarıyla dünyada 114,660,101 vaka enfekte olmuş, 2,5 milyondan fazla vaka ölmüş, halen yaklaşık 22 milyon aktif vaka gözlenmektedir.⁽³⁴⁾ Uluslararası ölçekte ve sağlık hizmetleri başta olmak üzere tüm sektörleri doğrudan etkilemiştir. Sosyal mesafe, hijyen önlemleri, kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanımı, sokağa çıkma yasakları/kısıtlıklar veya "Evde kal" çağrıları gibi ulusal düzeyde önlemler ile birlikte, uluslararası düzeyde uçuş yasakları, 14 gün karantina ile toplum sağlığı korumaya odaklanılmıştır. Hükümetler mevcut pandemi planları ile birlikte COVID-19'a özel acil durum planları oluşturmuş, pandemi kurulları kurulmuştur. İzleyen süreçte Uluslararası Para Fonundan (International Monetary Found-IMF) ülkelere kaynak sağlanmış⁽³⁵⁾ ve DSÖ önerileri doğrultusunda güncel rehberler hazırlanmış ve bu rehberlere göre pandemi yönetimi sağlanmaya çalışılmıştır⁽³⁶⁾.

Bu süreçte çoğu ülke kendi sağlık sistemlerine uygun bir pandemi rehberi de hazırlamıştır. Ulusal düzeyde sağlık politikası ve insan gücüne yönelik önlemler dikkate alınsa da her seviyede ayrı önlemler alınmaya çalışılmıştır. Örneğin Hindistan'da bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunda önlemlerde sağlık alanı yönetimi, sağlık personeli yönetimi, sağlık personellerinin eğitimi ve sağlık personellerinde enfeksiyonun önlenmesine odaklanıldığı rapor edilmiştir. Hastanede hasta bakımı, enfeksiyon önleme, eczane, laboratuvar, güvenlik, mühendislik, bakım, atık yönetimi faaliyetlerini planlamak için tüm departmanlardan gelen temsilcilerle bir çekirdek komite oluşturmuş ve hükümetle iletişim için bir memur görevlendirilmiştir. Hastaneler 5 bölgeye ayrılmış ve üçlü kontrol sistemi uygulanmıştır. Rutin sağlık hizmetleri askıya alınmış, yatak kapasitesinin dörtte biri kritik bakım için ayrılmıştır. Sekiz saatlik vardiyaya ile çalışan sağlık çalışanlarından COVID-19 bölgelerinde çalışanlar için hastane kampüsünde konaklama ve yemek için ayrı olanaklar sağlanmıştır. Çalışma bölgelerine göre kıdemsiz asistanlar (lisansüstü stajyerler) ve kıdemli



asistanlardan (hekim) oluşan ekipler oluşturulmuş, tüm sağlık çalışanları hijyen önlemleri başta olmak üzere üç modülde eğitilmiştir⁽³⁷⁾.

Singapur'da sağlık sistemi iş gücünün %70'i doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, eczacılar ve yardımcı sağlık profesyonelleri gibi sağlık profesyonellerinden oluşurken, geri kalan %30'u destek hizmetleri, idari ve yardımcı personelden oluşmaktadır. Sağlık uzmanları ve destek personeli özel COVID 19 tesislerinde ve tıbbi görevlerde hizmet vermek için ek olarak sürece dahil edilse de bunların dışında COVID-19 salgını, artan ihtiyacı desteklemek için tele-sağlık ve tele-danışma hizmetlerinin yanı sıra daha güvenli ve daha uygun ilaç toplama ve dağıtım hizmetlerinin kullanımını açısından istihdam alanı yaratmıştır. Nisan ile Kasım sonu arasında, %71'i kısa vadeli iş kolu olmak üzere 8340 kişi ile sağlık sektörü desteklenmiş, ilgili tarihten itibaren halen sağlık sektöründe 6700 açık pozisyon olduğu bildirilmiştir⁽³⁸⁾. Yunanistan, İzlanda, Yeni Zelanda, Singapur'da resmi kayıtlardan elde edilen bir karşılaştırmada COVID-19 salgınının yönetiminde Yunanistan ve Yeni Zelanda'da uygulanan Singapur'un önceki deneyimlerinin başarıda önemli rolü olduğu, dört ülkede de salgın ile mücadelede erken, sert, proaktif ve duyarlı politika müdahalesinin önemli olduğu bildirilmiştir⁽³⁹⁾.

Avustralya'da Pandemi İnfluenza için ulusal olarak kabul edilmiş bir rehber bulunmaktadır. COVID-19 pandemisinde bu rehber temel alınarak periyodik olarak güncellenen Yeni Koronavirüs için ilk Avustralya Sağlık Sektörü Acil Durum Müdahale Planı (Australian Health Sector Emergency Response Plan for Novel Coronavirus / The COVID-19 Plan) oluşturulmuştur. Dezavantajlı gruplar önceliklendirilerek sağlığın sosyal belirleyicilerine ve eşitsizliklere odaklanan planda pandemi süreci "COVIDSafe App" "Coronavirus Australia" ve "COVID-19 için Avustralya Hükümeti WhatsApp kanalı" gibi uygulamalar ile desteklenmiştir⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. Avustralya'da COVID-19'un başlangıcında, sağlık hizmetlerinde işgücü ve iş yükü üzerinde üç temel zorluk öngörülmüştür. Bunlar COVID-19 nedeniyle potansiyel iş yükündeki artış ve bunun sağlık sistemine eklenmesi, sağlık çalışanlarındaki enfeksiyon riski ve ruh sağlığı sorunları, bazı uzmanlıklardaki dengesizlikler. Avustralya Queensland'da 500 emekli hekime hizmet için çağrı yapılmıştır ve sağlık disiplinlerinden öğrencilerin veya son sınıf tıp öğrencilerinin kapasiteyi desteklemek için uygun görevlerde yer alması için çaba harcanmıştır. Ancak Avustralya'da sağlık çalışanı enfeksiyonları hakkında kamuya açık ulusal veri bulunmamaktadır⁽⁴²⁾. Yine Avustralya'da yürütülen bir başka araştırmada 36 hastane salgını veya sağlık sektörü enfeksiyon raporu incelenmiş, sağlık çalışanlarında enfeksiyon riskinin topluma göre yaklaşık 3 kat fazla olduğu saptanmıştır⁽⁴³⁾.

Birleşik Krallık Hükümeti Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS), benzer ülkelere göre daha az doktor, hemşire, hastane yatağı ve kişi başına düşen ekipmanla salgına girmiştir⁽⁴⁴⁾. Birleşik Krallık'ta sağlık bilimcilerini organize etmek için yasal düzenleyiciler ve Sağlık ve Bakım Meslekleri Konseyi (Health and Care Professions Council-HCPC) olmak üzere iki mekanizma oluşturulmuştur⁽⁴⁵⁾. Avustralya'daki gibi, ulusal fon ayrılarak birinci ve ikinci basamakta NHS'ye dönmeyi düşünen öğrenci, tıp öğrencisi, eczacı, klinisyenler için çağrıya çıkılmış uluslararası tıp mezunları veya mülteci doktorlar dahil olmak üzere sağlık insan gücü sayısı arttırılmaya çalışılmıştır⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾. NHS acil durum yasal düzenlemeleri, kısıtlamalar, işi sürdürme planı, politika duyuruları/planları ve rehberlik belgeleri gibi olağanüstü tedbirlere öncelik vermiş, ancak sosyal bakımı korumakta yetersiz kalmıştır. İngiltere başbakanı Boris Johnson, hükümetin 10 Mayıs'ta COVID-19'a yanıtının



bir sonraki aşaması için açıkladığı planlarda insanlardan evden çalışamazlarsa işe dönmelerini isteme ve "Evde kalın" mesajı yerine "tetikte olun" mesajı gibi karışıklığa neden olan tutarsızlıklar yer almıştır⁽⁴⁴⁾.

İtalya COVID-19 salgınına yaşayan ilk Batı ülkesi olmuştur. İtalya'da Önleme Departmanı (Department of Prevention-DP), pandemiye müdahale de dahil olmak üzere önleyici tıp ve halk sağlığından sorumlu her yerel sağlık otoritesinin faal şubesidir ve örgütsel ve mali özerkliğe sahiptir. İtalya'da salgının kontrol altına alınması ve hafifletilmesi için oluşturulan önlemler arasında krizin koordinasyonu ve yönetimi için yerel sağlık otoritesine destek sağlamak, acil durum planı oluşturmak, bilgi ve uyarı sistemi gibi altyapı sağlamak, kısıtlılıklar ve müdahale yer almıştır⁽⁴⁸⁾. Ayrıca virüsün yayılmasını kontrol altına alma, önleme ve iyileştirme, teknolojik müdahaleler, ekonomik etki politikası müdahaleleri benimsenmiştir⁽⁴⁹⁾. İtalya'da pandemi yönetiminde Yerel Sağlık Otoritesi içinde acil durum yönetiminde DP'nin kilit rol oynaması, risk değerlendirmelerinin DSÖ ve Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC) tavsiyeleriyle tutarlı olarak yürütülmesi, SARS, influenza pandemisi gibi birinci basamak müdahalelerde önceki deneyimlerin rolü, entegre bir toplum temelli müdahale ve halk sağlığı topluluğunun yüksek farkındalığı nedeniyle erken müdahale güçlü yönleri oluşturmuştur. Ancak tedarik zincirlerinin yetersiz olması, sosyal, politik ve ekonomik bozulma ve bölgesel stratejiler arasındaki tutarsızlıklar tehdit olarak karşılına çıkmıştır⁽⁴⁸⁾.

Yürütülen bir araştırmada Avrupa'da COVID-19 pandemisinin Avrupa'daki sağlık sistemlerindeki boşlukları daha da kötüleştirdiğini ve maskesini düşürdüğünü belirtmiştir. Ekonomik sıkıntılar nedeniyle sağlık sektöründeki kümülatif eksiklik; birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaneler ve uzun vadeli bakım arasında koordinasyon eksikliği, sağlık hizmetlerindeki dijitalleşmenin ilkel ve düzensiz doğası, tükenmiş halk sağlığı hizmetleri, sağlık çalışanları arasında tükenmişlik ve Avrupa bölgesi dışından sağlık çalışanlarına büyük bir bağımlılığın olması sağlık sistemindeki boşluklar olarak gösterilmiştir⁽⁵⁰⁾.

Pandemi, sağlık çalışanlarının temel hizmetleri sunma ve artan ihtiyaçları karşılama konusundaki mevcudiyetini ve kapasitesini ciddi düzeyde etkilemektedir. COVID-19 sırasında sağlık çalışanları zorlukları arasında yeterli ve nitelikli KKD'a erişim ve diğer temel ekipman eksikliği yer almaktadır. Enfeksiyon riski ve karantina önlemleri, sosyal ayrımcılık ve saldırılar ve aile üyelerine bakmak için ikili sorumlulukların bulunması da mevcut durumu derinleştirmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde DSÖ Aralık 2020 de COVID-19 kılavuzundaki salgın ve sağlık işgücü politikalarıyla ilgili olarak aşağıdaki önerileri sunmuştur⁽⁵¹⁾.

- Sağlık çalışanlarının desteklenmesi ve korunması (*KKD kullanımı ve erişim, enfeksiyonun önlenmesi ve kontrolü, ISG dahil insana yakışır çalışma koşulları, ruh sağlığı ve psikososyal destek, ücret ve teşvikler*);
- Sağlık iş gücü ekiplerinin güçlendirilmesi ve optimize edilmesi (*eğitim ve öğretim yoluyla yetkinliklerin oluşturulması, rolleri optimize edilmesi, toplum temelli sağlık çalışanlarından yararlanma*),
- Artan kapasite ve stratejik sağlık çalışanları dağılımı (*işe alma ve yeniden yerleştirme yoluyla sağlık çalışanlarının mevcudiyetini artırmak; ortak ağların etkinleştirilmesi, sağlık iş gücü dağılımı rasyonelleştirmek, yönetilebilir bir iş yükü dahil olmak üzere destekleyici bir çalışma ortamı sağlamak*),



- Sağlık sistemi insan kaynaklarının güçlendirilmesi (*sağlık bilgi sistemlerinin iyileştirilmesi, sağlık işgücü ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve planlanması; ruhsatlandırma ve düzenleme reformları; yönetim ve sektörler arası işbirliği mekanizmalarının güçlendirilmesi*)

DSÖ ve Avrupa Bölgesi Halk Sağlığı Okulları Birliği (Association of Schools of Public Health in the European Region- ASPHER) tarafından COVID-19 özelinde başlatılan halk sağlığı yeterlilik çerçevesi kapsamında (1) esneklik, uyum, motivasyon, iletişim, (2) araştırma, analitik duyarlılık, etik, çeşitlilik, (3) epidemiyoloji, (4) hazırlıklı olma ve (5) istihdam edilebilirlik alanlarında halk sağlığı acil durumlarıyla ilgili beş kritik yetkinlik alanı belirtilmiştir⁽⁵²⁾. Yapılan bir başka çalışmada COVID-19 salgınında halk sağlığı yeterliliklerine olan ihtiyacın ve sağlık işgücünde yeniliğin acil olarak ön plana çıktığı ancak değişimin nasıl gerçekleşeceği konusunda belirsizliklerin devam ettiği vurgulanmış ve elde edilen sonuçlar üç maddede özetlemiştir⁽⁵³⁾: Birincisi yenilikçi halk sağlığı yeterlilikleri, bireysel yeterlilik gelişiminin çok ötesine uzanır. Dahası, dayanıklılık ve hazırlıklı ile ilgilidir ve farklı şekilde öğrenme, çalışma, liderlik etme ve yönetmeyi gerektirir. İkincisi, kritik halk sağlığı yeterlilikleri, halk sağlığı iş gücü ile sınırlı değildir, ancak tüm sağlık bakımı meslekleriyle ilgili olmalıdır. Üçüncüsü, küresel halk sağlığı acil durumlarına karşı sağlık işgücü eğitiminin, planlamasının, politikasının ve yönetiminin her alanında ve her seviyesinde halk sağlığı dikkate alınmalıdır. Özetle salgın sonrası bir çağda, halk sağlığı liderliği, sağlık sistemlerinin ve sağlık işgücü planlamasının, eğitiminin, politikasının ve yönetiminin 'yeni normal' haline gelmesi gerektiğini önermiştir⁽⁵³⁾.

Sonuç olarak uluslararası ve ulusal düzeyde ülkelerin yürüttükleri çabalar ile mücadele edilen pandemi birçok kriz birbirini tetiklemiştir. Sektörlerarası veya STK'lar ile sözcük veya yetersiz işbirlikleri, etkin olmayan bilim kurulları, toplum bağışıklığını sağlamaya yetecek düzeyde aşı olmaması ve süreyanstaki yetersizlikler, önüne geçilemeyen eşitsizlikler nedenleriyle yazılı sağlık politikaları uygulamada yetersiz kalmaktadır. Pandemi birinci basamağın sağlık hizmetlerinin etkin olarak yer almaması ve ikinci basamağa verilen ağırlık, yetersiz düzeyde bulaşıcı hastalıklar ile mücadele, halk sağlığı uzmanlarının ve epidemiyologların pandemi sürecinde etkin olarak yer al(dırıl)maması, kamuya açık olmayan veya şeffaf olmayan veriler sağlık sistemlerindeki sorunlar arasında yer almaktadır. Pandemi ile mücadele için her seviyede halk sağlığı uzmanlarının istihdamı, güçlü bir yönetim ve liderlik anlayışıyla ve insana yakışır çalışma koşullarında mücadele edilmesi esastır.

2. BİR YILLIK DÖNEMDE PANDEMİ İLE İLGİLİ ÇALIŞMA GRUBU FAALİYETLERİ

Sağlık Politikaları ve İstihdam (SPİ) çalışma grubu olarak 2020 yılında Türkiye Sağlık Raporu içinde Türkiye'de sağlık politikası, sağlık örgütlenmesi, birinci basamak sağlık hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri, şehir hastaneleri, halk sağlığı uzmanlarının dağılımı, istihdam durumu, sağlık insan gücü ve mezuniyet öncesi tıp eğitimi başlıklarını içeren bir bölüm hazırlanmıştır.



3. ÇALIŞMA GRUBUNUN SALGININ BUNDAN SONRAKİ DÖNEMLERİ İÇİN ÖNERİLERİ

Pandemi sırasında alanda yaşanan sorunlar nedeniyle kısa vadede halk sağlığı uzmanlarının görev tanımı ve istihdam sorunları üzerine bir çalıştay düzenlenmesi önerilmektedir. Orta vadede, alanda çalışan halk sağlığı uzmanları çalışma grubuyla birlikte pandemi yönetimi üzerine sorunların anlaşılması, çözüm önerileri geliştirilmesi, yapılan uygulamaların değerlendirilmesi üzerine ortak bir çalışma yapılması önerilmektedir. Uzun vade de ise pandemi yönetimi üzerine araştırmalar (özellikle tezler) planlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

- 1) Eser E. Ülkemizde COVID-19'a bağlı ölümlerinin diğer ülkelerle karşılaştırılması ve başarı değerlendirmesi. TTB COVID-19 Pandemisi 6. Ay Değerlendirme Raporu, 17 Eylül 2020. ISBN 978-605-9665-58-2. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6.pdf)
- 2) Eskiocak M. (Ed.) Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemisine Türkiye’de Hazırlık ve Yanıt – 14., 28. Ve 56. Gün Değerlendirmeleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Teknik Rapor No. 2020/1.
- 3) Özbek Z. Pandemi Mücadelesi ve Yan Kazanımlar, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Sağlık ve Toplum Dergisi COVID-19 Özel Sayısı, Temmuz 2020.
- 4) İnandı T, Sakarya S, Ünal B, Ergin I., COVID-19 Salgını Özelinde Karar Vericiler için Risk Değerlendirme Yaklaşımı, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Sağlık ve Toplum Dergisi COVID-19 Özel Sayısı, Temmuz 2020.
- 5) Pala K. COVID-19 Pandemisi ve Türkiye’de Halk Sağlığı Yönetimi, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Sağlık ve Toplum Dergisi COVID-19 Özel Sayısı, Temmuz 2020.
- 6) Aslan D, Örnek-Biken N, İlhan B. Yeni Koronavirüs Hastalığı (Covid-19) Deneyimi Üzerinden Pandemilerin Yönetimine İlişkin Değerlendirmeler, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Sağlık ve Toplum Dergisi COVID-19 Özel Sayısı, Temmuz 2020.
- 7) Bulut A. COVID-19 Salgını, Halk Sağlığı Uzmanlığı ve Yeni Hayat, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Sağlık ve Toplum Dergisi COVID-19 Özel Sayısı, Temmuz 2020.
- 8) Özbek Z. COVID-19 Pandemisi ve Öğrettikleri, içinde, (Çiçek M. Ed. Evde Kal – COVID-19 Günlerinde Sağlık ve İletişim Stratejileri, Maltepe Üniv.Kitapları, İstanbul 2020. S. 51-87.
- 9) HASUDER Görüşleri. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Korona Postası Web Sayfası. <https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-gorusleri> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 10) Bilim Kurulu'nda görevli doktorların isimleri ve görevleri. Medimagazin Sağlık Profesyonellerinin Gazetesi Web Sayfası. <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-bilim-kurulunda-gorevli-doktorlarin-isimleri-ve-gorevleri-11-681-87244.html> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 11) Koronavirüs Bilim Kurulu. Vikipedi Web Sayfası. https://tr.wikipedia.org/wiki/Koronavir%C3%BCs_Bilim_Kurulu Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 12) Varol V, Tokuç B. Halk Sağlığı Boyutuyla Türkiye’de Covid-19 Pandemisinin Değerlendirilmesi. Namık Kemal Tıp Dergisi 2020; 8(3): 579 – 594.
- 13) Bulut A. COVID-19 Salgını, Halk Sağlığı Uzmanlığı ve Yeni Hayat. Sağlık ve Toplum 2020; Özel Sayı Temmuz: 148-157.
- 14) Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin (HASUDER) Yeni Koronavirüs (COVID-19) Hastalığı Süreci İle İlgili Görüşleri-2. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Korona Postası Web Sayfası. <https://korona.hasuder.org.tr/halk-sagligi-uzmanlari-derneginin-hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-hastaligi-sureci-ile-ilgili-gorusleri-2/> Erişim Tarihi 01.03.2021.



- 15) 20.03.2020 tarih ve 44773052-149-E.119 sayılı Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
- 16) HASUDER Yeni Koronavirüs (COVID-19) Haber Postası (27.03.2020). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Korona Postası Web Sayfası. <https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-27-03-2020/> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 17) Umut ve Endişe. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Korona Postası Web Sayfası. <https://korona.hasuder.org.tr/umut-ve-endise/> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 18) Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin (Hasuder) Yeni Koronavirüs (Covid-19) Hastalığı Süreci İle İlgili Görüşleri-4. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Korona Postası Web Sayfası. <https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-gorus-4/> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 19) Cumhurbaşkanımız Sn. Recep Tayyip Erdoğan'ın Talimatıyla Tüm Valiliklerde İl İdare Kurullarının Ardından Pandemi Kurulları Toplanacak. T.C. İç İşleri Bakanlığı Web Sayfası. <https://www.icisleri.gov.tr/cumhurbaskanimiz-sn-recep-tayyip-erdoganin-talimatiyla-tum-valiliklerde-il-idare-kurullarinin-ardindan-pandemi-kurullari-toplanacak> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 20) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin COVID-19 Süreci ile İlgili Görüşleri – 5. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Korona Postası Web Sayfası. <https://korona.hasuder.org.tr/halk-sagligi-uzmanlari-derneginin-covid-19-sureci-ile-ilgili-gorusleri-5/> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 21) Kılıç B, Gümüş M, Temizer M. Halk Sağlığı Uzmanlarının Durumu. Üner S, Okyay P. (Ed.) Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (51-56). Hipokrat Yayınevi, ISBN:978-605-7874-83-2, Ankara, 2020.
- 22) 26.03.2020 tarih ve 13588366-149-E.341 sayılı Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
- 23) HASUDER Yeni Koronavirüs (COVID-19) Haber Postası (29.03.2020). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Korona Postası Web Sayfası. <https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-29-03-2020/> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 24) Toplum Bilimleri Kurulu, Sağlık Bakanı Koca Başkanlığında Toplandı. T.C. Sağlık Bakanlığı Web Sayfası. <https://www.saglik.gov.tr/TR,65907/toplum-bilimleri-kurulu-saglik-bakani-koca-baskanliginda-toplandi.html> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 25) Resmi Gazete. 21 Mart 2020 Tarih ve 31075 Sayılı. Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200321-3.htm> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 26) 01.04.2020 tarih ve 15260714-799-E.617 sayılı Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yazısı.
- 27) HASUDER Yeni Koronavirüs (COVID-19) Haber Postası (02.04.2020). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Korona Postası Web Sayfası. <https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-02-04-2020/> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 28) HASUDER Yeni Koronavirüs (COVID-19) Haber Postası (18.05.2020). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Korona Postası Web Sayfası. <https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-18-05-2020/> Erişim Tarihi 01.03.2021.
- 29) Resmi Gazete. 26 Kasım 2020 Tarih ve 31316 Sayılı. Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- 30) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. 14 Eylül 2020. s: 17
- 31) [Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi \[Internet\]. \[cited 2021 Feb 24\]. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1&MevzuatTur=19&MevzuatTertip=5](https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1&MevzuatTur=19&MevzuatTertip=5)
[Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge Yönerge \[Internet\]. \[cited 2021 Feb 16\].](#)



<https://yhgm.saglik.gov.tr/TR.26280/saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadro-standartlari-ile-calisma-usul-ve-esaslarina-dair-yonerge.html>

- 33) [Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon \[Internet\]. \[cited 2021 Feb 23\]. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66339/temasli-takibi-salgin-yonetimi-evde-hasta-izlemi-ve-filyasyon.html>](https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66339/temasli-takibi-salgin-yonetimi-evde-hasta-izlemi-ve-filyasyon.html)
- 34) Worldometer (2021). COVID-19 Coronavirus Pandemic. Last updated: March 01, 2021, 00:04 GMT <https://www.worldometers.info/coronavirus/> Accessed: 28.02.2021.
- 35) International Monetary Fund (IMF) (2021). Policy Tracker. <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19> Accessed: 28.02.2021.
- 36) World Health Organization (WHO) (2021). Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance> Accessed: 28.02.2021.
- 37) Khichar S, Midha N, Bohra GK, et al. Healthcare resource management and pandemic preparedness for COVID-19: a single centre experience from Jodhpur, India. *Int J Health Policy Manag.* 2020;9(11):493–495. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.102>
- 38) Singapore Jobs Situation Report (15th Edition). <https://www.mom.gov.sg/newsroom/press-releases/2020/1210-jobs-situation-report-15th-edition> Accessed: 27.02.2021.
- 39) Fouda A, Mahmoudi N, Moy N, Paoluccib F. The COVID-19 pandemic in Greece, Iceland, New Zealand, and Singapore: Health policies and lessons learned. *Health Policy Technol.* 2020 Dec; 9(4): 510–524. doi: 10.1016/j.hlpt.2020.08.015 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7452848/>
- 40) Australian Government (AU) (2019). Australian Health Sector Emergency Response Plan for Novel Coronavirus 2019 FINAL. https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/02/australian-health-sector-emergency-response-plan-for-novel-coronavirus-covid-19_2.pdf Accessed: 26.02.2021.
- 41) Australian Government (AU) (2020). Department of Health. Communications Strategy for People with Disability. NOVEL CORONAVIRUS (COVID-19). <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/10/management-and-operational-plan-for-people-with-disability-appendix-b-communications-strategy-for-people-with-disability.pdf>
- 42) Burns H, Hamer B, Bissell A. COVID-19: Implications for the Australian healthcare workforce. 02 April, 2020. <https://www.pwc.com.au/important-problems/business-economic-recovery-coronavirus-covid-19/australian-healthcare-workforce.html>
- 43) Quigley AL, Stone H, Nguyen PY, Chughtai AA, MacIntyre CR. Estimating the burden of COVID-19 on the Australian healthcare workers and health system during the first six months of the pandemic. *Int J Nurs Stud.* 2021 Feb; 114: 103811. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103811>
- 44) Alderwick H, Dunn P, Dixon J. England's health policy response to covid-19. *BMJ* 2020; 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1937>
- 45) National Health System (NHS) (2020a). Deploying the healthcare science workforce to support the NHS clinical delivery plan for COVID-19. Published: 12 May 2020. NHS England and NHS Improvement. Publications approval reference: 001559. https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/04/C0143-Deploying-the-HCS-Workforce-to-Support-COVID-19_V3.0.pdf
- 46) National Health System (NHS) (2020b). Workforce. NHS England and NHS Improvement coronavirus. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/workforce/>
- 47) National Health System (NHS) (2020c). Coronavirus guidance for clinicians and NHS managers. NHS England and NHS Improvement coronavirus. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/>
- 48) Torri E, Sbrogiò LG, Rosa ED, Cinquetti S, Francia F, Ferro A. Italian Public Health Response to the COVID-19 Pandemic: Case Report from the Field, Insights and Challenges for the Department of Prevention. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 May; 17(10): 3666. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103666>
- 49) Berardi C, Antonini M, Genie MG, Cotugno G, Lanteri A, Melia A, Paoluccif F. The COVID-19 pandemic in Italy: Policy and technology impact on health and non-health outcomes. *Health Policy Technol.* 2020 Dec; 9(4): 454–487. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.019>
- 50) Azzopardi-Muscat N. A public health approach to health workforce policy development in Europe. *European Journal of Public Health,* 2020; 30 (4): 3-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa123>
- 51) World Health Organization (WHO) (December 2020). Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response. Interim guidance, 3 December 2020. WHO reference



- number: WHO/2019-nCoV/health_workforce/2020.1
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1320071/retrieve>
- 52) WHO-ASPHER Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region. Copenhagen, Denmark: WHO; 2020.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/444576/WHO-ASPHER-Public-Health-Workforce-Europe-eng.pdf Accessed: 26.02.2021.
- 53) Czabanowska K, Kuhlmann E. Public health competences through the lens of the COVID-19 pandemic: what matters for health workforce preparedness for global health emergencies. Int J Health Plann Mgmt. 2021;1–6. <https://doi.org/10.1002/hpm.3131>

Dökümanın hazırlanmasına katkıda bulunanlar (soyadına göre alfabetik sıralama):

Lütfi Saltuk Demir, Erdem Erkoyun, Erhan Eser, Bülent Kılıç, A. Öner Kurt, Yeliz Mercan, Zafer Öztekin

